



Población y Salud en Mesoamérica

Revista electrónica publicada por el
Centro Centroamericano de Población,
Universidad de Costa Rica, 2060 San José, Costa Rica
<http://ccp.ucr.ac.cr>

Población y Salud en Mesoamérica **Revista electrónica semestral, ISSN-1659-0201**

Volumen 7, número 1, artículo 6
Julio - diciembre, 2009
Publicado 1 de julio, 2009
<http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Los nuevos desafíos de la puesta en práctica de las políticas de saneamiento ambiental

Horacio Alejandro Chamizo Garcia



Protegido bajo licencia Creative Commons
Centro Centroamericano de Población

Los nuevos desafíos de la puesta en práctica de las políticas de saneamiento ambiental

New challenges in the implementation of policies of environmental sanitation

Horacio Alejandro Chamizo García¹

RESUMEN

Se presentan los resultados más importantes de una revisión bibliográfica sobre el tema de análisis de la gestión de políticas de saneamiento ambiental en asentamientos humanos. La revisión se propuso identificar factores determinantes de la gestión en estudios realizados en diversos países y particularmente en América Latina, tomando como referencia el neoinstitucionalismo y sus vertientes teóricas histórica, sociológica, normativa y de elección racional. Como principales resultados se identifica el papel que tiene la resistencia por parte de actores estratégicos frente a las nuevas ideas así como la influencia de los paradigmas dominantes y su socialización. Se constata también la influencia que tiene el marco normativo formal y particularmente el diseño de los espacios de interacción intersectorial en el abordaje del saneamiento ambiental desde una perspectiva compleja. Así mismo, se evidencia el papel de las relaciones de agencia en condiciones de cuasimercados y su influencia en la conformación de redes de actores. Los hallazgos explican integradamente los principales factores que influyen durante la puesta práctica políticas públicas de gran relevancia para la salud de la población y la reducción de inequidades sociales.

Palabras claves: Salud pública, políticas públicas, neo institucionalismo, saneamiento ambiental

ABSTRACT

The most important results of a bibliographical revision about public policy management of environmental sanitation in human settlements are presented. The revision was proposed to identify determinant factors of the management in studies carried out in diverse countries and particularly in Latin America, using new institutionalism approach and its different theoretical point of view: historical, sociological, normative and rational choice. As main results, papers considers: resistance facing the new ideas of strategic actors associated with dominant paradigms and its socialization. It discusses also about influence of formal normative framework and particularly design of the spaces of interaction among social and administrative sectors for approach to environmental sanitation since a complex perspective. The paper show evidences of the agency relations in conditions of pseudo markets and its influence at policy network. It explains main factors of management of public policy, relevant for health and for reduction of social inequity.

Keywords: Public health, public policy, new institutionalism, environmental sanitation

Recibido: 12 mar. 2009

Aprobado: 21 may. 2009

¹ Profesor de la Escuela de Tecnologías en Salud, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.
COSTA RICA horacio.chamizo@ucr.ac.cr

1. LA MAGNITUD DE LOS CAMBIOS PROPUESTOS POR LAS COMUNIDADES EPISTÉMICAS INTERNACIONALES

Al revisar las directrices internacionales que emanan de comunidades epistémicas para el desarrollo de políticas públicas domésticas en materia de saneamiento ambiental, se identifica una propuesta para la transformación del marco institucional y la transformación del modelo de gestión de políticas públicas. El planteamiento consiste en el desarrollo de procesos de gestión más abiertos a la interacción política de múltiples sectores incluyendo a la sociedad civil, en espacios locales donde se generan los riesgos que afectan a la salud de la población.

El marco referencial estratégico que define la OPS/OMS en materia de salud ambiental como parte de los Objetivos del Milenio (ODM), establece un vínculo conceptual entre la salud, el ambiente y el desarrollo local. Se reconoce que el desarrollo no se puede entender solo desde la perspectiva económica sino también desde la perspectiva humana y social, lo que implica superar la estricta visión científico-técnica para reconocer la diversidad de intereses y los conflictos que deben dirimirse en un marco de auténtica interacción política. Se asume que el gobierno en sí mismo resulta insuficiente para implementar estrategias de desarrollo local pero tampoco es posible que renuncie a su papel clave en este proceso ya que representa al interés de la colectividad, el interés general. (OPS/OMS, 2005)

La atención primaria emerge entonces dentro de los Objetivos del Milenio (ODM) como un concepto renovado que pretende asegurar el vínculo entre salud y desarrollo, reconociendo una agenda pendiente en materia de saneamiento y de otros determinantes sociales de la salud que denomina deuda social en salud (OPS, 2005). Un elemento trascendente dentro de este concepto tiene que ver con la territorialidad de la atención sanitaria y plantea entonces la necesidad de impulsar el desarrollo local en ...”lugares, espacios o entornos concretos y reales donde la vida humana sea puesta en el centro de los intereses de un desarrollo humano sostenible”... (OPS/OMS, 2005). Desde esta perspectiva, el saneamiento ambiental en el espacio de los asentamientos humanos forma parte esencial de la producción social de la salud. El territorio y las comunidades humanas que en él se asientan se convierten en el escenario objeto de observación e intervención en salud.

En Latinoamérica las políticas sanitarias están aun muy distanciadas en la práctica de los supuestos epistemológicos que plantea la promoción de la salud y el trabajo desde la perspectiva de los determinantes sociales (OMS, Comisión on Social Determinans of Health, 2007). Sin embargo, más allá de que se pretenda reforzar la atención primaria y satisfacer las necesidades básicas de saneamiento ambiental, el planteamiento renovado de la promoción de la salud y sus vínculos con el desarrollo local suponen un desafío mayor que puede quedar subsumido en el discurso teórico. Se está proponiendo un nuevo modelo de gestión pública como parte de la reforma del Estado que puede significar un cambio mucho más radical que la simple transformación del modelo de atención o el desarrollo organizacional de un ministerio rector, regulador o de un prestador de servicios.

Tradicionalmente el poder, durante el proceso de implementación de políticas públicas, se concentra en la administración que se resiste a interactuar con otros actores, incluso con otras organizaciones del Estado. Se concibe como un proceso científico-técnico alejado de toda

interacción política porque es absolutamente racional. En este sentido, la participación de la sociedad civil es limitada a formar parte de las decisiones tomadas por los técnicos.

La voluntad de alcanzar metas de eficiencia y de satisfacción de necesidades ha propiciado la adopción de los principios que rigen el Mercado, en el quehacer público. Este modelo eficientista ya se ha desarrollado en el sector agua, vivienda y en la prestación de servicios de salud. El modelo de gestión pública New Public Management (NPM) se plantea como meta, precisamente, la eficiencia para la satisfacción del cliente a partir de la introducción de principios de Mercado, la competencia y la libertad de elección.

El NPM supone la descentralización en la prestación de servicios públicos no solo como una manera de acercar la toma de decisiones a los problemas y así lograr una definición de necesidades que deje al cliente más satisfecho, sino para promover un mayor desarrollo del Mercado de servicios, mejorar su contestabilidad y garantizar con la libre elección una mejora automática de la calidad de la prestación y su sostenibilidad siguiendo la ruta de la eficiencia. (Osborne & Gaebler, 1996)

Al igual que en el paradigma burocrático, en el NPM la interacción política se mantiene distanciada de la gestión de servicios, sobre todo si no se logra un nivel avanzado de descentralización política-administrativa. El proceso de gestión es un proceso científico-técnico y empresarial, en buena medida el poder se distribuye en los gerentes y los mecanismos de Mercado aseguran la eficiencia.

La búsqueda de la eficiencia como meta fundamental en el NPM, puede dejar en un segundo plano los derechos de las personas a recibir servicios y atención de problemas básicos considerados de interés general. Esto es así en la medida que se define a la persona como cliente antes que ciudadano, en tanto el Mercado profundiza las diferencias en el acceso a recursos por parte de las personas.

La contribución democratizante, paradigma denominado Nueva Gobernanza Democrática surge como respuesta ante la necesidad de transformar la relación Estado/sociedad en el sentido de romper los núcleos de poder que prevalecen bajo los paradigmas anteriores, promoviendo un mayor nivel de participación ciudadana en el gobierno. Se supone entonces una descentralización del poder, no hacia los gerentes como propone el NPM, sino hacia los ciudadanos (Fleury, 2003). Desde esta perspectiva, la gestión de las políticas públicas, más allá de ser un proceso técnico y gerencial es parte del proceso político, lo que quiere decir que la interacción política durante la gestión más que deseable, es fundamental.

La reforma del Estado en Latinoamérica ha significado en buena medida un intento de ruptura de la Administración Burocrática como modelo de gestión pública en materia salud y saneamiento ambiental. Se ha generado entonces una transformación del marco institucional que constriñe la interacción entre actores sin que aun se aprecie suficiente claridad en la satisfacción de las necesidades de saneamiento ambiental en el corto plazo.

El propósito del presente trabajo es explorar los principales hallazgos de investigaciones recientes en el tema de implementación o gestión de políticas de salud y saneamiento ambiental para reconocer factores determinantes de los procesos de puesta en práctica de estas políticas así como

líneas de investigaciones y enfoques teóricos, epistemológicos y metodológicos en este tema que puedan servir de utilidad a los tomadores de decisiones en esta arena política.

2. PRINCIPALES DETERMINANTES DE LA PUESTA EN PRÁCTICA DE LAS POLÍTICAS DE SANEAMIENTO AMBIENTAL

Se entiende a las políticas públicas como un conjunto interrelacionado de decisiones y no decisiones orientadas hacia un foco de tensión social, en este caso los problemas de saneamiento ambiental. Las decisiones son adoptadas formalmente en un marco de instituciones, lo cual les confiere la capacidad de obligar, porque han sido precedidas de un proceso de elaboración en el cual han participado una pluralidad de actores públicos y privados (Vallés, 2002).

Las instituciones son estructuras y actividades cognitivas, normativas y reguladoras que brindan estabilidad y significado al comportamiento social. Es cognitiva en la medida que se definen por su sistema de símbolos o interpretaciones, enfoque que coincide con el neoinstitucionalismo sociológico. Lo normativo procede del neoinstitucionalismo normativo y se define por la interrelación entre normas formales e informales y las rutinas que se establecen entre los actores que participan. Finalmente, las instituciones son regulaciones porque se fundamentan en la elección de los actores para ordenar el comportamiento y posibilitar el logro de objetivos. (Scott, 1987)

A continuación se presentan y discuten, desde la perspectiva neoinstitucionalista, los principales factores que inciden en el proceso de puesta en práctica de las políticas de saneamiento ambiental. Se parte de estudios que documentan la influencia de los procesos cognitivos e históricos en el comportamiento de los actores y a su vez la afectación que se genera en el momento de la implementación de la política.

Posteriormente se explica, desde una perspectiva neoinstitucionalista normativa, como el comportamiento de los actores y la puesta en práctica está sujeta al diseño de un marco normativo legal que puede contribuir a desviar o no las acciones frente a los objetivos propuestos. Finalmente, se muestran experiencias que asignan un papel diferente a las instituciones, concebidas como estructuras establecidas por actores dotados de una mayor racionalidad y capacidad para diseñar normas de comportamiento que posibiliten la solución de problemas de saneamiento ambiental.

2.1 Influencia de las normas informales: la evolución de las ideas y la resistencia de los actores.

La influencia institucional se puede observar a través del tiempo como evolución de ideas, conceptos, percepciones, es decir, las representaciones de la realidad que van tomando forma y pueden alcanzar un rango de norma legal, frente a la “fricción” o “inercia” de los actores que se van adaptando a las transformaciones más o menos rápido. Desde la perspectiva del nuevo institucionalismo histórico las instituciones son un conjunto de ideas que restringen o limitan el espacio de acción de los actores y por lo tanto tienen una influencia decisiva en su comportamiento (Peters, 2003).

Según se ha documentado, un factor determinante suele ser lo que los médicos consideran que es mejor hacer en cada momento, lo que evidencia no solo su protagonismo dentro del sector salud sino la socialización de otros actores que llegan a aceptar roles dentro del paradigma biomédico sobre la salud y la enfermedad (Immergut, 1990). Así mismo, cuando se analiza la resistencia que ha encontrado la puesta en práctica de la atención primaria, concretamente la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), se reconoce todo el tiempo transcurrido desde que estrategias similares fueran enunciadas hasta la actualidad, sin que se pueda afirmar que exista un nivel de éxito en la mayoría de los países. (Gofín & Gofín, 2007)

Desde la perspectiva ambiental también se distinguen conjuntos de ideas compartidas por todos que no resultan fácil de remover. Estas son ideas que tardan mucho tiempo en establecerse de manera plena, tal como se ha visto en Estados Unidos, donde existen aun problemas para que los EIA incorporen plenamente la dimensión de salud (Bhatia, 2007). Sin embargo, cuando se trata el tema de saneamiento ambiental, los paradigmas no funcionan solo como patrimonio profesional, es una construcción social muy difícil de remover únicamente con educación. En la India, por ejemplo, se atribuye una resistencia muy fuerte a la transferencia tecnológica que resolvería los gravísimos problemas sanitarios en saneamiento ambiental, pero se ha documentado la importante barrera cultural que significa transformar la práctica de remoción manual de excrementos tradicional en las castas bajas. (Dhar Chakrabarti, 2001)

En un diagnóstico reciente sobre el estado del saneamiento en Costa Rica se identifican como problemas de saneamiento, los asociados a los vacíos normativos en materia de regulación de agua para consumo humano y gestión de residuos sólidos y líquidos, las debilidades tienen que ver con problemas de ordenamiento territorial. Aun cuando se trata de un problema reconocido por muchos actores, con relativa independencia de los recursos disponibles, no se dan ni siquiera pequeños pasos para superar el problema. (OPS/OMS, 2007)

A través de diversas investigaciones llevadas a cabo en Costa Rica, el hecho de que exista resistencia manifiesta a adoptar enfoques más complejos como la producción social de la salud, ha significado que muchos problemas de saneamiento ambiental estén irresueltos. Se reconoce que existe resistencia a adoptarlos no solo por parte del personal de salud sino por otros actores del sector ambiente. (Villalobos Solano & Piedra, La interrelación entre ambiente y salud en el quehacer del Equipo Básico de Atención Integral de la Salud en Costa Rica, 1999) (Artavia & Mora Vargas, 2007)

De manera que la superación de las viejas ideas, a pesar de que muchas veces resultan inconvenientes reconocidos por todos, tardan más de lo que se suele suponer. Esta realidad se impone actuando en ocasiones en contra de los procesos de implementación de políticas públicas y particularmente las de saneamiento. A continuación se muestran diversas razones que explican la resistencia que muestran los actores ante los cambios propuestos, como argumento que señala la distancia entre el discurso y lo que verdaderamente hacen en la práctica.

2.2 Influencia de las estructuras informales: los paradigmas y la socialización de los actores.

Desde esta perspectiva se concibe a las instituciones como ideas vagas que se desarrollan con el tiempo y se asientan progresivamente en la manera de pensar de los actores. Tal es el caso de los

paradigmas sobre el proceso de enfermar y la explicación que hacen los actores sobre la manera más correcta de atender los residuos sólidos y líquidos o de proteger el recurso hídrico para consumo humano. Estas representaciones simbólicas pueden terminar influyendo en su propio comportamiento, en el modo de relacionarse entre sí y finalmente en las interacciones que los actores tienen durante los procesos de puesta en práctica de las políticas públicas.

En una investigación realizada en Costa Rica sobre la estrategia de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) se encontró que la parte menos desarrollada del proceso de Reforma y específicamente dentro de la conceptualización del EBAIS es el quehacer de estos en materia de promoción de la salud. Algunos de los informantes claves entrevistados aun se preguntaban cual debería ser la respuesta del Estado ante una serie de problemas prioritarios de salud de la población y particularmente se referían a los determinantes ambientales de la salud y la enfermedad (Villalobos Solano & Piedra, 1999).

Como elementos conclusivos de este estudio se tiene que aunque la estrategia de los EBAIS ha sido definida y con esto ha quedado dibujado una buena parte del marco institucional para la implementación de políticas en esta materia, no resulta suficiente lo que está planteado ya que aun se sigue manifestando un gran sesgo conceptual hacia el plano biológico de salud y no se buscan las explicaciones ni se plantean respuestas que integren a los diferentes sectores del Estado y la Sociedad Civil para preservar la salud y prevenir las enfermedades a partir del ambiente doméstico y comunal que sirve como contexto local.

Jaime y Rosa Gofin (2007) sostienen que la posibilidad de éxito que tiene la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) radica en buena medida en la formación de profesionales sanitarios en el paradigma de los determinantes sociales de la salud (Gofín & Gofín, 2007). A partir de una revisión de estudios de casos realizados en Estados Unidos, América Latina y España, documentan la efectividad que tienen los cambios curriculares como consecuencia de las transformaciones de paradigmas producidas en los años ochentas y la discusión sobre las limitaciones de la enseñanza de la medicina basada en el modelo biologista curativo. (Braverman & Mora, 1987)

A pesar de la implementación de modelos de educación avanzados en paradigmas relacionados con la producción social de la salud, se generan contradicciones entre los nuevos profesionales que buscan poner en práctica estas ideas y los conceptos que prevalecen en lo más profundo de la cultura que orienta a los modelos de atención. Resulta extremadamente complicado transformar el conjunto de ideas que definen la cultura de una organización que presta servicios de salud, tradicionalmente anclada en la atención biomédica. (Barret, 1996)

Sin embargo, más allá de los cambios paradigmáticos que se necesita generar en los profesionales sanitarios o las transformaciones culturales del modelo de atención, se está discutiendo sobre un nuevo modelo de gestión de políticas públicas y como parte de ellas, las políticas de salud. Una evidencia clara de cómo las ideas formadas en torno a la gestión de políticas públicas influye en este proceso queda plasmado en diversos estudios de caso latinoamericanos.

En Brasil se comenta una experiencia de creación de un espacio que promovía la gestión de las políticas de salud en un marco intersectorial y participativo. El gobierno pensó que este espacio serviría como espacio de negociación con la comunidad, para mantener la comunicación. En la

investigación se muestra un intento de desarrollo de instancias de participación creadas por el gobierno para promover el proceso de descentralización de los servicios de salud, como un medio y no como un fin (Abrantes Pego, 1998). Este espacio finalmente se debilitó debido a la aparición de clientelismo político en la medida que fue siendo tomado por grupos de interés, muy probablemente por la propia debilidad de la sociedad civil y el insuficiente papel de sus grupos organizados en la toma de decisiones colectivas.

Algunos autores señalan que la derogación del Estado Benefactor que sustituyó a la provisión pública de servicios sanitarios por la privada fomenta una ideología liberal que resulta disfuncional porque no favorece la participación para la construcción colectiva de la salud. En la actualidad en España se concibe la participación social muy vinculada a la formulación y gestión de las políticas de salud aunque se ha intentado excluir a los representantes comunitarios del proceso al menos a nivel de formulación o definición de agendas, a pesar de que la Ley General de Sanidad (LGS) así lo contempla. (Martín García, Ponte Mitelbrun, & Sanchez, 2006)

En el estudio mencionado en el párrafo anterior se reconoce el papel contrario de los grupos de interés como son los profesionales sanitarios, frente a la voluntad de incluir a organizaciones de la sociedad civil. Los profesionales en general muestran muy bajo interés por la participación comunitaria, carecen de formación para esto y finalmente no se alcanzan los niveles necesarios de participación.

En México se estudió el caso de una comunidad rural como línea base para el desarrollo de una experiencia de implementación de SILOS (Sistema Local de Salud), estrategia que permite implementar la Política de Atención Primaria, promovida por distintas agencias internacionales de las Naciones Unidas. Se distingue dentro del concepto de participación social lo que el autor llama participación poder (participación política) y participación movilización. (Hersch-Martinez, 2002)

Toda vez que los SILOS se fundamentan en el concepto de promoción de la salud, tiene como dimensión implícita la participación política. El autor encuentra que el modelo de gestión ha sido impulsado desde el sector salud tradicionalmente, limitándose a una movilización social para el cumplimiento de metas sanitarias definidas bajo un modelo hegemónico médico céntrico. Se reconoce que esta forma de participación es un hecho cultural acentuado por la manera que se ha manejado el poder en México, más aun a nivel local en el medio rural, de subordinación absoluta al poder formal que suele interpretar como amenaza toda forma de movilización campesina.

El nuevo planteamiento que hizo SILOS, según el autor, pudo chocar con la cultura de participación social y de participación social en salud existente. Llama la atención que cualquier propuesta de participación política en salud no se logra simplemente con la presencia de organizaciones de la sociedad civil que muchas veces son externas a la comunidad local, para servir de intermediario pero que poco favorecen la organización propia.

Es evidente que cuando se trata el tema de saneamiento ambiental, los paradigmas no funcionan solo como patrimonio profesional, es una construcción social muy difícil de remover únicamente con educación. En la India, por ejemplo, se atribuye una resistencia muy fuerte a la transferencia tecnológica que resolvería los gravísimos problemas sanitarios en saneamiento ambiental, pero se ha documentado la importante barrera cultural que significa transformar la práctica de remoción manual de excrementos tradicional en las castas bajas. (Dhar Chakrabarti, 2001)

La transformación de las estructuras institucionales no formales queda claro que no se resuelve con educación y dotación tecnológica a corto plazo. Este es un cambio de largo plazo y se facilita cuando se trata de procesos de construcción social con resultados no siempre exitosos y casi siempre discontinuos.

2.3 El papel determinante de las instituciones formales: las rutinas establecidas.

Se entiende como instituciones formales al conjunto interrelacionados de reglas y rutinas que definen las acciones correctas, establecen roles y la lógica de lo que es adecuado hacer por cada actor que interviene en las políticas públicas. De esta forma el marco institucional que se expresa en leyes, reglamentos, decretos, pronunciamientos de tribunales y documentos formales como son los planes; deben explicar el comportamiento de los actores implicados durante su puesta en práctica.

Se identifican diversos estudios de caso que encuentran en el marco institucional formal una explicación relevante sobre el accionar de los actores y al mismo tiempo ven su transformación una recomendación para mejorar la puesta en práctica de las políticas de saneamiento ambiental. A continuación se presentan y discuten los principales hallazgos.

La esfera de las interacciones ambiente-salud y concretamente el saneamiento ambiental tiene un carácter multisectorial y complejo, rasgo que define una estructura normativa diversa, abundante que muchas veces no se encuentra suficientemente articulada. A través de un estudio de caso desarrollado en San Francisco (Estados Unidos de América) se ha constatado la escasa presencia de la perspectiva de salud en los Estudios de Impacto Ambiental (EIA) y en el ordenamiento territorial (Bhatia, 2007). La dimensión de la salud está sugerida, pero está muy lejos de ser robusta, teórica y metodológicamente, de manera que las soluciones urbanas propuestas no la enfocan directamente. Sin embargo, se advierte el Análisis de Impacto en la Salud (HIA) puede encontrar validez legal como parte de los EIA que ya se encuentran establecidos.

Artavia y Mora (2007) encontraron que la importancia que se le asigna a las relaciones interorganizacionales durante la puesta en práctica de las políticas de salud ambiental difiere según la ubicación del informante en la estructura de la organización rectora. En el nivel de toma de decisiones políticas y en el técnico gerencial no se concibe a la gestión de políticas en este tema sin una integración fuerte entre organizaciones locales de salud y de ambiente. Sin embargo en el nivel local los informantes no identifican con claridad los espacios de gestión interorganizacionales y no encuentran incentivos para buscar esas relaciones. Se señala como expresión de la desarticulación, la falta de normas que ordenen el flujo o intercambio de datos que sirven de base para la toma de decisiones y la movilización de recursos. (Artavia & Mora Vargas, 2007)

En el estudio de caso mencionado se plantea que desde la perspectiva de la atención integral a nivel de atención primaria, el marco legal para la implementación de las políticas de saneamiento ambiental es complicado en la medida que intervienen un elevado número de actores políticos de diversos sectores de la economía además de los propios de la Sociedad Civil. El marco legal definido no es preciso, lo que genera confusión entre los actores quienes terminan adoptando rutinas que se alejan de lo que está en las normas legales.

Se pretende que el modelo de atención de salud readecuado que se trata de poner en práctica en Costa Rica, se caracterice por un enfoque biosicosocial del proceso salud-enfermedad; por una atención integral y continua de la salud de las personas y el ambiente, con énfasis en las acciones de promoción y prevención, fundamentada en la estrategia de Atención Primaria. Sin embargo, a través de un estudio de casos múltiple, no se logró identificar absolutamente nada en los reglamentos que indique cual y como debe ser la relación entre el proveedor de salud con otros actores como el proveedor de agua y alcantarillado, lo que fue señalado como un determinante de la gestión de la política. (Proyecto Capubpriv, 2006)

El último diagnóstico sobre el estado del saneamiento en Costa Rica identifica como problemas de saneamiento asociados a los vacíos normativos en materia de regulación de agua para consumo humano y gestión de residuos sólidos y líquidos, las debilidades en el marco normativo formal sobre el desarrollo local relacionado con las competencias y capacidades de las municipalidades. Esto tiene que ver con aspectos de ordenamiento territorial visto como un instrumento de desarrollo local, señalando que la mayoría de los municipios carece de planes reguladores o los que existen están desactualizados, lo que implica que la gestión del recurso hídrico destinado al consumo humano está perneada por la espontaneidad y sujeta a influencias particulares que en ocasiones se alejan de los principios de sostenibilidad. (OPS/OMS, 2007)

Sin embargo, los problemas de implementación no solo se han visto como resultado del vacío normativo o la falta de precisión que deja abiertas opciones a la espontaneidad y la desregulación, sino como la influencia negativa de normas legales cuya concepción o finalidad se aleja de lo que se necesita en materia de salud y saneamiento ambiental.

Se ha señalado como la influencia de la estructura institucional excesivamente centralizada obstaculiza el desarrollo local y como parte de este el saneamiento ambiental. En la India, según estudio de caso referido, antes de la independencia el gobierno establecido por los ingleses potenciaba la auto administración como estrategia para absorber la disensión y promover la gobernabilidad, sin embargo posteriormente se produjeron importantes cambios que centralizaron el poder a nivel regional y provincial generando una pujante democracia, pero dejó sin autonomía política a las ciudades. Esto se ha asociado con la grave situación en agua y saneamiento, pero sobre todo a los obstáculos para adoptar soluciones propias y consensuadas. El autor señala que es muy difícil comprender el concepto de sostenibilidad sin la autonomía de los actores para adaptar soluciones tecnológicas a las condiciones del contexto geográfico específico de cada ciudad.

Una evidencia clara de la posible influencia adversa de las rutinas que establecen las leyes se discute en la investigación sobre provisión de servicios de salud en el primer nivel de atención en Costa Rica. Se encontró que el espacio de las Juntas de Salud, creadas por la ley 7852 para promover participación de la sociedad civil en la gestión de la salud, muestra importantes fisuras. La dimensión que sobresale en este problema es la ambiental, debido a que no se creó un espacio de debate sobre este tema, sino un espacio de validación de las decisiones tomadas en otras instancias.

Se reconoce que se trata de un intento válido por ser coherente con los principios democráticos y técnicamente con el concepto de promoción de la salud. El peligro es querer organizar desde el Estado la participación social. Por lo general los representantes comunales saben cuál es la mejor

forma de organizar la comunidad, pero muchas veces la administración impone a través de la normativa legal la forma en que se debe organizar una comunidad y eso es lo que da al traste con los intentos de participación social en la medida que estos grupos no representan por mucho los intereses de la gran mayoría de las personas.

2.4 El actor racional y las instituciones en la gestión de políticas de saneamiento ambiental.

Desde esta perspectiva se le concede una mayor relevancia a los actores en los procesos de desarrollo y atención de las necesidades. El actor ve a las instituciones como estructuras que condicionan también a los otros actores, reglas del juego en el que participan todos, ambiente de regularidad y respecto a las reglas que pueden ser rediseñadas para maximizar beneficios. Este planteamiento se observa cuando se sostiene el beneficio que tienen los procesos de empoderamiento de los actores y la conformación de redes de gobernanza así como el funcionamiento de cuasimercados o mercados para la provisión de servicios públicos.

El establecimiento de regímenes mercantiles en el quehacer de las políticas públicas supone la existencia de actores informados con la capacidad de definir normas que aporten soluciones que a su vez viabilicen la atención de necesidades. Un ejemplo son los contratos que definen las mezclas público-privadas en la provisión de servicios sanitarios y particularmente los de saneamiento ambiental.

Entonces se considera también como normas formales aquellas que definen los actores para resolver contingencias determinando una estructura de poder, flujos de información, membrecías que establecen quienes son participantes de que procesos. Esto supone la presencia de actores racionales dotados de conocimientos y motivados por intereses y posibilidades de elección libre que terminan modificando su comportamiento.

Ante la imperfección del mercado de servicios de salud y sobre todo el de saneamiento, se conforman cuasimercados que implican dinámicas relacionales particulares dentro de la red política sanitaria. Se plantea que el objetivo es el disfrute de la salud como derecho ciudadano mediante un mejor uso de los recursos y una atención de calidad asociados con el uso de criterios de desempeño. Para asegurar este interés general, el Estado mantiene sus funciones de financiamiento pero se separa de la prestación mediante la transformación de las entidades públicas en otras sin fines de lucro u organizaciones públicas semiindependientes o en la participación privada.

Sojo demuestra en distintos estudios de caso, como se pretendió elevar la calidad de los servicios públicos de salud mediante mecanismos financieros y a través de una organización integral del sistema, sin embargo las posibilidades de éxito se condicionan a la integración vertical (entre niveles de gestión) y horizontal (entre prestadores), meta difícil de alcanzar a través de principios de competencia mercantil que fragmentan lejos de incentivar la cohesión. Un elemento muy importante señalado es el déficit regulatorio que se constituye en un obstáculo para el desempeño. La falta de transparencia y las imperfecciones de mercado (competencia imperfecta), los límites de soberanía del consumidor, la asimetría de la información, las dificultades de asociación entre consumidores; terminan comprometiendo con fuerza el tema regulatorio. En el marco de las mezclas público-privadas, la regulación debe velar porque se establezcan condiciones de competencia eliminando obstáculos como: abuso de poder, las distorsiones de la integración, la

protección del usuario (calidad, acceso a la información, capacidad de libre elección, seguridad en el consumo, reparación e indemnización) (Sojo, 2000)

En el Congo, las experiencias que dejan las mezclas público-privadas para el suministro de agua para consumo humano demuestran la importancia de la función reguladora del Estado cuando se trata de establecer principios de mercado. No se establecieron regulaciones sobre los mecanismos de financiamiento, ni se realizaron cálculos sobre la demanda que ayudara a dimensionar la magnitud de la inversión, comprometiendo así la vital continuidad de la prestación. Los autores no mencionan en este caso el tema de la calidad y el papel de la sociedad civil, dos temas muy relevantes toda vez que se trata de servicios definidos como públicos, es decir de importancia para la sociedad en general. (Tati, 2005)

Se reconoce que en el caso del Congo se falló en varios aspectos fundamentales: la transferencia del riesgo, la contestabilidad y la competencia. El Estado no estableció temporalidad en el contrato y dejó en manos del proveedor esta definición, generando un bajo nivel de transferencia del riesgo al proveedor quien tenía la capacidad de decidir su duración. Por otra parte, no se generó el adecuado nivel de competencia entre proveedores debido a que no se presentaron diversas ofertas, baja contestabilidad, situación que motivó que se pasara de un monopolio público a otro privado sin que se logaran los adecuados incentivos para alcanzar la anhelada eficiencia.

En un estudio de caso sobre cuasimercados realizado en Costa Rica se comenta que el Estado sigue siendo además de financiador, el prestador principal de servicios de salud. Se tiene como fin elevar la productividad del sector público y su eficacia, debiendo disminuir las presiones hacia el aumento del gasto social en salud en un contexto de transición epidemiológica (envejecimiento y aumento de enfermedades crónicas en el perfil epidemiológico). El objetivo es mejorar la competitividad y la eficiencia a través del desarrollo de un cuasimercado. Así mismo se señalan algunos elementos de complejidad que afectan al mecanismo contractual utilizado: Compromisos de Gestión (Sojo, 2000). Se trata del creciente número de indicadores y los costos de transacción asociados.

A cerca de las relaciones público-privadas se han encontrado fallas en la definición de contratos cuyo propósito esencial debe ser satisfacer el interés general que orienta las políticas públicas. En un estudio de caso en Costa Rica se encontró que aun cuando la meta principal era aprender sobre los estilos de gestión (entre ellos la gestión de la salud ambiental) por parte de los proveedores externos de servicios de salud en el primer nivel de atención, no se distinguían diferencias en los contratos respecto a otros proveedores internos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Así mismo, el tipo de relación contractual predominantemente (neoclásica) en todas las fases de la contratación atentaba contra la eficiencia de los proveedores y por lo tanto ponía en riesgo la relación contractual. (Villalobos Solano, Chamizo Garcia, & Piedra, ¿es la contratación gubernamental de servicios de salud privados en el primer nivel de atención en Costa Rica una opción para asegurar la atención eficiente, equitativa, sostenible?: el caso de Costa Rica, 2004)

Al revisar cada uno de los casos, de un estudio de casos múltiples realizado en Centroamérica (Proyecto Capubpriv, 2006), a pesar de las sustanciales diferencias entre ellos, emergen argumentos que demuestran que las metas perseguidas al implementar estas mezclas público-privadas no se han logrado plenamente a pesar de que se trata de experiencias de contratación que se han extendido por más de cinco años. Las mayores inconformidades se asocian al

establecimiento de relaciones contractuales con enfoques y procesos muchas veces contraproducentes respecto al diseño de relaciones entre actores que se pretendía alcanzar.

Esto tiene que ver con un Estado que se constituye en agencia o principal en el marco de relaciones contractuales, con cierta incapacidad para regular o comprar servicios de la manera apropiada, un agente privado que se comporta en parte de manera oportunista y en parte termina absorbido por las instituciones que prevalecen en la prestación del servicio y un beneficiario de las políticas públicas ausente de casi todo este proceso.

La tesis que defiende la importancia del Estado en la conformación de una red de servicios de salud se sostiene en una investigación realizada en los Estados Unidos, país en el que predominan las condiciones de mercado sanitario. Se reconoce que se necesita un apoyo estatal en temas como el soporte técnico, los estímulos económicos, para desarrollar estas redes. Se reconoce que la reforma al Medicare en los Estados Unidos puede servir como soporte para el desarrollo de estas redes rurales, en asentamientos humanos periféricos en los que no se ha logrado establecer un mercado y el acceso a la atención sanitaria es muy bajo. (Casey M, Wellever, & Moscovice, 1997)

Lo discutido hasta el momento evidencia por un lado las fallas que tienen los mercados sanitarios abiertos y por otro la complejidad que tiene la regulación por parte del Estado para estructurar cuasimercados que garanticen el cumplimiento de objetivos de eficiencia, equidad y sostenibilidad al mismo tiempo.

El involucramiento de la Sociedad Civil y particularmente la comunidad beneficiaria según los estudios de caso consultados, es algo extraordinariamente limitado o instrumentalista a pesar de que existen espacios concebidos para estos fines. Sin embargo, así como no es tradicional esta práctica en la administración pública compradora de servicios tampoco lo es en el proveedor privado que termina comportándose de manera muy similar sin que existan intentos válidos por parte de administración pública para propiciar cambios a través de su función reguladora.

Una perspectiva diferente que propone un giro hacia la democracia participativa como instrumento para dirimir conflictos en materia de saneamiento ambiental, planteamiento orientado claramente hacia modelo de Nueva Gobernanza Democrática. Su enfoque racional no emula las relaciones de Mercado y ni se plantea metas eficientistas, sino que pone énfasis en los procesos de participación e interacción entre actores a través de redes para tomar decisiones compartidas y mutuamente beneficiosas.

En un estudio de casos múltiple en Colombia y Argentina se analiza el sector de agua y saneamiento y concretamente la gestión de políticas públicas. Se menciona la debilidad en la función de regulación por parte del Estado, lo que se asocia con los problemas de cobertura, calidad y sus consecuencias en la salud de las personas (Sanchez-Triana & Enriquez, 2007). Una de las principales debilidades señaladas radica en la baja capacidad para leer las necesidades de la población que son específicas de cada zona geográfica. Esto significa que no se dispone de suficiente información para que los actores públicos y privados puedan tomar las decisiones acertadas en materia de gestión ambiental.

Así mismo, en la investigación referida, se destaca la escasa interacción entre organizaciones gubernamentales que tienen injerencia en asuntos de agua y saneamiento y la insuficiente actitud

para armonizar los intereses entre usuarios y agencias proveedoras para asegurar la sostenibilidad del servicio. Se ha señalado la escasa presencia de la sociedad civil como explicación de la falta de armonía y equilibrio en el momento de defender los intereses particulares de los clientes.

A través de las investigaciones surgen preocupaciones sobre la introducción de elementos del mercado y los derechos de las personas. Se ha reconocido que las transformaciones originadas en las reformas sanitarias, a partir de la introducción de mecanismos de mercado produce cambios institucionales importantes, haciendo que los individuos pasen de ostentar un derecho a la salud, a recibir un servicio y ser un cliente. Es decir, se pasa de derechos sociales a derechos contractuales. (Lopez Lopez & Cardona Acevedo, 2002)

Se reconoce que el espacio de lo público, en tanto lugar para la acción ciudadana, supone el ejercicio efectivo de los derechos y la exigencia al Estado de su garantía. Esto produce tensiones donde es posible construir referentes de la vida social, del mundo de la acción política y de un universo de la vida política. En el espacio público se legitima la ciudadanía, en tanto en el espacio privado no se dan estas oportunidades, ya que más que un servicio cuando se habla de salud se está hablando de una construcción social.

En materia de saneamiento ambiental existen experiencias alternativas al modelo de gestión burocrática como la de Saneamiento Ambiental Centrado en el Hogar (HCES) que emerge a partir de los principios de Bellagio. Se trata de un enfoque para responder a las necesidades ambientales y prioridades de los hogares que resultan protagonistas en los procesos de implementación de políticas. Intenta evitar el problema que deviene del enfoque de arriba hacia abajo, pero también el que deviene de abajo hacia arriba proponiendo elementos de ambos en un marco integrado que se caracteriza por ser multi-sectorial que incluye el suministro de agua, el saneamiento, drenaje y el manejo de desechos. Todo esto en un marco multi-actores que enfatiza en la participación de todas las partes interesadas (stakeholders) (Instituto Federal Suizo de Ciencia y Tecnología Acuática, 2006). Propone entonces un trabajo en red que podría conducir a una ciudadanía en esta materia, pero suponiendo que existe una capacidad para comprender los problemas y buscar soluciones y no depender exclusivamente de la atención que ofrece la administración encargada.

Una perspectiva de la gestión de políticas públicas con un claro planteamiento de “abajo hacia arriba”, enfatiza en el papel que tienen los movimientos sociales en la articulación de redes para gestionar el ambiente. Se plantea una crítica a la visión centralista del poder y se destaca la importancia que tiene el actor local y la red de actores en la promoción del desarrollo. De esta forma se piensa que se reconoce con mayor facilidad las necesidades y se tiene mayor capacidad para ajustar la respuesta social bajo un concepto de gestión compartida entre el Estado y la Sociedad Civil. (Mora Alfaro & Román, 2007)

En Colombia, en una investigación en el tema, se encontró que la participación de las comunidades en la planeación y la gestión pública se ha caracterizado por ser una intervención centrada en la interpretación oficial que hace el Estado de las demandas de la población, relacionada con cuestiones micro locales y con una lógica sectorial, por ejemplo en la construcción de los acueductos, de viviendas, la educación, la salud (Arango T, López López, & Fernández M, 2001).

A partir de la Constitución política colombiana de 1991 se proponen cambios en la participación social. Dicha participación se refiere a la práctica social desarrollada mediante el encuentro entre

las organizaciones representativas, los partidos políticos, la administración y los movimientos y organizaciones sociales independientes. Es así como en lo local se establecen estrategias para la participación en los procesos de planificación, ejecución y control de la gestión estatal; se supone así que los actores locales cuentan con la capacidad y la voluntad de diseñar sus propios espacios de interacción de los que emerjan soluciones más efectivas a sus necesidades.

La interacción entre sectores del Estado en la gestión de las políticas de saneamiento ambiental se ha reconocido como una dimensión crítica. Las organizaciones del Estado no parecen tener roles claros, no perciben cual es su responsabilidad en la construcción social de la salud y no se identifican incentivos que las pongan a trabajar de manera coordinada con la sociedad civil en la atención de problemas a nivel local. Se necesita un enfoque más comprensivo de los determinantes sociales de la salud por parte de los actores involucrados. (OMS, Commission on Social Determinants of Health, 2007)

Un enfoque de análisis de la gestión de políticas sanitarias que supone la articulación de actores para atender los problemas integralmente, es el análisis de redes de políticas públicas donde los nodos son organizaciones de diversos sectores de la sociedad que se articulan para responder ante demandas de atención. Se reconoce que los problemas que atienden las políticas de salud son inherentemente relacionales, se necesita prestar atención a su complejidad. El análisis de la red es una herramienta extremadamente flexible de investigación y un paradigma teórico de extraordinaria riqueza para explorar como las relaciones entre actores, modos de interacción, incentivos, barreras, son determinantes de la puesta en práctica de programas públicos. (Luke & Harris, 2007)

3. PRINCIPALES CONSIDERACIONES A CERCA DE LAS INVESTIGACIONES CONSULTADAS

Los resultados discutidos abordan el estudio de las relaciones Estado-Sociedad a través de las políticas sanitarias y específicamente las de saneamiento ambiental. Se asigna un papel trascendente a las instituciones formales e informales sin subestimar el papel de los actores. Se destaca así la doble condición de agente estructurado y actor con un enorme potencial de transformación de los determinantes ambientales de la salud en el contexto de los asentamientos humanos.

Se identifica una diversidad de enfoques neoinstitucionalistas que se extiende desde la perspectiva sociológica que asigna una importancia enorme a las normas informales, ideas, conceptos y aspectos culturales como elementos estructurantes del comportamiento de los actores; hasta las normas formales como determinantes que emanan del marco legal vigente. Los determinantes asociados a la capacidad de los actores para definir regulaciones que atiendan los problemas y maximicen los beneficios en el marco de mercados, cuasimercados o de redes solidarias orientadas a promover el desarrollo local, constituyen una expresión de la perspectiva epistemológica más racional.

La posición neoinstitucionalista sociológica prevalece en una buena parte de los estudios consultados. Las principales preocupaciones teóricas manifiestas tienen que ver con la socialización del paradigma de salud como producto social, el papel de las relaciones ambiente-salud y el saneamiento a nivel de asentamientos humanos, así como los rasgos de las culturales en torno a procesos participativos de la sociedad civil en los procesos de gestión de las políticas de saneamiento ambiental. La preocupación central radica en que la socialización que prevalece, en diversos aspectos, funciona como un obstáculo para la puesta en práctica de las políticas públicas.

Desde el punto de vista de la socialización de los actores, existe un problema serio para resolver y es que no se identifican rasgos de manera extendida entre los actores, que evidencien un nivel aceptable de comprensión del paradigma de salud como producción social. Esto se ve como un problema grave en la medida que desde esta perspectiva las instituciones se ven como elementos muy estables en el tiempo, difícilmente modificables a corto plazo.

Los enfoques epistemológicos menos centrados en los actores y más centrados en las normas, encuentran vacíos legales o normas formales que se constituyen en barreras que obstaculizan la coordinación intersectorial y por lo tanto la atención integral con enfoque multiactor de los problemas de saneamiento ambiental. Se sostiene que las instituciones es el medio adecuado para vincular a los individuos con la vida social y por lo tanto la buena institución, es aquella que promueve la lógica de lo que es adecuado hacer en materia de saneamiento ambiental, lo que significa crear valores positivos compartidos por todos para atender los problemas de ambiente-salud. Un hallazgo que sobresale es el problema de diseño de espacios que deberían funcionar a nivel de asentamientos como articuladores del accionar de actores del Estado y la Sociedad Civil, sin embargo en la cotidianidad de la gestión no funcionan como tal.

Otro eje de desarrollo de las investigaciones se centra en el comportamiento de los actores como entes racionales con capacidad de definir regulaciones, estructuras, reglas del juego que permitan el funcionamiento de mercados o cuasimercados a través de relaciones contractuales. No se observa que éstas se ajusten a las necesidades concretas y permitan una conciliación entre el interés particular y el interés general representado a través de las políticas públicas. Se identifican elementos del neoinstitucionalismo enfocado hacia la elección racional cuando se aborda el tema de las relaciones contractuales muy propio de las influencias eficientistas resultado de las transformaciones del Estado y desde el modelo de gestión de New Public Management.

Desde el punto de vista del nuevo institucionalismo de elección racional, el problema se resuelve de manera inmediata a través del rediseño de instituciones como son los contratos. Habría que lograr contratos que permitan un mayor control por parte del Estado, definiendo una relación de agencia más estricta para obligar a los proveedores de servicios de saneamiento ambiental y de salud a comportarse de manera apegada a las regulaciones establecidas.

Como parte de esta perspectiva más racional se plantea una crítica a la adopción de metas eficientistas en el marco de la atención de las necesidades básicas aun no satisfechas mínimamente para muchos en el contexto latinoamericano. Las propuestas se centran en actores con capacidad para organizarse en redes y tomar decisiones con base a instituciones renovadas que permitan la conciliación de sus intereses locales y particulares con el interés general en un marco de solidaridad, complementariedad, equidad, respeto a los derechos a través de mecanismos participativos que potencien la ciudadanía.

Desde el modelo de Nueva Gobernanza Democrática y particularmente a través de la conformación de redes de actores (redes de políticas públicas) se reconoce como meta la necesidad de contemplar la complejidad del fenómeno ambiente-salud-enfermedad, esto significa aceptar su multicausalidad compleja y por lo tanto la necesidad de integración. La propuesta es el trabajo en redes que actúen sobre el ambiente con metas claras de salud pública.

El modelo de análisis de la implementación de políticas no está explícito en las investigaciones, sin embargo se instituye un rechazo al enfoque top down en la medida que se advierte la importancia que tiene la administración sanitaria en la transformación de los objetivos y las metas de las políticas. Se reconoce que la administración reinterpreta las políticas y las ajusta a sus intereses y el de otros actores con los que interactúa. Se supone que en el caso de las políticas de promoción de la salud debe producirse necesariamente la conformación de una red intersectorial que supera la tradicional noción biomédica centralizadora incorporando elementos de interacción social y política.

La mirada que se hace desde el modelo de Nueva Gobernanza Democrática, es crítica tanto hacia el modelo burocrático incapaz de leer necesidades locales y de atenderlas, como hacia el NPM que pone en un segundo plano el ejercicio de una ciudadanía inclusiva y con capacidad para participar en la toma de decisiones. De esta forma destaca el papel de la sociedad civil y se plantean metas que potencian su participación como un medio para alcanzar la equidad en la satisfacción de necesidades de saneamiento ambiental y de desarrollo.

La estrategia de análisis ha sido orientada hacia la búsqueda de significados a través de los discursos de los informantes que representan a actores estratégicos y en los textos oficiales como son leyes, reglamentos, informes de diagnóstico, documentos de conducción y orientación. Así mismo, se han desarrollado estudios de casos simples y múltiples que permiten hacer comparaciones frente al contexto ambiental y entre casos, para de esta forma identificar representaciones sobre la realidad y evidenciar el papel de las instituciones en el comportamiento de los actores.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes Pego, R. (1998). Participación Social en Salud: un estudio de caso en Brasil. *Encuentro Latinoamericano de la Municipalización de la Atención Primaria a la Salud*. (pág. 9). Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública de México.
- Arango T, G., López López, M., & Fernández M, S. Y. (2001). Política de descentralización en salud y respuesta social. El caso de una región colombiana. *Investigación y educación en enfermería. Universidad de Antioquia* , XXII (1), 25-54.
- Artavia, R. M., & Mora Vargas, H. (2007). *Análisis de la implementación de la política de salud ambiental en el territorio de Escazú*. San José: Universidad de Costa Rica.
- Barret, B. (1996). Integrated local health systems in Central America. *Social Science Medicine* , 41 (1), 71-78.
- Bhatia, R. (2007). Protecting Health Using an Environmental Impact Assessment: A Case Study of San Francisco Land Use Decisionmaking. *American Journal of Public Health* , 406-413.
- Braverman, P., & Mora, F. (1987). Training physicians for community-oriented primary care in Latin America: model programs in Mexico, Nicaragua and Costa Rica. *American Journal of Public Health* , 77 (4), 485-490.
- Casey M, M., Wellever, A., & Moscovice, I. (1997). Rural health network development: Public Policy Issues and States Initiatives. *Journal of Health Politics*. , 24-47.
- Dhar Chakrabarti, P. G. (2001). Urban crisis in India: new initiatives for sustainable cities. *Development in Practice* , 260-272.
- Fleury, S. (2003). Reforma del Estado. *Revista Instituciones y Desarrollo* , 81-122.
- Gofín, J., & Gofín, R. (2007). Atención Primaria Orientada a la Comunidad: un modelo de Salud Pública en la atención primaria. *Revista Panamericana de Salud Pública* , 177-184.
- Hersch-Martinez, P. (2002). Participación Social en Salud: espacios y actores determinantes en su impulso. *Salud Pública de México* , 678-688.
- Immergut, E. (1990). Institutions, Veto Points, and Policy Results. A Comparative Analysis of Health Care. *Journal of Public Policy* , 391-416.
- Instituto Federal Suizo de Ciencia y Tecnología Acuática. (2006). *Saneamiento Ambiental Centrado en el Hogar (HCES)*. Ginebra: EAWAG.

- Lopez Lopez, M. V., & Cardona Acevedo, M. (2002). La dinámica de las políticas pública a través de los servicios y prácticas en salud. *Investigación y Educación en Enfermería* , 50-62.
- Luke, D. A., & Harris, J. (2007). Network analysis in Public Health: history, methods and applications. *Annu Rev Public Health* (28), 69-93.
- Martín Garcia, M., Ponte Mitelbrun, M., & Sanchez, B. (2006). Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gaceta Sanitaria* (20), 192-202.
- Mora Alfaro, J., & Román, I. (Noviembre de 2007). *Fresh Water*. Recuperado el 23 de Noviembre de 2007, de www.freshwater.net
- OMS, Comission on Social Determinans of Health. (2007). *Civil Society Report*. Ginebra: OMS.
- OPS. (2005). *Objetivos de desarrollo del milenio relacionados con la salud en América Latina y el Caribe*. Recuperado el 1 de junio de 2006, de Organización Panamericana de la Salud: www.paho.org
- OPS/OMS. (2007). Estado del saneamiento, caso Costa Rica. *inédito* , 2.
- OPS/OMS. (2005). *Marco referencial y estratégico de la cooperación técnica en salud y desarrollo local*. Washington: Unidad de Entornos Saludables. Area de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental.
- Osborne, D., & Gaebler, T. (1996). *Un nuevo modelo de gobierno. Como transformar el espíritu empresarial del sector público*. Madrid: Gernika.
- Peters, G. (2003). *El nuevo institucionalismo*. Barcelona: Ciencia Política.
- Proyecto Capubpriv. (2006). *La contratación de servicios de salud privados en el primer nivel de atención en América Central*. Belgica: Comisión Europea.
- Sanchez-Triana, E., & Enriquez, S. (2007). Using policy-based strategic environmental assessments in water supply sanitation sector reforms: The cases of Argentina and Colombia. *Impact Assessment and Project Appraisal* , 175-187.
- Scott, W. R. (1987). The adolescence of institutional theory. *Administrative Science* , 493-511.
- Sojo, A. (2000). *Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Tati, G. (2005). Public-private partnership and water supply provision (PPP) in urban areas in Africa: The experience of Congo-Brazzaville. *Development in Practice* , 316-324.
- Vallés, J. M. (2002). *Ciencia Política. Una introducción*. Barcelona: Ariel Ciencia Política.

Villalobos Solano, L. B., & Piedra, M. (1999). *La interrelación entre ambiente y salud en el quehacer del Equipo Básico de Atención Integral de la Salud en Costa Rica*. San José, Costa Rica: inédito.

Villalobos Solano, L. B., Chamizo Garcia, H. A., & Piedra, M. (2004). *¿es la contratación gubernamental de servicios de salud privados en el primer nivel de atención en Costa Rica una opción para asegurar la atención eficiente, equitativa, sostenible?: el caso de Costa Rica*. San José: inédito.

Villalobos Solano, L., & Piedra, M. (1999). *La interrelación entre ambiente y salud en el quehacer del Equipo Básico de Atención Integral de la Salud*. San José: inédito.

AGRADECIMIENTOS

El autor reconoce el apoyo del Swiss National Centre of Competence in Research (NCCR) North-South: Research Partnerships for Mitigating Syndromes of Global Change, co-financiado por Swiss National Science Foundation (SNF) y la Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC).