

XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2015.

La Fragmentación Institucional y la Potencialidad de las Redes de Servicios de Salud. Un aporte para su análisis.

Ana Ariovich y María Crojethovic.

Cita:

Ana Ariovich y María Crojethovic (2015). *La Fragmentación Institucional y la Potencialidad de las Redes de Servicios de Salud. Un aporte para su análisis. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-061/252>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

La Fragmentación Institucional y la Potencialidad de las Redes de Servicios de Salud. Un aporte para su análisis.¹

Ariovich, Ana²

Crojethovic, María³

Resumen

La falta de integración entre los subsectores de salud en la Argentina, de coordinación entre los ámbitos jurisdiccionales y de articulación asistencial entre los niveles de complejidad refleja la fragmentación institucional que aqueja al sistema.

La noción de redes de servicios ingresa al campo de la salud a mediados de los 90 para superar la fragmentación de los sistemas de atención. No obstante, la elaboración de un desarrollo teórico e instrumental que permita abordar a las redes de salud en un contexto local, dando cuenta de la complejidad de las organizaciones que las integran, está aún pendiente.

El trabajo elabora un instrumento que permite relevar las redes de organizaciones complejas de salud y analizar su alcance y cobertura, en un escenario local. Para ello, se revisa críticamente y se articula la perspectiva de las Organizaciones Complejas con la de las Redes Organizacionales, ambas enmarcadas en la Teoría de las Organizaciones.

Palabras Claves: Redes, Salud, Organizaciones Complejas, Descripción Genérica, Argentina

¹ El trabajo forma parte del proyecto *Cobertura universal de salud y redes de servicios: encuentros y desencuentros entre la macro y la meso gestión. Un estudio de caso en el conurbano bonaerense 2008/2015*. Financiado por el Instituto del Conurbano, Universidad Nacional General Sarmiento. Código de Proyecto: 30/2063.

Las dos autoras han trabajado con el mismo nivel de responsabilidad.

² Mgter. Investigadora-Docente, Instituto del Conurbano, Universidad Nacional General Sarmiento

³ Dra. Investigadora-Docente, Instituto del Conurbano, Universidad Nacional General Sarmiento

I. El sistema de salud argentino y la fragmentación institucional

El sistema argentino de salud se compone con los subsistemas público, la seguridad social (Obras Sociales nacionales, provinciales y municipales financiadas con el aporte y las contribuciones de los asalariados) y el sector privado (Seguros y prepagos financiados por el aporte o el pago directo de particulares y/o familias).

Este sistema en general se encuentra asentado sobre la provisión pública a la que tienen derecho todos los habitantes del país, con independencia de que tengan, adicionalmente, algún tipo de aseguramiento social o privado; además la Argentina es un país federal, por ello el subsistema público de salud se organiza en los tres niveles de gobierno: la Nación, las provincias y los municipios⁴. Si bien sus principales usuarios son los sectores de bajos recursos, entre sus funciones se destaca el atender las necesidades sanitarias de la población a través de la provisión de equipamiento médico, de profesionales y de auxiliares de la salud, internación, campañas de prevención, planes de vacunación, entrega gratuita de medicamentos, etcétera (1).

Los trabajadores privados que se desempeñan en el mercado formal y los del sector público nacional, así como sus respectivos grupos familiares, tienen una cobertura adicional provista por las instituciones de la seguridad social denominadas obras sociales; a su vez, los trabajadores que se desempeñan en los sectores públicos provinciales están asegurados en las “obras sociales provinciales”. Otro aspecto característico del sistema de seguro social argentino es la introducción de una institución destinada a proveer servicios a los jubilados y pensionados y sus grupos familiares, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más conocido como PAMI. Dentro de este subsector se encuentran numerosas instituciones que muestran, también, importantes diferencias entre sí. Estas instituciones cuentan con marcos normativos propios que delimitan los recursos, los

⁴ La Constitución Nacional define las potestades federales y concurrentes en relación a la organización territorial del sistema de salud, dejando todo aquel poder residual no especificado a cargo de los gobiernos provinciales. A su vez, la relación con los gobiernos locales o municipios es establecida de manera autónoma en cada provincia, por lo que hay una variada gama de formas de organización municipal a lo largo del territorio argentino (2).

beneficiarios y los beneficios generando, como consecuencia, variaciones en el acceso y utilización de los servicios (3).

Finalmente el sector privado en salud está conformado principalmente, por los prestadores de servicios médico asistenciales, financiadores o empresas de seguros médicos, laboratorios de especialidades médicas, empresas de equipamiento e insumos médicos, farmacias y centros de diagnósticos además de las instituciones privadas responsables de la formación de los recursos humanos en las distintas especialidades médicas y no médicas que se desempeñan dicho sector. Dentro del mismo hay organizaciones y planes asistenciales de características muy diversas aunque, en términos generales y particularmente en las grandes ciudades, se orientan a la población de mayores ingresos (3).

Pese al alto grado de cobertura que presenta el sistema de salud de la Argentina en relación a otros países de la región, existe una importante desarticulación de los tres subsistemas que componen el área de la salud. El subyacente corte interjurisdiccional genera no sólo la fragmentación entre la Nación y las Provincias, sino también entre las Provincias, y entre éstas últimas y los Municipios, profundizando la fragmentación en su extensión y abarcabilidad (4).

Es cierto que por su carácter federal, la política sanitaria argentina es resultado de una historia que tiene (por acción y omisión) como protagonistas principales a los estados provinciales, pero este hecho fue reforzado por la descentralización de las últimas décadas que si bien otorgó mayor autonomía a los actores subnacionales, estos encontraron profundas limitaciones en el plano técnico administrativo (5).

En suma, el sistema de salud en la Argentina se presenta altamente fragmentado en un plano geográfico por las formas que ha asumido la descentralización de los servicios públicos, y en un plano relacional entre los actores que participan -subsector público, seguridad social y privado (6). A este escenario, se suman las superposiciones entre efectores y entre programas y la falta de coordinación asistencial entre las distintas jurisdicciones a cargo de la salud (nación, provincia y municipios) del propio sector público (7); en la seguridad social y en el subsector privado, a su vez, las organizaciones se muestran heterogéneas en relación a su población objetivo, la cobertura brindada, los recursos disponibles y la modalidad operativa (4).

II. La noción de Red y los debates de las redes en el campo de la salud

Si bien la literatura contemporánea sobre redes de políticas (“policy networks”) es amplia y alberga distintos significados en torno a la noción de red, dos grandes tradiciones teóricas - una europea y otra norteamericana- han liderado los debates y los desarrollos conceptuales posteriores: la teoría en subsistemas y comunidades políticas, y la teoría inter organizacional. La primera pertenece al campo de la ciencia política y alberga distintas perspectivas: desde aquella que considera a las redes como un “modelo estratégico de gestión de políticas” (8) a la que las concibe como un “modelo de gobernabilidad” que compromete a los niveles local y global (9). La teoría inter organizacional, en cambio, se enmarca dentro de la sociología organizacional y se centra en las relaciones entre las organizaciones, sus interdependencias y sus estrategias (10).

Las dos corrientes teóricas coinciden en identificar ciertos atributos como fundamentales en la conformación de redes de políticas públicas: la existencia de una diversidad de actores con estrategias y metas propias pero con intereses comunes en referencia a una política; vínculos complejos de interdependencia entre esos actores; y el desarrollo de patrones de relación de naturaleza más o menos duradera. En consonancia con esta definición, ambas han articulado postulados de la “teoría de la elección racional” con supuestos “institucionalistas” para explicar el funcionamiento de las redes, destacando así la relevancia de factores tales como la actuación de los actores públicos y privados, los intercambios de recursos, las reglas, las rutinas informales, como así también los vínculos organizacionales que limitan y estructuran los procesos y el estilo de las interacciones que se producen (10, 11).

Las redes suponen además, un modelo organizativo multiinstitucional que presenta ciertas particularidades (12). La estructura organizativa se basa en mecanismos contractuales entre distintas instituciones que se integran como corresponsables en procesos de trabajo destinados a satisfacer necesidades de terceros; contando con nodos, en los que circula la información y decisión necesaria, para articular las relaciones contractuales y técnicas. En esta misma línea argumentativa, las redes pueden ser especializada 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 riesgos (12).

A pesar de la diversidad de actores, recursos, objetivos e instituciones que pueden estar implicados en las distintas redes de políticas, todas comparten -- siguiendo a Fleury -- el desafío de "...establecer modalidades de gerencia que permitan alcanzar los objetivos previstos y conservar la existencia de una estructura reticular" (13). La autora sostiene que son precisamente estos propósitos los que han motivado a académicos y administradores a considerar a las redes como instrumentos adecuados para administrar políticas en los nuevos escenarios políticos y sociales, en donde el "poder" parece expresarse de manera más pluralista, los "recursos" son más escasos, los "problemas" son complejos, los "actores" comprometidos son múltiples (públicos, privados, locales o regionales) y la "demanda" de participación ciudadana es creciente.

Recuperando los planteos más generales acerca de la formación y gestión de las "redes de políticas", la noción de redes ingresa como estrategia para la gestión de la política sanitaria de manera relativamente reciente en el ámbito de la Salud. La primera referencia⁵ en la literatura la encontramos en el trabajo de Shortell et al. (14), quienes propusieron superar la fragmentación de los sistemas de atención de salud norteamericanos mediante el desarrollo de sistemas integrados de servicios de salud que configuraran un continuo coordinado de servicios para una población definida.

En la región iberoamericana, particular resonancia ha alcanzado la propuesta teórica sobre redes de un grupo de expertos de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. Desde una perspectiva procesual, estos especialistas plantean un gradiente fragmentación-integración entre servicios de un sistema sanitario: a medida que un sistema se vaya aproximando a la integración, se hace posible la gestión y entrega de servicios de promoción, de prevención, de diagnóstico, de curación, de rehabilitación y de reinserción social a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles, con la eficiencia, eficacia y efectividad aceptables para determinado momento tecnológico e histórico social (15). En una dirección muy similar, Vázquez Navarrete y Vargas Lorenzo (16) presentan a las redes como un modelo de

⁵ Por razones de extensión citamos la primera, eso no significa la no existencia de bibliografía sobre redes en salud a nivel internacional.

coordinación y articulación de esfuerzos de distintas organizaciones para ofrecer un continuo de servicios a una población definida, con el objetivo de mejorar la eficiencia y la efectividad en la provisión de prestaciones, mejorar el acceso a los servicios de salud y de alcanzar una integración asistencial.

La temática de redes en salud también ha recibido un tratamiento sistemático en el ámbito local a través del trabajo de algunos autores. Luego de un análisis crítico de la fragmentación del sistema público brasileño, Mendes (17) propuso la construcción procesual de sistemas integrados de salud para articular los territorios sanitarios y la gestión de la clínica, estructurados en base a 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. Con el foco puesto en las relaciones sociales y recuperando los aportes de la psicología social, Rovere (18) desarrolla en cambio un concepto fundamentalmente vincular, en donde las redes de salud constituyen formas de articulación multicéntrica que conectan a las personas a través de vínculos solidarios y que permiten organizar relaciones -tanto con el adentro como con el afuera- atendiendo a la heterogeneidad. También enfatizando las dimensiones sociales en las redes de salud, Dabas y Perrone (19) las plantean como sistemas abiertos, multicéntricos y heterárquicos que permiten interacciones e intercambios dinámicos entre los integrantes de un determinado colectivo y los integrantes de otros colectivos, potenciando recursos y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas y la satisfacción de necesidades.

Por último, es importante señalar que los organismos internacionales de salud han comenzado a promover la conformación de redes desde mediados de la década pasada. En línea con estas recomendaciones, la Organización Mundial de Salud (OMS) ha formulado el concepto de Redes Integradas de Servicios (RIS), a través del cual propone una “...gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud” (20). Una mayor complejidad, otorgan la OMS y la OPS a la conformación de Sistema integrados de Servicios de Salud (SISS), ya que éstos involucran -además de redes- atributos sistémicos

como gobernanza, financiamiento y mecanismos de pago, sin restringirse únicamente a cuestiones vinculadas a la prestación de servicios (21).

Otorgando a la atención primaria (APS) un papel central como coordinadora de una respuesta amplia para garantizar la continuidad de los recursos y las prestaciones en una escala mayor -mejorando relaciones de costo beneficio-, tanto las RIS como los SISS articulan de manera estratégica servicios con distinta jerarquía y nivel de complejidad en el territorio (22). No obstante, ambas propuestas presentan todavía un desarrollo muy normativo y con limitada capacidad para la investigación, dejando vacante cuestiones tan significativas como el abordaje de los factores políticos que puedan estar modelando el surgimiento y funcionamiento de las propias redes de salud (23).

Más allá de sus variantes, vemos que la innovación más relevante que propone el modelo de atención basado en redes de salud es el desarrollo estratégico de mecanismos de coordinación entre las unidades de prestación para superar los problemas de fragmentación, propios de sistemas organizados a partir de procesos de atención médica fuertemente segmentados. El horizonte de esta perspectiva es mejorar así, tanto la cobertura como la calidad de la atención y alcanzar la integralidad en la atención de la salud.

III. Hacia una propuesta conceptual para el análisis de las redes de salud

La elaboración de un instrumento que permita abordar el análisis de las redes de servicios de salud, requiere de una revisión crítica de los principales componentes constitutivos de una red: sus organizaciones. Sin un análisis previo de estos componentes complejos, la herramienta metodológica propuesta podría perder riqueza conceptual y no captar el fenómeno de estudio de forma holística.

De modo que aquí buscamos atender a las especificidades de aquellas organizaciones públicas que cuentan con una *estructura compleja* en su interior, tal como ocurre en las organizaciones de salud.

Por un lado este tipo de organizaciones están atravesadas por una compleja maquinaria burocrática, la que incluye: un tipo de autoridad jerárquica, normas y reglamentos impersonales que rigen las operaciones generales, una división del trabajo en áreas

especializadas con competencias específicas, y políticas de personal sobre la base de criterios objetivos (24). Por el otro, presentan una vasta variedad de profesionales que realizan actividades coordinadas por una estructura administrativa secundaria -no por ello menos importante- capaz de otorgar libertad de acción a esos profesionales, brindando cierta autonomía para que desarrollen sus habilidades y sus conocimientos operativos (25, 26, 27). Cabe aclarar que la fuente de esta autonomía no proviene de la propia voluntad, sino que estará estructurada por las asociaciones de profesionales (25). Es en esta incompatibilidad para Etzioni donde radica la complejidad (28), debido que la sobrevivencia de las organizaciones en salud dependerá de la combinación del comportamiento administrativo y del conocimiento y habilidades de los profesionales (27).

Otra complejidad de estas organizaciones proviene de la forma en que se estructura el control, ya que este dentro de la dimensión administrativa viene dado por la estructura formal y las normas de autoridad, mientras que en el grupo de profesionales son los mismos colegas quienes generan un tipo de control autorregulado al interior de su propio grupo. Paralelamente, el tipo de poder y autoridad que los profesionales portan no es otorgado por la estructura jerárquica organizacional, sino que proviene “del saber experto” o “conocimiento específico” que se emana de las complejas tareas que desarrollan (24).

Freidson a su vez, agrega complejidad a estas organizaciones cuando compara las líneas de autoridad, cuando se requiere un trabajo experto (y creativo), por ejemplo, en organizaciones de salud, no hay una sola línea de autoridad, ya que los médicos pueden intervenir en muchas áreas del hospital a pesar de que no tienen jurisdicción administrativa formal o autoridad. Más complejo aún es si pensamos en quiénes están en el medio, como el personal de enfermería que se encuentra entre dos superiores, administrativos y médicos (26).

En suma las organizaciones que integran las redes de salud son muy complejas porque presentan una estructura organizacional que involucra a un conjunto de actores con conocimientos específicos (médicos, profesionales de la salud, enfermeros, técnicos y administrativos), dando lugar a dinámicas de poder y autoridad y márgenes de autonomía muy diferentes a las de otros modelos organizacionales con grupos más homogéneos. Estas poseen un tipo específico de estructura organizacional debido a la autonomía de las

distintas profesiones que la integran, pero a su vez tiene, y debido también a esto, otro tipo de estructura de control, poder y autoridad.

En estas organizaciones, la autoridad es de naturaleza compartida, por un lado, está el poder del profesional o “el experto”, por el otro, está el poder del político administrativo, y muchas veces el profesional también puede ser administrador. A su vez, en estas estructuras el núcleo de operaciones (es decir los profesionales o expertos) es el soporte de la organización, mientras que la tecno-estructura y la línea media (control administrativo) no están muy elaboradas. Surge a menudo, entonces, la convivencia de dos tipos de jerarquías administrativas paralelas: una democrática ascendente para los profesionales -encarnada en la ley de los profesionales de la carrera hospitalaria- y otra burocrática maquinal, descendente, para el staff administrativo que responde a la tecno-estructura -encarnada en la ley de los trabajadores de la carrera de personal del Estado- (27). Si bien estas organizaciones están atravesadas por un poder ascendente y descendente, también presentan un poder lateral u horizontal que ejercen los miembros de la organización que no poseen una posición de poder definida formalmente; es decir, todos sus actores tienen algún nivel de poder y la capacidad de influir en el desarrollo de la organización (29). Paralelamente, dicha organización cuenta con mecanismos de normalización para coordinar las actividades, pero no siempre poseen los mecanismos realmente necesarios para otorgar grados de autonomía en la acción de los profesionales para que estos puedan desarrollar sus habilidades y conocimientos expertos (25).

Son precisamente estas complejas 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.

La creación y el mantenimiento de estas redes presentan sin dudas diversos desafíos para su gestión. 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 y consenso y a la construcción de mecanismos colectivos de decisión (13). A su vez, el análisis de las características del entorno socio-territorial se vuelve clave para identificar factores y procesos críticos para su funcionamiento.

Finalmente, 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 desarrollo tecnológico de comunicaciones que permita interacciones virtuales en tiempo real, sorteando las barreras espaciales y la fricción de la distancia en los territorios comprometidos.

IV. Recuperando la complejidad de las redes. La construcción de un instrumento para su análisis.

Tal como se señala al comienzo del artículo, la fragmentación institucional que registra el sistema de salud en la Argentina conduce a intervenciones segmentadas y parciales. Esta segmentación, sumado a la complejidad de factores que afectan la calidad de vida de la población, define desiguales condiciones de acceso a la atención. La potencialidad de las redes de servicios de salud aparece entonces como aquello capaz de aglutinar al sistema y mejorar el alcance de las acciones en salud.

Con el propósito de arribar a un instrumento que permita analizar las redes de servicios y prestaciones de salud, recuperamos y articulamos aportes de las perspectivas de las Organizaciones Complejas revisadas con anterioridad, ambas enmarcadas en la Teoría de las Organizaciones. Además, retomamos las propuestas conceptuales de la literatura especializada en redes de salud.

A partir de la revisión crítica y la articulación teórica desarrollada, proponemos 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. Con este propósito las redes articulan estratégicamente y de manera cooperativa, a través de relaciones contractuales y técnicas, un conjunto de complejas organizaciones que albergan particulares dinámicas de control, poder y autonomía entre sus actores.

Para analizar el alcance y cobertura de las redes, proponemos una serie de variables que permiten ponderar la complejidad de las redes y sus organizaciones. Las variables se

agrupan en tres grandes dimensiones (estructural, ramificación y organizacional); éstas, 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)⁶, 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 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 amplitud de la red, en cambio, da cuenta del alcance de la misma. Identifica si la red comprende un territorio local (municipio), o si compromete a varios territorios alcanzando una escala regional. Busca identificar también factores y procesos socio territoriales 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

⁶ La naturaleza de la red permite identificar el tipo red considerando: i) sistemas que integran organizaciones públicas de salud; ii) sistemas que integran organizaciones públicas y privadas de salud; iii) sistemas que integran organizaciones públicas de salud y aseguradoras de la salud; y iv) sistemas que integran organizaciones públicas y privadas de salud, y aseguradoras de la salud.

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).

Dimensión	Variables 1er nivel	Variables 2do nivel
Dimensión estructural	Naturaleza de la red	
	Organizaciones comprometidas	Cantidad
		Tipo de efector o establecimiento
		Tipo de acreditación requerida
	Integración (vertical/horizontal/ambas)	
	Red especializada o redundante	
	Articulación con programas	
Amplitud de la red	Escala territorial	
	Factores del entono socio-territorial	

	Cobertura	Población destinataria
		Prestaciones
		Servicios
Dimensión organizacional	Infraestructura	Presupuesto específico
		Personal
		Tecnologías
	Nodos	Cantidad
		Infraestructura
		Tecnologías
	Mecanismos de coordinación de la red	Modalidad contractual
		Formalización de las normas de articulación
		Protocolo de ingreso y de registro de pacientes
	Mecanismos de coordinación de la red	Protocolo de referencia y contrarreferencia
	Vínculo entre las organizaciones	Antigüedad
		Periodicidad de las relaciones
	Autonomía de los actores involucrados	Toma de decisiones / acciones presupuestarias
Toma de decisiones / acciones operativas		

Fuente: elaboración propia

V. Conclusiones

Tanto académicos como administradores han considerado a las redes como instrumentos estratégicos para gestionar las políticas públicas en los nuevos escenarios políticos y sociales, en donde los problemas se expresan con una complejidad creciente. En las redes, los actores pueden complementarse y aprovechar las facilidades de la especialización de cada parte de la red, o pueden coexistir produciendo los mismos productos o servicios de manera simultánea con el propósito de reducir riesgos.

Ciertos atributos parecen ser centrales a la composición y funcionamiento de tales redes, como los intercambios de recursos, los vínculos de interdependencia⁷ entre actores diversos (con metas propias pero con intereses comunes) y las reglas, mecanismos y modalidades que estructuran los procesos y el estilo de las interacciones. Las redes suponen además, un modelo organizativo multi-intitucional que cuenta con *nodos* en los que circula la información y decisión necesaria para articular relaciones contractuales y técnicas.

En el campo de la salud, las organizaciones son de tipo complejas debido a que están atravesadas por una maquinaria burocrática, pero además cuentan con una variedad de profesionales que poseen cierta autonomía para desarrollar sus habilidades y sus conocimientos operativos. Partiendo de esta premisa, se debe pensar que las redes de salud absorben dicha complejidad y presentan una estructura organizacional que involucra a un conjunto de actores con conocimientos específicos, dando lugar a dinámicas de poder y autoridad y márgenes de autonomía muy diferentes a los de otros modelos organizacionales con grupos más homogéneos.

La innovación más relevante que propone el modelo de atención basado en redes de salud es el desarrollo estratégico de mecanismos de cooperación entre un conjunto de organizaciones que albergan dicha dinámica. El horizonte de esta coordinación es superar los problemas de fragmentación, propios de sistemas organizados a partir de procesos de atención médica fuertemente segmentados.

Las redes emergen entonces como herramientas que permiten integrar al sistema y mejorar el alcance y la calidad de las intervenciones en salud. En este marco, es que resulta importante conocer su alcance y su especificidad, recuperando la complejidad de las mismas.

VI. Bibliografía

⁷ Los actores son dependientes de los demás en tanto que necesitan los recursos de los demás para alcanzar sus metas. Esta idea de interacción estratégica que conlleva a procesos de negociación es central en la mayoría de las teorías de redes (10).

- (1) Tobar F. La red Pública de Atención Primaria de la Salud. Informe de investigación realizado como subsidio para la discusión y formulación de una Política Nacional de APS. Buenos Aires; 2006. [acceso: 6 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.federicotobar.com.ar/nf_pdf5/La_Red_Publica.pdf
- (2) Programa Naciones Unidas para el Desarrollo. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros / 1a ed. - Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo; 2011.
- (3) Programa Naciones Unidas para el Desarrollo. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros / 1a ed. - Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo; 2011.
- (4) Acuña C, Chudnovsky M. 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; 2002.
- (5) Chiara M, Di Virgilio M, Moro J. Inequidad (es) en la atención de la salud en el Gran Buenos Aires, Argentina. Una mirada desde la gestión local. Revista Postdata. Revista de Reflexión y Análisis Político. SAAP. 2009; Nro. 14: 97-128.
- (6) Crojethovich M. Condiciones de Trabajo Precarias. Motivación e Interés dentro de los Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires-Argentina. Gestión de las Personas y Tecnología. Chile. Universidad de Santiago de Chile. 2011 Jul; N°11: 26-35.
- (7) Cetrángolo, O.; Lima Quintana, L. y San Martín, M. Situación del Sector Salud en Argentina. Análisis en el contexto de un Sistema descentralizado. Informe presentado al Banco Interamericano de Desarrollo; 2007.
- (8) Mandell M. Network Management: Strategic Behavior in the Public Sector. En: Gage R, Mandell M, editores. Strategies for Managing Intergovernmental Policies and Network. New York: Praeger, 1990.
- (9) Rhodes R A. European Policy-Making, implementation and subcentral governments: a survey. Maastricht: European Institute of Public Administration; 1986.
- (10) Klijn E. Policy Networks: An Overview. In: Kickert W. J. M, Koppenjan J F, editors. Managing Complex Networks. Sage, London: Sage; 1998.
- (11) Zurbriggen, C. Las redes de políticas públicas. Una revisión teórica; 2003 [acceso: 17 de mayo de 2015]. Disponible en http://www.iigov.org/documentos/?p=1_0105.

- (12) Hintze J. Modelos organizativos para la gestión social y sus lógicas. En: Chiara M, Di Virgilio M, editores. Gestión de Política Social. Conceptos y Herramientas. Buenos Aires, Argentina: Prometeo/UNGS; 2009.
- (13) Fleury S. El desafío de la gestión de las redes de políticas. Revista Instituciones y Desarrollo. 2002; N° 12-13: 221-247.
- (20) Shortell S, Gillies R, Anderson D, Mitchell J, Morgan K. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hosp Health Serv Adm.* 1993; N° 38: 447 – 466.
- (15) López Puig P, Morales Suárez I, Menchaca SL, Martínez Trujillo N, Lau López S, Soler Cárdenas SF. Las Redes Integradas de Servicios de Salud desde la realidad cubana. Revista Cubana de Salud Pública. 2009; N° 35 (4): 33-34.
- (16) Vázquez Navarrete, M.L. y Vargas Lorenzo, I. Redes integradas de servicios de salud: ¿Solución o problema?. Rosario: Universidad Nacional de Rosario; 2006 [acceso: 17 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/562/56240101.pdf>.
- (17) Mendes EV. Las redes de atención de salud. Ed. en español – Brasilia: Organización Panamericana de la Salud; 2013.
- (18) Rovere M. Redes En Salud. Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión); 1999.
- (19) Dabas, E. y Perrone, N. Redes en Salud. Documento inédito. Buenos Aires; 1999 [acceso: 27 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.baemprende.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/redes.pdf>.
- (20) O Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de la salud, más necesaria que nunca. Washington D.C.: OPS/OMS; 2008.
- (21) Organización Panamericana de la Salud. Sistemas Integrados de Servicios de salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington D.C.: OPS/OMS; 2008.
- (22) Harzheim E. Atencao primária a saúde e as redes integradas de atencao a saúde. En: Harzheim E, editores. Inovando o papel da atencao primaria nas redes de atencao a saude: resultados do laboratorio de inovacao em quatro capitais brasileiras. Brasilla: Organizacao Panamericana da Saúde, Ministerio da Saúde, Conselho Nacional de Secretarios Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretarios Municipais de Saúde; 2011.

- (23) Chiara M, Ariovich A. Luces y sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS /OMS en América Latina. Revista Cadernos Metropole, São Paulo, 2013 jan/jun; N° 29 (15): 99-122.
- (24) Blau P, Scott RW. Formal Organizations: A Comparative Approach. Stanford, CA: Stanford University Press; 2003.
- (25) Etzioni A. Organizaciones Modernas. Capital Federal, Argentina: UTHEA 2ª reimpresión; 1975.
- (26) Freidson E. Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge. Chicago: University of Chicago Press; 1988.
- (27) Mintzberg H. La estructuración de las organizaciones. España: Ariel; 2005.
- (28) Darkenwald Gordon G. Organizational Conflict in Colleges and Universities. Administratives Sciences Quarterly. 16, 407- 412; 1971.
- (29) Ramió Matas C. Teoría de la Organización y de la Administración Pública. Temas de Gestión y de Administración Pública. Madrid: Tecnos; 1999.