

Las redes de salud en el Territorio del Gran Buenos Aires: el desafío de la coordinación de servicios de salud

Maria Crojethovic

ICO/Universidad Nacional General Sarmiento
mcroje@gmail.com

Ana Ariovich

ICO/Universidad Nacional General Sarmiento
anariovich@yahoo.com.ar

Resumen: A partir de un desarrollo teórico instrumental, se analizan la estructura, la amplitud y la organización de las redes de servicios de salud en el conurbano bonaerense, recuperando aportes de la teoría de las organizaciones y de la literatura sobre redes. Se seleccionaron 17 redes para un estudio más exhaustivo. Las redes abordadas tienen distintos alcances territoriales y se apoyan en programas de salud nacional y/o provinciales preexistentes. Están presentes en establecimientos de alta complejidad y en el primer nivel de atención, pero operan desde una lógica hospitalocéntrica.

Palabras clave: Redes, organizaciones, servicios de salud, fragmentación.

HEALTH NETWORKS IN THE TERRITORY OF GRAN BUENOS AIRES: THE CHALLENGE OF COORDINATION OF HEALTH SERVICES

Abstract

From an instrumental theoretical development, the structure, the amplitude and the organization of the networks of health services in the Buenos Aires metropolitan area are analyzed, recovering contributions from the theory of organizations and the literature on networks. Were selected 17 networks for further study. The networks addressed have different territorial scope and are based on pre-existing national and / or provincial health programs. They are present in highly complex establishments and in the first level of care, but they operate from an hospital ocentric logic.

Keywords: Networks, organizations, health services, fragmentation.

Introducción

El sector argentino de salud se compone del subsector público, la seguridad social (obras sociales nacionales, provinciales y municipales financiadas con el aporte y las contribuciones de los asalariados) y el subsector privado (seguros y prepagos financiados por el aporte o el pago directo de particulares y/o familias). Esta diagramación brinda un alto grado de cobertura en comparación con otros países de la región. No obstante, existe una importante desarticulación en el interior del sector (Cetrángolo, 2011).

A su vez, el régimen de gobierno federal en Argentina genera intervenciones segmentadas tanto entre la nación y las provincias como entre las provincias y los municipios, profundizando la fragmentación en su extensión y abarcabilidad (Acuña y Chudnovsky, 2002). Esta situación fue reforzada por el proceso de descentralización acontecido en nuestro país durante los años noventa, porque otorgó una mayor autonomía a los actores subnacionales, sin contemplar las profundas limitaciones que existían en el plano técnico administrativo (Chiara *et al.*, 2010).

La década inaugurada con posterioridad a la crisis¹ política y económica de comienzos de siglo fue también un periodo de importantes cambios para el sector de la salud argentino. Principalmente, debido al papel predominante que se le otorgó al Estado en la provisión del bienestar social (Chiara, Crojethovic y Ariovich, 2017). La decisión de intervenir sobre las condiciones de reproducción de la vida de la población se vio plasmada en las denominadas políticas de contrarreforma «por el hecho de participar de un proceso de producción de sentido que se apoya en la atribución de significados negativos a las desarrolladas durante la década anterior ('90)» (Danani y Hintze, 2010: 22).

En este nuevo ciclo denominado kirchnerista (2003-2015²), los cambios se evidenciaron —fundamentalmente— en los propósitos que orientaron las propuestas, y en el regreso del Ministerio Nacional como actor a la arena de los servicios. Aunque el avance fue parcial, entre las iniciativas más importantes se destacaron: la jerarquización del primer nivel asistencial desde la estrategia de atención primaria de la salud (APS) como organizador del subsector estatal; el Programa Remediar; el Programa Médicos Comunitarios; el Programa de Sa-

1 Desde 1998 la economía argentina entra en una fase recesiva que termina en una crisis política, económica, financiera y social que se profundiza en el año 2001; dicho proceso culmina con la renuncia del presidente De la Rúa en diciembre de ese año. Se produce, entonces, una sucesión de presidentes hasta la designación del senador Duhalde como presidente de la nación en enero de 2002 (Castellani y Schorr, 2004).

2 Este nuevo ciclo ha sido denominado como kirchnerista debido a que contempla el mandato presidencial de Néstor Kirchner (iniciado en el año 2003) y —consecutivamente—, los dos mandatos presidenciales ejercidos por Cristina Fernández de Kirchner. El mismo ha sido considerado por algunos autores como un periodo caracterizado por el desarrollo de políticas de contrarreforma (Danani y Hintze, 2010).

lud Sexual y Procreación Responsable; el Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra (ex Programa Nacional de Control de TBC); el Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las Adolescentes; el Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas; y el Plan Nacer/Sumar (Chiara, Crojethovic y Ariovich, 2017).

Sin desmerecer el peso que estas iniciativas tuvieron en el sector, continúan la desarticulación de los efectores en los procesos de atención, las superposiciones de los programas y la falta de coordinación asistencial entre las jurisdicciones a cargo de la salud dentro del sector público —nación, provincia y municipios—. En la seguridad social y en el subsector privado, las organizaciones siguen siendo heterogéneas en relación a su población objetivo, la cobertura brindada, los recursos disponibles y la modalidad operativa (Acuña y Chudnovsky, 2002). Prosiguen también los altos niveles de fragmentación entre subsectores —y hacia el interior de estos— que caracterizan al sistema sanitario, así como la desigualdad que expresan los territorios en las condiciones de acceso a los servicios (Chiara *et alii*, 2010).

Han pasado casi tres décadas desde que la conformación de sistemas integrados de servicios ha ingresado en los países centrales como una estrategia para la gestión de la política sanitaria en escenarios fuertemente fragmentados —como el nuestro— (Shortell *et al.*, 1993; Todd, 1996; Leat *et al.*, 1996; Enthoven, 1999). Algunos años más tarde, diversos autores de la región comenzaron a proponer también superar la fragmentación del sector mediante la construcción de sistemas integrados que busquen articular territorios sanitarios y la gestión de la clínica, estructurados con base en determinados fundamentos: economía de escala, calidad, acceso, integración horizontal y vertical, y distintos niveles de atención coordinados por la atención primaria y por una acción cooperativa e interdependiente (Mendes, 2001; Vázquez Navarrete y Vargas Lorenzo, 2006; López Puig *et aliii*, 2009; Vilaça Mendes, 2013; Otero, 2013). En Latinoamérica, paralelamente, se han desarrollado algunas investigaciones empíricas orientadas a abordar el desempeño y funcionamiento de redes de servicios de salud implementados en territorios subnacionales (Dos Santos, 2013; Uchimura, 2014; Venancio, 2016; Maceira y Palacios, 2012).

Bastante más incipiente es el tratamiento que han tenido las redes por parte de los organismos internacionales, formulando el concepto de «Redes Integradas de Servicios (RIS)», a través del cual se propone una gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos según sus necesidades a lo largo del tiempo y de los diferentes niveles del sistema de salud (OMS, 2008). Asimismo, ha surgido la propuesta de

«Sistemas Integrados de Servicios de Salud (SISS)», que involucra —además de redes— otros atributos sistémicos como gobernanza, financiación y mecanismos de pago, trascendiendo a las cuestiones vinculadas con la prestación de servicios (OPS/OMS, 2008). No obstante, se advierte la necesidad de avanzar en investigaciones que indaguen en las condiciones bajo las cuales surgen y funcionan las redes de servicios en salud.

En este marco general, el trabajo propone articular la teoría de las organizaciones con la literatura sobre redes³ para analizar la estructura, el alcance territorial y la organización de las redes de servicios de salud que se han conformado en el conurbano bonaerense.

Distintas aproximaciones para comprender las redes de servicios de salud

Las organizaciones que integran las redes de salud son muy complejas debido a que presentan estructuras organizacionales que involucran actores portadores de conocimientos específicos (médicos, profesionales de la salud, enfermeros, técnicos y administrativos), dando lugar tanto a dinámicas de poder y autoridad como a márgenes de autonomía muy diferentes a los de otros modelos organizacionales con grupos más homogéneos (Crojethovic y Ariovich, 2016).

En su estructura organizacional, conviven la autonomía de los distintos profesionales y —debido también a esto— mecánicas particulares de autoridad, poder y control. La autoridad es de naturaleza compartida: el poder del profesional o el *experto* cohabita con el poder del político administrativo; y muchas veces el profesional también puede ser el administrador. El núcleo de operaciones de estas estructuras (sus profesionales o expertos) conforma un soporte para la organización, mientras que la tecnoestructura y la línea media (control administrativo) no están muy elaboradas. Surge a menudo, entonces, una coexistencia de jerarquías administrativas paralelas: una democrática y ascendente para los profesionales —encarnada en la ley de los profesionales de la carrera hospitalaria—, y otra burocrática, maquinal y descendente para el *staff* administrativo que responde a la tecnoestructura —encarnada en la ley de los trabajadores de la carrera de personal del Estado— (Mintzberg, 2005). Un poder lateral u horizontal ejercido por aquellos miembros carentes de posiciones de poder formalmente definidas acompaña —a su vez— esas líneas de poder ascendente y descendente; es decir, todos sus actores tienen algún nivel de poder y la capacidad de influir en el desarrollo de la organización (Ramió Matas, 1999). Estas organizaciones cuentan

³ Se recuperan desarrollos teóricos sobre la «noción de redes», provenientes de las ciencias políticas y de la salud pública.

también con mecanismos de normalización para coordinar las actividades, pero no siempre poseen los mecanismos necesarios para otorgar a los profesionales la autonomía requerida para el desarrollo de habilidades y conocimientos expertos (Etzioni, 1975).

Son este tipo de organizaciones las que se articulan estratégicamente en redes de salud con el propósito de brindar un continuo de prestaciones y servicios sanitarios integrales a una población definida, estableciendo relaciones contractuales y técnicas entre sí. Aglutinar el sistema y mejorar tanto el alcance como la eficiencia de las intervenciones, a partir de una configuración coordinada de servicios para una población determinada, es la mayor potencialidad que ha sido atribuida a las redes desde la literatura (Shortell *et alii*, 1993; Dabas, E. y Perrone, 1999; Vázquez Navarrete y Vargas Lorenzo, 2006; Mendes, 2013).

Un modelo organizativo multiinstitucional, basado en mecanismos contractuales entre distintas partes que se integran como corresponsables en procesos de trabajo destinados a satisfacer necesidades de terceros, caracteriza a las redes; para articular las relaciones contractuales y técnicas, cuentan con ciertos nodos en los que circulan decisiones, información y recursos. En esta línea argumentativa, se ha señalado que pueden ser especializadas o redundantes descentralizadas: mientras que en las primeras los actores acuerdan complementarse y aprovechar las facilidades de la especialización de cada parte de la red (facilitando la cooperación), en las segundas coexisten actores institucionales que producen los mismos productos o servicios de manera simultánea para reducir los riesgos (Hintze, 2009). La multiinstitucionalidad, además, supone, un carácter multicéntrico en donde la gerencia de las redes no es ejercida por un solo actor, sino que puede ser desempeñada por cada uno de ellos, por varios a la vez o por un mediador (Klijn, 1998; Fleury, 2002).

Estas formas de organización en red adoptan una visión particular del territorio, más sistémica y menos fragmentada, en la que distintos flujos de interacción y complementariedad vinculan y articulan un conjunto disperso de prestaciones y efectores de diferente complejidad y/o especialización en un mismo espacio. Este puede alcanzar una escala amplia en donde las distancias físicas y operativas se relativizan, posibilitando una continuidad adecuada a las necesidades de los procesos de atención y a la optimización de los recursos disponibles (Chiara *et alii*, 2013).

Son diversos los desafíos de gestión que presentan la creación y el mantenimiento de las redes a lo largo del tiempo; los más importantes están vinculados al establecimiento de reglas de actuación, a la distribución de recursos, a la definición de prioridades, a la necesidad de generar procesos de negociación o consenso

y a la construcción de mecanismos colectivos de decisión (Fleury, 2002). Dicho mantenimiento debe ser pensado desde una perspectiva dinámica, lo que supone dar cuenta no solo de su conformación y funcionamiento, sino también de sus transformaciones y —paralelamente— considerarlas como móviles e inacabadas (Blanco, 2009).

Por último, la posibilidad de establecer redes que vinculen estrechamente la gestión de las políticas sanitarias con el territorio y una población específica está fuertemente condicionada por el despliegue tecnológico de comunicaciones que permitan interacciones virtuales en tiempo real (Fleury, 2002), y por el desarrollo de una red de transporte público y un viario que permitan sortear las barreras espaciales (Gutiérrez, 2009). Asimismo, también ha sido resaltada la importancia de flujos constantes de información para conectar sujetos y actores con el interior de la propia red, formando un conjunto articulado (Gras, 2001; Blanco, 2009).

A partir de estos aportes teóricos, se considera a las redes de salud como *un continuo coordinado de servicios de promoción y prevención, de diagnóstico, de tratamiento, de rehabilitación y de cuidados paliativos para una población y territorios definidos. Las redes articulan estratégicamente y de manera cooperativa —a través de relaciones contractuales y técnicas y flujos de información— un conjunto de complejas organizaciones que albergan particulares dinámicas de control, poder y autonomía entre sus actores; estas pueden mostrarse móviles en el tiempo, cambiantes, inestables y/o inacabadas.*

Para analizar el plano organizacional y la cobertura de las redes, se utiliza una serie de variables que permiten ponderar la complejidad de las mismas y de sus organizaciones. Las variables se agrupan en tres grandes dimensiones (estructura, alcance en el territorio y organización); estas, a su vez, se desagregan en dos niveles distintos.

La *dimensión estructural* da cuenta de la naturaleza de la red, ya que recoge el tipo de organizaciones que la integran o la combinación que supone (organizaciones públicas de salud, organizaciones privadas de salud o aseguradoras de la salud), a la vez que registra la cantidad de organizaciones comprometidas y algunas de sus características: tipo de efector (centros de salud, hospitales o clínicas privadas) o establecimiento y tipo de acreditaciones requeridas; en el caso de contar con aseguradoras de salud, especifica si son obras sociales o prepagas. Además, la estructura permite conocer si la integración que ofrece la red entre establecimientos y/o servicios y/o prestaciones es vertical, horizontal o ambas; la integración horizontal es la que se organiza dentro del mismo nivel de atención, mientras que la vertical implica un continuo asistencial entre los distintos niveles de complejidad. Por último, esta dimensión verifica la articulación con programas

y determina si la red cuenta con actores que acuerdan para complementarse y aprovechar las facilidades de la especialización de las partes involucradas (posibilitando la cooperación), o si los actores institucionales implicados producen los mismos productos o servicios con el fin de reducir los riesgos.

La *de alcance en el territorio*, en cambio, identifica si la red comprende un territorio local (municipio) o si compromete a varios territorios, alcanzando una escala regional, provincial o nacional. Busca identificar también el área programática, factores y procesos socioterritoriales críticos del entorno y describir la cobertura brindada (prestaciones, servicios y población destinataria).

Finalmente, la *dimensión organizacional* explicita las características que asumen variables como *a*) la infraestructura de la red (presupuestaria, tecnológica y de personal); *b*) los nodos articuladores, identificando la cantidad (redes multinodales o mononodales), la infraestructura disponible en cada uno (recursos humanos, recursos físicos, etc.) y las tecnologías utilizadas por cada nodo para coordinar la gestión de los servicios de la red (sistema de información integrado, sistema de gestión administrativa y logística); *c*) los mecanismos de coordinación expresados en las modalidades contractuales (administrativa, de gestión, clínica, informática, financiera), en la formalización de las normas para articular la red (leyes, decretos, resoluciones, ordenanzas, acuerdos) y en los protocolos de ingreso y de registro de los pacientes, y en los de referencia y contrarreferencia; y *d*) los mecanismos de participación comunitaria promovidos por la red. Esta dimensión también recoge información sobre la antigüedad del vínculo entre las organizaciones de la red y la periodicidad con la que se producen las relaciones e información para analizar los márgenes de autonomía en las decisiones/acciones presupuestarias y operativas de los distintos actores de la red (tanto de las organizaciones como de los profesionales y técnico-administrativos que las integran).

Abordaje metodológico

El relevamiento y el análisis de las redes de servicios de salud se llevaron adelante a través de un estudio de tipo descriptivo, que trianguló información primaria cuantitativa y cualitativa. Este análisis fue complementado con la sistematización de algunos datos secundarios provistos por organismos oficiales (documentos e informes de avance de programas vinculados con las problemáticas abarcadas por las redes, leyes nacionales y provinciales, decretos nacionales y provinciales, convenios para la implementación de políticas/programas, y datos epidemiológicos y de desempeño de los sistemas sanitarios).

Inicialmente, y con el propósito de identificar las experiencias de las redes de servicios de salud que efectivamente se encuentran en funcionamiento en el

conurbano bonaerense, se entrevistó a los directores de sus cuatro regiones sanitarias (RSV, RSVI, RSVII y RSXII). A partir del análisis de estas entrevistas, se seleccionaron 17 redes de acuerdo con los siguientes criterios: presencia en las regiones sanitarias, cantidad de efectores y antigüedad de los referentes.

Las redes que integran el estudio refieren tanto a problemáticas agudas como crónicas, y pertenecen a distintos niveles jurisdiccionales (nación, provincia, regional).

Problemáticas agudas:

Cardiopatías congénitas

Emergencias/traslados

Sistema Integral de Emergencias Sanitarias

Perinatal

Hemoterapia

Problemáticas crónicas:

Diabetes, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares

Nefrología

Salud sexual y reproductiva

VIH

El trabajo de campo se desarrolló entre julio y octubre de 2015 (periodo que coincide con el cierre del mencionado ciclo kirchnerista). Involucró la aplicación de un cuestionario estructurado a los referentes de las redes seleccionadas⁴, así como también la realización de 22 entrevistas en profundidad a informantes clave vinculados a la coordinación de las mismas⁵. Mientras que los datos del relevamiento se procesaron utilizando el programa SPSS, las entrevistas se codificaron utilizando el *software* AtlasTi.

Resultados

La estructura de las redes

En su dimensión estructural vemos que el total de las redes involucra instituciones públicas estatales; solo cuatro tienen instituciones privadas sin fines de lucro y tres con fines de lucro. Composición que ubica al Estado en el eje de relación población-proveedor (Belmartino, 2009), debido a la casi inexistencia de vasos comunicantes que establezcan relaciones con establecimientos del sector privado.

4 El cuestionario indagó sobre variables vinculadas al análisis de tres grandes dimensiones: la estructura, el alcance de la red en el territorio y su organización.

5 Las entrevistas semiestructuradas buscaron profundizar en algunos datos previamente recogidos a través del cuestionario.

Esto permitiría cierta articulación en términos de recursos profesionales, insumos, información, tecnologías, etc., siempre que se fortalezca la función de rectoría del Estado (Tobar, 2015).

Entre los prestadores que integran las redes encontramos hospitales públicos de jurisdicción provincial y municipal. En cambio, son solo siete las redes que involucran también hospitales nacionales, lo que podría relacionarse con que no todas las problemáticas abordadas por las redes necesitan de la complejidad que prestan los establecimientos nacionales anclados en el conurbano bonaerense y en la ciudad de Buenos Aires (como el Hospital Prof. Dr. Juan Pedro Garrahan, el Hospital Profesor Alejandro Posadas).

Además, en catorce de las redes están presentes instituciones del primer nivel de atención; como puede observarse en la tabla 2, la presencia del primer nivel dentro de la red se vincula al tipo de problemática abordada (por ejemplo, las redes de Cardiopatías Congénitas y SIES no cuentan con centros de atención primaria).

T1. Instituciones que integran formalmente la red	Redes
Instituciones públicas de salud	17
Instituciones privadas de salud CON fines de lucro	3
Instituciones privadas de salud SIN fines de lucro	4
Aseguradoras de la salud	0
Prepagas	1
Centro regional hemoterapia	1

T2. Establecimientos que componen la red	Redes
Hospitales públicos nacionales	7
Hospitales públicos provinciales	17
Hospitales públicos municipales	17
Centros de atención primaria de la salud (CAPS o CIC)	14
Unidad de Pronto Atención (UPA)	5
Clinicas privadas y sanatorios	2
Clinicas o sanatorios de obras sociales	2
Universidades	3
Corporaciones médicas	1

Base T 1 y T 2: 17. Fuente: elaboración del GTDGPS con base en el relevamiento 2015.

Otra de las variables relevadas en torno a la estructura buscó dar cuenta de la articulación con los programas nacionales y/o provinciales⁶⁷, debido a la relevancia que esto adquiere para reducir la fragmentación del sector en los procesos de atención de la población. Como puede verse en la tabla 4, casi la totalidad de las redes mostró una interacción con alguno de los programas previamente implementados desde el nivel central o provincial, permitiendo así optimizar recursos e insumos para la atención de cada problemática y mejorar el acceso, la cobertura y los beneficios brindados. Del material de las entrevistas se desprende que en muchos de estos casos la frontera entre la red y el programa es difusa, en especial cuando se articulan una red y un programa vinculados a una problemática similar. Inclusive, en ciertas ocasiones, el referente de la red es el mismo que el del programa (por ejemplo, en la red Perinatal RS XII); mientras que en otras, la red se incorpora al programa existente y utiliza los recursos humanos y físicos del mismo.

T3. Programas u organismos nacionales y provinciales	
Hemoterapia	Instituto Provincial de Hemoterapia; INCUCAI
Cardiopatías Congénitas	Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas; Programa de Materno Infantil de la Provincia
ECNT	Programa de Prevención de Epilepsia (PROEPI); Prevención del Asma Infantil (PROBAS), Remediar
SS y R	Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino; Programa Nacional Salud y Adolescencia; Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS); Programa Nacional de Asistencia para Medicamentos y Reactivos SIDA; Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y las Adolescentes; Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable; Dirección Provincial de Atención a las Adicciones; Programa Materno Infantil de la Provincia; Programa de Prevención de Cáncer Genitomamario (PROGEMA); Programa Provincial de VIH-SIDA, ITS y Hepatitis Virales
HIV	Dirección Nacional de SIDA y ETS; Programa Provincial de HIV, Enfermedades Transmisibles y Hepatitis Viral;
Perinatal	Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable; HIV/Infecciones de Transmisión Sexual Nación; Dirección de Materno Infancia de Nación; Plan Nacional de Reducción de Mortalidad Materno Infantil; Redes Perinatales de Provincia; Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas (PNCC)
Nefrología	Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético (PRODIABA); Programas locales de hábitos saludables.

Fuente: elaboración del GTDGPS con base en el relevamiento 2015.

6 Cabe destacar que en la red de Hemoterapia la articulación no es con un programa sino con organismos (uno nacional y otro provincial), mientras que los casos de SSyR, HIV y Perinatal articulan con ambos programas y organismos.

7La lista de programas con los que articulan las redes puede verse en la tabla 3, anexo.

Tipo de red	T4. Articulación con programas u otro organismo nacional o provincial		Total
	Sí	No	
Hemoterapia	2	0	2
Cardiopatías Congénitas	1	0	1
ECNT	2	1	3
SS y R	4	0	4
SIES	0	1	1
HIV	1	0	1
Perinatal	4	0	4
Nefrología	1	0	1
Total redes	15	2	17

Base: 17. Fuente: elaboración del GTDGPS con base en el relevamiento 2015.

Como puede verse en las tablas 5 y 6, con excepción de las redes de Cardiopatías Congénitas y de Emergencias, que centran sus actividades en un mismo nivel de complejidad, la mayoría contempla prestaciones que atraviesan distintos niveles de complejidad en la atención. No obstante, y de acuerdo con los entrevistados, la atención descansa en una lógica hospitalocéntrica (en especial en las redes vinculadas a problemáticas agudas). En las redes que abordan procesos de salud-enfermedad crónicos, en cambio, la interrelación entre niveles supone mayor dificultad en la gestión.

Las redes de Hemoterapia muestran diferencias en los niveles de complejidad que involucran: la red de la RS V comprende servicios de hemoterapia del segundo nivel y colectas externas de donación voluntaria de sangre en centros de atención primaria; la red de la RS VII contempla únicamente servicios (hospitalarios) del segundo nivel de complejidad.

Estas redes son más especializadas que redundantes, ya que suelen abarcar equipos profesionales interdisciplinarios para la atención⁸. Tal como señala Hintze (2009), sus actores tienden a complementarse para aprovechar las facilidades de la especialización de cada parte de la red, facilitando la cooperación.

⁸ En el caso de la red de Cardiopatías Congénitas, las actividades contemplan la participación de profesionales de distinta especialidad. No obstante, en la RS V la red cuenta únicamente con profesionales de la misma especialidad.

Tipo de red	T6. Cómo se organizan los miembros que participan de la red	
	Profesionales de distintas especialidades	Profesionales de la misma especialidad
Hemoterapia V	x	-
Hemoterapia VII	-	x
Cardiopatías Congénitas	x (*)	-
ECNT RS V	x	-
ECNT RS VII	-	x
ECNT RS XII	x	-
SS y R V	x	-
SS y R VI	x	-
SS y R VII	x	-
SS y R XII	x	-
SIES	x	-
HIV	x	-
Perinatal V	x	-
Perinatal VI	x	-
Perinatal VII	x	-
Perinatal XII	x	-
Nefrología	x	-

Base: 17. Fuente: elaboración del GTDGPS con base en el relevamiento 2015.

Alcance en el territorio

En este apartado el análisis busca dar cuenta del territorio comprendido, identificando si la red alcanza un territorio local (municipio) o si compromete a varios territorios abarcando una escala regional, provincial o nacional. A la vez, indaga en dos subdimensiones: escala jurisdiccional y área programática; para abordar la amplitud de las redes en términos de cobertura ofrecida, este análisis se completa estudiando tanto los servicios y prestaciones brindadas como las problemáticas de salud atendidas.

La escala de la red no fue fácilmente identificable durante el trabajo de campo⁹, debido —posiblemente— a una tensión jurisdiccional entre el nivel nacional y el regional o entre el provincial y el regional en varias de las redes. Del material de las entrevistas surge que esta situación puede atribuirse a que en algunos casos la región sanitaria tiene una fuerte presencia en la gestión de la red —como cabecera—, respondiendo a criterios de demandas y necesidad regionales; a pesar de que la escala jurisdiccional de la red implique frecuentemente coordinar la

⁹ Esta dificultad se presentó tanto en la instancia de relevamiento de las redes como en las entrevistas realizadas.

atención entre efectores y/o prestaciones dispersas en un territorio nacional o provincial (la red de Cardiopatías Congénitas opera de ejemplo).

De las diecisiete redes relevadas dos son nacionales, dos provinciales (con sus cabeceras regionales) y trece regionales: mientras que las redes de Cardiopatías Congénitas y de Nefrología están bajo la órbita de nación, y las redes del Sistema Integrado de Emergencia Sanitaria y de HIV están dentro de la jurisdicción provincial, las restantes pertenecen a las regiones sanitarias estudiadas (V, VI, VII y XII).

Tabla 7. Pertenencia jurisdiccional de las redes

Nacionales	Provinciales	Regionales			
Cardiopatías Congénitas	Sistema Integrado de Emergencia Sanitaria	Enfermedades Crónicas No Transmisibles	Salud Sexual y Reproductiva	Perinatal	Hemoterapia
Nefrología	HIV	RS V	RS V	RS V	RS V
		RS VII	RS VI	RS VI	RS VII
		RS XII	RS VII	RS VII	
			RS XII	RS XII	

Fuente: elaboración del GTDGPS con base en el relevamiento 2015.

Más allá de la distinción jurisdiccional, aquellas redes que abordan problemáticas que implican articulaciones con el primer nivel suponen una dinámica territorial más compleja. En estos casos, las relaciones entre la red y el nivel local (donde se aloja el centro de salud) transforman al territorio en un espacio que —siguiendo a Chiara y Ariovich (2013)— es dinámico y flexible porque da lugar a diversas interacciones entre los actores de los distintos niveles jurisdiccionales (aunque no sean necesariamente virtuosas).

[...] hay una derivación de los centros de salud al hospital, porque eso sí cada municipio que tenga un hospital provincial, no que tenga un hospital municipal, se combina el trabajo particularmente con cada uno de los hospitales que son propios de cada municipio ¿sí? Entonces, en ese caso el pedido llega a través del hospital provincial; llega el paciente que puede ser derivado de un centro de salud al hospital provincial y el hospital provincial nos pide el traslado, nos pide la derivación (entrevista n.º 22, red Perinatal).

En la tabla 8 puede verse que todas las redes tienen definidas formalmente su área programática. Esto es importante porque les permite planificar intervenciones en función de las necesidades del territorio y advertir la potencial demanda

que ellas o sus organizaciones tendrán. Además, les posibilita analizar el impacto de un determinado servicio o equipamiento en relación con la población que potencialmente podría emplearlo (Ramírez, 2004). La única excepción se presenta con la red de Nefrología, posiblemente debido a la baja prevalencia que presenta la población del país de pacientes con diálisis crónica¹⁰.

Tipo de red	T8. La red tiene definida formalmente su área programática		Total
	Sí	No	
Hemoterapia	2	0	2
Card. Congénitas	1	0	1
ECNT	3	0	3
SS y R	4	0	4
SIES	1	0	1
HIV	1	0	1
Perinatal	4	0	4
Nefrología	0	1	1
Total redes	1	1	17

Base: 17 redes. Fuente: elaboración del GTDGPS con base en el relevamiento 2015.

Las prestaciones que estas redes brindan se orientan fundamentalmente al tratamiento y al diagnóstico (ambas presentes en la gran mayoría de los casos). Paralelamente, muy pocas redes tienen incorporados los cuidados paliativos entre sus servicios¹¹.

Es llamativa la ausencia de prestaciones de prevención y promoción en la red Perinatal de la RS V, así como también en la red de ECNT de la RS VII; en especial si se considera la pertinencia de estas actividades tanto en la atención perinatal como en la atención de enfermedades fuertemente vinculadas con los determinantes sociales de la salud¹².

También sobresale que la red de Cardiopatías Congénitas en la RSV y en RSVI no ofrece servicios de rehabilitación (según el relato de los entrevistados), mientras que en las dos regiones restantes dicho servicio aparece mencionado.

10 Según datos del Registro Argentino de Diálisis Crónica 2012. Disponible en: <http://www.incucai.gov.ar/files/docs-incucai/Materiales/informes-estadisticos/15-registro_arg_dialisis_2012.pdf>.

11 Cabe señalar que encontramos relatos poco homogéneos en relación con las prestaciones y servicios ofrecidos, tanto entre los referentes de redes que abarcan la misma problemática como en el interior de una misma red en los casos nacionales y provinciales; se debe tener en cuenta que los instrumentos recogen relatos, y estos pueden no ser homogéneos.

12 El lugar estratégico que debe ser otorgado a la promoción y a la prevención en aquellos procesos de salud y enfermedad fuertemente vinculados con los determinantes sociales de la salud ha tenido un desarrollo importante en diversos documentos de los organismos internacionales de salud; el informe *Renovación de la Salud en Las Américas* (Macinko et al., 2007) constituye un buen ejemplo.

Tipo de red	T9. Servicios y prestaciones						
	Promo.	Preve.	Diag.	Tratam.	Reha.	Palia.	Emerg.
Hemoterapia V	x	x	x	x	x	x	x
Hemoterapia VII	x	-	-	x	-	-	x
Cardiopatías Congénitas	-	-	x	x	x	-	-
ECNT RS V	x	x	x	x	x	-	-
ECNT RS VII	-	-	-	x	-	-	-
ECNT RS XII	x	x	x	x	x	-	-
SS y R V	x	x	x	x	x	x	x
SS y R VI	x	x	x	x	-	-	-
SS y R VII	x	x	x	x	-	x	-
SS y R XII	x	x	x	x	-	-	-
SIES	-	-	x	-	-	-	x
HIV	x	x	x	x	-	-	-
Perinatal V	-	-	x	x	-	-	-
Perinatal VI	x	x	x	x	x	x	x
Perinatal VII	x	x	x	x	-	-	-
Perinatal XII	x	x	x	x	-	-	x
Nefrología	x	x	x	x	-	-	-

Base: 17 redes (se contabilizaron solo los casos que presentan en servicio y/o prestación). Fuente: elaboración del GTDGPS con base en el relevamiento 2015.

Los entrevistados advierten sobre el importante rol que cumplen las redes en torno a la producción y transmisión de conocimientos de las patologías prevalentes entre los equipos profesionales, más allá de la complejidad que tengan los efectores involucrados en la red¹³. No obstante, dentro la problemática general que trata cada red, muchas no suelen enfocarse en patologías particulares.

Dentro del conjunto de redes que sí hacen foco sobre una patología determinada, encontramos la red de ECNT de la RS XII, la de SSyR de la RSV, la Perinatal de la RSVI, la Perinatal de la RSVII y la Perinatal de la RS XII; y los tramos RSVI y RSVII de la red de CC y el RSV de la red de HIV (ver tabla 9).

¹³Entrevistas Cardiopatías Congénitas RS VI y ECNT RS V.

Tipo de red	T10. Se pone foco en alguna patología en particular	
	Sí	No
Hemoterapia V	-	x
Hemoterapia VII	-	x
Cardiopatías Congénitas	x(*)	-
ECNT RS V		x
ECNT RS VII	-	x
ECNT RS XII	x	-
SS y R V	x	-
SS y R VI	-	x
SS y R VII	-	x
SS y R XII	-	x
SIES	-	x
HIV	x(*)	-
Perinatal V	-	x
Perinatal VI	x	-
Perinatal VII	x	-
Perinatal XII	x	-
Nefrología	-	x

Base: 17 redes. Fuente: elaboración del GTDGPS con base en el relevamiento 2015.

Las redes y su organización

Si bien esta dimensión organizacional presenta una complejidad singular dada la cantidad de variables involucradas, en este trabajo se muestran los resultados en torno al análisis de los siguientes atributos: información, padrón, espacio de coordinación y presupuesto; se contempla además el análisis de las actividades y tareas de los coordinadores de la red, ya que también ilustran la dinámica de las organizaciones.

En línea con la importancia otorgada a los flujos de información en el interior de las redes desde la literatura (Gras, 2001; Blanco, 2009), los resultados muestran que todas las redes gestionan información de tipo financiero, clínico y epidemiológico en torno a la problemática que abordan. En cambio, aproximadamente la mitad las redes producen su propia información, generalmente vinculada con la clínica y la epidemiología:

Clínica y epidemiológica sí, porque te puedo decir: en el año hemos tenido una incidencia de, no sé, tantos traumatismos de cráneos, con tales patologías, que fueron resueltos en tales lugares, eso sí (entrevista n.º 13, red SIES).

Esta información por lo general es utilizada para analizar casos particulares, y/o resolver situaciones coyunturales, y/o para proyectar futuras intervenciones:

[...] toda muestra cuando es representativa te sirve para otros trabajos, justamente de esa muestra es que surgieron nuevos trabajos y las acciones que estamos haciendo ahora [...] de esa base de datos sacamos datos muy importantes regionales, y los proyectos que armamos posteriormente tenían que ver justamente con eso (entrevista n.º 9, red SSyR).

[...] en la época invernal, casi todos los lunes viene un rato acá para analizar juntos datos, hacemos presentaciones conjuntas de la información que generamos desde los dos lugares para analizar con los servicios al final de la época invernal, con todo lo que implica IRAB [...] (entrevista n.º 14, red Perinatal).

Este proceso se ve limitado, salvo excepciones, por el tipo de comunicación que se produce en el interior de las redes: hay ausencia de historias clínicas informatizadas y/o sistemas informáticos compartidos.

El padrón es una herramienta muy importante tanto para efectores como para organismos de salud, ya que permite conocer las características y las necesidades de una población determinada a partir de su nominalización, posibilitando planificar intervenciones adecuadas. A pesar de la utilidad de este instrumento (como se ilustra en la tabla 12, no todas las redes relevadas poseen algún tipo de padrón de su población objetivo, únicamente dos terceras partes).

Entre aquellas que sí cuentan con sistemas de nominalización de su población, se evidencia el empleo de varios padrones de manera simultánea. A la vez, se identificaron nueve tipos de padrones¹⁴ diferentes, siendo los más utilizados el RESAPRO y el SUMAR. Si bien esta situación avanza sobre la nominalización de la población (identificando y referenciando a sus beneficiarios), aún se observa una distancia significativa con la propuesta del Plan Federal de consolidar un Padrón Único de Salud en el que se incluyan las bases de seguridad social, prepagas y CAPS (Plan Federal de Salud 2004-2007).

14 RESAPRO: Registro Sanitario Provincial/ SUMAR: registro programa SUMAR/ SIISA: Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina/ SIVILA: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud/ SIPerinatal: Sistema de Información Perinatal/ Prodiaba: registro del Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético/ Remediar: registro programa Remediar/ SITAM: Sistema de Información para el Tamizaje.

T.II	Gestionan información		Producen información	
	Sí	No	Sí	No
Hemoterapia V	x	-	-	x
Hemoterapia VII	x	-	-	x
Cardiopatías Congénitas	x	-	x(*)	-
ECNT RS V	x	-	-	x
ECNT RS VII	x	-	x	-
ECNT RS XII	x	-	-	x
SS y R V	x	-	x	x
SS y R VI	x	-	-	x
SS y R VII	x	-	x	
SS y R XII	x	-	x	-
SIES	x	-	x	-
HIV	x	-	x	-
Perinatal V	x	-	-	x
Perinatal VI	x	-	x	x
Perinatal VII	x	-	x	-
Perinatal XII	x	-	-	x
Nefrología	x	-	x	-

Base: 17 redes. Fuente: elaboración del GTDGPS con base en el relevamiento 2015. (*) CC menos los tramos de las RS V y XII.

A diferencia de lo observado en las dos dimensiones ya analizadas, la organización de las redes supone un nodo de coordinación que vincula a las instituciones integrantes. Este espacio de coordinación debe contar con un referente que coordine los recursos (físicos y humanos), los insumos que circulan a través de la red y las actividades que desarrollan las distintas instituciones (Hintze, 2009). En los casos estudiados sucede que el ámbito de coordinación institucional no fue siempre identificado por el referente y/o el coordinador, y en algunas ocasiones tampoco pudo precisarse quiénes lo integraban. Esta coyuntura podría deberse a que dicho espacio no necesariamente se encuentra formalizado, y/o posee un lugar físico asignado especialmente.

T.12	Posee padrón		Utiliza padrón		Tipo de padrón
	Si	No	Si	No	
Tipo de Red					RESAPRO
Hemoterapia V	-	x	-	-	SUMAR
Hemoterapia VII	-	x	-	-	SIISA
Cardiopatías Congénitas	x(*)	-	x(*)	-	SIVILA
ECNT RS V	x	-	x	-	SIPerinatal
ECNT RS VII	x	-	x	-	Prodiaba
ECNT RS XII	-	x	-	-	Remediar
SS y R V	-	x	-	-	SITAM
SS y R VI	x	-	-	x	Propio
SS y R VII	x	-	x		
SS y R XII	x	-	-	x	
SIES	x(**)	-	x	-	
HIV	x	-	x	-	
Perinatal V		x	-	-	
Perinatal VI	x	-	-	x	
Perinatal VII	x	-	x	-	
Perinatal XII	-	x	-	-	
Nefrología	x	-	x	-	

Base: 17 redes. Fuente: elaboración del GTDGPS con base en el relevamiento 2015.

(*) La red de Cardiopatías Congénitas dispone de padrón pero en la RSVII no se utiliza. (**) La red SIES dispone de padrón únicamente en la RSV, donde además se utiliza.

[...] nosotros tenemos el espacio físico que nos impide las charlas permanentes [...] me encantaría una vez por semana que nos podamos reunir, cada vez que proponemos no tenemos el espacio suficiente y esto es edilicio (entrevista n.º 20, red Salud Sexual y Reproductiva).

En las redes que contemplan un espacio físico vinculado a la coordinación, este suele funcionar en algún establecimiento de la red o en la oficina de la región sanitaria; pero también hay redes en las cuales el lugar que encuentran los integrantes para reunirse es improvisado. Cuando este ámbito se encuentra formalizado, su estructura presenta una particular composición en la que conviven pares profesionales de distintas especialidades con ciertos niveles de autonomía (por ejemplo, neonatólogos, pediatras, cardiólogos infantiles) y técnicos y/o administrativos; en otros casos, la estructura está conformada por un profesional de conocimiento experto a cargo y por un pequeño *staff* técnico y/o administrativo que le da soporte.

De acuerdo con su escala (nacional, provincial o regional), las redes cuentan con uno o más responsables/referentes; aunque el espacio de coordinación no haya sido establecido formalmente. Muchas veces estos profesionales no han recibido una designación específica para la coordinación y, en ocasiones, son los propios referentes de los programas —sobre los que se apoya la red— los que terminan desarrollando esta tarea. A pesar de los matices encontrados respecto a la designación como responsables, todos los entrevistados sostuvieron percibir una remuneración por sus actividades (con excepción del coordinador de la red de SSyR de la RSV).

T.13	Posee espacio de coordinación interinstitucional		El coordinador percibe remuneración adicional	
	Sí	No	Sí	No
Hemoterapia V	x	-	x	-
Hemoterapia VII	x	-	x	-
Cardiopatías Congénitas	x(*)	-	x(*)	-
ECNT RS V	x	-	x	-
ECNT RS VII	x	-	x	-
ECNT RS XII	-	x	-	-
SS y R V	x			x
SS y R VI	x	-	x	
SS y R VII	x	-		
SS y R XII	-	x	-	-
SIES	x(**)	-	x	
HIV	x (***)	-	x	
Perinatal V	-	x	-	-
Perinatal VI	x	-	x	
Perinatal VII	x	-	x	
Perinatal XII	x	-	x	
Nefrología	x	-	x	

Base: 17 redes. Fuente: elaboración del GTDGPS con base en el relevamiento 2015. -CC (*) en la RSVII y en la RSXII, -Perinatal (**) en la RSV, -HIV (***) en la RSVI.

A partir del análisis de las entrevistas se elaboró una matriz (ver tabla 14), con el propósito de sistematizar las tareas realizadas por los coordinadores de las redes. Estas fueron clasificadas en cinco grandes grupos: gestión, vigilancia y control, ar-

ticulación, capacitación e información; un sexto grupo nuclea aquellas actividades más informales que también forman parte del trabajo cotidiano de estos referentes.

Las tareas vinculadas a la articulación y a la gestión aparecen como las más recurrentes, mientras que la vigilancia, el control y la capacitación se presentan con menor relevancia; paralelamente, el manejo de la información ocupa el lugar más residual o marginal. Llama la atención la centralidad que adquieren ciertas actividades administrativas que terminan desarrollando los propios profesionales (Mintzberg, 2005), asociada a la situación de precariedad que afrontan muchos de los servicios de salud que integran las redes. Este tipo de trabajo refiere generalmente a tareas cotidianas de resolución inmediata para sortear algún obstáculo puntual, más que a tareas de gestión administrativa destinadas al funcionamiento de la red. En sintonía, los referentes han señalado en las entrevistas que el desempeño de cada red depende más del compromiso de sus actores que de instancias, dinámicas y recursos instituidos formalmente.

T14. ACTIVIDADES

De gestión	Vigilancia y control	Articulación	Capacitación	Información	Informales
Gestionar las actividades de promoción y prevención	Vigilancia para el cumplimiento de normas	Vincular a los jefes de servicios	Capacitación de los recursos profesionales	Manejo de la base de datos, generación de usuarios y habilitaciones	«Patear los municipios»
Distribución de insumos	Control y gestión de insumos (sobre todo medicamentos)	Articular distintos programas	Dictado de cursos	Coordinar campañas en hospitales/territorio	Recepción y control de los casos
Logística general de la red	Gestionar los operativos de control	Articular con otros actores (ONG, empresas, etc.)	Capacitación en servicios, escuelas o a docentes		Resolución de casos puntuales
Gestionar la comunicación sobre la problemática	Monitoreo y evaluación de cantidad y calidad de establecimientos	Articular prácticas en el interior de la red			Recibir denuncias
Gestionar estudios específicos extras		Articular con los referentes municipales y/o de hospitales			Gestión de camas
Categorización de hospitales (*)		Articular entre niveles			Tarea diaria de gestión telefónica/ derivación de pacientes
Gestión de cargos de personal		Armar subredes			Resolución de problemas intrahospitalarios
Gestionar desde el nivel central al municipal		Articulación con nación			
		Articular con los otros sistemas de salud (privados: abiertos y cerrados)			

Base: 17 redes. Fuente: elaboración del GTDGPS con base en el relevamiento 2015.

Como muestra la matriz, las labores concernientes a la gestión son bastante complejas, ya que involucran diversas cuestiones y problemáticas que muchas veces deben ser atendidas con la urgencia que demanda la salud de la población.

Si bien el trabajo que llevan adelante los coordinadores en la gestión de las redes deja entrever la diversidad de asuntos, actividades y recursos que implica el funcionamiento de estas, en la tabla 15 se observa que muy pocas cuentan con un presupuesto propio (asignado de manera específica). Esto podría ser leído como una limitación para el desarrollo, la autonomía y el funcionamiento de las redes.

Las únicas redes que disponen de recursos económicos para su funcionamiento son la red de SSyR de la Región Sanitaria XII (otorgados por la Secretaría de Salud de La Matanza) y la de Cardiopatías Congénitas (brindados por nación desde el programa SUMAR).

Tipo de Red	T15. Dispone de presupuesto propio	
	Sí	No
Hemoterapia V	-	x
Hemoterapia VII	-	x
Cardiopatías Congénitas	x	-
ECNT RS V		x
ECNT RS VII	-	x
ECNT RS XII	-	x
SS y R V	-	x
SS y R VI	-	x
SS y R VII	-	x
SS y R XII	x	-
SIES	-	x
HIV	-	x
Perinatal V	-	x
Perinatal VI	-	x
Perinatal VII	-	x
Perinatal XII	-	x
Nefrología	-	x

Base: 17 redes. Fuente: elaboración del GTDGPS con base en el relevamiento 2015.

Por último, cabe señalar que las referencias explícitas a «la articulación de la red» no siempre tienen el mismo sentido en la voz de nuestros entrevistados. Pueden denotar la articulación entre pares, entre distintos servicios o entre diferentes niveles de complejidad. También pueden señalar la coordinación entre otras instituciones que no forman parte del sector, o bien entre actores y organizaciones que pertenecen a otros niveles jurisdiccionales.

Algunas conclusiones

Las redes de servicios de salud aparecen como una estrategia del subsector público para contrarrestar la fragmentación y la segmentación, con el propósito de mejorar el acceso a la atención, la cobertura y los beneficios en salud (Shortell *et al.*, 1993; Mendes, 2001; Vilaça Mendes, 2013; Otero, 2013). Si bien medir los alcances de las redes en esta dirección es complejo, el trabajo de campo devela algunos avances en la articulación de los distintos niveles de complejidad en los procesos de atención. Las redes amplían también la escala de las intervenciones, facilitando la circulación de ciertos insumos e información y vinculando territorios con distintas capacidades y equipamientos para responder a las necesidades de salud. Operan de este modo como un dispositivo organizacional que procura reducir las desigualdades en la atención entre territorios (municipios) diversos. Coordinan —fundamentalmente— servicios de diagnóstico y tratamiento para mejorar el acceso y proporcionar una atención más integral, tendiendo puentes entre la población y los efectores de salud; ubican al Estado en un rol de prestador de la atención en salud (Belmartino, 2009).

Aún sigue siendo un desafío para el desarrollo de esta estrategia la comunicación entre los tres subsectores. Salvo excepciones, las redes están compuestas por instituciones públicas que no vinculan con los efectores pertenecientes a los sectores de la seguridad social y de privado. Suelen estar integradas por hospitales públicos de jurisdicción provincial y municipal, y algunas involucran también hospitales nacionales (esto ha sido relacionado con el hecho de que algunas abordan problemáticas que no requieren de la alta complejidad que caracteriza a los establecimientos nacionales).

En casi la totalidad de los casos, las redes relevadas comprometen territorios de escala regional, pero se apoyan en programas nacionales y/o provinciales pre-existentes para articular recursos y prestaciones entre distintos establecimientos y/o entre los diferentes niveles jurisdiccionales. La frontera entre la red y el programa (que aborda la misma temática) es en algunas oportunidades difusa, no delimitando las responsabilidades. Resultaría interesante avanzar en el análisis de esta relación, para identificar o establecer cuán institucionales son los canales entre los que se articulan las redes y los programas.

Aunque en su mayoría las redes integran establecimientos pertenecientes a los tres niveles de complejidad (efectores de primer, segundo o tercer nivel), siempre contemplan una lógica hospitalocéntrica en su organización. Esto tiene cierto correlato con lo proyectado por el Plan Federal de Salud 2004-2007, que, a pesar de reconocer los centros de salud como la puerta de entrada, considera los hospitales como nodos centrales de las redes.

Aquellas redes que abordan problemáticas que implican articulaciones con el primer nivel suponen una dinámica territorial más compleja, como las redes orientadas a la salud sexual y reproductiva o las dedicadas a la atención perinatal. En estos casos, las interacciones que se producen entre la red y el nivel local configuran el territorio como un espacio dinámico y flexible que da lugar a diversas interacciones (Chiara y Ariovich, 2013) entre actores de distintas jurisdicciones.

Con el propósito de atender a demandas y necesidades específicas de cada región, en algunas redes la región sanitaria tiene una fuerte presencia en su gestión; a pesar de que la escala jurisdiccional implique coordinar la atención entre efectores y/o prestaciones dispersas en un espacio nacional o provincial.

En relación a la dimensión organizacional, las redes utilizan información de tipo financiera, clínica y epidemiológica. No obstante, aproximadamente la mitad de estas produce datos propios vinculados con la clínica y la epidemiología. La información es usada para analizar cuestiones particulares, resolver situaciones coyunturales y para proyectar futuras intervenciones; pero estas actividades se ven afectadas por la carencia de tecnología adecuada capaz de analizar y transmitir dicha información en tiempo real, condicionando la articulación en el interior de la red y la posibilidad de vincular —a través de éstas— la gestión de las políticas sanitarias con el territorio y una población específica (Fleury, 2002).

Dentro del conjunto de redes que disponen de un sistema de nominalización de su población beneficiaria, se ha observado el empleo de varios padrones de manera simultánea. Si bien este hecho avanza en la nominalización de la población, identificando y referenciando a la misma, en términos generales se ha dado de manera parcial.

El espacio destinado a la coordinación interinstitucional no siempre se encuentra formalizado y, siguiendo a Etzioni (1975), en ocasiones los mecanismos de normalización para coordinar las actividades no se encuentran disponibles para el desempeño adecuado de los expertos. Por otra parte, este espacio puede adoptar dos formas diferentes de organización. A veces, se trata de un ámbito integrado por pares de profesionales de distintas especialidades que pueden complementarse y aprovechar las facilidades de la especialización (Hintze, 2009), otorgando ciertos niveles de autonomía para la gestión. En otras oportunidades, se encuentra compuesto por un profesional de conocimiento experto a cargo con un pequeño *staff* técnico y/o administrativo, donde las decisiones suelen bajar verticalmente con un estilo tecnoburocrático (Mintzberg, 2005).

Entre las tareas afines a la articulación y a la gestión de la red, la vigilancia, el control y la capacitación son las menos frecuentes; a la vez que el manejo de la información ocupa un lugar aún más residual. Vinculado al contexto de precarie-

dad que caracteriza a varios de los servicios involucrados en las redes, ciertas actividades administrativas —relacionadas con cuestiones operativas— son desarrolladas habitualmente por los propios profesionales. Asimismo, es destacable que muy pocas redes cuentan con un presupuesto propio para su funcionamiento.

Finalmente, la falta de instancias, dinámicas y recursos formalmente instituidos para lograr un desempeño adecuado se compensa muchas veces con un alto compromiso por parte de los referentes y los equipos; pero esto supone también limitaciones para el desarrollo y la autonomía de las redes.

Este recorrido nos brinda una fotografía —desconocida con anterioridad— de la estructura, el alcance en el territorio y la organización que presentan las redes de servicios de salud dentro del conurbano bonaerense; a futuro, sería interesante poder analizar también aquellos procesos de transformación y cambio que moldean el funcionamiento y las dinámicas que asumen estas redes en los distintos territorios.

Bibliografía

- ACUÑA, Carlos y CHUDNOVSKY, Mariana (2002). *El Sistema de Salud en Argentina. Documento 60*. Buenos Aires: Universidad de San Andrés. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional de la Fundación Gobierno y Sociedad.
- BELMARTINO, Susana (2009). «Las políticas de salud en el siglo xx: legados históricos» [en línea]. Buenos Aires: 5.º Foro del Bicentenario, Panel Políticas de Salud Pública en el siglo xx. Disponible en: <http://www.unsam.edu.ar/escuelas/politica/centro_historia_politica/material/190.pdf>.
- CASTELLANI, Ana y SCHORR, Martín (2004). «Argentina: convertibilidad, crisis de acumulación y disputas en el interior del bloque de poder económico». *Cuadernos del Cendes*, 21(57): 55-82.
- CETRÁNGOLO, Óscar (2011). *Aportes para el desarrollo humano en Argentina*. PNUD-OPS-CEPAL.
- CHIARA, Magdalena; CROJETHOVIC, María y ARIOVICH, Ana (2017). «El universalismo en salud en Argentina entre 2003 y 2015: balances y desafíos desde una aproximación macroinstitucional». *Salud Colectiva*, 2017 dic.; 13(4): 663-676.
- CHIARA, Magdalena; DI VIRGILIO, Mercedes y ARIOVICH, Ana (2010). «La participación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: reflexiones en torno a la política local (2000-2005)». *Salud Colectiva*, 6(1): 47-64.
- CHIARA, Magdalena y ARIOVICH, Ana (2013). «Luces y sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS/OMS en América Latina». *Revista CadernosMetropole*, 15 (29): 99-122.
- CROJETHOVIC, María y ARIOVICH, Ana (2015). «Las redes: un modelo organizativo para contrarrestar la fragmentación institucional del sistema de salud en la Argentina». *Revista Gestión de las Personas y Tecnología* (Universidad de Santiago de Chile), 24: 30-50.
- DANANI, Claudia y HINTZE, Susana (2010). «Reformas y contrarreformas de la protección social: la Seguridad Social en la Argentina en la primera década del siglo». *Reflexión Política* (Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia), n.º 24, vol. 12. Disponible en: <<http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=reflexion&page=article&op=view&path%5B%5D=1263&path%5B%5D=1187>>.
- ETZIONI, Amitai (1975). *Organizaciones Modernas*. Capital Federal, Argentina: UTHEA 2.ª reimpresión.
- FLEURY, Sonia (2002). «El desafío de la gestión de las redes de políticas». *Revista Instituciones y Desarrollo*, n.º 12-13: 221-247.

- GUTIÉRREZ, Andrea (2009). «La movilidad de la metrópolis desigual: el viaje a la salud pública y gratuita en la periferia de Buenos Aires», en EGL 2009. Montevideo: Universidad de La República.
- HINTZE, Jorge (2009). «Modelos organizativos para la gestión social y sus lógicas». En Magdalena Chiara y Mercedes di Virgilio (coords.) (2009). *Gestión de Política Social. Conceptos y Herramientas*. Buenos Aires, Argentina: Prometeo/UNGS.
- MACINKO, James; MONTENEGRO, Hernán; NEBOT ADELL, Carme; ETIENNE, Carissa y GRUPO DE TRABAJO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2007). «La renovación de la atención primaria de salud en las Américas». *Rev Panam Salud Pública*, 21(2/3): 73-84.
- MINTZBERG, Henry. (2005). *La estructuración de las organizaciones*. España: Ariel.
- SHORTELL, S.; GILLIES, R.; ANDERSON, D.; MITCHELL, J. y MORGAN, K. (1993). «Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators». *Hosp Health Serv Adm*, n.º 38: 447-466.
- VÁZQUEZ NAVARRETE, María Luisa y VARGAS LORENZO, Ingrid (2006). «Redes integradas de servicios de salud: ¿solución o problema?». *Ciencias de la Salud*, 4(1): 5-9.
- MENDES, Eugênio Vilaça (2013). *Las redes de atención de salud*. Brasilia: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud/Consejo Nacional de Secretarios de Salud.
- DABAS, Elina y PERRONE, Néstor. *Redes en Salud*. Documento inédito [en línea]. Buenos Aires: 1999. Disponible en: <<http://www.baemprende.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/redes.pdf>>.
- RAMIÓ MATAS, Carles (1999). *Teoría de la Organización y de la Administración Pública. Temas de Gestión y de Administración Pública*. Madrid: Tecnos.
- RAMÍREZ, Liliana. «Determinación de áreas de influencia hospitalaria mediante análisis espacial en SIG vectorial: un aporte metodológico» [en línea]. Buenos Aires: Primer Seminario de Geografía cualitativa, 2004. Disponible en: <<http://hum.unne.edu.ar/investigacion/geografia/labtig/publicaciones/public13.pdf>>.
- TOBAR, Federico (2015). «Módulo 1. Salud y cuestión social». En Magdalena CHIARA (coord.) (2015). *Cuaderno de trabajo. Gestión territorial integrada para el sector salud*. Los Polvorines: UNGS.