



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD  
OFICINA REGIONAL DE LA  
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

*INSTITUCIONES, PODER Y POLITICA EN SALUD:  
UN MARCO DE REFERENCIA*

*André Nogueira  
Edson Nunes*

*SERIE DESARROLLO DE  
POLITICAS DE SALUD No 02*

*REPRESENTACION DE BRASIL  
BRASILIA, 1993.*

*Organización Panamericana de la Salud, 1993.*

NOTA

*Las denominaciones empleadas en la presente publicación y la forma en que son presentadas en la misma no implican por parte de la Organización Panamericana de la Salud juicio alguno sobre la condición jurídica de cualquier país, territorio, ciudad o zona citada, sobre su autoridad, ni sobre la delimitación de sus fronteras.*

*Las opiniones emitidas en la presente publicación son de la exclusiva responsabilidad de los autores.*

*El material contenido en esta publicación puede citarse o reproducirse sin restricciones, siempre que se indique la fuente y se haga referencia al número del documento. Deberán remitirse a la Representación de OPS/OMS en el Brasil un ejemplar de la publicación en que aparece el material citado o reproducido.*

FICHA BIBLIOGRAFICA

*NOGUEIRA, ANDRE et NUNES, EDSON.*

*Institución, Poder y Política en Salud: Un Marco de Referencia. Brasilia, Organización Panamericana de la Salud, 1993.*

*60 p. (Serie desarrollo de Políticas de Salud, No. 02)*

*1. Sistemas de Salud    2    Política y Salud    I*

*Título.*

*II Serie.*

*Traducción al español, Nicaragua 1994, Dr. Mariano Salazar C.*

## **INDICE**

### **Presentación**

### **Introducción**

#### **Sección I - Sector Salud: definición operacional y políticas públicas.**

- 1 - *El Sector Salud como un sistema abierto: una definición operacional del Sector Salud.*
- 2 - *Contornos operacionales del sistema: delimitación y organización teóricas.*
  - 2.1 - *Primer marco de referencia: bienes y servicios de salud como objeto de transacción en el mercado versus derechos sociales.*
  - 2.2 - *Segundo marco conceptual: agentes del Sector Salud entre el estado y el mercado.*
- 3 - *Procesos de formación de Políticas y campos en disputa.*
  - 3.1 - *Tipo de Políticas Públicas y campos de disputa política: los Modelos de Lowi y Salisbury.*
  - 3.2 - *Políticas Públicas, organizaciones y relación costo/beneficio: el Modelo de Wilson.*
- 4 - *Formación de áreas de influencia y de campos de disputa política: Cruzando los ejes de bienes y servicios y desarrollo y distribución.*
  - 4.1 - *Ideal-típico de la disputa política: Primacía del Bienestar Social por Primacía de la Eficiencia Económica.*
- 5 - *Campos de disputa política, patrones de demanda, sistema de decisiones y relación costo/beneficio.*
- 6 - *Sector Salud y campos de disputa política.*

#### **SECCION II -La Dimensión Económica como parámetro para el análisis político-institucional del Sector Salud.**

- 1 - *Análisis político-institucional, dimensión económica y complejidad estructural: la magnitud del sector salud.*
- 2 - *Sector Salud: perfil político institucional de los agentes.*

**SECCION III** - Política y Salud: intereses y organizaciones.

1 -Política e intereses.

2 -Política y acciones colectivas.

2.1 -Liderazgo, representatividad e  
institucionalización.

2.2 -Organizaciones: privadas, públicas o mixtas.

**CONCLUSION** -Instituciones, poder y política en salud.

**Notas de referencia.**

## **PRESENTACION**

*Esta tal vez sea la síntesis objetiva de un amplio trabajo de dimensión sectorial emprendido por OPS/OMS-Brasil, en asociación con DATABRASIL, Investigación e Información, Instituto vinculado a la Facultad Cândido Méndez - Río de Janeiro.*

*La elaboración del trabajo, desde una visión de Salud y Desarrollo, tiene como objetivo permitir reflexiones innovadoras sobre las políticas de salud del País y sobre la reorientación de planes y programas de salud y la reorganización institucional consecuente, a partir de una visión mas próxima del real significado político y económico del Sector Salud y del papel que juegan los diversos actores e instituciones en el seno de las complejas relaciones intra e intersectoriales del área de la Salud.*

*Configurado como Proyecto "Economía Política de la Salud", una de las características del trabajo ha sido su construcción en un proceso que incorpora el intercambio constante de conocimiento entre profesionales de diversos campos, congregados en un esfuerzo colectivo de construcción de conocimiento.*

*En este proceso, a cada discusión o ciclo de discusiones, aparecían nuevos términos de referencia para estudios con el objetivo de perfeccionar el entendimiento sobre los contenidos del trabajo. Fué así que, de la idea original de partir de un estudio sobre la dimensión económica, evolucionó para el concepto de Economía Política.*

*La presente publicación es parte de ese esfuerzo, de ese proceso de trabajo e intenta llegar a la comprensión de las especificidades de la dinámica política del Sector. En paralelo, trata de ir construyendo una metodología de análisis, posible de ser reproducida en otros países del Continente.*

## **INTRODUCCION.**

Se pretende, por el análisis de las relaciones políticas del sector salud, concebir el escenario más amplio y la dinámica de los intereses que organizan y orientan las interacciones entre sus agentes. Con este objetivo, se busca analizar el sector salud como un sistema abierto, polinuclear y condicionado por un ambiente operacional (task-environment) amplio, donde actúan fuerzas sociales, políticas y económicas.

Se intenta comprender la especificidad de la dinámica política del sector salud en los siguientes términos:

- 1 -la identificación de los actores más relevantes y de los intereses que expresan;
- 2 -el análisis de la forma como se organizan grupos de intereses, movimientos, organizaciones e instituciones para manifestar y realizar sus propósitos;
- 3 -la determinación de los campos en disputa, con sus mecanismos, reglas e instituciones propias;
- 4 -la evaluación de los posibles productos de la interacción entre agentes, mecanismos e instituciones en sus respectivos campos, en suma, las políticas concretas que se traducen en la gestión del sector y afectan el sistema como un todo.

La estrategia desarrollada para el abordaje de las relaciones políticas parte, en principio, de tres procedimientos generalizadores, que constituyen la Sección I de este trabajo. Primeramente, se asume una concepción operacional del sector salud como elemento de integración de los aspectos político institucionales y los actores económicos, configurando propiamente su inserción en lo que denominamos la Economía Política de la Salud. En segundo lugar, son definidos marcos referenciales amplios para la delimitación y organización del sistema, donde se incorporan los diferentes actores. Finalmente, son especificados algunos escenarios operacionales que dan substancia a la dinámica política y al comportamiento de los agentes, con el fin de auxiliar la comprensión lógica dentro del sector.

Una vez definido el esquema analítico, con sus presupuestos más generales, será posible su aplicación específica y concreta al estudio de las relaciones político institucionales del sector salud en el Brasil. El procedimiento posterior (Sección II ) será justamente el de reconstruir analíticamente la dinámica del sector, a fin de permitir la identificación de los principales agentes, sus intereses, acciones, mecanismos y organización, y los productos típicos resultantes del proceso de interacción. Creemos que, con tal proceso de análisis, será posible auxiliar a los especialistas en la formulación de políticas de intervención sobre el sector salud, independientemente si la formulación se realiza con base en principios o valores, o en función de objetivos definidos.





## **SECCION I - SECTOR SALUD: DEFINICION OPERACIONAL Y POLITICAS PUBLICAS**

### **1 -El Sector Salud como un Sistema Abierto: una Definición Operacional del Sector Salud.**

El sector salud es un sistema abierto, un campo de luchas en que las acciones y decisiones, en lo que antes era visto como estricto campo de la salud, en verdad están interrelacionadas con variados aspectos económicos, políticos y sociales.

Estamos convencidos de que el diseño sectorial tradicional del sector salud, tan a gusto de médicos y economistas, disminuye su comprensión, al descuidar sus amplias interrelaciones con factores económicos y políticos. La visión sectorial tradicional, al limitar el contorno del objeto impide la visión de su globalidad (<sup>i</sup>). La política de salud, la política social, así como la política regional, acaban siendo percibidas por los especialistas como sub-conjuntos del cuadro macroeconómico cuando, en verdad, podrían constituir el substancia de la macroestrategia, sea por razones económicas, sea por razones políticas o mismo éticas.

La visión sectorial, en sus versiones extremas, impide que se observe el real peso económico y político del sector salud, oculta su política interna, perjudicando la calidad de las intervenciones en el sector. Esto acarrea, en primer lugar, la concepción de diseños institucionales excesivamente restrictivos, sectoriales, confundiendo la percepción de su dinámica para las autoridades del área de la salud. En segundo lugar, y como decurrencia del hecho anterior, produce acciones rígidas y con baja tasa de eficacia, dada la poca atención a la amplitud del sector, la multiplicidad de las interacciones y las contingencias inherentes a los sistemas abiertos. Todo esto, al fin y al cabo, dificulta el desarrollo económico y político-institucional del país en tres puntos: (a) debilita la producción económica, ante las precarias condiciones de salud de los agentes productivos; (b) perjudica el perfeccionamiento democrático, al defraudar derechos básicos de los ciudadanos brasileños; y (c) enmascara el juego político interno del sector.

Para superar las limitaciones impuestas al objeto por el abordaje sectorial, es útil aplicar la definición de sistema abierto, propio de la teoría de las organizaciones, al estudio del sector salud. Según la definición de sistemas abiertos, una organización es asumida como una coalición de grupos de intereses mutables que desarrollan objetivos vía la negociación. A su vez, la estructura de coalición, sus actividades, y sus productos son fuertemente influenciados por factores ambientales. (<sup>ii</sup>)

El tratamiento del sector salud como un sistema abierto realza, justamente, la importancia de los aspectos contingenciales que derivan de las relaciones entre (a) su estructura organizacional, (b) los conocimientos, habilidades y tecnologías que le son específicos y (c) las incertezas del medio ambiente. Los límites del sector salud, tal y como han sido concebidos anteriormente y frente a tales argumentos, se muestran inadecuados.

Dada la necesidad de superar la visión sectorial y de incorporar la concepción de sistema abierto, se tornó imperativa una conceptualización del sector salud, que posibilite la comprensión de su dinámica política institucional. Se representa, por así decir, el espacio donde se organizan estructural y funcionalmente sus múltiples interacciones.

La definición operacional del sector salud, adoptada en este trabajo, es la siguiente:

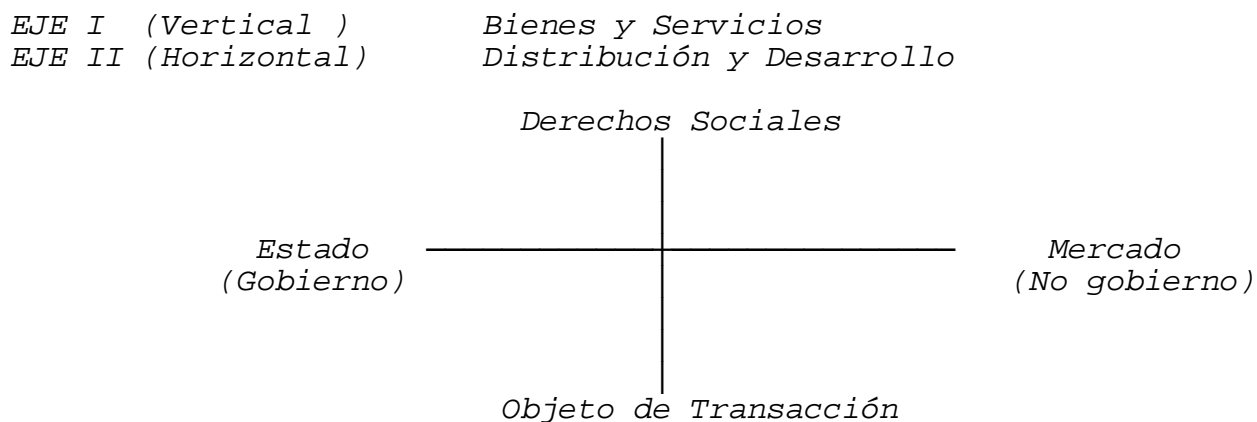
**Es el conjunto de recursos, conocimientos, habilidades y tecnologías, producidos (o proporcionados), consumidos (o utilizados) y regulados por actores específicos que, interactuando consciente o inconscientemente, desarrollan o distribuyen bienes o servicios que potencian, mantienen o recuperan las condiciones de salud. <sup>(iii)</sup>**

## **2 -Contornos operacionales del sistema: Delimitación y organización teóricas.**

La definición anterior permite la identificación de dos grandes cuestiones, que orientan el espacio de interacciones. Considerando cada cuestión como un eje, tenemos como primer corte para establecer límites, el propio objeto que especifica el estudio, cual es, los bienes y servicios que potencian, mantienen o recuperan las condiciones de salud. El segundo eje nos remite a los sujetos que operan el objeto, desarrollando y distribuyendo los bienes y servicios. No obstante la percepción inmediata de que en qué consiste objeto y sujetos, para tornarlos útiles para el análisis de la dinámica político institucional, es necesario calificarlos con mayor precisión.

Imagínese el eje de los bienes y servicios como posible de calificación, conforme sean ellos percibidos - apropiados - o como derechos sociales o como mercaderías. A su vez, el segundo eje, desarrollo y distribución, puede disponer los mecanismos y agentes según dos instancias, Mercado y Estado. Refiérase a la Figura I, como una matriz ideal-típica de la toma de posición de los individuos y grupos de intereses, con sus preferencias:

**FIGURA I**



El primer eje impone, específicamente, una especie de calificación económica y política de los bienes y servicios. En un extremo, los bienes y servicios de salud son percibidos como derechos sociales inherentes a todo ciudadano. Del otro lado, son calificados como objetos de transacción en el mercado, mercaderías.

El segundo eje estructura, en torno a núcleos de decisión y actuación, el escenario institucional donde son desarrollados y distribuidos los bienes y servicios. Los dos parámetros que orientan este eje son el Estado - y los agentes del gobierno - y el Mercado - y los agentes no gubernamentales. Tomaremos cada eje como un marco de referencia para la orientación del análisis.

### 2.1 -Primer Marco de Referencia: Bienes y Servicios de salud como Objeto de Transacción en el mercado versus Derechos Sociales.

El **eje de bienes y servicios** puede ser calificado en base a dos situaciones límites: (a) bienes y servicios percibidos como objeto de transacción en el mercado; (b) bienes y servicios percibidos como derechos sociales. El primer caso tiene un supuesto positivo-económico, en el segundo, el principio es normativo-político.

La primera situación límite se refiere al hecho de que un bien o un servicio, tratado como una propiedad, es transferido de un agente a otro <sup>(iv)</sup>. Una transferencia puede remitir directamente a la transacción entre un productor y el consumidor final del bien o servicio, o ser una relación indirecta, en la cual quien adquiere la propiedad lo hace como un paso intermedio para una posterior transferencia. Importa resaltar que en esta situación, hay transacciones en que los bienes y servicios referentes al sector son tratados como una mercadería cualquiera. Específicamente, nos estamos refiriendo a relaciones privadas e involucrando productores y consumidores, vale decir, relaciones típicas de mercado.

El segundo caso merece una calificación más cuidadosa. El término derecho, entendido en su aspecto político, se refiere fundamentalmente a un ordenamiento normativo, a reglas e instituciones que organizan, en el límite, de modo compulsivo, la convivencia social. En estos términos, aunque están envueltos individuos, lo que califica esta situación es el carácter de dominio público, como interlocutor principal de los agentes constituidos en ciudadanos.

Una pequeña observación necesita ser hecha aquí. La concepción de derecho, como un concepto inalienable del ser humano, ha sufrido progresivas transformaciones a lo largo del tiempo. Derechos, en su sentido liberal, significaba, exclusivamente, la protección de la esfera privada contra posibles excesos de orden público. De ahí, que desde esta óptica, se habla de libertades fundamentales del individuo, igualando, por ejemplo, el derecho de la propiedad al derecho a la vida.<sup>(v)</sup> Posteriormente, cuando ya se consideraba la cuestión de la ciudadanía<sup>(vi)</sup> la concepción de derecho se extendió al derecho de participación política. Finalmente, el sentido político de los derechos es ampliado a la participación en la distribución de la riqueza socialmente producida<sup>(vii)</sup>. Es necesario observar que esta revolución es producto de disputas, luchas, conflictos: los derechos no fueron otorgados, fueron conquistados.

Es esta última concepción, difundida en el occidente a lo largo de este siglo, la que más nos interesa. Con el desarrollo de las sociedades contemporáneas, pasó a formar parte del escenario económico y político-institucional la noción de bienestar colectivo. Entre los elementos que componen la agenda de los derechos sociales, el derecho de los ciudadanos de tener acceso a los bienes y servicios que potencian, mantienen o recuperan las condiciones de salud asumió una posición destacada.

Los bienes y servicios relativos al sector salud pueden ser encarados, en otra situación límite, exclusivamente como derechos sociales. No se trata meramente de una cuestión referente al bienestar individual, se trata más específicamente de una obligación pública con respecto a los ciudadanos. En el Brasil, la Constitución de 1988 consagró, y la Ley Orgánica del Sector Salud promulgada el 19 de Septiembre de 1990 sacramentó, el concepto de Seguridad, que considera como inherente a todo individuo residente en el país el derecho a los bienes y servicios de salud.

Derechos sociales, en estos términos, pueden ser entendidos como concesiones o conquistas, financiadas por individuos o empresas, consustanciales con la propia existencia del estado moderno. Las conquistas de beneficios sociales, civiles y políticos se sobreponen a la racionalidad económica de las transacciones. Las interacciones en este dominio público, aplicadas al sector salud, son mejor comprendidas a través de las interacciones entre los prestadores de servicios de salud y los usuarios-ciudadanos, respaldados por el concepto de seguridad.

Confrontando las dos perspectivas, en principio, la situación puede ser vista bajo una óptica polarizante, que opone el dominio público al privado. El cumplimiento a toda costa de un derecho social puede tornar los costos de las transacciones demasiado elevadas para los agentes privados. Este hecho hace que la entrega de bienes y servicios sea más apropiada a través de una relación entre ciudadano y poder público. Por otro lado, en cuanto a objeto de transacción, los bienes y servicios están sujetos a los intereses de quien los coloca en el mercado, y de quien se dispone a adquirir el derecho de su utilización. Los efectos sociales -buenos o malos - pasan a ser encarados como cuestiones externas a la situación antes mencionada.

De un lado, está el estado exclusivamente como proveedor de los medios que aseguran los derechos sociales; del otro lado, está el mercado ofreciendo bienes y servicios para ser intercambiados, a partir de una típica relación entre productores y consumidores. En términos prácticos, el estado puede actuar en el sector salud promoviendo transacciones entre los agentes que demandan y los que ofertan los bienes y servicios. Igualmente, nada impide la actuación de agentes en el mercado, movidos por preocupaciones sociales, como proveedores de bienes y servicios de salud, sin sumisión a la lógica -capitalista- específica a las transacciones.

Lo que conviene realzar en función de la aplicación del esquema, es la existencia de un "continuum", donde los polos representan el predominio de los derechos sociales o la preponderancia de las transacciones de mercado. Así, independientemente de los procedimientos seleccionados para cumplir sus obligaciones, es consustancial al Estado la función





gobiernos - afectadas por las oportunidades y restricciones de un ambiente dado, en que sus proposiciones representan un esfuerzo para alcanzar objetivos o concretizar intereses (<sup>viii</sup>). De este modo, aunque remite a cuestiones particulares, una política para ser implementada depende de una estructura general para organizar el proceso de interacción - mecanismos, reglas e instituciones. Cuando una política consiste en decisiones autorizadas o sancionadas por actores gubernamentales, estamos hablando de políticas públicas (PUBLIC POLICIES) (<sup>ix</sup>).

### 3.1 -Tipos de políticas públicas y campos de disputa política : Los modelos de Lowi y Salisbury.

Para comprender la lógica operacional de las políticas, es necesario considerar que ponerlas en práctica depende de la constitución de los campos de disputa política(<sup>x</sup>). De este modo, como Lowi percibió, la sustancia de una política, con su inserción en campos típicos, influencia el papel de las organizaciones al ser adoptadas (<sup>xi</sup>). El abordaje propuesto por Lowi se sirve de categorías específicas para lidiar con el problema: políticas distributivas, políticas reguladoras y políticas redistributivas.

Posteriormente, Salisbury propone la inclusión de un cuarto tipo de política: Políticas autoreguladoras (<sup>xii</sup>). Como adoptaremos la tipología de este autor, veamos cuales son las características típicas de las cuatro políticas :

- 1 -Políticas Distributivas : Son aquellas que confieren beneficios directos para uno o mas grupos. Tales políticas son determinadas por poco o ningún conflicto en lo que se refiere a su legislación, discutiéndose apenas sobre el tamaño y la distribución específica de las porciones a ser distribuidas. A la manera de entender de Lowi, tienen como principal característica la facilidad con que pueden ser desagregadas y dispensadas, unidad por unidad, cada una mas o menos aislada de las demás y de cualquier regla general, implicando, por tanto, bajo grado de conflicto. Representan cierto tipo de decisión política que, en el corto plazo puede ser tomada sin preocupaciones con la limitación de los recursos. Un escenario típico para tal tipo de políticas son las recientes discusiones presupuestarias en el Congreso Nacional. Las múltiples demandas - incluyendo las del sector salud - expresan una diversidad de intereses, no dependientes entre sí, ávidos por obtener una parcela del Presupuesto General de la Unión. Es evidente que, cuando el presupuesto es insuficiente, muchas cuestiones prioritarias son postergadas, sea a favor de la profusión de pequeños intereses, sea en favor de agentes mas organizados (lobbies).

- 2 -Políticas Reguladoras: Imponen restricciones sobre el comportamiento subsecuente de grupos particulares y por tanto, indirectamente niegan o confirman opciones potencialmente provechosas en el futuro. Los conflictos son ambiguos y mudables, ya que el contenido específico y la dirección de los costos y beneficios no son conocidos. Según Lowi, son políticas específicas e individuales en su impacto, no son capaces de la casi infinita desagregación típicas de las políticas distributivas. Son decisiones que aumentan los costos y/o reducen o expanden las alternativas para individuos privados. En el corto plazo, envuelven una escogencia directa sobre quien será perjudicado y quien será favorecido. Ejemplos típicos para el sector salud, son las intervenciones de control y fiscalización del gobierno, tales como vigilancia sanitaria, control de precios de determinados bienes y servicios, normas para seguridad y salud en el trabajo.
- 3 - Políticas Redistributivas : Son aquellas que confieren beneficios a grupos dentro de sectores. Envuelven conflictos más intensos en cuanto a la legislación, la legitimidad de la opción y su contenido específico. Son aquellas que, para Lowi, incorporan la relación entre amplias categorías de individuos, cuyos interés y decisiones están interrelacionados, teniendo, entonces, un alcance mucho más amplio. El ejemplo mas evidente para el sector salud es la introducción del concepto de seguridad y la adopción del principio finalístico de universalización de acceso a los bienes y servicios públicos.
- 4 -Políticas Autoreguladoras : Imponen restricciones a los grupos, pero son percibidas más como condición para opciones provechosas y no como generadoras de prejuicios. Apenas un pequeño grupo hace las demandas, existiendo poca o ninguna oposición. Pueden ser entendidas como políticas en que la influencia gubernamental es mínima, asumiendo los agentes la iniciativa. El ejemplo mas claro para el sector son los planes de salud ofrecidos por empresas de Medicina de Grupo, cuya característica principal es el hecho de ser autoreglamentados.

Salisbury, como Lowi, cree que cada tipo de política representa un campo de disputa por el poder. Para la comprensión precisa de su abordaje, es necesario trabajar con dos nuevos conceptos: Patrones de Demanda y Sistemas de decisiones.



Los Patrones de Demanda pueden ser entendidos como los factores no gubernamentales a través de los cuales los agentes expresan sus intereses bajo una forma mayor o menor de organización. Nos referimos a los actores - individuos, grupos de intereses, movimientos, organizaciones e instituciones - que componen el escenario político, y que comportándose estratégicamente presionan el sistema de decisiones.

El Sistema de Decisiones nos remite a los factores gubernamentales y constitucionales que configuran la existencia de una instancia de autoridad pública, con su pretensión para imprimir autoridad y legitimidad a la asignación de los recursos. Se refiere al establecimiento de las "Reglas del juego" y de las estructuras de autoridad, que reaccionan ante los patrones de demanda, y en cierta medida son alteradas por el comportamiento de los agentes.

Los patrones de demanda y el sistema de decisiones pueden ser fragmentados - hay agentes plurales y dispersión en las articulaciones -, o integrados, - hay alto grado de organización con agentes hegemónicos y cohesión en las relaciones.

De este modo, conforme las características de cada política, los intereses se articulan dando especificidad a cada área de disputa política :

Area Distributiva: Patrones de demanda fragmentados.  
Sistema de decisión fragmentado.

Area Regulatoria : Patrones de demanda fragmentados.  
Sistema de decisión intregado.

Area Redistributiva: Patrones de demanda integrados.  
Sistema de decisión integrado.

Area Autoregulatoria: Patrones de demanda integrados.  
Sistema de decisión fragmentado.

### 3.2 -Políticas Públicas, Organizaciones y Relación Costo/Beneficio : El modelo de Wilson.

Para enriquecer el abordaje de Salisbury, es útil aplicar el modelo de Wilson (<sup>xiii</sup>). Este autor, analizando la formulación de Lowi, considera que a pesar de ser esclarecedora e imaginativa, presenta dificultades cuando se trata de distinguir los tres campos en disputa, unos de otros. Esta situación genera tres órdenes de problemas : (a) amplias áreas de poder parecen no alcanzar en el esquema; (b) no lidia con las importantes transformaciones, a lo largo del tiempo, que afectan al comportamiento de los grupos; (c) una serie de políticas no pueden ser clasificadas bajo dos o más categorías. Wilson sugiere, para

superar tales problemas, que se de un tratamiento diversificado a las políticas, brindando atención a los costos y beneficios de las mismas.

Wilson propone que la extensión y la naturaleza de la actividad organizacional sobre un área de cuestiones depende de la incidencia de costos y beneficios. Un costo puede ser largamente distribuido (difuso) o específicamente concentrado. Así, es posible delimitar cuatro alternativas posibles :

- 1 -Beneficios Distribuidos y Costos Distribuidos : Políticas que tanto confieren beneficios como amplían los costos sobre un gran número de personas, tienden a tornarse fácilmente institucionalizadas y a producir incremento en los niveles de beneficio, sin significativa intervención organizacional. Los costos de ciertos programas pueden exceder el valor de los beneficios distribuidos. Esto puede favorecer la formación de organizaciones reactivas, bien como de otras contrarreactivas.
- 2 -Beneficios Concentrados y Costos Distribuidos : Programas que benefician un interés especial bien definido, pero imponen, o parecen imponer, costos no visibles sobre otro interés bien definido que atraerán el apoyo de organizaciones que representan el grupo beneficiado, y ninguna oposición u hostilidad de asociaciones cuyo propósito no está en juego. Entre tanto, programas de este tipo facilitan la emergencia de asociaciones que entran en relaciones simbióticas con las agencias que administran el programa.
- 3 -Beneficios Distribuidos y Costos Concentrados : Cuando un grupo específico, fácilmente identificable, sustenta los costos de un programa que confiere beneficios distribuidos, el grupo probablemente sentirá la carga y tendrá un fuerte incentivo para organizarse a fin de reducir el peso o, al menos impedir su crecimiento. Debido a las ventajas tácticas y organizacionales conferidas por los costos concentrados, y la correspondiente desventaja impuesta por los beneficios distribuidos, es razonable suponer que tales políticas raramente serán adoptadas.
- 4 -Beneficios Concentrados y Costos Concentrados : Programas que benefician un grupo bien definido, pero a costa de otro grupo definido, generan continuos conflictos organizados. Considera Wilson que el papel del formulador de políticas es buscar modificar los programas que presente este tipo de situación.

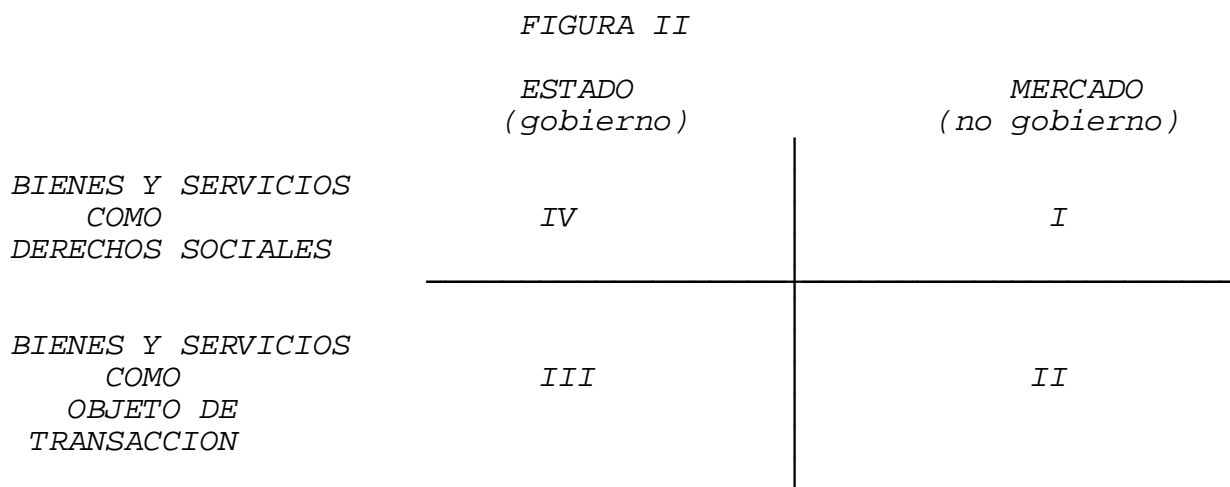
Las cuatro caracterizaciones de Wilson no necesariamente corresponden a cada uno de los tipos de Salisbury. Su importancia deriva justamente de la posibilidad de sofisticar el abordaje de este último en los siguientes términos:

- 1 -Una política distributiva, en principio, proporciona costos y beneficios difusos, lo que la tornaría menos conflictiva. A los costos difusos pueden corresponder beneficios concentrados en grupos bien identificados, aunque variados, lo que pondría en evidencia favoritismo y el desarrollo de dinámicas políticas perversas -clientelismo, apropiación de recursos públicos por agentes privados, por ejemplo.
- 2 -Una política regulatoria, de inmediato puede : (a) Concentrar costos en grupos bien determinados. Pero como consecuencia, pueden : (a1) propiciar, posteriormente, beneficios concentrados a los propios grupos, antes afectados - por ejemplo, una política sectorial elaborada por el gobierno, para superar un conflicto competitivo entre agentes, que conduzca a la estabilización de las relaciones; (a2) beneficiar concretamente a otros grupos; y (a3) difusamente a la colectividad. O (b) Propiciar beneficios concentrados a determinados grupos, a costa de la colectividad (costos difusos) -por ejemplo-, reservas de mercado, políticas de precio favorables a oligopolios.
- 3 -Una política redistributiva puede ser analizada en dependencia de su ámbito, o del objeto al cual se aplica. En el caso del sector, puede imponer costos a ciertos grupos en favor de otros (beneficios concentrados). De un modo amplio puede proporcionar beneficios difusos -para un segmento mayor de la población- con costos concentrados. Por ejemplo, una política de renta, que transfiera recursos del capital al trabajo.
- 4 - Una política autoregulatoria puede ser considerada conforme a dos criterios, uno amplio y otro sectorial. En el sentido amplio, considerándola como expresión del ideal liberal del mercado competitivo, autoregulable y distribuidor de la renta y los productos, puede representar la existencias de costos y beneficios difusos. En sentido sectorial, puede : (a) Concentrar costos en determinados grupos a favor de los reguladores -consumidores dependientes, por ejemplo; (b) Difundir costos por amplios segmentos de la población para beneficiar grupos restrictos - monopolios, reservas; (c) o, por iniciativa de los

agentes del sector, una autoimposición de costos, sea porque tienen en mente una perspectiva de largo plazo de conseguir beneficios futuros, sea por el temor de una interferencia reguladora más costosa por parte de los agentes públicos.

**4 -Formación de Areas de Influencia y de Areas de Disputa Política, cruzando el eje de los bienes y servicios y el de desarrollo y la distribución.**

La combinación del eje Bienes y Servicios, que opone Derechos Sociales a Transacciones de Mercado, con el eje Desarrollo y Distribución, que opone Estado a Mercado, sugiere cuatro campos de lucha/acción política. Considérese el siguiente cuadro :



Son cuatro las áreas características de estos campos :

Plano Derecho ( I,II) - Area predominante del mercado, o de agentes no gubernamentales : Productores y consumidores se organizan conforme sus intereses.

Plano Izquierdo ( III, IV) - Area predominante del estado, o de agentes gubernamentales : Compradores y proveedores que son administrados por el gobierno.

Plano Superior ( I, IV) - Predominio de las cuestiones públicas : Señala relaciones usuario por proveedor, producción y consumo de bienes públicos.

Plano Inferior ( II, III) - Predominio de cuestiones privadas, Señala relaciones consumidor por productor : interés del consumidor ( transacción), evaluación de costos y beneficios.

Conforme al Cuadro I, de la intersección de las áreas de influencia se configuran cuatro campos típicos de disputa política. Acompañando el sentido de las manecillas del reloj, tenemos como encuadrar la tipología anteriormente discutida en los siguientes términos:

Plano (I) : Políticas Distributivas

Plano (II) : Políticas Autoreguladoras

Plano (III): Políticas Reguladoras

Plano (IV) : Políticas Redistributivas

#### 4.1 -Ideal-Típico de la disputa política : primacía del bienestar social por primacía de la eficiencia económica

Acompañando la diagonal principal (II,IV), se percibe una diferencia profunda. Se contraponen la predominancia del mercado y el tratamiento económico de los bienes y servicios del sector salud como objeto de transacción (II) a la preponderancia del estado y el tratamiento político de los bienes y servicios como derechos sociales (IV). Podemos tipificar la diagonal como expresando la polarización entre dos expresiones límites, que tomaremos aquí como paradigmas : El Paradigma de la Eficiencia Económica (II) propio de la concepción neoliberal, contra el Paradigma del Bienestar Social (IV), inherente a la noción de estado de bienestar (WELFARE STATE).

Es evidente que cada situación polar no excluye preocupaciones con los temas tomados como prioritarios por la que le es opuesta. Así, bajo el paradigma de la eficiencia económica, pretendese garantizar la ciudadanía y los derechos colectivos, por la confluencia social promovida por el mercado. A su vez, el Paradigma de Bienestar Social busca promover, por el gasto público y por la acción del estado, mayor eficiencia en el desarrollo y distribución de los bienes y servicios (asignación de los recursos).

En estos términos el campo de disputa político más típico del Paradigma de la Eficiencia Económica es la Política Autoregulatoria, considerándose como máxima la influencia del mercado y de sus transacciones típicas, y mínima la del estado y los costos consolidados. Para el Paradigma de Bienestar Social, el campo de disputa típico es el de la Política Redistributiva, debiendo el estado actuar, si es necesario contra la espontaneidad de las transacciones de mercado, para transferir recursos de los sectores más favorecidos socialmente para los desfavorecidos.

La diagonal secundaria (I,III) demarca posiciones intermedias, configurando políticas pragmáticas que aproximan el Estado, y el Gobierno, al Mercado, y a los Sectores No Gubernamentales. De un lado (I), cuando el Mercado predomina sobre el Estado, él puede o (a) asumir, estratégicamente, preocupaciones con los derechos sociales, asumiendo los costos de desarrollo y distribución de bienes y servicios, aunque esto contraría la lógica de las transacciones; o (b) demandar y conseguir, recursos sociales distribuidos conforme sus propósitos, aunque sean otras las prioridades gubernamentales. En este último caso, los recursos públicos deben ser percibidos como no limitados -en comparación con la demanda- a fin de que su desagregación no sea conflictiva.

Por otro lado (III), el Estado puede interferir sobre las Transacciones del Mercado también en dos sentidos : (a) Para regular la producción y consumo de los bienes y servicios, preocupándose con la equidad, eficiencia económica y/o actuando contra usos practicados por Agentes del Mercado; (b) o intervenir en el Mercado, a pedido de actores para regular las transacciones asignando recursos y delimitando normas y espacios de actuación.<sup>(xiv)</sup>

##### **5 -Campos de disputa política, patrones de demanda, sistemas de decisión y relación costo beneficio.**

Desde la óptica del Paradigma de la Eficiencia Económica, las políticas autoreguladoras (II), en el primer momento -en el caso de ajustes económicos por ejemplo- imponen costos concentrados sobre ciertos grupos, y por el incremento de la eficiencia económica propicia, posteriormente, la difusión de los beneficios. Presuponen la fragmentación del sistema de decisiones, pero la integración de los patrones de demanda. El principio es que el conglomerado social es favorecido, a largo plazo, por la acción privada de los agentes económicos.

Para el Paradigma del Bienestar Social, una política autoregulatoria puede engendrar dinámicas perversas. En primer lugar, agentes privados en la búsqueda de beneficios propios pueden imponer costos concentrados a otros agentes lo que, en un momento posterior, conduce a una situación de pérdida de los derechos sociales. En este caso, se configura un escenario de beneficios concentrados y costos difusos, donde la fragmentación del sistema de decisiones y la integración de los patrones de demanda pueden expresarse por la existencia de carteles y oligopolios.

Bajo el punto de vista del Paradigma del Bienestar Social, políticas redistributivas (IV) imponen costos concentrados y beneficios distribuidos. En estos términos, los individuos se apropian de la difusión de los beneficios a través de la mediación



del dominio público, lo que implica patrones de demanda y sistemas de decisión integrados. Tales políticas solo se torna posibles si la coalición entre los grupos no perjudicados y el Estado se muestra más fuerte que el grupo que carga con los costos.

Para el Paradigma de la Eficiencia Económica, una política redistributiva conduce, en verdad, a resultados colectivos subóptimos. Esto porque, en el primer momento, la concentración del costo sobre los agentes privados acarrea la transferencia de los recursos para la esfera pública lo que, posteriormente, lleva a la difusión de los costos por toda la sociedad por la pérdida de la eficiencia económica. En suma, tales políticas no solo aumentan los costos de las transacciones, como retiran recursos de la esfera privada transfiriéndolos para la pública. En estos términos, políticas redistributivas expresan costos difusos, y beneficios concentrados en la esfera pública. Promueve, por tanto, como efecto perverso la hipertrofia del sector público sin incremento económico para la provisión de los derechos sociales y expansión de la ciudadanía.

El Mercado puede lidiar con derechos sociales, cuando agentes no gubernamentales influyen las decisiones del gobierno a través de políticas distributivas (I). En este caso se configura un doble aspecto, de un lado, los costos y beneficios son difusos, de otro, los patrones de demanda fragmentados se confrontan con decisiones fragmentadas del gobierno.

En políticas distributivas, puede ocurrir el desarrollo de asociaciones-acciones simbióticas entre agentes privados y gobierno -por medio de sus representantes y agencias- lo que, en ciertos casos, conduce a la concentración de los beneficios. Dada la no preocupación con la limitación de los recursos propia de tal tipo de política, tal situación promueve el surgimiento de prácticas populistas y/o clientelistas.

Bajo el enfoque del Paradigma de Bienestar Social, este efecto perverso implica pérdida de ciudadanía y debilitamiento del poder público. Para el Paradigma de la Eficiencia Económica, ocurre una pérdida del dinamismo del sector privado y la corrupción de la esfera pública.

El estado interviene en las relaciones de mercado cuando toma decisiones con base en políticas reguladoras (III). Tal tipo de políticas confronta decisiones de gobierno integradas con patrones de demanda fragmentados, actuando el Estado con el propósito de coordinar el Mercado, distribuyendo costos y beneficios. El gobierno puede actuar también de modo sectorial imponiendo costos específicos a un segmento para favorecer otro. Las políticas de corporativismo estatal o social representan aquí sus mas conocidas distorsiones.

Cuando los costos distribuidos no compensan los beneficios, bajo la óptica del Paradigma de la Eficiencia Económica, hay un resultado subóptimo que perjudica fundamentalmente la actividad productiva privada. Tal producto puede esconder un proceso de transferencias de recursos privados para la esfera pública sin difusión social. En este caso se diseña un proceso de burocratización y de hipertrofia de la intervención estatal, con frecuente malversación de recursos.

Para el Paradigma de Bienestar Social, si el Estado ejecuta insuficientemente su función regulatoria, más perjudicial que la pérdida de la eficiencia económica es el propio descontrol sobre el proceso decisorio, lo que perjudica, en última instancia, la ciudadanía. Puede ocurrir una asociación perversa entre sectores privados y públicos para la formación de políticas corporativas, reservas de mercado y corrupción.

## **6 -Sector Salud y Campos de Disputa Política**

En esta sección fué propuesta una definición operacional del sector salud y, a partir de esta, se ha estructurado un escenario político-institucional donde se desenvuelven las disputas políticas. Buscamos indicar que la estructuración del sector moviliza amplios segmentos de la sociedad, impone inevitablemente la presencia del Estado, y oscila, en el límite, entre un imperativo normativo -derechos sociales- y una motivación económica -transacción en el mercado.

Las disputas políticas decurrentes de este escenario, estructuradas en torno de macrocampos de poder -distributivas, autoreguladoras, reguladoras y redistributivas- son extremadamente complejas y envuelven agentes y mecanismos interactivos diversos. La caracterización del problema en torno a los paradigmas - Bienestar Social por Eficiencia Económica- al sintetizarlos de manera amplia, tiene la intención de demostrar que hay la presencia de valores que movilizan, y oponen, amplios segmentos de la sociedad.

Todavía, es conveniente alertar para la especificidad del hecho político. Las tipificaciones delimitan macroescenarios de disputa, pero la competencia, demanda un análisis mas acabado, sensible a la diversidad de los intereses y las acciones contingenciales de los agentes, instituciones y mecanismos.

Este último aspecto, base para la comprensión de un análisis político-institucional más preciso, impone percibir que en política no se debe procurar apenas grandes acciones y decisiones, como base explicativa. Para superar el riesgo de un análisis excesivamente amplio, empobecedor de la complejidad del sector, es útil tomar como base la dimensión económica del sector.



Para tratar el sector como un sistema abierto, se busca integrar una visión amplia, con un análisis más desagregado y contingencial de la dinámica político-institucional. En la próxima sección, tomando como base los esfuerzos para el dimensionamiento económico del sector salud, desarrollaremos un instrumental básico para comprender el perfil político-institucional de los agentes.

## **SECCION II : DIMENSION ECONOMICA COMO PARAMETRO PARA EL ANALISIS POLITICO-INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD.**

El objetivo más amplio atiende la propuesta del proyecto "ECONOMIA POLITICA DE LA SALUD", que fué someter a escrutinio una visión tradicional del sector, limitante de la acción pública sobre la cuestión de la salud. Ya en términos más específicos pretende primeramente, estimar los efectos directos, que se originan en el movimiento de los recursos aplicados por las esferas públicas y privadas. Y en segundo lugar, estimar los efectos indirectos que componen una cadena para adelante y para atrás ("forward and bakcward linkages"), involucrando grandes sectores de la economía.

La dimensión económica, que será construida a continuación, introduce una taxonomía adecuada a la definición operacional del sector. Buscando, conforme a la delimitación amplia del sector salud inherente a la definición, una medición económica que estime su dimensión, sin descuidar su complejidad.

A fin de facilitar la revisión económica, los principales agentes envueltos en el proceso son simplificadaamente, los siguiente : (a) Familias; (b) Empresas; (c) Administración Pública o Gobierno; y (d) Conjuntos de Agentes no Residentes denominados "Resto del Mundo".<sup>(xv)</sup>

El grupo Familias debe ser entendido como usuarios de los servicios de salud y, por tanto como su mantenedor primario. Todos los demás grupos repasan recursos recogidos del grupo familiar, que funciona de hecho, como el financiador de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Utilizando el grupo Familiar como paradigma, se puede estudiar y evaluar, de un lado, sus relaciones con el sector gubernamental, en lo tocante a pagos de encargos sociales y transferencias. Por otro lado lo mismo puede ser realizado con respecto al grupo de Empresas prestadoras de servicios de salud. Serán analizados los pagos realizados por el grupo familiar directamente al prestador de servicios -pues en esa situación oferta y demanda se equivalen instantáneamente- y los pagos realizados a empresas intermediarias y las transferencias realizadas.

Para efecto analítico y como base para la medición, se diseñó primeramente una composición estática del sector salud, desagregándolo en subsectores -primario, secundario y terciario- conforme el criterio tradicional de la economía. Con el desarrollo posterior de la investigación, fué propuesta una nueva taxonomía para la estructuración del sector :

- 1 -Núcleo del Sector Salud - (a) servicios de salud propiamente dichos (médicos, paramédicos, dentales, laboratoriales, hospitalarios, etc.), (b) servicios y programas de salud destinados a la mejoría de las condiciones generales de salud y bienestar personal y social (agua y alcantarillado, limpieza urbana, protección ambiental, vigilancia sanitaria, campañas de vacunación, salud en el trabajo, etc.), y (c) servicios de asistencia social en apoyo a la salud (atención a la tercera edad, discapacitados, niños y adolescentes, etc.);
- 2 - Proveedores de Insumos y Equipos, típicos y generales - productos farmacéuticos, medicinas y productos botánicos, equipo médico y hospitalario, obras y construcciones (saneamiento, hospitales, puestos de salud, etc.);
- 3 -Actividades estratégicas - investigación y desarrollo en salud, formación y calificación profesional.

Esta clasificación permite una definición descompuesta de la estructura del sector, según una perspectiva amplia, y tiene como metas superar la visión compartimentada del sector salud. Una vez que se proponen una medición cuantitativa, esta es mejor entendida como un mapa cognocitivo para la clasificación de la coyuntura donde se estructuran las relaciones económicas.

La propuesta de medición económica contemplará, sucintamente y en una primera fase de trabajo, las siguientes etapas :

- 1 - Identificación, al nivel más desagregado posible de clasificación, de los bienes y servicios de salud, insumos típicos, máquinas y equipo típicos y de construcción, además de los subprogramas del gobierno, llegando hasta el nivel de unidades gestoras, englobados en la definición anteriormente descrita;
- 2 -Identificación de los principales productores de esos bienes y servicios, caracterizando su clasificación en términos institucionales.

El próximo capítulo se propone adecuar el análisis político-institucional, a partir de la concepción de la Economía Política, a la dimensión económica, de modo que sea posible realzar sus especificidades.

## **1 -Análisis Político-Institucional, Dimensión Económica y Complejidad Estructural : La Magnitud del Sector Salud.**

La complejidad de un análisis político-institucional del sector salud puede ser entendida en principio por la presentación de las cuatro etapas que le son necesarias.<sup>(xvi)</sup>

- 1 -Identificación y análisis del perfil de los principales agentes en los segmentos privados y públicos -incluidos tanto los órganos del sector público, cuanto los grandes grupos de influencia, formados por los prestadores de servicio, proveedores de insumos del sector privado y los demás grupos con actuación específica en el mercado;
- 2 -Análisis de la forma de como se organizan los agentes privados para manifestar y realizar sus intereses y propósitos -grupos de intereses, movimientos, corporaciones profesionales, organizaciones de la industria, y del segmento financiero relacionado con el sector salud;
- 3 -Determinar los campos de disputa, con sus mecanismos, lógica, reglas e instituciones propias, vale decir, aspectos de organización formal del sector - dimensiones, recursos, financiamientos, estrategias competitivas, programas y formas de actuación, características de los servicios prestados;
- 4 -Evaluación de los posibles productos de la interacción entre los agentes en los campos en disputa, o sea, los aspectos de organización y gestión del sector - (a) patrones de organización sectorial : política básica (modelo de salud), formas de financiamiento de la salud pública y relaciones típicas entre los sectores públicos y privado, conforme los campos en disputa; (b) desempeño de la red de salud : impactos y efectos de la descentralización (abordaje crítico del Sistema Unico de Salud), patrones de gestión adoptados por los Estados y Municipios en la organización de sus servicios, experiencias innovadoras (contratos de gestión, autogestión y privatización, ventajas y desventajas).

Para tornar dinámica la taxonomía económica, aplicable a la identificación del perfil de los actores y al análisis político-institucional, es necesario ajustarla a las necesidades del abordaje de la Economía Política. Se trata de concebir la interacción entre los actores como un proceso de intercambio, en sentido amplio.

El concepto de intercambio, en la Ciencias Sociales asume variadas interpretaciones. En la Antropología, se acostumbra trabajar con la oposición entre los conceptos de "Intercambio Generalizado" e "Intercambios Específicos".<sup>(xvii)</sup>

Los Intercambios Generalizados tienen por característica el alto grado de personalización en el acto de intercambio. Hay estrecha relación entre el objeto intercambiado y las personas que interactúan, siendo intenso el contenido simbólico.

Conviene realzar que tales interacciones no ocurren solamente en la sociedades llamadas primitivas. Lo que se ha dado en llamar "Clientelismo" es una manifestación de su ocurrencia el día de hoy. El clientelismo constituye un sistema de apropiación, acumulación y transferencia de recursos -dinero, patrimonio, prestigio o poder. Las reglas de interacción permanecen válidas, conforme la expectativa futura de ocurrencia de nuevos intercambios y de la manutención de los lazos de lealdad.

Los intercambios específicos remiten a la realización de los intereses en el Mercado. Cada objeto intercambiado es específico, y disociado del contenido personalizante, motivándose su adquisición por los intereses de los agentes.

El capitalismo moderno es un sistema de intercambio, acumulación de recursos materiales, sociales y políticos, que se basa en un sistema de intercambio específico, marcados por la impersonalidad del cálculo económico. En su secular proceso de implantación en muchas sociedades, exigió la existencia de un estado guiado por las reglas del universalismo en los procedimientos. Un estado capitalista moderno, en su trazo típico-ideal, se caracteriza por el universalismo de sus procedimientos y por la existencia de la burocracia profesional e impersonal, a semejanza del Sistema de Intercambio Específicos en el cuál está basado.

Otro modo, derivado de la economía, para lidiar con el concepto de intercambio es el llamado "Paradigma de Intercambio" (EXCHANGE PARADIGM)<sup>(xviii)</sup>, que concibe la interacción entre los agentes como un proceso complejo de intercambios (comercio, acuerdos y contratos). Típicamente los cambios que producen arreglos oriundos, exclusivamente, en las relaciones voluntarias entre los actores, refiérense al terreno de la economía y de las relaciones de mercado. Las relaciones no voluntarias, vale decir,

donde existe algún tipo de poder o coherción, nos remiten a la esfera de la política y de las reglas e instituciones que constituyen los campos de disputa.

En este estudio sobre el sector salud, lidiaremos con el concepto de intercambio, en sentido amplio, como un proceso interactivo. Puede tanto remitir a agentes racionales tomando decisiones voluntarias en la escena de mercado, cuanto a relaciones marcadamente personales. Igualmente, no están excluidos aquellos intercambios en que hay actores sometidos a una estructura de intereses y necesidades, que trascienden su capacidad o poder de decisión.

Pretendemos tener, aquí, un especial cuidado con el sentido político de los intercambios. El tenor político se expresa en la existencia de relaciones de poder en el intercambio. Vale decir, en el límite hay actores que son capaces de imponer su voluntad sobre otros, incluso cuando eso va en contra de la voluntad de estos últimos, o bien, los actores poderosos pagan el costo mínimo necesario para viabilizar los intercambios.<sup>(xix)</sup>

Tal caracterización aunque expresa la singularidad del hecho político, es una situación extrema y, por eso mismo, analíticamente restricta. El abordaje político-institucional del sector salud, adecuado en sentido amplio a la Economía Política, se fundamenta en la existencia de un proceso complejo en que diferentes intereses o necesidades -una vez manifiestos- opciones o decisiones -una vez tomadas- y acciones -una vez efectuadas- por agregación o combinación desarrollan y distribuyen los bienes y servicios del sector salud, conforme al poder de cada uno.

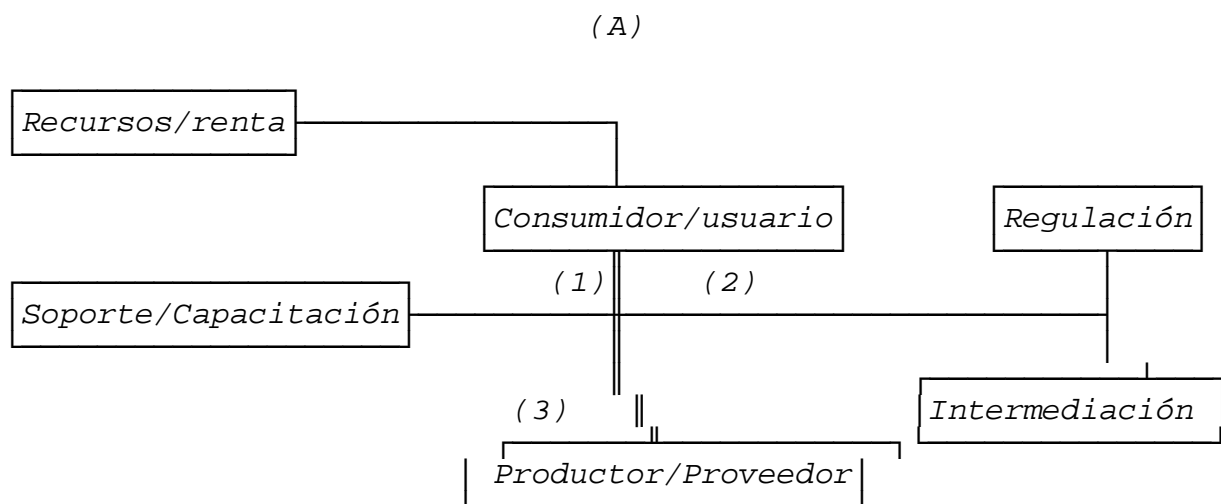
Teniendo en mente el proceso de desarrollo y distribución de bienes y servicios de salud, y siguiendo tal concepción de interacción, podemos reclasificar los agentes con base en la relación esencial entre consumidor/usuario y productor/proveedor, y conforme los encadenamientos necesarios para su consecución -"FORWARD AND BACKWARD LINKAGES". En términos más claros, a partir de una relación simple, como por ejemplo la de un médico interactuando con un paciente, pretendemos entender las interacciones que la condicionan, que le son decurrentes y que en ella intervienen.<sup>(xx)</sup>

Ejemplificando, en el caso de un "Intercambio" entre médico y paciente, además de la relación directa entre ambos, puede existir intermediación de un convenio o de un plan de salud; haber la necesidad de una estructura de atención más compleja (hospital, con participación de otros profesionales); envolver otros "Intercambios" asociados (exámenes de laboratorio, compra de medicamentos, etc.); o bien ocurrir la sumisión, por necesidad, del paciente a una estructura de salud pública que lo trasciende y que condiciona el trabajo del profesional. Lo que nos gustaría

enfatizar es que, de modo menos evidente, también hay : La formación y la calificación del profesional -instituciones apropiadas y agentes reguladores del ejercicio de la profesión; las inversiones en equipos y edificios -industrias especializadas; los recursos en investigación y desarrollo de bienes y servicios -laboratorios e institutos de investigación.

Para corresponder a la complejidad del sector salud, es necesario estructurar las redes de intercambio en términos mas formales. La especificidad de un análisis político-institucional implica una taxonomía propia, aunque similar a la económica.

Considérese el siguiente esquema, y los tres tipos de interacción que presenta :



Este esquema pretende reconstruir, analíticamente, los procesos interactivos -"Intercambios"- necesarios para que un bien o un servicio de salud cumpla su recorrido, vale decir, potenciar, mantener o recuperar las condiciones de salud. El objetivo es justamente, a partir de la identificación y del análisis del perfil de los agentes, de sus interacciones, y de los encadenamientos y ejes que componen la cadena, comprender la dinámica del sector salud, según una visión político-institucional.

La primera consideración a ser realizada no dice respecto a las interacciones, se refiere más a la calificación de los consumidores/usuarios del sector salud (A). Se trata de especificar la entrada de los agentes en la cadena, conforme su condición financiera de acceso a los bienes y servicios de salud.

En primer lugar, hay individuos que poseen recursos o rentas suficientes, constituyendo lo que convencionalmente se ha



denominado grupo de familia. Estos actores son los mantenedores básicos del sistema interactivo, tanto proveyendo recursos para el sector público -aunque no obligatoriamente utilizando sus servicios-, cuanto recurriendo a los servicios y bienes privados. La segunda condición se aplica a los individuos que no poseen rendimientos suficientes para tener acceso directo a los bienes y servicios privados, pero que están acreditados ante los servicios públicos, aunque no sean contribuyentes, vía el concepto de seguridad.

La **Interacción Directa** (1) representa la relación primaria del sector salud, en la cuál se resume el intercambio entre el consumidor/usuario de los bienes y servicios y el productor/proveedor. Envuelve, en una punta, la demanda inmediata de individuos o grupos por bienes y servicios que potencian, mantienen o recuperan su condición de salud. En otra punta, se remite a la oferta, por parte de individuos o empresas, de bienes y servicios que correspondan a tales necesidades. Es del caso resaltar que estos últimos agentes tanto pueden ser públicos (incluyendo acciones de salud pública) cuanto privados y, en este caso tendrían fines lucrativos o no.

Ejemplificando, la interacción directa se manifiesta a través de bienes y servicios como los médicos y los servicios ambulatorios, los servicios de laboratorio, los servicios de salud colectiva como campaña de vacunación, proyectos de saneamiento básicos y también el comercio detallista de medicamentos (farmacias y droguerías). Lo que define el carácter directo de la interacción es el consumo, o la utilización de bienes o servicios de salud, cerrando la cadena interactiva; esto constituye, conforme la taxonomía económica, el núcleo del sector salud.

La **Interacción Indirecta** (2) se caracteriza por la interposición entre los consumidores/usuarios y los productores/proveedores, de un agente mediador. Este tiene por finalidad no la prestación inmediata de los bienes y servicios, sino asegurar, u ofrecer, las condiciones para que las transacciones ocurran.

La Interacción Indirecta puede asumir dos formas : La intermediación y la regulación. La intermediación ocurre a través de dos procesos interactivos, o de dos transacciones : Consumidor/Usuario<>>intermediarios<>>Productor/Proveedor. Los recursos oriundos del grupo familia no son transferidos directamente y por entero a los prestadores de los servicios, parte es tomada por los agentes de la intermediación. Ejemplificando, en el segmento privado tenemos, los agentes que operan los planes de salud, en el segmento público o "SUS", en sentido más amplio, y el INAMPS, en sentido específico, realizan esta función mediadora.

La regulación, segunda forma de interacción indirecta, ocurre cuando es impuesto, y sustentado (ENFORCEDMENT) algún tipo de orientación, control o fiscalización a la interacción primaria. Tal intervención siendo externa y, por tanto, no inherente al intercambio elemental entre recursos (adquisición) y bienes y servicios (oferta), tiene que afirmarse de modo compulsorio para fortalecerse.

Es posible comprender una intervención reguladora de varias formas. Según su grado de institucionalización, puede variar desde la simple proposición de una norma orientadora provisoria hasta la formación de una institución reguladora permanente. Por extensión, puede variar en cuanto al tiempo de vigencia y a la amplitud de la actuación, a partir de la persistencia o de la contingencialidad de la situación que motivo su formación. Finalmente, una intervención reguladora puede ser calificada en cuanto a la naturaleza de sus agentes : Pública (acción de estado), Privada (acción del mercado o de la sociedad) o Corporativa (acción de los profesionales de la salud).

Por **interacción de potenciación o de infraestructura** (3), entendemos las relaciones que dan soporte o capacitación técnica y profesional a la relación consumidor/usuario y productor/proveedor. Este tipo de interacción influencia la relación primaria, actuando de modo directo en la producción/provisión de bienes y servicios. Corresponden en la clasificación económica a los proveedores de insumos y equipos y a las actividades estratégicas.

La amplitud de las Interacciones de Potenciación y de infraestructura permite un diseño global más extenso y complejo del sector salud, hecho que ha escapado a la visión tradicional. Este tema no remite apenas a la comprensión del peso económico del sector, apunta también para dinámicas e intereses políticos-institucionales fundamentales para una evaluación prospectiva, o estratégica, del desarrollo futuro de bienes y servicios de salud (investigación de nuevos productos y tecnologías, formación y calificación de profesionales, por ejemplo).



Ejemplificando, tenemos : (a) Los proceso de capacitación de recursos humanos, que envuelven desde la formación de profesionales de nivel medio superior, en escuelas y universidades, hasta procesos posteriores de entrenamiento, perfeccionamiento y actualización, como seminarios, congresos, por ejemplo; (b) Inversiones públicas o privadas en investigación y desarrollo (P&D), como la búsqueda de nuevos medicamentos -que envuelven, por ejemplo, el sofisticado sector de la química fina-, las avanzadas y onerosas investigaciones en biotecnología e ingeniería genética, la elaboración de nueva tecnologías médico-hospitalarias; (c) las industrias de infraestructura física, que contemplan desde la producción de materiales médicos y afines, incluyendo obras y construcciones hospitalarias, y avanzan hasta la ejecución de políticas públicas de saneamiento básico.

## **2 -Sector Salud : Perfil Político-Institucional de los Agentes**

Con base en el esquema interactivo y en la cadena que representa, es posible trazar el perfil de los agentes del sector salud, con su importancia relativa, a partir de la composición de sus interacciones. A groso modo, hay agentes cuyas acciones e intereses se remiten a más de un tipo de interacción, en cuanto otros se concentran en áreas específicas. Igualmente, hay agentes que, dado su posicionamiento, son mas importantes y otros cuya presencia es casi irrelevante.

Definimos un intercambio eficiente como aquel que favorece la continuidad de la cadena interactiva de modo que, en cada etapa del proceso, las partes involucradas lo percibieran como mutuamente satisfactorio contribuyendo al reforzamiento del proceso. Bajo una óptica estrictamente económica, tal intercambio debe ser derivado de relaciones voluntarias, siendo la satisfacción privada (consumo/uso o venta/oferta) la motivación de los agentes, o la viabilización de la cadena, la manifestación agregada de los beneficios colectivos.

Ya bajo una óptica política, un intercambio eficiente es aquel en que la presencia de coerción o de relaciones no voluntarias, en alguna etapa de la cadena interactiva, es necesaria para superar obstáculos que dificulten el desarrollo y la distribución de los bienes y servicios. La política permite justamente diseñar mecanismos, reglas o instituciones que perfeccionen las interacciones, encadenando mejor las demandas y ofertas.<sup>(xxi)</sup>

Para el análisis político-institucional, la cadena interactiva del sector salud es tratada como una red de intercambios -perfectos e imperfectos- que desarrollan y distribuyen los bienes y servicios que potencian, mantienen o recuperan las condiciones de salud. De este modo, cualquier bien

o servicio puede ser descrito con base en la trayectoria que condujo a su utilización directa, lo que presupone recursos de potenciación y de infraestructura y, posiblemente, interferencias intermediadoras y reguladoras ("FORWARD AND BACKWARE LINKAGE").

Para la mejor comprensión del proceso de intercambio, es necesario descomponer la cadena en torno de dos parámetros, cada cuál con un aspecto descriptivo y otro analítico.

- 1 -El perfil básico de los agentes, que busca (a) descriptivamente remitirse a su naturaleza pública (Estado) o privada (Sociedad y Mercado), y al tipo de acción, individual (Individuos y Empresas) o colectiva (Gobierno con sus agencias, asociaciones, sindicatos, etc.); y que debe (b) analíticamente realzar su importancia relativa, en base a su presencia efectiva en el mercado y en la estructuración organizacional;
- 2 -La naturaleza de las interacciones en que participa, y de los encadenamientos necesarios para el funcionamiento de la cadena, (a) las primeras descritas en la forma directa, indirecta y de potenciación o infraestructura; y (b) los últimos analizados con énfasis en su especificidad, si poseen eslabones fuertes o débiles, si promueven dependencia esenciales o desigualdades de poder entre los actores y entre las interacciones.

El procedimiento descriptivo, parte de la adecuación de la clasificación económica, y demanda un análisis empírico posterior del sector salud. Nos resta establecer un procedimiento analítico para lidiar con la importancia relativa de los actores y con los encadenamientos entre las interacciones.

La importancia relativa de un agente, puede ser evaluada por su intervención en la cadena interactiva. En caso este (1) involucrado básicamente con apenas un tipo de interacción, el puede tener (1A) acción simple, o (1B) concentrada; esta última sí posee ascendencia sobre el nicho en que actúa.

Cuando (2) lidia con más de una actividad en un mismo tipo de interacción, o con más de una interacción y, por tanto, con amplios encadenamientos, tendrá (2A) acción compleja o (2B) compuesta ; esta última sí, ante la contingencia económicas y político-institucional del sector, posee una estructura organizacional apta para actuar de forma articulada y no dispersa.

Con referencia a los encadenamientos, ellos pueden ser analizados bajo dos ópticas. En primer lugar, un encadenamiento puede ser calificado como no crítico. Esto significa que los

eslabones que promueven los encadenamientos, siendo episódicos, rutinarios o sustituibles, son débiles bajo una perspectiva político-institucional, vale decir, nunca remiten a relaciones de poder.

En segundo lugar, un encadenamiento es crítico sí para el consumo/uso final (interacción directa) del bien y del servicio, uno o más eslabones se tornan fuertes, vale decir, cuando una interacción indirecta, o una de potenciación o de infraestructura, tórnense imprescindibles. Esto puede ocurrir tanto en sentido positivo, se supera imperfecciones de intercambio directo, cuanto negativo, se dificulta la cadena interactiva introduciendo imperfecciones.

Con referencia a la interacción indirecta, su relevancia se expresa del siguiente modo :

- 1 -En sentido positivo, (a) cuando la intermediación es condición necesaria, porque contribuye a la disminución de los costos de transacción directa o torna más eficiente el proceso de intercambio; y (b) cuando la regulación es deseable, porque permite la superación de altos costos que inviabilizan la transacción directa, sean los impuestos por la descordinación de los agentes, sean los oriundos en la predominancia de determinados grupos hegemónicos o monopolistas;
- 2 -En sentido negativo, puede imponer costos no necesarios a la cadena interactiva, disminuyendo la eficiencia del intercambio, (a) cuando un actor intermediario se sobrepone imperativamente al intercambio directo; y (b) cuando el proceso de regulación dificulta la interacción, desestimulando el desarrollo y la distribución de los bienes y servicios del sector salud.

La interacción de potenciación o de infraestructura se torna un encadenamiento crítico en las siguientes condiciones :

- 1 -En sentido positivo, cuando incrementa, desde el origen, la cadena interactiva, a través de innovaciones (productos o servicios), de la disminución de costos básicos, de una mayor oferta de recursos, o de una mejor calificación profesional;
- 2 -En sentido negativo, (a) cuando las actividades de soporte tienen un costo excesivo o son insatisfactorias; y (b) cuando los recursos de capacitación se muestran insuficientes u onerosos.

El cuadro a continuación pretende articular las posibles acciones de los agentes con los eslabones y encadenamientos de la cadena interactiva. Las celdas derivadas establecen una tipología para análisis del perfil de los agentes, posibilitando un criterio jerárquico conforme la relevancia político-institucional que posean.

Se busca estructurar las relaciones político-institucionales, con base en el poder de que dispone cada actor -público o privado, individual o colectivo; las celdas pretenden aprehender grados de sofisticación organizacional de los actores y el poder de influencia que adquieren en cuanto a la dinámica del sector. En estos términos, la última celda presenta el perfil de los agentes con más alto grado de organización y con mayor ascendiente sobre el sector salud.

		<b>ACCION</b>			
		Simples -	Complejo -+	Concentrad o +	Compuesto ++
<b>Eslabones Y</b>	No Críticos -	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>
<b>ENCADE- NAMIENTOS</b>	Críticos ++	<b>V</b>	<b>VI</b>	<b>VII</b>	<b>VIII</b>

**Celda (I) : Acción simple y encadenamientos no críticos**

Esta celda remite a Agentes que actúan en un sector de actividad y en un solo tipo de interacción, involucrandose con encadenamientos y eslabones no críticos. En caso de que toda la cadena interactiva estuviese compuesta de articulaciones de este tipo, se caracterizaría una típica situación de mercado. Sí fuere así, habrían múltiples actores (Individuos o firmas) realizando transacciones voluntarias entre sí, siendo el elemento articulador del intercambio, el precio, o valor de mercado de los bienes y servicios.

Tal situación, aplicada a un escenario real del sector salud<sup>(xxii)</sup>, posee las siguientes características :

- 1 -El productor/Proveedor no tiene participación hegemónica, no encuentra restricciones en cuanto a los recursos de infraestructura o de potenciación, ni sufre interferencias reguladoras o intermediaciones significativas;
- 2 -El consumidor/usuario dispone de una amplia oferta de bienes y

servicios, no recurriendo a agentes intermediarios, ni promueve la intervención regulatoria de un actor externo al proceso de intercambio;

- 3 -Los agentes indirectos (Reguladores o intermediarios, de soporte o de capacitación) o están incorporados a la rutina de la cadena interactiva, o interfieren en la relación primaria -productor/proveedor por consumidor/usuario- de modo episódico.

Tales aspectos caracterizan esta celda como no relevante para un análisis político-institucional del sector salud, dado el horizonte limitado de los intereses involucrados. Enmárcanse en este perfil, los siguientes agentes :

- 1 -Prestadores de servicios simples y directos como los (1A) asistenciales (médicos, odontológicos, de enfermería, ambulatorios, hospitalarios), los (1B) de apoyo diagnóstico y terapéutico (laboratoriales, radiológicos, de hematología y hemoterapia, de fisioterapia y rehabilitación, de fonoaudiología;
- 2 -Vendedores directos a los consumidores finales de bienes que mantienen, recuperan o potencian las condiciones de salud, como medicamentos, productos de utilidad médica y de laboratorios para uso privado, y artículos de higiene personal (farmacias y droguerías);
- 3 -Proveedores de bienes de soporte como (3A) Infraestructura física y equipamiento (construcciones hospitalarias y mobiliario, equipo médico, odontológico y hospitalario), y (3B) insumos básicos (industria farmacéutica).

### **Celda (II) : Acción compleja y encadenamientos no críticos**

Esta celda contempla actores cuya actividad en la cadena interactiva abarca, de modo disperso, o más de un sector de actividades, o más de un tipo de interacción. El hecho de que ocurran apenas encadenamientos no críticos y eslabones débiles hacen que su relevancia político-institucional sea reducida.

A groso modo, la caracterización de los agentes y de los encadenamientos es semejante al de la celda anterior. El trazo distintivo, que le confiere mayor peso institucional, es la presencia de actores más complejos, con algún grado de institucionalización. La complejidad de los agentes puede ser evaluada por la forma como las transacciones son económicamente organizadas.

Simplificando, hay dos mecanismos interactivos básicos, cada uno correspondiendo a un tipo de formato o exigencia organizacional. En

primer lugar, el mecanismo de precios, característico de situaciones de mercado, no requiere obligatoriamente una estructura organizacional. Un intercambio, en principio, puede ocurrir espontáneamente entre individuos, sin necesidad de la constitución de firmas o de mecanismos específicos.

En segundo lugar, está el mecanismo de los contratos, cuya función principal es posibilitar interacciones que dejadas apenas bajo la acción espontánea (precios) del mercado no existirían. Para cumplir tal tarea, que básicamente remite a la reducción de los costos de transacción, se constituyen firmas, estructuras jerárquicas que organizan las interacciones.<sup>(xxiii)</sup>

En el perfil de esta celda se encuadran los productores/proveedores de bienes y servicios directos, y los de recursos de potenciación y de infraestructura, con algún grado de complejidad organizacional; el hecho de que no existan eslabones fuertes, bajo el punto de vista político-institucional, aproxima todo el complejo organizacional y la cadena interactiva a la concepción económica de intercambios voluntarios en un mercado abierto, tornando menos importante las acciones de intermediación y de regulación.

### **Celda (III) : Acción concentrada y encadenamientos no críticos**

Esta celda representa actores con actuación concentrada (hegemónica) en una actividad de un tipo de interacción, pero sin motivar encadenamientos críticos en la cadena. La relevancia político-institucional de esta caracterización deviene de la amenaza potencial de que la predominancia latente del actor se convierta en ascendencia efectiva en el nicho en que actúa. Si esto ocurre las interacciones en el segmento de actividad del actor, debido a que se tornan no voluntarias para una de las partes, propician el surgimiento posterior de eslabones fuertes (demandas reguladoras).

Los agentes poseen las siguientes características :

- 1 -El productor/proveedor tiene participación hegemónica, no encuentra restricciones en cuanto a los recursos de infraestructura y de potenciación, ni sufre inmediatamente interferencias reguladoras o intermediaciones significativas;
- 2 -El consumidor/usuario dispone de una oferta concentrada de bienes y servicios, no recurriendo a agentes intermediarios, pero estando, potencialmente, propenso a reivindicar una interacción regulatoria de un actor externo al proceso de intercambio;
- 3 -Los agentes de soporte o de capacitación y los intermediarios, o están incorporadas, la rutina de la cadena interactiva, o interfieren en la relación primaria - productor/proveedor



por consumidor/usuario - de manera episódica. Los agentes reguladores, aunque inmediatamente poco presentes, pueden manifestarse conforme la actuación de los actores concentradores.

- 4 -Puede ocurrir una inversión en la relación productor por consumidor, en caso sea éste quien posea acción concentrada. En este caso, potencialmente, él puede interferir imperativamente sobre el mercado, dado su poder de compra. La posibilidad de que manifieste un actor regulador se torna también presente.

#### **Celda (IV) : Acción Compuesta y Encadenamientos no críticos**

Esta celda dice respecto a agentes que actúan en mas de una actividad, o en mas de una interacción. Las amplias áreas de actuación, con sus eslabones y encadenamientos, son incorporadas a la firma, de modo que se eviten las dispersiones y, consecuentemente, el debilitamiento de la estructura organizacional.

Esto puede ser hecho encadenando la interacción directa - los bienes y servicios de salud - al desarrollo de los recursos de soporte y de capacitación - disminución de costos -, o a alguna forma de intermediación - expansión de la captación de recursos financieros.

La existencia de encadenamientos no críticos evidencia, por parte de los productores/proveedores directos, su no dependencia con relación a agentes externos, a excepción de los consumidores/usuarios, para el desarrollo y la distribución de bienes y servicios - eslabones débiles -. Con relación a estos últimos, **demuestra la no necesidad de recursos** a actores reguladores.

A despecho de ser débiles los eslabones, esta celda posee gran relevancia político-institucional pues presenta agentes sofisticados, con gran potencial de control sobre el sector salud como un todo. Hay condiciones latentes - agentes hegemónicos, acciones articuladas, por ejemplo - que posibilitan la transición a un escenario de encadenamientos críticos, donde sobresalen relaciones no voluntarias. Este tránsito puede no apenas depender de las contingencias del sector, como también de la situación económica del país y de la acción política de los agentes.

#### **Celda (V) : Acción Simple y Encadenamientos Críticos**

Esta celda remite principalmente a la ascenso de los agentes no involucrados con la interacción básica, vale decir con la relación productor/proveedor por consumidor/usuario, demostrando el tenor crítico de los encadenamientos. Este hecho apunta para el crecimiento de los intercambios no voluntarios, poseyendo, por tanto

gran relevancia político-institucional.

Este escenario posee las siguientes características :

- 1 -El productor/proveedor no tiene participación hegemónica, pero puede (a) encontrar dificultades para la obtención de los recursos de infraestructura y potenciación, o (b) sufrir interferencias reguladoras o intermediaciones significativas;
- 2 -El consumidor/usuario dispone de una amplia oferta de bienes y servicios, pero para adquirirlos puede (a) depender de agentes intermediarios, o (b) necesitar de la intervención regulatoria de un actor externo para superar imperfecciones en el proceso de intercambio;
- 3 -Los agentes indirectos (reguladores o intermediarios, de soporte o de capacitación) interfieren de modo decisivo en la relación primaria.

Se encuadran en este perfil, básicamente, los mismos agentes citados en la Celda (I). El trazo diferencial es dado por la presencia de agencias reguladoras - públicas, privadas o corporativas - accionadas, específicamente, para regular imperfecciones del proceso de intercambio. Hay incentivo para que los agentes con intereses afines se organicen colectivamente - condiciones necesarias más no suficientes -.

Ejemplificando, tenemos : fiscalización de productos (agencias gubernamentales), defensa contra la mala prestación de los bienes y servicios (organizaciones sociales de defensa del consumidor/usuario), protección contra acción concentrada o compuesta, o contra regulaciones e intermediaciones indeseables (asociaciones privadas para manifestación o defensa de intereses) control del ejercicio de la actividad (consejos profesionales).

#### **Celda (VI) : Acción Compleja y Encadenamientos Críticos**

Esta celda presenta actores involucrados con más de un sector de actividad, o con más de un tipo de interacción. Su estructura organizacional es dispersa, lo que potencialmente los deja frágiles ante los encadenamientos críticos.

En tanto, como la existencia de eslabones fuertes se torna una amenaza a los intereses de la empresa, o de los individuos, hay una inducción para que se organicen. Tal organización puede ser interna, en el caso de una firma - encadenamiento de sus segmentos de actuación -, o externa, en el caso de firmas e individuos - promoción de acción colectiva a través de grupos de intereses o de asociaciones más amplias, por ejemplo.



La estructura gubernamental, en caso de que esté desarticulada, y dada sus varias instancias - ejecutiva (agencias, autarquías, fundaciones, administración, etc.), legislativa ( Congreso Nacional con sus Comisiones), judicial, considerando los niveles federal, estatal y municipal -, puede ser analizada, según una macro visión. Esta celda posee gran relevancia político-institucional.

### **Celda (VII) : Acción Concentrada y Encadenamientos Críticos**

Esta celda contempla actores con ascendencia sobre su sector de actividad, e involucrados con encadenamientos críticos. Los ejemplos más típicos para el sector salud son las empresas Seguro-Salud ( intermediación) y la acción organizada de las industrias farmacéuticas (soporte). La caracterización de los agentes con tal perfil es fundamental para un análisis político-institucional del sector salud.

La ascendencia puede ser en todo los tipos de interacción - directa, regulación e intermediación, soporte y capacitación profesional. Lo que ella evidencia es la existencia de relaciones no voluntarias (políticas), en que determinados actores hegemónicos se imponen sobre otros, propiciando por parte de estos demandas regulatorias. Dada la naturaleza del problema, tener en mente la Perspectiva Constitucional es un paso esencial para la gestión del sector.<sup>(xxiv)</sup>

Considerando la interacción final de la cadena - los bienes y servicios de salud propiamente dichos intercambiados, entre productores/proveedores y consumidores/usuarios -, las reivindicaciones reguladoras pueden ser dirigidas a cuatro tipos de agentes: (a) Públicos (incluyendo los órganos de defensa del consumidor), (b) privados - corporativos (como los consejos de profesionales de la salud), (c) privados-consumidores/usuarios (incluyendo las asociaciones y los movimientos organizados). Es que tales agentes pueden actuar de modo simple y crítico, si no fueran los únicos reguladores, o de forma concentrada y crítica, si tuviera ascendencia y obtuvieran monopolio para la regulación.

### **Celda (VIII) : Acción Compuesta y Encadenamientos Críticos**

Esta celda presenta agentes cuya actividad abarca más de un segmento de actividad de una misma interacción, y/o más de una interacción. Puede ser analizada conforme dos visiones : (a) Una macro visión basada en una posibilidad teórica; (b) una visión localizada, guiada por preocupaciones prácticas.

Lo que entendemos por macro visión, en cuanto una posibilidad teórica, es la perspectiva de comprender el Estado, con todas sus instancias, como capaz de actuar de modo compuesto. En estos términos hipotéticos, esta celda sería la antípoda de la caracterización de la primera - Estado articulado (VIII) por Mercado

Plural (I).

Una visión localizada permite una aplicación más práctica. Cualquier agente con los requisitos anteriores, que fuera capaz de actuar articuladamente, encadenando sus áreas de actividad y delante de eslabones fuertes, se encuadra en este perfil.

Ejemplificando, en el ámbito privado, hay Empresas de Medicina de Grupo que actúan directamente en la prestación directa de bienes y servicios (poseen red hospitalaria propia), y que incorporan acciones de intermediación (planes de salud).

Ya en el campo político, el Estado puede encadenar la prestación directa de algunos bienes y servicios (acciones de salud colectiva por ejemplo), con recursos infraestructurales (laboratorios públicos) y de capacitación (calificación de profesionales), y con acciones de intermediación (dotaciones presupuestarias) y regulatorias (fiscalización sanitaria). Evidentemente, tales ejemplos pueden ser descompuestos en acciones simples y concentradas, e igualmente como posibles acciones complejas (dispersas). Con todo, lo que les va a conferir el atributo de composición es la existencia de la planificación y la constatación de acciones articuladas.

Idealmente, todas las acciones del estado deberían ser compuestas, lo que impediría, por ejemplo, competencia depredatoria entre agentes afines por recursos presupuestarios. Este encuadramiento, dada la sofisticación y la dimensión de los agentes, es el aspecto político-institucional más importante para la comprensión del sector salud.

### **SECCION III : POLITICA Y SALUD : INTERESES Y ORGANIZACIONES**

En la primera sección de este trabajo, definimos el sector salud de modo operacional, a fin de posibilitar su estructuración en términos político-institucionales. Fueron delimitados dos marcos conceptuales : El primero opone la consideración de los bienes y servicios de salud como objeto de transacción en el mercado a su tratamiento como derechos sociales. El segundo, considerando el proceso de desarrollo y distribución de bienes y servicios, incorpora a los agentes, instituciones y mecanismos entre dos dimensiones polares : Predominancia del Estado y Ascendencia del Mercado.

A partir de la delimitación del plano, decurrente del cruce de los ejes, partimos para su comprensión en términos de políticas públicas. En nuestro estudio sobre el tema, determinamos cuatro tipos de políticas públicas - distributivas, autoregulatorias, regulatorias y redistributivas - que deben ser entendidas como macro campos de disputa política.

La esencia de la competencia en términos de políticas puede ser así tipificado como estando motivado por dos paradigmas : Paradigma del Bienestar Social versus Paradigma de la Eficiencia Económica. La determinación de los paradigmas sintetiza, de forma típica, un conflicto político crucial: Estado/Derechos Sociales/Opción Redistributiva por Mercado/Transacción/Opción Autoregulatoria.

Concluimos la sección uno alertando acerca de la especificidad del hecho político. Cuando se está en posición de decisión, más importante que adoptar opciones polares es tener sensibilidad para la naturaleza del problema con que se está lidiando. El sector salud es demasiado complejo, nuestra opción para su tratamiento como un sistema abierto alerta acerca de la naturaleza contingencial de sus conflictos.

La segunda sección tuvo su origen en la búsqueda de un instrumental teórico, adecuado a los propósitos político-institucionales, que permitiera la comprensión del perfil de los actores y de sus interacciones. Adoptamos el abordaje de la Económica Política, y el Paradigma del Intercambio, para establecer una cadena interactiva que explicara los procesos necesarios para el desarrollo y distribución de bienes y servicios de salud - interacción directa, interacción indirecta, interacción de potenciación o de infraestructura, con sus encadenamientos y eslabones.

La comprensión del proceso de intercambio demanda identificar el perfil de los actores y las naturales de las interacciones en que participa, con los encadenamientos necesarios para la puesta en práctica de las relaciones en cadena. El procedimiento analítico desarrollado implicó confrontar el tipo de acción de los agentes - simples, concentrada, compleja y compuesta - con los encadenamientos y eslabones interactivos - críticos y no críticos. El cuadro resultante jerarquizó teóricamente a los agentes, conforme su peso institucional - inserción en la cadena de interacción.

El próximo paso del trabajo tiene como objetivo analizar la forma como se organizan los agentes del sector salud, para manifestar y realizar sus intereses. Partimos de la caracterización del perfil de los agentes, y de sus interacciones, teniendo como supuesto que la existencia de eslabones y encadenamientos críticos es un incentivo - condición necesaria, pero no suficiente - para que se organicen en defensa de sus intereses. A partir del perfil de las organizaciones, será posible comprender las contingencias de la dinámica político-institucional. Antes debemos explicitar lo que entendemos por concepto de "intereses".

## **1 -Política e Intereses**

Intereses es un concepto clave para la política, tanto en su contenido práctico-normativo - motivación - cuanto para el análisis político-explicación<sup>xxv</sup>). Desde el siglo XVII, teóricos políticos han percibido que (a) los individuos buscan la satisfacción de sus intereses como un objetivo político primario, y que (b) la comprensión de sus intereses individuales es esencial para explicar su comportamiento.

Tal comprensión de la importancia del "Interés" no es inmune a controversias. Básicamente, hay dos sentidos para el concepto, uno subjetivo y otro objetivo. En sentido subjetivo, interés se refiere a la manifestación de un estado mental - psicológico -, el individuo atribuye intereses a algo. En estos términos, para que se torne útil el análisis político, es necesario que el interés sea manifestado por el sujeto, lo que demanda que exista una percepción.

En sentido objetivo, interés equivale a ser, o estar, afectado por algo. Independientemente de la percepción del individuo, ni remite a una manifestación circunstancial. El interés es objetivo porque se refiere al efecto de alguna cosa sobre el individuo, pudiendo ser medido por parámetros externos a la conciencia individual.

Considérese el siguiente cuadro

Interés Objetivo	Interés Subjetivo	
	Percibido	No Percibido
Afectado	Conciencia	Falta de Conciencia
No afectado	Falsa Conciencia	No se Aplica

El cuadro arriba descrito representa tres caracterizaciones posibles para tratar el concepto de interés, la celda inferior derecha no se aplica. La primera celda - superior izquierda - expresa la situación en que un individuo es afectado por algo, y tiene percepción de lo que es y del efecto que produce, de allí que se hable en "conciencia"<sup>(xxvi)</sup>.

La celda superior derecha - falta de conciencia - expresa la situación en que un individuo no percibe cuanto su vida es afectada por alguien o por alguna cosa. La celda inferior izquierda ocurre cuando un individuo supone que su vida está siendo afectada pero no es capaz de encontrar una causa o la atribuye erróneamente<sup>(xxvii)</sup>.

En términos de políticas públicas, la consideración de ambos sentidos es fundamental. La utilización del "Interés subjetivo", como único criterio de evaluación, conduce a dos resultados perversos. Primeramente, en caso de falta de conciencia, no se considera una cuestión político-normativa crucial : La situación en que individuos, cuyas oportunidades de vida son seriamente afectadas por una política dada, no perciben cualquier efecto.

En segundo lugar, el hecho de que un individuo sea afectado, aunque no perciba la causa, lo coloca, potencialmente, de cara a una actividad política. No considerar tal hecho, empobrece cualquier análisis. Hasta porque, individuos cuyas vidas estén similarmente afectadas por condiciones sociales objetivas constituyen un grupo potencial de movilización.

En base en el perfil político-institucional caracterizado en la sección anterior, podemos inferir que la existencia de eslabones y conexiones críticas son factores que incentivan la adquisición de la conciencia. Conviene realzar, que la presencia de conciencia es una condición necesaria, pero no suficiente, para la existencia de una acción política organizada-colectiva. Analizar las acciones organizadas, y el modo como se manifiesta en el sector salud, es nuestro próximo paso.

## **2 -Políticas y Acciones Colectivas**

La existencia de un interés común, y la conciencia del hecho por parte de los agentes, no es suficiente como motivación para el comportamiento colectivo. La teoría de la acción colectiva surgió como crítica a los presupuesto de dos vertientes analíticas, la pluralista y la marxista.

Los pluralista creían, apoyados en la doctrina de los grupos de interés que las acciones colectivas surgen espontáneamente a partir de la existencia de una identidad de intereses. Los grupos sociales, por así decir, ya están latentes, una vez afectados es que se movilizan para la acción colectiva<sup>(xxviii)</sup>.

En términos metodológicos la identificación entre interés y grupos, ocurre en una misma actividad observable. Se trata de localizar los actores involucrados en la situación política, especificando el curso de acción adoptado. El cuadro político institucional completo, deriva del posicionamiento de los intereses observados.

Los marxistas, a su vez, utilizan el concepto de clase social a partir del sentido objetivo de interés. Las clases sociales representan la agregación de individuos que están afectados por condiciones objetivas similares, vale decir, por su inserción en el proceso productivo. Como los individuos pueden no percibir su condición objetiva, la acción colectiva depende de la adquisición de la conciencia.

Metodológicamente, la evaluación de la acción organizada de los agentes depende de la comprensión de las relaciones productivas, presuponiendo que los actores tengan conciencia de su inserción real. Evidentemente, interés y grupo solamente hacen parte de la misma actividad observable, si están mediados por el concepto de conciencia.

La crítica a ambas vertientes<sup>(xxix)</sup> no considera la relación interés/grupo, como siendo directa e inequívoca. El argumento metodológico se basa en el supuesto de que los desafíos, a ser enfrentados por una acción colectiva, son los mismos existentes para la producción de bienes públicos.

Un bien público tiene por característica ser indivisible y no excluyente. En otros términos, aún aquellos que no corren con los costos para su consecución - movilización, por ejemplo - no pueden ser excluidos de sus beneficios. Esto puede incentivar el comportamiento oportunista, esto es, pedir "raid" - free-rider - en los beneficios sin correr con los costos de la participación.

Ahora, si todos los individuos, racionalmente, evaluaran la cuestión bajo este prisma, no participarían de la división de los



costos ante la certeza de no ser excluidos de los beneficios comunes, no habría acción colectiva alguna. Conviene realzar que esto ocurre aunque preexista un interés común - como defienden los pluralistas - o que los agentes tengan conciencia de su condición objetiva.

Los teóricos de la acción colectiva no explican su ocurrencia con base en la relación interés/grupo, sino por la presencia de coacción o incentivos selectivos. La explicación, bajo esta visión, disloca, metodológicamente la cuestión del nivel macro - percepción de intereses comunes o conciencia de la inserción en proceso productivo - para el nivel micro, la evaluación de cada individuo de las ventajas o limitaciones que se colocan sobre él.

Ejemplificando, la coacción está presente sobre los individuos, cuando sindicatos tienen poder para obligar a los trabajadores a que se afilien - closed/shops. Ya los incentivos selectivos existen cuando es posible para un agente obtener algún beneficio privado, participando de una acción colectiva, lo que escapa al optimismo de los teóricos de los grupos de interés.

La teoría de la acción colectiva se apoya, fundamentalmente, en el supuesto económico de que los costos de participación promueven, racionalmente, comportamientos individuales egoístas. Sin contestar el supuesto de la racionalidad de las acciones y el énfasis en el nivel micro - individual -, se puede reevaluar el abordaje en caso que se considere que pueden existir, también costos por la no participación<sup>(xxx)</sup>.

En caso de que un agente evalúe la no producción de un bien público, como más perjudicial que el esfuerzo que le cabe para producirlos, el puede soportar solo, en un primer momento, los costos, aún sabiendo que puede favorecer oportunistas. Roto el obstáculo inicial para la producción del bien colectivo, es posible a través de la coerción o incentivo selectivos diluir los costos subsecuentes y evitar oportunismos.

Ahora, es exactamente este papel a ser desempeñado por los agentes que asumen, en el momento inicial, el liderazgo de movimientos colectivos. Su tarea subsecuente es organizar la acción colectiva, lo que puede llevar el movimiento a institucionalizarse.

Los conceptos de interés y de acción colectiva son útiles para nuestro análisis político-institucional del sector salud, porque permiten introducir la cuestión central de las organizaciones y de su institucionalización. Discutirlas será nuestro próximo paso.



### **3 -Política y Organizaciones**

Los análisis políticos tradicionales, al tomar como punto de partida las manifestaciones de intereses, tienden a identificar como relevantes para el análisis los siguientes actores : Individuos - que, agregados, constituyen la opinión pública -, los partidos políticos y los grupos de intereses. Esta visión proviene en gran medida del predominio de la ciencia política norteamericana. Esta, al tratar su propio escenario político, tiende a dividirlo en dos partes : Una no gubernamental, en la cuál se incluyen los agentes citados recientemente, y otra Gubernamental - El Estado propiamente dicho(<sup>xxxii</sup>).

Se difundió, por tanto, el tratamiento de los partidos políticos y de los grupos de intereses como los dos actores principales, y en alguna medida como suficientes, para la comprensión de la dinámica política(<sup>xxxiii</sup>). Los partidos políticos son entendidos como agrupamientos de individuos organizados, con base en cierta identidad de intereses amplios, que se orientan a la competencia electoral, a fin de obtener poder legítimo en el escenario político -sea como gobierno, sea como oposición.

Los grupos de intereses, a su vez, son tratados como organizaciones orientadas hacia la obtención de ganancias comunes - o privadas, por parte de cada individuo separadamente -, a partir de una identidad de intereses más restrictos. En términos de intereses, lo que diferencia a ambas organizaciones es que los partidos tienen intereses amplios, a veces difusos, mientras los grupos de intereses buscan fines precisos.

La cuestión aquí no es disminuir la relevancia de esos actores políticos, pero sí alertar para el riesgo de omitir un vasto campo de disputa política. Considérense los siguientes agentes : Grandes corporaciones con actuación compleja o concentrada(<sup>xxxiii</sup>), Oficinas especializadas en Lobbies o firmas profesionales de intermediación de intereses, prensa y órganos de comunicación, movimientos sociales provisorios o de cortísima duración, e intereses diversos articulados ad hoc para una causa común. Definir agentes tan diversos, dentro de una misma categoría común de grupo de intereses, empobrece cualquier análisis.

El mismo raciocinio cabe para evaluar el sector estatal. No parece apropiado sintetizar, en una misma categoría, actores públicos tan diversos como :

- 1 -El legislativo, que incluye los partidos con la inserción de sus representantes en las diferentes comisiones del Congreso, y existe en diferentes instancias, cada una con competencia propia - Senado Federal, Cámara de los Diputados, Asamblea Estatales y Cámaras de Municipales;

2 -El ejecutivo, dada sus instancias - Federal, Estatal y Municipal -, su diversificada estructura administrativa directa - Ministerios, Secretarías, etc. - e indirecta - Institutos, Fundaciones, Autarquías, Empresas Estatales, etc. - cada una presentando un perfil burocrático y un campo de acción propio.

Se trata, pues, de buscar elementos que permitan discriminar la especificidad de los agentes organizados. Discutiremos el tema en torno de tres conceptos claves : Liderazgo, Representatividad e Institucionalización. Como un aspecto suplementario, clasificaremos las organizaciones según su naturaleza pública o privada.

### 3.1 -Liderazgo, Representatividad e Institucionalización

Una organización presupone la existencia de un grupo de individuos, que poseen entre sí algún nivel de interés común. En base en nuestro análisis sobre el concepto de intereses y sobre la teoría de la acción colectiva, podemos indicar un concepto fundamental : Representatividad.

Representatividad pasa a ser aquí, preliminarmente, entendida como la capacidad, podríamos decir necesidad, que tiene una organización, y sus líderes, de corresponder a los intereses de los miembros que la componen. Bajo un punto de vista inicial, hay una relación directa entre participación y representatividad. A mayor participación, es menor el oportunismo - Free Rider -, mayor será la representatividad organizacional. O, en otros términos, una organización será tanto más representativa cuanto mayores incentivos provea para la participación efectiva de sus miembros.

Este análisis sobre representatividad puede sugerir que su única vinculación conceptual es con el concepto de participación. Todavía, como habíamos llamado la atención anteriormente, este un entendimiento preliminar. Es necesario introducir otro concepto crucial : Institucionalización.

Institucionalización es definida como el proceso por el cuál las organizaciones se tornan complejas, altamente diferenciadas, asumiendo múltiples funciones y una estructura jerárquica de autoridad. En resumen, tórnase instituciones, pasando a dirigir amplios recursos, de los cuales una fracción significativa puede ser destinada a cuestiones políticas, percibidas como relevantes para su permanencia o ampliación(<sup>xxxiv</sup>).

Para fines analíticos, las organizaciones pueden, teóricamente, disponerse dentro de un "continuum" conforme su nivel de institucionalización. En el límite inferior, existen las asociaciones voluntarias, movimientos organizados de modo tópico y provisional, orientados hacia una cuestión específica. Los

movimientos tienen su término, o cuando consiguen satisfacer su demanda específica, o cuando sus líderes fracasan y no garantizan la participación. En ambas situaciones la organización deja de ser representativa, en el primer caso porque finaliza la razón de su existencia, en el segundo porque fracasa la participación.

En el límite superior, se encuentran las instituciones. Sintéticamente, instituciones son estructuras jerárquicas que ejercen, dentro de su jurisdicción, autoridad sobre las personas, no necesariamente miembros. Las instituciones tienen mayor amplitud, teniendo sus líderes más autonomía y autoridad para actuar en la esfera política.

Mientras más alto es el grado de institucionalización, más diluido, o menos significativo, queda el concepto de representatividad. Menor es la necesidad de los líderes de justificar sus acciones con referencia a la aprobación de los miembros de la organización. El curso de acción adoptado, decidido por los líderes, no se guía necesariamente por la consulta con los individuos.

Una organización altamente institucionalizada constituye una realidad propia, en su autonomía no es simplemente la agregación de intereses individuales. Es justamente por eso que, dada su inserción privilegiada, el desempeño de los líderes es crucial, ellos asumen el papel de expresar los intereses institucionales.

Una organización con amplias dimensiones y funciones diversificadas, impone la existencia de agentes especializados en tareas técnicas y administrativas - burocracia -, y además, demanda la constitución de estructuras jerárquicas. Los líderes se constituyen en agentes ejecutivos, orientando sus decisiones para la protección, fortalecimiento y ampliación de las cuestiones institucionales, tanto del corto plazo, como en lo que se refiere a la estabilidad y seguridad futuras.

Básicamente, los líderes alegan siempre actuar en favor de los intereses institucionales, pero es evidente que su propio interés - carreras profesionales o ambiciones políticas - no pueden ser desvinculadas. Esto se torna más claro, y problemático, cuando la institución existe para representar intereses o para actuar políticamente.

Considérese una organización que se propone coordinar agentes privados, representándolos, por ejemplo, en defensa de intereses sectoriales. La actuación de los líderes debe garantizar la adhesión de los agentes, motivándolos por la necesidad de acción conjunta contra un adversario externo. Apelan, por tanto, a la cooperación, lo que involucra la superación del problema de la acción colectiva. Todavía, los agentes privadamente pueden estar involucrados en conflictos, disputando un mercado competitivo.

La existencia de dos campos, el externo, que implica cooperación, y el interno, que impone conflicto, hace parte de la lógica de intereses y decisión de los agentes. No existe una prioridad inequívoca en cuanto al procedimiento preferencial, se puede intentar por el conflicto ganar terreno internamente en su sector, u optar por la cooperación, avanzando contra un enemigo externo.

Los líderes de la organización poseen prioridades. El conflicto es siempre una amenaza a la continuidad institucional, apelar a la cooperación es cuestión de sobrevivencia. Cuando hay, de hecho, una amenaza externa, la acción conjunta es mucho más fácil<sup>(xxxv)</sup>. Pero, cuando hay conflicto internos, la acción de los líderes organizacionales es ambigua. Pueden asumir sus intereses privados, colocando en riesgo la continuidad de la organización; o actuar de modo conservador, refrenando la competencia. Esto puede ocurrir castigando a los agentes más agresivos, y hasta, cuando fallan en sus esfuerzos de coordinación de los conflictos, apelando a la regulación del Estado<sup>(xxxvi)</sup>.

El carácter específico de las organizaciones institucionalizadas se expresa mejor en el Estado. Dada su gran dimensión y la complejidad de las tareas y responsabilidades en que se involucra, ocurre un proceso de burocratización que posee las siguientes características<sup>(xxxvii)</sup> : (a) Surgimiento de un aparato técnico administrativo, (b) alto grado de especialización, (c) sistema de normas y procedimientos impersonales, (d) estructura jerárquica de dirección, y (e) sistema de carrera y promoción.

El desarrollo de la burocracia impone la configuración de áreas especializadas, vale decir, cada cuál con un saber propio y teniendo monopolio de autoridad en su jurisdicción. De este modo, junto al estado, surgen diversas organizaciones específicas abrigando a diversos técnicos y burócratas - institutos, fundaciones, secretarías, etc. Estas organizaciones también poseen diferentes grados de institucionalización, que dá origen a una dinámica propia.

En calidad de tésis, cualquier acto estatal se justifica - se legítima - a partir de la necesidad de atender el interés común. El estado y las organizaciones públicas representan, por principio, a los ciudadanos. Todavía, como cualquier institución, posee también intereses no reducibles a la simple agregación de las voluntades individuales. Esto puede manifestarse positivamente o negativamente.

Positivamente, porque el Estado, y las organizaciones públicas, tiene posición privilegiada con relación a la Sociedad. Este hecho permite una visión amplia y evaluaciones prospectivas, vale decir, puede intervenir apoyándose en el saber técnico y en los recursos de poder que dispone. En resumen, se trata de la acción de planificación.

Entretanto, una institución y su burocracia, porque poseen intereses específicos, también adquieren comportamiento corporativo. Esto puede manifestarse negativamente. Por ejemplo, cuando ella deja de ser necesaria, o cuando para la consecución de una política pública su sobrevivencia está en juego, tiende a reaccionar contrariamente por medio de su burocracia.

En el caso de que un proceso de cambio institucional sea crucial para la consecución de una política, la resistencia de los agentes del estatus quo puede ser un factor decisivo para el fracaso. Conviene destacar, que el conflicto, en torno a políticas de esa naturaleza, no se restringe a los diferentes intereses - instituciones y burocracia en contra y a favor del cambio - existentes en el interior del Estado. La lucha, por así decirlo, es llevada hasta el campo de la sociedad, se buscan alianzas con intereses afines - partidos, agentes legislativos (diputados y senadores) y ejecutivos (gobernadores y alcaldes), sindicatos, asociaciones, grupos de intereses, grandes empresas, por ejemplo.

### 3.2 -Organizaciones : Privadas, Públicas o Mixtas

Las organizaciones pueden, para la orientación de su inserción en el escenario político-institucional, ser discriminadas en torno a su naturaleza privada, pública o mixta. Las organizaciones privadas (a) se articulan para representar intereses sociales, políticos y económicos, a partir de la sociedad. Pueden asumir desde la forma de simples movimientos provisionales hasta instituciones más complejas y estables.

En su esfuerzo de institucionalización, para superar el dilema de la acción colectiva, las organizaciones privadas pueden recurrir al poder coercitivo del Estado. Este hecho puede darse directamente a través de leyes públicas que promueven la adhesión compulsiva de los individuos. Por ejemplo, en el Brasil la afiliación sindical es regulada por ley, siendo la contribución compulsiva, lo que caracteriza la acción corporativa de iniciativa estatal.

Otro procedimiento coercitivo más sutil, ocurre cuando la iniciativa de la incorporación obligatoria parte de la corporación profesional. Este hecho puede suceder con el asentimiento, desinterés u omisión del Estado. Ejemplificando, así proceden los Consejos Profesionales, que de este modo regulan la actividad profesional, cuando imponen reserva de Mercado.

Cuando las organizaciones públicas (b), se estructuran junto al aparato del Estado, muchas veces confundándose con él - en el caso de la administración directa, dado su grado de institucionalización, la autonomía que asumen en relación a los intereses sociales, se expresa por el desarrollo de un fuerte aparato burocrático - agentes y procedimientos - que se orientan por sus propias necesidades institucionales.

*El concepto de organizaciones mixtas (c) sirve más para quebrar la dicotomía que para marcar una diferencia sustantiva. Dice respecto a toda organización que cuenta con participación del Estado y de la Sociedad. Ejemplificando, tenemos comités, campañas o frentes de acción, organizando acciones colectivas para el enfrentamiento de un problema dado - una campaña sanitaria, combate a problemas sociales como el hambre, etc.*

*A partir de las consideraciones hechas en los items y secciones anteriores, sugerimos lo que sería un esfuerzo de investigación necesario para analizar con más precisión la dinámica político-institucional del sector salud.*



## **CONCLUSIONES : INSTITUCIONES, PODER Y POLITICA EN SALUD**

El desafío a ser enfrentado es complejo, se trata de la identificación de los agentes que ponen en movimiento la dinámica político-institucional del sector salud en el país. Una visión preliminar de las dificultades a ser enfrentadas puede ser estimada a partir de la realidad de otros países. Tomemos como ejemplo, Los Estados Unidos.

Un artículo reciente<sup>(xxxviii)</sup>, elaborado en ocasión de la campaña presidencial norteamericana, identificaba entre cuatro grandes grupos de intereses, el "Complejo Médico Industrial" como el más poderoso desafío a ser enfrentado por el nuevo presidente. Los números son sorprendentes.

Los negocios involucrados en el sector salud de los Estados Unidos son estimados como siendo, por lo menos, dos veces mayores que los del Complejo Industrial-Militar. El tamaño de la industria hospitalaria (US \$ 256 Billones) es semejante a la del Pentágono. Los médicos constituyen el segmento más rico de la sociedad (rendimientos medios anuales de US \$ 164,300), siendo representados por la American Medical Association. Esta y otras Asociaciones representativas - American Hospitals Association, Health Association of America y Pharmaceutical Medical Association - ejercen poderosas presiones sobre el Congreso. Guardando las distancias, no sería exagerado especular cuanto es de poderoso el "Complejo Médico Industrial Brasileño".

Aquí más importante que realzar la dimensión económica del sector salud, es percibir la complejidad de las organizaciones y la intensidad de los intereses que están en juego en su dinámica política. En los campos en disputa se desenvuelve una lucha por la acumulación de poder y riqueza, en que las estrategias y las acciones implementadas contribuyen para (a) concentrar o dispersar recursos; (b) controlar, orientar o administrar las demandas sociales; (c) segmentar, por exclusión o inclusión, la población en cuanto a la utilización, o el consumo, de bienes y servicios de salud.

La comprensión de la real configuración político-institucional del sector, demanda una investigación empírica de mayor duración. Con base en el presente documento, algunas líneas de investigación pueden ser sugeridas :



-Trazar un mapa explicativo de la naturaleza de los agentes del sector. Podría ser una especie de planilla que contemplase variables aptas para distinguirlos. Por ejemplo :

Variable I **En cuanto a la naturaleza estatal o societal**, hay un grupo de (1) agentes públicos, pudiendo ser especificados conforme (a) su área de actuación o jurisdicción, sí (a1) federal, (a2) regional, (a3) estatal o (a4) municipal; o conforme (b) su instancia de ejercicio sí (b1) ejecutiva (administración directa - ministerios, secretarías, etc. - e indirecta - fundaciones, institutos, empresas estatales, etc.), (b2) legislativa (partidos políticos, políticos profesionales, comisiones, dadas en diferentes instancias - Congreso Nacional, Asambleas Estadales, Cámaras Municipales -, lobbies - grupos de presión u oficina de representación), o (b3) judicial (ministerio público, jueces, tribunales - en sus diferentes instancias y competencias); hay un grupo de (2) agentes privados, que pueden ser (a) económicos (para la obtención de lucro) o (b) filántropicos; y hay el grupo de (3) agentes societales, divididos en (a) corporaciones profesionales y (b) organizaciones no gubernamentales (ONGs).

Variable II **En cuanto a la representación de los intereses** existen los siguientes agentes : (1) sin representación o con acción directa (grandes empresas privadas, órganos públicos - administración directa o indirecta -, (2) corporaciones profesionales (consejos federales o regionales), (3) sindicales (sindicatos, federaciones y confederaciones), (4) intereses en general (asociaciones y sociedades), (5) partidarios (partidos políticos y frentes parlamentarios), (6) movimientos sociales (movimientos civiles o comunitarios) y (7) agentes autónomos intermediarios de intereses (lobbies, oficinas y agencias profesionales de representación).

Variable III En cuanto a la actividad de intercambio o función principal tenemos : (1) consumidores o usuarios de bienes y servicios, (2) productores o proveedores de bienes y servicios, (3) agentes de soporte o infraestructura, (4) agentes de capacitación, formación o calificación profesional y (5) agentes de regulación, control o fiscalización.

Variable IV En cuanto a la inserción en la cadena interactiva ocurren : (1) acciones simples, (2) acciones complejas, (3) acciones concentradas y (4) acciones compuestas.

Variable V En cuanto al origen o foco de la acción se distinguen las (1) nacionales, que pueden originarse en las esferas (a) federal, (b) regional, (c) estadual o (d) municipal; y las (2) multinacionales o transnacionales.

El asunto es como descubrir los diferentes proyectos y concepciones de salud, en resumen, las estrategias que los actores ponen en práctica en los campos en disputa, compitiendo por la hegemonía en el sector. Por ejemplo, un proyecto neoliberal con énfasis en la privatización se esfuerza por valorizar el campo de la autoregulación, pero lucha para (a) no considerar la eficacia de las políticas de redistribución, (b) privatizar aspectos cada vez mayores de las mismas, y (c) convertir o reducir, las políticas regulatorias a sus propios intereses. Un proyecto en favor de la salud pública se basa fundamentalmente en las políticas redistributivas, pero incorpora también, (1) garantías de equidad y universalidad en la política distributiva, (2) eficacia en la acción reguladora y (3) condena los riesgos de la formación de carteles u oligopolios, y el carácter excluyente, de las políticas autoregulatorias.

Ejemplificando, tales disputas están hoy en el país, manifestándose en propuestas en cuanto (a) el destino del Sistema Unico de Salud (SUS), incentivadas por la extinción del INAMPS, y por (b) los rumbos de los servicios de medicina privada, incluyendo los planes de salud. Las disputas en el sector involucran agentes tan relevantes como : Los Consejos Federales y Regionales y las Asociaciones de Profesionales de la Salud ( CFN, CFO, CFE, AMB, etc.); los Sindicatos y las Federaciones de Trabajadores en el sector (SINMED, FENAN, CNTS, SINDSPREV); Los Sindicatos y Organizaciones Empresariales o Patronales (ABRANGE, SINAMGE, ABH, FBH, FENAES, ASASPE/ABRASPE, FENASEG); los Institutos, Fundaciones,

Sociedades, Movimientos y otras entidades que actúan en el sector y, al menos, forman opinión (ABRASCO, FIOCRUZ, ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, SOCIEDADES MEDICAS, OPS/OMS, MOVIMIENTO EN DEFENSA DE LA SALUD) y los Agentes Políticos Institucionalizados (Partidos, Frente Parlamentario de la Salud, Ministerios, Secretarías, CONASS, CONASEMS).

-El asunto es como analizar las características de los Agentes y de las organizaciones que repercuten en la dinámica política-institucional. Teniendo como parámetro el grado de institucionalización, tomemos dos ejemplos con características opuestas.

1 -Movimientos Sociales Comunitarios tiene niveles mínimos de institucionalización y poseen como factor de agregación la acción de sus líderes. Están constituidos básicamente por usuarios de servicios públicos, y se dirigen a problemas específicos - hospitales, puestos de salud, campañas sanitarias, acciones de saneamiento, por ejemplo -, y tiene actuación localizada. Dadas su precariedad y su inestabilidad organizacional, acostumbran articularse con otros agentes para mejorar la eficacia de su intervención. Pueden apelar, por ejemplo, a organizaciones de profesionales de la salud o a agentes político-institucionales - partidos, representantes políticos (municipales, diputados, etc.), miembros de la administración pública. Apenas se proyecta en un espacio amplio de actuación, tienden a asumir la forma de Frentes y Campañas Cívicas, lo que demanda un mayor grado de institucionalización. En este caso, apelan directamente a la sociedad civil en busca de recursos y de movilización, lo que requiere un eficiente sistema de comunicación y de difusión de los objetivos y actividades. Dependiendo de la amplitud de sus propósitos, pueden adquirir mayor estabilidad institucional, tornándose interlocutores importantes para los agentes del sector.

2 -Las Organizaciones de Representación de Intereses institucionalizadas (Consejos profesionales, Asociaciones, Sindicatos y Federaciones) son más estables y consolidadas. El mayor contratiempo que enfrentan son las disputas internas. Estas pueden llevar a disensiones y a la división de la organización, con la salida de miembros y, eventualmente, la formación de organismos concurrentes. Son interlocutores directos de los demás agentes relevantes - públicos y privados. El poder interno de la organización, cuyo acceso está

sujeto a reglas de competencia, se concentra en los líderes - presidentes, directores o dirigentes. Puede haber distanciamiento de los líderes en relación a la mayoría de los representados que constituyen la base de la organización, porque muchas veces, estos líderes son apenas miembros de una fracción vencedora en la disputa interna. Las organizaciones institucionalizadas obtienen mecanismos seguros para recoger recursos y constituyen una burocracia propia razonablemente profesionalizada. Actúan directamente en los campos de poder, formulando estrategias amplias de acción política y de disputa de la hegemonía.

Este documento propone la elaboración, por así decir, de un esqueleto que sirva como base para la comprensión de la dinámica política-institucional del sector salud. La viabilidad práctica de este esquema depende de su aplicación a estudio de casos concretos. Tal tarea, es compleja, dada la dimensión y la contingencialidad del sector. Las líneas de investigación, arriba sugeridas, son apenas caminos preliminares sujetos a revisión, y a la crítica de investigadores interesados en la dinámica del sector salud.

- i. Los funcionarios gubernamentales, en la formulación y aplicación del presupuesto, acaban por adherirse al recorte funcional del gobierno. Luchan por adecuar la planificación de las acciones de salud a los límites sectoriales, determinados por necesidades funcionales, de la administración pública. En resumen, tienden a restringir el sector salud al campo en torno al Ministerio de Salud.
- ii. Consulte Scott, W. Richard. **Organizations. Rational, Natura and Open Systems**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1981.
- iii. Esta definición fue producida en una reunión de técnicos convocados por la OPS-PWR Brasil, bajo el liderazgo de Rodolfo Rodríguez.
- iv. La formulación original de lo que se consagró como Teoría de los Costos de Transacción está en Williamson, Oliver E. **Markets and Hierarchies**. New York: Free Press, 1975. Alicacoes da abordagem pra as Políticas estao em: Bryson, John M & Peter Smith Ring. " A Transaction-based Approach to Policy Intervention". Policy Sciences, Vol.23, No.3, August 1990; Callista, Donald J.. "Resolving Public Sector Implementation Paradoxes trough Transactions Costs Analysis: Theory and Application". **Policy Studies Review**, Vol.7, no.1 Autumn 1987.
- v. La mejor expresión del ascenso de la concepción liberal de los derechos durante el siglo XVII, con su relación entre derecho público y privado, está en la obra de John Locke, precisamente en su **SEGUNDO TRATADO SOBRE EL GOBIERNO**.
- vi. Aquí ya se delineaban las complejas relaciones entre liberalismo y democracia, entre derechos individuales y derechos colectivos de participación política. Sobre el tema consulte, Bobbio, Norberto, **LIBERALISMO Y DEMOCRACIA**. San Paulo: Brasiliense, 1988.
- vii. Sobre el tema consulte Marshall, T.H., **CLASS CITIZENSHIP AND SOCIAL DEVELOPMENT**, 1964. Ver también Santos, Wanderley Guilherme dos. "La génesis del orden" en **ECONOMIA Y DESARROLLO III, PROYECTO - LA POLÍTICA SOCIAL EN TIEMPOS DE CRISIS: ARTICULACION INSTITUCIONAL Y DESCENTRALIZACION. Volúmen I : REFLEXIONES SOBRE LA NATURALEZA DEL BIENESTAR**. Brasilia : MPAS/CPAL, 1989.
- viii. Consulte Friedrich, Carl J.. **Man and His Goberment**. New York: McGraw Hill Book Co., 1963.

- ix. Ver Ranney, Austin (ed.). **Political Science and Public Policy**. Chicago: Markham Publishing Company, 1968.
- x. En la formulación clásica de Lowi, las áreas de políticas o de actividad gubernamental constituyen campos de poder real, cada cuál con su estructura política característica, su proceso político, élites y relación entre grupos. Consultar Lowi, Theodore J.. "American Business, Public Policy, Case Studies, and Political Theory". **World Politics**. 18, 1964.
- xi. Wilson enfatiza que esta es la principal percepción de Lowi. Consulte Wilson, James Q.. **Political Organizations**. New York: Basic Book, 1973.
- xii. Ver Salisbury, Robert H.. "The Analysis of Public Policy: A Search for Theories and Roles", en Ranney, Austin (ed), op.cit.
- xiii. Consulte en Wilson, James Q.. **Political Organizations**, op.cit.
- xiv. El estado puede ser tanto una fuente de recursos cuanto una amenaza para cualquier institución. Con su capacidad de proveer o extraer recursos, y su poder de coerción, puede ayudar o perjudicar a los agentes del mercado. Para el beneficio de una empresa, el estado puede actuar de cuatro maneras : (1) Contribuyendo con incentivos o subsidios; (2) ejerciendo control sobre la entrada de concurrentes nuevos, o bien reservando el mercado; (3) actuando sobre segmentos del mercado que sean sustitutos o complementarios; (4) fijando directamente los precios. Sobre la regulación de mercados, consulte Stigler, George J.. "The Economic Theory of Regulation". In Stigler, G. J. **The Citizen and State : Essays on Economic Regulation**. Chicago : The University of Chicago Press, 1973; y Posner, Richard A.. "Theories of Economic Regulation". **The Bell Journal of Economics**, Vol. 5, no. 2, 1974.
- xv. La terminología aquí empleada sigue la que fué propuesta por un equipo especializado en Econometría y Cuentas Nacionales. Más detalles están en los términos de referencia: "La Economía Política de la Salud : Una perspectiva cuantitativa", mimeo, DataBrasil, 1993.
- xvi. Este documento realiza parcialmente algunas de estas etapas, especialmente parte de las segunda y tercera fase. El cumplimiento de las cuatro etapas demanda un análisis empírico de mayor duración, cuyo curso deseable es sugerido

al final de este trabajo.

- xvii. Sobre el tema consulte Eisenstadt, S.N. & Luiz Roninger. "Patron Client Relations as a Model of Structuring Social Exchange". Comparative Studies in History and Society, Vol. 22, no. 1, 1980. Para discusión pormenorizada del tema, incluyendo bibliografía adicional, consulte : Nunes, Edson. "Modernización, Desarrollo y Servicio Público: Notas sobre la Reforma Administrativa en el Brasil". Perspectivas de la Economía Brasileña : 1992, IPEA, 1992.
- xviii. Consulte Buchanan, James M.. Liberty, Market and State : Political Economy in the 1980s. New York: New York University Press, 1985.
- xix. Esta noción de "Poder en el Intercambio" se beneficia de la definición de poder formulada por Max Weber : "En general, entendemos por "**Poder** la posibilidad de que un hombre, o un grupo de hombres, realice su voluntad propia en una acción comunitaria aún contra la resistencia de otros que participan de la acción". Ver "Classe, Estamento, Partido", em Gerth, Hans H. & Wright Mill (orgs.) Max Weber : Ensaio de Sociologia, Río de Janeiro, Zahar Editores, 2a. ed., 1971.
- xx. El objetivo principal es reconstruir los posibles procesos interactivos intervinientes que contribuyen para ser efectivo el intercambio. Todavía, una calificación adicional se hace presente. Dada la especificidad de la salud, pueden ocurrir intercambios, por así decir, desiguales para los agentes. Por ejemplo, para un paciente que, por necesidad apremiante, demanda servicios médicos, la óptica -excepcional- de la interacción es diferente de la que tiene un profesional que lidia cotidianamente con situaciones del tipo paciente-médico.
- xxi. Para perfeccionar el proceso político, es preciso reformar las reglas a través de las cuales funciona. Esta preocupación es definida como Perspectiva Constitucional em Buchanan, James M.. Liberty, Market and State, op. cit..
- xxii. La aplicación de esta situación a un mundo concreto presupone, apenas, la existencia de algunos actores que se comportan como si estuvieran en una situación de mercado plural.
- xxiii. Sobre el tema, consulte Coase, Ronald, "The Nature of Firm", Económica, no. 4, 1937



- xxiv.Cf. Buchanan, James M., op. cit..
- xxv.Sobre el tema consulte : Balbus, Isaac D.. "The Concept of Interest in Pluralist and Marxian Analysis. **Politics and Society**, Vol. 1, no. 2, February 1971.
- xxvi.La idea de conciencia es desarrollada, principalmente, por la teoría marxista. Cf. Balbus, op. cit..
- xxvii.Cf. Balbus, op. cit..
- xxviii.Sobre la teoría de los grupos de intereses ver Bentley, Arthur. **The Process of Government**.Chicago: University of Chicago Press, 1908; y Truman, David. **The Government Process**. New York: Alfred A. Knopf, 1951. Truman distingue (1) "grupos potenciales" - intereses compartidos que todavía no conducen a la organización- de (2) grupos de intereses - grupos organizados en base a motivaciones comunes.
- xxix.Sobre la teoría de la acción colectiva, ver : Olson, Mancur. **The Logic of Collective Action**. Cambridge: Harvard University Press, 1965. Consulte también el análisis de Wanderley Guilherme dos Santos en "La génesis del Orden", op. cit..
- xxx.Una análisis crítico de la teoría de la acción colectiva se puede encontrar en Santos, Wandeley Guilherme dos, **Razones del Desorden**, Río de Janeiro, Rocco, 1993, especialmente en el capítulo II, "Acción Colectiva y Política Regulatoria".
- xxxi.La observación es hecha por Robert H. Salisbury en "Interest Representation : The Dominance of Institution", **The American Political Science Review**, vol. 78, no. 1, march 1984.
- xxxii.Es esta la prioridad dada por el abordaje de James Q. Wilson. C.f. "Political Organizations", op. cit..
- xxxiii.Complejo y concentrado, conforme a nuestra cadena interactiva.
- xxxiv.C.f. Salisbury, "Interest Representation : ... ", Op. cit..
- xxxv.Ejemplificando, cuando ocurren conflictos entre capital y trabajo - patrones versus empleados -, o reacciones contra la intervención del Estado.
- xxxvi.En este caso, se configura una acción corporativa.
- xxxvii.Ver los ensayos de Max Weber sobre burocracia, en Gerth,

Hans & Wright Mills, op. cit..

xxxviii.Consulte la revista Newsweek, del 30 de Noviembre de 1992.