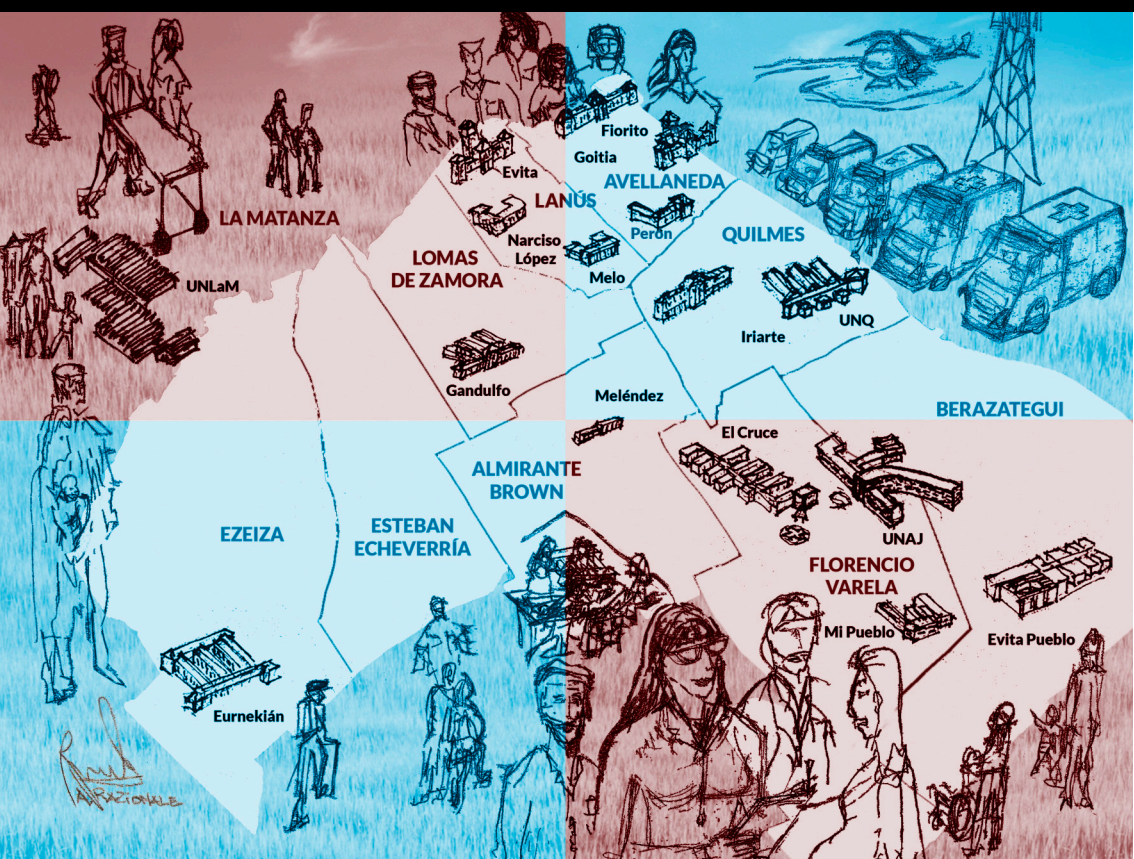


REDES Y TERRITORIOS: APORTES PARA PLANIFICAR LA POLÍTICA DE SALUD EN NUESTRA REGIÓN

DANIELA ALVAREZ y MAGALI TURKENICH
Compiladoras

DR. ARNALDO MEDINA
Prólogo



Redes y territorios : aportes para planificar la política de salud en nuestra región / Daniela Alvarez ... [et al.] ; compilado por Daniela Alvarez ; Magalí Turkenich ; prólogo de Arnaldo Medina. - 1a ed - Florencio Varela : Universidad Nacional Arturo Jauretche, 2020.

Libro digital, PDF - (Cuadernos de Investigación)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-3679-51-3

1. Salud Pública. 2. Investigación Social. 3. Redes Sociales. I. Alvarez, Daniela, comp. II. Turkenich, Magalí, comp. III. Medina, Arnaldo, prolog.

CDD 362.0425



Universidad Nacional Arturo Jauretche

Rector: **Lic. Ernesto Fernando Villanueva**

Directora del Centro de Política Educativa: Lic. María Gabriela Peirano

Coordinadora de la Unidad de Gestión de la Investigación: Mg. Dolores Chiappe

Coordinación editorial: Gabriela Ruiz

Diseño de tapa: Editorial UNAJ

Maquetación: Leandro Eloy Capdepón

Correctora: Victoria Piñera

© 2020, UNAJ

Av. Calchaquí 6200 (CP1888)

Florencio Varela Buenos Aires, Argentina

Tel: +54 11 4275-6100

editorial@unaj.edu.ar

www.editorial.unaj.edu.ar

Este libro fue seleccionado, con referato externo, en la Convocatoria de Publicaciones de Obras inéditas 2019, realizada por la UNAJ.

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Argentina (CC BY-NC-ND 2.5 AR)

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>

Universidad Nacional Arturo Jauretche

REDES Y TERRITORIOS

APORTES PARA PLANIFICAR LA POLÍTICA
DE SALUD EN NUESTRA REGIÓN

**DANIELA ALVAREZ
MAGALÍ TURKENICH**

(Compiladoras)

DANIELA ALVAREZ	ARNALDO MEDINA
JAVIER ARAKAKI	ÉRICA MORENO
ELIZABETH BARBIS	PATRICIO NARODOWSKI
LILIANA BORSANI	MARCELO PEREYRA
MELISA BORTURO	JORGE PÉREZ BLANCO
MORA CASTRO	MARÍA TERESA POCCIONI
ELIZABETH FAVERO	MARIO RODRÍGUEZ
SILVINA FONTANA	MARIANO SAN MARTÍN
ANA GRAZIANO	ISABEL SCARAMUTTI
GABRIELA LOURTAU	MAGALÍ TURKENICH
JUAN PEDRO LUZURIAGA	ESTELA VALIENTE

(Autoras y autores)



Presentación	
<i>Lic. Ernesto Fernando Villanueva</i>	11
Prólogo	
<i>Dr. Arnaldo Medina</i>	13
Preliminares: nuestro proyecto y su contexto	17
Hoja ruta: Enfoques conceptuales sobre redes en perspectiva desde el campo de la salud	23
EJE 1. POLÍTICA, ECONOMÍA Y GESTIÓN: COMPONENTES ESTRUCTURANTES DEL MODELO DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD	37
La gestión de la salud en el espacio municipal: exploración de los determinantes que inciden en la gestión sanitaria local y en la consolidación de redes de servicios <i>Arnaldo Medina, Daniela Alvarez y María Teresa Poccioni</i>	39
Coordinación de procesos asistenciales y gestión en red: Alternativas de Financiamiento de las Redes Sanitarias en la Región Sanitaria VI, Provincia de Buenos Aires <i>Mariano San Martín y Juan Pedro Luzuriaga</i>	63

La estrategia de redes en las políticas de salud. Experiencias internacionales <i>Arnaldo Medina, Daniela Alvarez, María Teresa Poccioni y Patricio Narodowski</i>	97
--	----

**EJE 2. REDES, PROCESOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD
Y MORFOLOGÍAS SOCIOSANITARIAS DEL TERRITORIO..... 111**

Colaboración entre efectores de salud: Integración territorial de la atención en Red. El caso de pacientes pediátricos en la Red del Sudeste Bonaerense <i>Mora Castro, Elizabeth Barbis, Marcelo Pereyra, Ana Graziano, Elizabeth Favero, Silvina Fontana, Estela Valiente, Melisa Borturo, Isabel Scaramutti y Érica Moreno</i>	113
--	-----

Envejecimiento y desigualdad: Diferenciales geográficos de longevidad y condición socioeconómica en el Área Metropolitana de Buenos Aires <i>Javier Arakaki, Liliana Borsani, Jorge Pérez Blanco y Daniela Alvarez</i>	145
---	-----

“Primera Noche” en casa. Experiencia de intervención de enfermería en red para el seguimiento de lactantes con infección respiratoria aguda <i>Mario Rodríguez</i>	173
---	-----

**EJE 3. LAS REDES COMO PROCESOS DE INTERACCIÓN.
COMUNICACIÓN E INVESTIGACIÓN: PRODUCCIÓN DE
CONOCIMIENTOS EN SALUD 195**

Reflexiones en torno a Comunicación y Organizaciones de Salud <i>María Teresa Poccioni</i>	197
Investigación sanitaria en espacios locales, prioridades y barreras para la producción de conocimiento <i>Daniela Alvarez y María Magalí Turkenich</i>	223
Formación innovada para nuevos roles profesionales: Relato de Experiencia sobre la estrategia de trabajo de campo en carreras de salud de Universidades Públicas <i>Gabriela Lourtau</i>	247
Reflexiones en los bordes. Hacia la alteridad <i>María Cristina Chardon</i>	251
Sobre autoras y autores	257

LIC. ERNESTO FERNANDO VILLANUEVA

Es muy grato poder presentar seis nuevos libros de la colección “Cuadernos de investigación”. La publicación de estas obras es el resultado de la maduración de las líneas de investigación y las actividades realizadas en nuestra Universidad en el marco de los proyectos UNAJ Investiga –para los que se llevan adelante convocatorias de manera ininterrumpida desde el año 2012–, así como de los primeros Proyectos de Desarrollo Tecnológico y Social (PDTS) financiados por el Consejo Interuniversitario Nacional. Ello ha permitido que distintos grupos de investigación hayan tomado para sí el desafío de comunicar para la comunidad en general los avances y resultados obtenidos en las investigaciones que vienen desarrollando sobre temas de salud, ingeniería, ciencias sociales y humanas de especial interés para nuestra región en particular y para el país en general. En este sentido, las nuevas obras publicadas dan cuenta también de la continuidad de la política de divulgación científica que se desarrolla en nuestra Universidad desde el año 2018.

De esta manera, con la realización de la Segunda Convocatoria para la Publicación de Obras Inéditas de Divulgación Científica, que permitió financiar los libros que compartimos, hemos dado un gran paso en el camino de fortalecimiento y profundización de las acciones de popularización de la ciencia y la tecnología. Fruto de ello, fueron aprobadas para su publicación las obras “Redes en territorio. Aportes para planificar la política de salud en nuestra región”, “Calidad de Vida en el Trabajo: Investigaciones en torno al alcance, modalidades, contextos y problemas del bienestar y padecimiento laboral”, “Pedagogía de

lo invisible: Agrotóxicos, producción, ambiente y sustentabilidad. Una experiencia de investigación-acción para construir los inéditos posibles”, “Malvinas en la Universidad: representaciones, experiencias, memorias”, “Aplicaciones biomédicas de la Espectrometría de Masa. Del electrón de Thomson a la metabolómica” y “La innovación tecnológica en las pymes industriales argentinas, características del sector eólico”.

Lograr contar la ciencia a un público amplio, a quienes no comparten nuestro campo de estudio profesional y académico, requiere despojarse de aquello que damos por sentado para poder compartir con la sociedad los conocimientos y experiencias resultantes de nuestras investigaciones mediante textos claros y accesibles, que visibilicen a la ciencia y la ponga en circulación y discusión. Es un ejercicio discursivo y reflexivo que debe apelar a la imaginación y valerse además de recursos literarios que hagan ameno y accesible un conocimiento específico a veces muy árido y despojado de encanto para quien no es especialista. Los autores y las autoras de las obras seleccionadas para su publicación han superado con creces este reto y gracias a ello sus trabajos constituyen un aporte sustantivo a la popularización de la ciencia y de la tecnología desarrollada en nuestra Universidad.

DR. ARNALDO MEDINA

Director del Proyecto PDTS-CIN UNAJ
Vicerrector Universidad Nacional Arturo Jauretche
Director del Instituto de Ciencias de la Salud¹

Este libro reúne una serie de artículos resultantes del trabajo colectivo que llevamos adelante desde 2015 en el marco del Proyecto de Desarrollo Tecnológico y Social (PDTS) del Consejo Interuniversitario Nacional. Este tipo de proyectos proponen la vinculación entre las universidades y el entorno para el trabajo diagnóstico, investigativo y de intervención social. Esa característica de los PDTS condensa uno los ejes principales que sostenemos como misión en nuestra Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ): promover una construcción de conocimientos junto a la diversidad de actores sociales de nuestro territorio orientados a las necesidades del espacio local. A su vez, desde el ámbito de las políticas y la gestión de los servicios de salud, hace ya más de una década, que hemos dado forma al trabajo en red de los servicios de salud de la subregión sudeste, articulados en torno al Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Kirchner. Esto representó una experiencia sumamente importante que nos permitió un modo de gestión que creemos prioritario para la salud pública. Las redes de salud como estrategia de gestión integran distintos niveles de atención e impulsan el trabajo mancomunado en pos de superar la fragmentación del sistema.

1 En uso de licencia, al momento de publicación de este libro, el Dr. Arnaldo Medina ejerce el cargo de Secretario de Calidad en Salud-Secretaría de Calidad, Ministerio de Salud de la Nación.

Aquella experiencia de trabajo en red que tomó cuerpo durante el gobierno de Cristina Fernández de Kirchner ha logrado trascender el período de restauración neoliberal llevado adelante por la alianza que gobernó entre 2015 y 2019 con todas las implicancias que las políticas instrumentadas tuvieron para nuestro pueblo en general y para la salud pública, sus instituciones y los ámbitos de producción de conocimiento científico en particular y una muestra de esa transcendencia está reflejada en esta publicación.

El Proyecto fue formulado en un marco político institucional en el que la UNAJ y el Hospital construían una fuerte alianza estratégica y la denominada “Red Sudeste”, promovida por la Región Sanitaria VI, la cual lo incluía como parte indispensable de su propuesta. Pero el desarrollo del proyecto ocurrió principalmente luego de los cambios políticos e institucionales que se producen a partir de diciembre de 2015. A partir de allí tanto esa alianza institucional como la Red Sudeste perdieron centralidad en el plano de las políticas de salud. No obstante, el PDTS significó un ámbito de permanencia de los principios inspiradores de la Red, y donde el colectivo que participó encontró un lugar a partir del cual generar conocimiento, algo que es tan necesario en marco de los territorios y sus disputas.

Esta red y este proyecto tuvieron un actor fundamental a quien quiero rendirle un sentido homenaje: mi amigo Vicente Ierace. Él fue el director de la Región Sanitaria VI (2006-2016) y también el inspirador de la Red Sudeste. Compartió la gestión sanitaria con la gestión académica en la UNAJ. Nos dejó su trabajo, que también está presente en este libro, y su legado de liderazgo y comprensión de la importancia de los vínculos humanos en su centralidad para el despliegue de las redes territoriales.

Haber dirigido este proyecto que reúne actores universitarios, de la gestión y de los servicios de salud y que ha sido pensado desde la convicción de la centralidad de la alianza estratégica entre las políticas de investigación, de ciencia y tecnología con las políticas de salud fue muy importante en términos personales y en términos políticos porque nos ha permitido seguir apostando al trabajo colectivo que pone el eje en el rol del Estado y en la necesaria alianza entre la universidad, los servicios de salud y las políticas de salud. La red no solo ha demostrado trascender las contingencias y discontinuidades, sino que se ha fortalecido y esto nos llena de orgullo, nos reafirma y nos invita a continuar con aquello por lo que militamos.

NUESTRO PROYECTO Y SU CONTEXTO

A través de los diversos textos y artículos que integran este libro consolidamos un proceso colectivo de investigación. Propone ser un aporte a la construcción de conocimientos en el campo sanitario, integrando perspectivas provenientes de los marcos conceptuales y metodológicos de distintos enfoques orientados al estudio de los sistemas y servicios de salud en clave interdisciplinaria. En este sentido, buscamos en este proyecto enhebrar perspectivas teóricas provenientes de tres tradiciones disciplinares: desde los estudios sobre sistemas de salud y servicios en red, la perspectiva de redes como modelo de gestión y atención integrada de la salud; los aportes de los estudios sociales de la ciencia y la tecnología para el análisis de los modos de producción-vinculación de conocimientos, y las teorías de la intervención social y de la planificación de la gestión de la salud considerando su potencial analítico para la comprensión de las redes en tanto dispositivo que habilite el vínculo y la conversación de lógicas diversas entre actores en territorio en busca de la integración de lazos en contextos de fragmentación social.

Desde el campo de los estudios sociales de la ciencia y la tecnología se analiza a partir de la idea de red, las relaciones que se constituyen mediadas por el conocimiento científico y tecnológico. Según Estébanez, Gómez González y otros “la caracterización de redes de interacción en procesos que involucran desarrollo de conocimiento CyT implica identificar a los diversos grupos sociales relevantes, los intereses y valoraciones en juego, la definición del problema al cual se dirige el conocimiento, los tipos de conocimiento involucrados y los resultados del flujo

de información en término de la situación relativa de los grupos y sus demandas originales.” (2013:30).

A su vez, las redes como proceso de interacción, pueden pensarse desde la perspectiva de la intervención social como dispositivo, en tanto “dispositivo de integración y facilitación del diálogo entre diferentes lógicas que surgen de distinta forma comprensiva explicativa, no sólo de los problemas sociales, sino de las instituciones en sí mismas. (Un dispositivo) entendiéndolo desde la perspectiva de Michel Foucault, sería una trama de relaciones que se pueden establecer entre componentes diversos. De este modo la intervención da cuenta de una importante capacidad para articular y generar diálogos entre diferentes instancias, lógicas y actores institucionales” (Carballeda, 2008: 7).

El proyecto en torno al cual se despliega esta publicación se ubica en la categoría de estudio denominada Proyecto de Desarrollo Tecnológico Social (PDTS), diseñados desde una perspectiva innovadora de investigación orientada a la resolución de una necesidad específica, en nuestro caso contextualizada en el campo de la salud pública y sus modelos de política y gestión. Por su naturaleza de investigación estratégica y aplicada, participan del mismo actores intersectoriales de ámbitos académicos y de la gestión política. Este tipo de proyectos permiten abrir un nuevo espacio de vinculación entre la actividad científica y tecnológica y los escenarios sanitarios concretos, impulsados por el Consejo Interuniversitario Nacional y CONICET e inscriptos en el banco de proyectos del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (MinCyT).

Considerando este encuadre, nuestro proyecto “Desarrollo de Información para Procesos Asistenciales y de Gestión de Pacientes en Red para el conjunto de Hospitales de la región sudeste del conurbano de la Provincia de Buenos Aires” se llevó adelante a través del trabajo com-

partido entre Universidades, Servicios de Salud y ámbitos de gestión de distintos espacios jurisdiccionales. La coordinación estuvo a cargo de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (Instituto de Ciencias de la Salud), y participaron, desde el ámbito académico la Universidad Nacional de La Plata, la Universidad Nacional de Quilmes y la Universidad Nacional de La Matanza. Desde el ámbito de los servicios de salud participaron los Hospitales de la sub-región sudeste: Hospital Zonal General “Dr. Arturo Oñativia”, Hospital General de Agudos “Evita Pueblo”, Hospital Zonal de Agudos “Mi Pueblo”, Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Isidoro Iriarte”, Hospital Subzonal Especializado Materno Infantil Dr. Oller, Hospital Zonal General de Agudos Lucio Meléndez, y el Hospital Subzonal Rehabilitación Motriz Dr. José María Jorge. Por último, desde el ámbito de gobierno participaron las Secretarías de Salud de Florencio Varela, Quilmes, Almirante Brown y Berazategui, junto al Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires-Dirección General de Hospitales.

El contexto territorial en el que se inserta este proyecto resulta paradigmático para el fortalecimiento de redes integradas de salud, en tanto su estructura sanitaria presenta un complejo entramado multinivel: está compuesta por el “Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Kirchner” (hospital de derivación de alta complejidad de dependencia provincial y nacional), 8 hospitales provinciales y más de 120 Centros de Atención Primaria de la Salud de dependencia municipal. Estos nodos multinivel e interjurisdiccionales dan cuenta de la necesidad de desarrollar estrategias coordinadas de atención de la salud. En consenso y mediante la construcción colectiva intersectorial se generó territorialmente la base técnica y organizacional para el desarrollo redes de salud, como así también a producir las herramientas que posibiliten consolidar e institucionalizar sus dinámicas.

La propuesta metodológica que recorrimos se inscribe en la lógica de las metodologías participativas, en tanto construye su objeto de estudio a partir del contexto de aplicación e incluye en su formulación, desarrollo e implementación a los propios actores del sistema de salud (directores de hospitales, autoridad sanitaria, ministerios, secretarías de salud, organizaciones de pacientes) y a las diversas jurisdicciones (nación, provincia, municipio) que interactúan en la planificación y organización de los servicios de salud.

La potencial replicación a escala territorial de los hallazgos de este proyecto permitiría una innovación para la salud pública, encuadrada dentro de las prioridades de las políticas sanitarias de nuestro país, en pos de superar la fragmentación del sistema y fortalecer la equidad, accesibilidad y continuidad de la atención.

Sobre este libro y su organización

Los artículos que compilamos en este libro se estructuraron a partir de tres ejes:

- El primero de ellos **“Política, Economía y Gestión, componentes estructurantes del modelo de redes integradas de servicios de salud”**, reúne los artículos “La gestión de la salud en el espacio municipal: exploración de los determinantes que inciden en la gestión sanitaria local y en la consolidación de redes de servicios”, de Arnaldo Medina, Daniela Alvarez, María Teresa Poccioni “Coordinación de procesos asistenciales y gestión en red: Alternativas de Financiamiento de las Redes Sanitarias en la Región Sanitaria VI, Provincia de Buenos Aires” de Mariano San Martín, Juan Pedro Luzuriaga y “La estrategia de redes en

las políticas de salud. Experiencias internacionales” de Patri-
cio Narodowski, et al. Estos tres textos refieren a los modelos
organizativos y de gestión que dan cuenta de las políticas que
institucionalizan y regulan las redes en los territorio, ofrecen
marcos políticos-jurisdiccionales junto con las morfologías que
asumen las tramas sanitarias en los espacios locales, en sentido
conceptual, político-sanitario y operativo-organizativo.

- El segundo eje, **“Redes, procesos de atención de la salud y morfologías sociosanitarias del territorio”**, está integrado por los artículos “Colaboración entre efectores de salud: Integración territorial de la atención en Red. El caso de pacientes pediátricos en la Red del Sudeste Bonaerense”, de Mora Castro; Elizabeth Barbis; Marcelo Pereyra; Ana Graziano; Elizabeth Favero; Silvina Fontana; Estela Valiente; Melisa Borturo; Isabel Scaramutti; Erica Moreno, y “Envejecimiento y desigualdad: Diferenciales geográficos de longevidad y condición socioeconómica en el Área Metropolitana de Buenos Aires” de Javier Arakaki, Liliana Borsani, Jorge Pérez Blanco, y Daniela Alvarez y “Primera Noche en casa. Experiencia de intervención de enfermería en red para el seguimiento de lactantes con infección respiratoria aguda”, de Mario Rodríguez. Estos tres trabajos presentan evidencias acerca de la cobertura de redes en poblaciones específicas, contribuyendo a pensar las redes desde una dimensión geoespacial y cartográfica, que permite dar cuenta de variabilidades territoriales y de las configuraciones particulares de cada contexto y cada problemática. Ambos aportes son clave, en términos de diagnóstico situacional, para la planificación de servicios y recursos en red.

- El tercer eje, **“Las redes como procesos de interacción. Comunicación, Investigación y Formación: Producción de conocimientos en salud”**, se orienta a pensar las redes como vínculo social, recuperando dimensiones que son proceso y producto en red. La red como proceso representa dispositivos de integración para establecer problemáticas relevantes, acuerdos, usos de lenguajes, saberes y sentidos. La red como producto daría cuenta de las formas que toman estas interacciones en las dinámicas comunicacionales e investigativas que se generan en el marco de redes. Desde este enfoque en este eje se incluye “Reflexiones en torno a Comunicación y Organizaciones de Salud” de María Teresa Poccioni, “Investigación sanitaria en espacios locales, prioridades y barreras para la producción de conocimiento” de Daniela Alvarez y María Magalí Turkenich; “Formación innovada para nuevos roles profesionales: Relato de Experiencia sobre la estrategia de trabajo de campo en carreras de salud de Universidades Públicas”, de Gabriela Lourtau y “Reflexiones en los bordes. Hacia la Alteridad” de María Cristina Chardon.

HOJA RUTA: ENFOQUES CONCEPTUALES SOBRE REDES EN PERSPECTIVA DESDE EL CAMPO DE LA SALUD

Se propone con este trabajo recorrer algunas de las perspectivas conceptuales, enfoques y prácticas que intervienen en la producción de conocimientos **sobre redes y en redes de salud**.

Se presentarán, en el plano teórico, los principales ejes que componen al paradigma de la complejidad y al enfoque rizomático, en tanto estos constituyen modelos conceptuales apropiados para el análisis de redes, por su fecundidad para la producción de categorías teóricas que posibiliten interpretaciones de las prácticas.

Reflexionando sobre esta trama conceptual, se identificarán los debates acerca de la producción de conocimientos sobre sistemas y redes de salud, particularmente acerca del rol de la investigación (aplicada, contextual) como actividad estratégica de interface entre el conocimiento académico y los procesos de planificación y gestión de la salud.

Fundamentalmente, este escrito plantea dos potencialidades claves que tienen las redes de salud desde la lógica de la producción de conocimientos: representan relevantes objetos de estudio para los análisis de los sistemas de salud (investigación *sobre* redes), y constituyen, a la vez, estratégicos canales interdisciplinarios de generación y circulación de dichos conocimientos en el plano de la implementación y de las prácticas (investigación *en* redes).

El mapeo de estas tramas teóricas, metodológicas y operativas interpela la necesidad de desarrollar renovadas epistemologías al momento de abordar la producción de saberes sobre redes y en redes de salud, desde la territorialidad de nuestros contextos.

Reflexionar desde perspectivas conceptuales, con la mirada puesta en nuestras realidades, posibilita enriquecer y formular renovadas categorías de análisis para ambos espacios. Asumiendo esto, las redes de servicios de salud no puede conceptualizarse escindidas de los procesos históricos, políticos y sociales que le dan basamento, y en este sentido avanzar en modelos de planificación en red para la salud conlleva al desafío de superar esquemas teóricos vacíos (o “vaciados”) de los determinantes del contexto, de las particularidades de nuestra región y sus prioridades. El trabajo en red es precisamente, como expresan Dabas y Vasconcello (1999) sinergia de competencias, recursos y memorias, frutos y matrices del conocimiento *colectivamente producido* por sus sujetos históricos.

Para comenzar a transitar estos nexos entre teorías, redes y prácticas se propone partir de una ilustrativa analogía que Breilh (1998)² presenta a cerca del proceso de construcción de conocimientos:

“(...) el desarrollo científico no es fruto simplemente de las innovaciones tecnológicas o de los instrumentos, la base de las revoluciones científicas han sido las ideas renovadoras, la revolución científica y filosófica de Galileo no se hizo posible por el uso del telescopio, sino

2 Breilh se refiere así a la modernidad y la nueva epidemiología citando esta frase, originalmente de Cohen B. en *Revolution in science*. Cambridge: Harvard University Press; 1985.

por el empleo de un marco teórico revolucionario como el de Copérnico, que permitió una nueva mirada con el telescopio”.

Interpretar esta cita desde el campo de la salud y su gestión, y trasladarla al desarrollo de renovados paradigmas para el trabajo en red, conlleva a reflexionar sobre algunas funciones que las teorías debieran aportar a la gestión del campo sanitario:

- ✓ En primer lugar, la reflexión teórica sobre la gestión, y la recuperación de la mirada histórica que esta implicaría, posibilita construir nuevas miradas, resignificar las prácticas y superar enfoques pragmáticos e instrumentales que despojan a los actores (decisores, profesionales, investigadores, ciudadanos) de una visión integral de la salud, de sus políticas y de su organización como sistema sanitario.

- ✓ En segundo lugar, producir articulaciones entre enfoques teóricos y procesos de gestión en salud implica dar lugar a la función “*desnaturalizadora*” que tiene la teoría. Bourdieu (1973, 1975, 2008) desarrolla el concepto de *ruptura epistemológica* en el sentido del abandono necesario de aquellas ideas preconcebidas y propias del sentido común, siendo la teoría, precisamente, quien tendría como función primordial asegurar dicha ruptura y proveer a las prácticas marcos de referencia que las sustenten. Como define Rovere (2004), esta desnaturalización implica no solo un distanciamiento, una interpelación a la realidad dada, sino fundamentalmente un cuestionamiento, una tarea de develamiento de las operatorias de poder que han cristalizado dicho objeto (las prácticas, las formas de gestión) como “naturales” y por fuera de su devenir histórico-social.

El valor de la teoría, tomando estas dos funciones presentadas, supone un desafío estratégico para la gestión de la salud y para la consolidación de redes, particularmente porque abre la posibilidad de **producir innovadores y propios modelos conceptuales**, que dando cuenta de la imposibilidad de pensar a la teoría separada de la práctica y viceversa, posibiliten interpretar, analizar y planificar nuestro contexto sanitario. En relación a esto, cabe entonces plantear tres ideas-fuerza que resultan claves para pensar las redes, las teorías, las prácticas y las políticas en salud:

- ✓ Que el modelo de gestión de la salud en red constituye una estrategia inscrita dentro de un modelo político sanitario que propone avanzar en un esquema integrado e integrador (del derecho a la salud, de la accesibilidad a los servicios, de los procesos de atención, de los recursos).
- ✓ Que las teorías sobre las organizaciones de salud y sobre la gestión de dichas organizaciones no pueden formularse (ni aplicarse) desprovistas de la perspectiva política, histórica y contextual, dicho de otro modo, “por fuera” de los mismos espacios territoriales e institucionales en los cuales serán puestas en práctica, y en este punto cabe reconocer la referida función desnaturalizadora, mediante la cual es posible interpelar modelos instalados acríticamente.
- ✓ Y, en relación a lo anterior, que el modelo de redes de salud resulta de la conjunción de la teoría, en tanto conocimiento en salud colectivamente producido, y de las prácticas, que representan su traducción operativa y su despliegue dentro de las políticas sanitarias que las sustentan.

En este sentido, planificar la salud pública desde un modelo de redes implica asumir a este modelo como una estrategia que solo puede desarrollarse dentro de una matriz política que le otorgue factibilidad: material, tecnológica, social, económica, jurídica. El trabajo en red en el campo de la salud es sustantivo para la meta de cobertura universal, en tanto da cuenta de tres factores claves para la planificación sanitaria y sus prácticas: su anclaje territorial, su vinculación por niveles de atención, y su potencial articulador interjurisdiccional (de recursos asistenciales, profesionales, tecnológicos, de gestión de conocimientos e información).

Esta correspondencia entre el desarrollo de redes y la consolidación de los espacios locales se relaciona con el surgimiento de estructuras de tipo multicéntricas que configuran nuevos espacios públicos en los cuales el poder local asume el protagonismo en la unión entre las organizaciones y las jurisdicciones gubernamentales (Fleury, 2002). En el marco de estas lógicas, la jerarquización de los sistemas locales y su apuntalamiento como espacios políticos-sanitarios para la coordinación en red de la salud resultan procesos estratégicos en un escenario en el cual se asume la capacidad redistributiva que tiene la salud dentro de la matriz de las políticas públicas.

Asumiendo estas premisas las redes en salud representan una matriz de políticas sanitarias que encuentra en el espacio local su basamento, y se expresan en una dinámica de interacciones vinculantes que fortalecen el rol de los sujetos históricos y colectivos, en tanto den cuenta del sistema de relaciones que las contextualizan y de la *totalidad compleja*³, sistémica, que atraviesa a esas relaciones, tanto en el escenario de la planificación como en el de las prácticas.

3 El término de “totalidad compleja” es presentado por Samaja (2005) en su epistemología de la salud.

El concepto de redes, y sus aplicaciones en salud, ha cobrado centralidad en el marco de la **teoría de la complejidad**, en tanto las redes constituyen ejes de renovación paradigmática que representan un enorme potencial para el avance en la producción del conocimiento científico y de desarrollo tecnológico en el área de la salud (Almeida-Filho, 2006). El pensamiento complejo (Morín, 1990, 2003) considera en un solo tiempo la unidad y la diversidad, y desde la epistemología de la salud se han desarrollado, a partir de estas concepciones, fructíferas propuestas conceptuales para su aplicación en este campo. La atribución de complejidad implica que un objeto *es un objeto modelo sistémico* que forma parte de un sistema de totalidades parciales y a la vez puede ser comprendido él mismo como un sistema que incluye a otras totalidades parciales.

Siguiendo las ricas aportaciones de Almeida Filho (2006), podemos plantear que el modelo de redes, desde este paradigma, posee la capacidad de dar cuenta de la complejidad de los fenómenos de salud, y dicha complejidad no es posible abordarla solo desde miradas *múltiples pero fraccionadas*, sino que es preciso *descubrir la unidad en esa inmensa diversidad compleja, de objetos, miradores y miradas*.

En el plano de la gestión, y desde el marco de la complejidad, la organización es visualizada como una red de relaciones entre las distintas partes que la conforman, donde: cada parte conoce a cada una de las otras, el significado de las partes está determinado por el conocimiento previo del todo, y *el todo está en cada parte y éstas a la vez están en el todo*, lo conocen y pueden reproducirlo (Dabas, 1999).

Estos conceptos dan cuenta de la fecundidad del paradigma de la complejidad para aportar al modelo de redes un núcleo teórico y conceptual que nos posibilita pensarlas como estructuras matriciales que

se despliegan, configuran y reconfiguran en múltiples escenarios, en tanto representa un modelo epistémico que reconoce los múltiples determinantes y entrecruzamientos que configuran al campo sanitario y que son inherente a los procesos concretos de la naturaleza, de la sociedad y de la historia.⁴⁵

Reflexionar acerca de los procesos de consolidación de redes en salud desde esta perspectiva nos remite, una vez más, a la idea de “lo nuevo a partir de lo existente”,⁶ premisa que deviene del paradigma de la complejidad y que nos convoca a la inclusión de la perspectiva histórica para analizar toda producción social y colectiva como es el campo sanitario. La perspectiva de la complejidad, y las redes como dinámicas vinculantes, suponen concebir a la salud como un despliegue de estratos integrados/agregados que también conforman redes ancladas en diversos niveles. Dabas (1999) propone reconocer en la salud al menos cinco niveles de redes: red personal, red comunitaria, red institucional, red de servicios y red intersectorial, entendiendo que no se trata de segmentaciones, sino por el contrario de una dinámica en donde cada nivel se construye a partir de las innumerables relaciones interactivas que establece con los otros.

Siguiendo esta trama conceptual, otra posible sistematización que dé cuenta de la agregación de niveles que hacen a la complejidad de la salud, y que también asume estructura de red en la cual sus componentes/ unidades se organizan en distintos núcleos de unión e interacción, es-

4 Almeida-Filho, Silva Paim, 1999, Samaja 2005 representan los mayores exponentes de los desarrollos epistémicos sobre la salud en nuestra región.

5 Al contrario del abordaje reduccionista del positivismo, que tiene como objetivo una simplificación de la realidad.

6 Morin habla de esto como una paradoja (deseable) de la complejidad y se relaciona con la dialéctica histórica.

taría dada por establecer, a los fines del análisis y no en forma taxativa, dos dimensiones del campo sanitario: la salud en su dimensión individual (como proceso biológico, como de objeto de investigación, como proceso de atención) y la salud en su dimensión política-sanitaria.

La salud como proceso biológico y como objeto de investigación y de atención, tomando la tipología planteada por Frenkel (1993), transita también por niveles de complejidades agregadas: subindividuales, individuales, poblacionales, y sistémicos/organizacionales. Al nivel subindividual corresponde lo biomédico (procesos biológicos básicos, estructura y funciones del cuerpo humano); al nivel individual corresponden los procesos de atención y asistencia; al nivel poblacional corresponde la epidemiología, que estudia en poblaciones la distribución y frecuencia de las enfermedades y sus determinantes; y al nivel sistémico corresponden las respuestas organizadas que el sistema de salud formula, aplica y regula. De este modo, el campo de la salud puede entenderse desde una dinámica con diferentes niveles interconectados, vinculados unos con otros, y es precisamente en esa vinculación (desde los niveles subindividuales, individuales, poblacionales y organizacionales) donde reside su complejidad y la necesidad de desarrollar procesos de atención, de investigación y de gestión que se fundamenten en cada uno de los conocimientos que se construyen en estos niveles y, simultáneamente, con capacidad de interrelacionarlos en redes que den cuenta de ellos.

La segunda dimensión propuesta, la salud en su dimensión política-sanitaria, también se organiza en estratos agregados y nos remite, en este esquema, a las complejidades territoriales: locales-municipales, provinciales, nacionales y regionales. Los procesos de atención, de regulación, de formulación de políticas y de establecimiento de prioridades alcanzan un modelo de red al vincularse y superar fragmentaciones

jurisdiccionales, lo cual implica ineludiblemente la recuperación del rol del Estado como actor clave. Superar el concepto de fragmentación por el de complejidad a la vez dependerá del efectivo despliegue de una red integrada y del fortalecimiento de sus nodos. Ejemplo de esto es, como se ha señalado, el anclaje territorial que tienen las redes de servicios de salud en los espacios locales, constituyéndose éstos como núcleos básicos para la integración de políticas y programas entre niveles jurisdiccionales. Estas dos dimensiones referidas y los ejemplos propuestos refuerzan la concepción misma de la salud como objeto complejo, matriz de multi-organizaciones (biológicas y sociales) que se articulan en redes en las cuales intervienen, como especifica Samaja (2005) todos los estratos que se ponen en juego en la vida humana: molecular, celular, tisular, anatómico-clínico, organizmico-individual; grupal, institucional, societal y global, componentes agregados que dan cuenta del carácter complejo de la realidad.

Las vinculaciones entre el paradigma de la complejidad y las estrategias integradas de redes de salud aportan una diversidad de analogías, posibles fundamentalmente porque las redes se construyen y organizan a partir de la complejidad asumida, explícita o implícitamente, que tiene el campo sanitario en todas sus dimensiones.

Vinculado al paradigma de la complejidad, el **modelo rizomático**⁷ nos provee también elementos conceptuales y analogías en relación a las redes de salud. En la teoría filosófica de Gilles Deleuze y Félix Guattari (1977), un rizoma es un modelo epistemológico articulado según los principios de conexión y heterogeneidad, y en este sentido, cualquier punto del rizoma puede vincularse a otro, ya que su dinámica remite a

7 Este término originalmente proviene de la botánica y refiere a un tipo de tallo horizontal que produce raíces que a su vez producen otras raíces.

la multiplicidad (Díaz, 2007). Este marco conceptual también han sido aplicado para analizar las dinámicas de las redes, ya que estas, como el rizoma, atraviesan estratos, crean nuevos dominios de experiencia, proveen múltiples itinerarios e implican una geometría variable con un alto grado de interconexión (Najmanovich, 2005).

Junto con los principios de conexión y heterogeneidad que caracterizan al modelo rizomático, y que posibilitan la formulación de analogías con las redes de salud, hay un tercer principio del modelo que también contribuye al poder pensar en redes desde esta teoría, y es el denominado “principio de ruptura asignificante”, el cual postula que un rizoma puede ser roto, interrumpido en cualquier parte, pero siempre recomienza sin perder la totalidad ni la dinámica del conjunto.

Si desde estos postulados de la teoría del rizoma (conexión, heterogeneidad, ruptura asignificante) recuperamos categorías de análisis para pensar en redes de salud, podríamos establecer que las vinculaciones entre sus nodos (jurisdicciones, servicios) remiten a los principios de conexión y heterogeneidad, en vista de la diversidad de organizaciones y niveles que interactúan, y que el principio de ruptura asignificante remite a la sustentabilidad estructural y estructurante en el plano del territorio, relativa a la capacidad de adecuación que tengan las redes para dar respuesta los problemas en el marco de las políticas que las legitiman.

Por último, un cuarto principio de este esquema teórico: el “principio de cartografía”, que establece que un rizoma se caracteriza por tener siempre múltiples entradas, en donde cada núcleo produce su significado (su identidad, su rol) y a la vez resignifica al conjunto, claramente otra analogía aplicable a las redes de servicios de salud.

Hay, completando esta exploración de la teoría rizomática y sus vinculaciones con las redes, una particular característica que distingue al rizoma y que se manifiesta precisamente en la parte que no se hace explícitamente visible: por debajo del suelo *también* hay una estructura (Almirón, 2008). Esa estructura, en las redes de salud, como en toda red social, está dada por las vinculaciones que se establecen entre los actores, individuales y colectivos, y que conforman el entramado que sustenta cada nodo de la red y a la vez el mapa complejo de las relaciones que la configuran. En este plano entran en juego los valores simbólicos de los vínculos entre los sujetos, determinados por los nexos, la red de relaciones interpersonales y el estado de los otros miembros, de esta forma en la estructura de red también se integra la red de relaciones percibidas y no solamente realidades físicas (Dabas, 1998). Entonces, las redes de servicios de salud no son solamente un ordenamiento para vincularse externamente (otros servicios, otras organizaciones), sino también para construir renovadas dinámicas vinculares hacia adentro bajo la forma de redes intrainstitucionales (Rovere, 1999).

Pensar a las redes en salud desde esta propuesta rizomática, nos remite nuevamente a la polisemia del campo sanitario, y también a la construcción histórica y territorial de sus modos de organización. Desde una mirada analógica, las redes, como el rizoma, toman la forma de su territorio, expresan su diversidad de necesidades y proponen respuestas adecuadas para sus prioridades, cada parte es el todo y el todo da cuenta de las partes, en la multiplicidad está la unidad. Las redes “forman” el contexto en el que tiene lugar el proceso político y a la vez “toman forma” alrededor de los problemas, en el marco de su contexto y las políticas (Klijin, 1998).

Bibliografía

- Almeida-Filho, N. (2006) *Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones*. Revista Salud Colectiva. Buenos Aires, 2 (2): 123-146, Mayo-Agosto, 2006.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial SA.
- Bourdieu, P. (2008) *“El oficio del sociólogo”*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. 2008. 423 p.
- Bourdieu, P. (1988) *Cosas Dichas*. Editorial Gedisa. Barcelona.
- Dabas, E. y Perrone N. (1999) *Redes en Salud*, en *Viviendo Redes*. Editorial CICCUS. Buenos Aires.
- Dabas, E. y Perrone N. (1999) *Redes en Salud*. Parte II. Documento inédito.
- Dabas, E. Najmanovich D. (2001) *Una dos muchas redes Itinerarios y afluentes del abordaje en redes* (Mimeo).
- Estébanez, M. y Korsunsky (2003) *Medición de actividades de vinculación y transferencia de conocimientos científicos y tecnológicos*. Buenos Aires: *Red Iberoamericana de Indicadores de Ciencia y Tecnología (RICYT): El Estado de Ciencia*.
- Fleury, S. (2002) *El desafío de la gestión de políticas públicas*. Revista de institucionalidad y desarrollo n° 12-13; 222-247. Instituto Internacional de Gobernabilidad de Catalunya. Barcelona.

- Frenkel, J. (1992) *La nueva salud pública*. México: Fondo de Cultura Económica. Colección Ciencia para Todos.
- Klijin (1998) *Redes de Políticas Públicas*. Mimeo.
- Morín, E. (1994) *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa. Barcelona.
- Najmanovich, D. (2005). *El juego de los vínculos*. Subjetividad y redes. Biblos Buenos Aires. 2005.
- Rovere, M. (1999) *Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario. Editorial de la Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.
- Samaja, J. (2005) *Epistemología de la Salud*. Buenos Aires. Lugar Editorial.



EJE 1

**POLÍTICA, ECONOMÍA Y GESTIÓN:
COMPONENTES
ESTRUCTURANTES DEL MODELO
DE REDES INTEGRADAS
DE SERVICIOS DE SALUD**



La gestión de la salud en el espacio municipal: exploración de los determinantes que inciden en la gestión sanitaria local y en la consolidación de redes de servicios

ARNALDO MEDINA, DANIELA ALVAREZ, MARÍA TERESA POCCIONI
(Universidad Nacional Arturo Jauretche, Instituto de Ciencias de la Salud).

Introducción

El rol de los municipios como planificadores e implementadores de políticas de salud se ha ido fortaleciendo en nuestro país en los últimos años. Los análisis históricos de los procesos de reforma de las décadas pasadas se centraban principalmente en las causales económicas que dieron origen a los espacios locales-municipales de la salud. Sin embargo, la consolidación democrática y la recuperación de derechos nos plantea la necesidad de reflexionar desde otras categorías de análisis asumiendo que los municipios son actualmente espacios políticos-sanitarios fortalecidos y estratégicos para dar respuesta a los problemas de salud desde una dimensión territorial, dado el nivel de cercanía que tienen con las necesidades y demandas de sus poblaciones.

Desde esta perspectiva, el objetivo de la investigación que estamos realizando apunta a identificar los modelos de gestión político-sanitaria que prevalecen en los municipios del conurbano bonaerense y, particularmente, en este capítulo se presentarán algunos ejes conceptuales para analizar los factores que intervienen, determinan o condicionan el desarrollo de la salud a nivel local y su capacidad para la consolidación de redes asistenciales.

El análisis que se presentará se reconstruye a partir de fuentes primarias, es decir, mediante entrevistas realizadas a secretarios de salud y relevamientos a funcionarios del área⁸, fuentes secundarias y recopilaciones bibliográficas.

Este artículo presenta algunas de las cuestiones planteadas en la investigación que estamos realizando en el marco de los proyectos promovidos por la Universidad Nacional Arturo Jauretche. Nuestro proyecto se propone identificar los modelos de gestión político-sanitaria que prevalecen en los municipios del conurbano bonaerense, y, particularmente, en el presente documento se expondrán, articulando perspectivas conceptuales y visiones de los propios actores de los sistemas de salud locales, algunos de los principales factores que modelan actualmente a la gestión sanitaria en el escenario municipal. Estos modelos de gestión son, a la vez, condicionantes para avanzar hacia la conformación de redes de servicios que garanticen una accesibilidad adecuada y continua para los procesos de atención que la población requiera. Consideramos que el nivel local es el espacio de construcción territorial de la salud y su fortalecimiento (político, estructural, técnico, administrativo). Este requiere también de la producción de análisis que generen conocimientos aplicables a la gestión, asumiendo las realidades locales y las dimensiones del contexto social e histórico que las atraviesa.

8 En este artículo se incluyen las entrevistas realizadas a los secretarios de salud de los municipios de Avellaneda, Florencio Varela, Ezeiza y Quilmes. También, información brindada por funcionarios municipales de General San Martín, Ituzaingó, José C. Paz, La Matanza y Morón. Se incluyó una entrevista a un profesional en área de gestión de pacientes del Hospital El Cruce (Florencio Varela) y a una funcionaria del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

La cuestión por abordar, objetivos e hipótesis de trabajo

El rol de los municipios como planificadores e implementadores de políticas de salud se ha ido fortaleciendo en nuestro país en los últimos años. Se reconoce que, a partir del proceso de descentralización que comienza en la década del ochenta, en el marco de la crisis económica y de los modelos que propiciaban la atomización del rol de rectoría del Estado, los municipios vieron aumentadas sus responsabilidades y los servicios a su cargo. En este sentido el subsector público de la salud se caracterizó por la progresiva transferencia de funciones desde los niveles jurisdiccionales superiores (nacionales y provinciales) hacia los municipales. En el transcurso de las décadas pasadas, se identifican en este campo procesos fragmentados, complejos y en ambos sentidos de centralización-descentralización en lo sanitario-jurisdiccional.

Los análisis históricos de los procesos de reforma de las décadas pasadas se centran principalmente en las causales económicas que dieron origen a los espacios locales-municipales de la salud. Sin embargo, la consolidación democrática y la recuperación de derechos participativos nos plantea la necesidad de reflexionar desde otras categorías de análisis, asumiendo que los municipios son actualmente espacios políticos-sanitarios fortalecidos y estratégicos para dar respuesta a los problemas de salud desde una dimensión territorial, dado el nivel de cercanía que tienen con las necesidades y demandas de sus poblaciones.

Siguiendo esta perspectiva, en este artículo se presentarán algunos ejes conceptuales para analizar los factores que intervienen, determinan o condicionan el desarrollo de la salud a nivel local y su capacidad para la consolidación de redes asistenciales.

El análisis propuesto se reconstruye a partir de fuentes primarias, es decir, mediante entrevistas realizadas a secretarios de salud y relevamientos a funcionarios del área, fuentes secundarias y recopilaciones bibliográficas.

Consideraremos la conjunción de las dinámicas sanitarias, políticas y administrativas⁹ que atraviesan a los municipios en este esquema, ya que como sistemas locales representan una primera unidad de integración de recursos con potencialidad estratégica para consolidar el trabajo en red de la salud pública a nivel territorial, asumiendo que la noción de “territorio” rebasa lo meramente jurisdiccional y alcanza en su dimensión política la complejidad de su significado, en tanto remite a la construcción de consensos, legitimidades y disputas.

Las hipótesis de trabajo que planteamos son las siguientes:

- Que los municipios son actualmente espacios político-sanitarios fortalecidos y estratégicos para dar respuesta a los problemas de salud desde una dimensión territorial.
- Que esto dependería de su capacidad para formular políticas sanitarias a nivel local, aunque no obstante son los programas nacionales los articuladores de las intervenciones sanitarias y las principales fuentes de financiamiento.

9 Se considerarán las aportaciones de las matrices de análisis desarrolladas por Stoker (1998) y Chiara-De Virgilio (2005), en las cuales plantean los conceptos de “régimen de implementación” y “autonomía relativa” para dar cuenta de las políticas de salud en tres dimensiones: funcional, material y política, a la vez relacionadas con lo interjurisdiccional: lo municipal, provincial, nacional. También los aportes de Tobar (2000) en su categorización de los sistema de salud a partir del “modelo de atención y el modelo de gestión” y los desarrollos de Repetto (2004) en su sistematización de las variables internas (estructuras, procesos, recursos) y externas (contexto socio político y económico) que determinan la capacidad de gestión en salud a nivel técnico-político.

- Que el desarrollo del trabajo en red constituye un eje central y condicionante para la gestión efectiva y oportuna de los procesos asistenciales, y que esto depende a la vez del grado de consolidación que alcancen los sistemas locales y de la mayor o menor puesta en práctica de las condiciones materiales, administrativas y operativas para la articulación de sus efectores.

Partiendo de estos supuestos, se apunta a recorrer las condiciones a nivel macro en que se desenvuelve la política local, a fin de identificar ciertos patrones típicos que caracterizan a las estrategias de salud en los municipios.

Conceptos en torno a los sistemas locales de salud

Los sistemas locales de salud constituyen espacios político-institucionales en los cuales convergen distintos recursos (presupuestarios, organizacionales, tecnológicos, regulatorios, humanos, simbólicos), cuyas relaciones determinan el modelo de atención, sus formas de gestión y su operatividad a nivel del territorio en términos de garantizar la accesibilidad de la población a la salud.

Lama More (2000) señala que los factores de organización a nivel local son aquellas estructuras y procesos que representan cómo está establecida la respuesta del sistema de salud, incluyendo la disponibilidad de dichos recursos, la accesibilidad geográfica, la accesibilidad administrativa (horarios y turnos) y las prestaciones ofrecidas.

Un análisis integral de los determinantes de la accesibilidad en cada espacio local debiera ir más allá de la identificación de las posibilidades de ingreso de la población a los servicios de salud en términos de accesibilidad inicial. Por el contrario, una concepción ampliada e integrada acerca de la accesibilidad de la población a los servicios de salud

debiera abarcar todo el proceso de atención, lo que requiere, entonces, no solamente analizar la relación población-servicios, sino también las relaciones de los servicios entre sí y entre los niveles asistenciales que conforman la red de atención (entre centros de atención primaria de la salud –CAPS– y hospitales, y entre hospitales de distinto nivel). Esta concepción se integra mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia que den respuesta adecuada y continuada en función a la complejidad de los problemas de salud que se presentan.

En este sentido, Rovere (1999) sostiene que la equidad en la atención está directamente vinculada al hecho de que las personas accedan con la misma posibilidad a servicios de salud de calidad semejante y acorde a cada necesidad. Condición de esto es que ni la accesibilidad ni la calidad discriminen en sentido negativo, que los servicios de salud no estén estratificados y no sean estratificantes de la población.

Frenk (1992) define el sistema de salud como un sistema complejo y multidimensional conformado por un entramado de relaciones que constituyen *la respuesta social organizada* a las condiciones y necesidades de salud de las poblaciones, y que dicha respuesta se estructura a través del sistema de atención. Desde esta concepción de respuesta social organizada, el sistema de salud pública se operativiza en un conjunto de servicios asistenciales organizados por redes y niveles de atención, que configuran unidades locales con determinada población con cobertura y en un espacio geográfico determinado.

Paganini (1999) retoma las definiciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1991) y conceptualiza los sistemas locales de salud como un espacio de articulación de los recursos sanitarios de cada región en base a su adecuación con la realidad local, considerando que esta adecuación es fundamental para la programación de los procesos de atención, para la organización técnico-administrativa y para

la coordinación de niveles de atención entre hospitales y los centros de atención primaria de salud en función de garantizar la accesibilidad, la atención de la salud y la capacidad resolutive de la red.

Testa (1997) plantea que la regionalización y el establecimiento de un adecuado sistema de referencia entre niveles resultan dos condiciones ineludibles para la configuración de una red de servicios interconectados que respondan a las necesidades de la población a los que están destinados.

Patrones y tendencias que configuran los modelos de gestión político sanitaria a nivel municipal

En la definición de las estrategias político-sanitarias de las jurisdicciones municipales interviene un entramado de recursos que son claves al momento de definir modelos de atención e intervenciones en el territorio. A partir de los relevamientos realizados y sistematizando las perspectivas recogidas en las entrevistas con actores y decisores, estos recursos claves y las relaciones que entre ellos se generen, actúan como determinantes de los escenarios locales de la salud, y entre ellos se destacan los siguientes:

- *La estructura de servicios, complejidades y mecanismos de financiamiento*, en donde corresponde prioritariamente a la jurisdicción municipal la atención primaria de la salud mediante los servicios y prestaciones brindadas en los centros de atención primaria (CAPS) con población referenciada que posee cobertura. En los casos de los municipios con establecimientos con

internación,¹⁰ el peso relativo de los gastos municipales hospitalarios resulta significativo en relación a los municipios sin efectores con internación/hospitales. A la vez, paradójicamente, si bien las transferencias de los efectores con internación y de mayor complejidad a la jurisdicción provincial apuntaron a focalizar los recursos municipales en acciones promoción y prevención en el marco de la estrategia de la atención primaria, la conservación de hospitales de incumbencia y responsabilidad municipal es reconocida como garantía de mayor masa coparticipable por el mecanismo de asignación por número de camas. Desde otra estrategia, por el contrario, la reducción de la presión presupuestaria por la provincialización del hospital coincidió en muchos casos con un mejor desempeño sanitario, evaluado por ejemplo en términos de la reducción de la mortalidad infantil.¹¹

- *Los programas nacionales y provinciales y la capacidad de ejecución por parte de los espacios locales*, en donde convergen recursos y estrategias en las cuales se yuxtaponen mecanismos centralizados y descentralizados de administración y gestión de dichos recursos. La incidencia de los soportes asistenciales, tecnológicos y administrativos de los programas nacionales es reconocida y valorada por los actores locales, tanto por sus contribuciones al cumplimiento de metas sanitarias como por funcionar como fuente de recursos. Actualmente el

10 Los municipios del GBA con hospitales bajo su jurisdicción son Avellaneda, Esteban Echeverría (con su sistema de salud totalmente municipal), San Martín, Ituzaingó, La Matanza, Malvinas Argentinas (también con sistema de salud solo de efectores municipales), Merlo, Morón, San Isidro, Tigre y Vicente López (Dirección Gral. de Hospitales, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires).

11 En este caso es reconocida la experiencia de Florencio Varela con la provincialización de su hospital, la cual es referida por Chiara, Di Virgilio y Ariovich (2010).

Plan NACER¹², por su cobertura y por introducir un esquema de financiamiento basado en resultados,¹³ resulta ser un programa referente y articulador para la planificación del primer nivel de atención. Otros programas nacionales fuertemente instalados, por su modo de implementación territorial en los espacios municipales, son el Programa Médicos Comunitarios (PMC)¹⁴ y el REMEDIAR¹⁵, ambos constituyen estrategias dirigidas al fortalecimiento de las estructuras locales de atención primaria, aunque mantienen centralizadas las compras o el pago a los profesionales, lo que da lugar a un mecanismo en el cual intervienen esferas nacionales, provinciales y municipales. Estos programas, radicados en el nivel nacional, adquieren sus modos de implementación en los escenarios locales, y a la vez que la implementación local conlleva la incorporación de recursos adicionales (tecnológicos, financieros, humanos, edificios) para las acciones de salud municipales.

12 El Plan NACER es un programa federal del Ministerio de Salud de la Nación, que invierte recursos en salud para mejorar la cobertura de salud y la calidad de atención de las mujeres embarazadas, puérperas y de los menores de 6 años que no tienen obra social. En agosto de 2012, el Estado nacional lanzó el programa SUMAR, el cual amplía la cobertura del NACER en la adolescencia, hasta los 19 años y expande su rango a mujeres entre 20 y 64 años, sin cobertura explícita de salud.

13 A través del cual la Nación transfiere recursos a las provincias por la inscripción de beneficiarios y el cumplimiento de resultados sanitarios.

14 El PMC implementa fundamentalmente una estrategia de fortalecimiento de los recursos humanos de la salud en el primer nivel de atención con fuerte contenido territorial y sociosanitario.

15 El plan REMEDIAR (nacional), que tiene el objetivo de distribuir un paquete farmacológico entre la población que solo tiene la cobertura pública de salud. Los efectores de este programa son los centros de salud de los municipios, hacia los cuales el ministerio nacional baja los botiquines de medicamentos para su distribución entre la población.

- *Las obras públicas, particularmente en relación a la construcción de hospitales provinciales*, también son consideradas claves, en tanto reconfiguran el mapa de efectores, demandas y el flujos de usuarios en un mismo territorio, pero en el que coexisten diferentes jurisdicciones político-administrativas (municipio y provincia, e incluso nación).
- *Las transferencias resultantes de la coparticipación*, como fue ya presentado, modelan a la gestión local, en especial, aquellas que tienen relación directa con las prestaciones de salud y cuyos criterios de distribución se realizan en función de la producción del sistema.¹⁶ El financiamiento y el origen de los recursos en el marco de la coparticipación son dos factores claves y estructurantes de las estrategias locales. En este sentido, directa o indirectamente, estos criterios inferen la política sanitaria local, al incorporar a los recursos de coparticipación las transferencias para el financiamiento de los servicios de salud a cargo de los municipios.¹⁷ Las posturas críticas a estos mecanismos de transferencia sostienen que, como resultado, generan ciertos patrones en las políticas locales de salud para

16 Cabe señalar que esta norma compromete un 37,13% del total de la masa coparticipable, y lo distribuye sobre la base de los siguientes criterios:

- 35% en proporción directa al número de camas, perfil de complejidad y porcentaje ocupacional de camas de los establecimientos con internación de cada partido.
- 25% en proporción directa al número de consultas médicas registradas en los establecimientos –con internación o sin esta– de cada partido.
- 10% en proporción directa al número de egresos registrados en los establecimientos con internación en cada partido.
- 20% en proporción directa al número de pacientes-días registrados en los establecimientos con internación de cada partido.
- 10% en forma proporcional al número de establecimientos sin internación en cada partido.

17 1987: data de esta fecha.

la obtención de recursos¹⁸, lo cual produce alternativamente sobre financiamientos y subfinanciamientos en los distintos componentes del sistema, resultantes de la rigidez de la fórmula y de la aplicación de un 35% por el perfil de complejidad.¹⁹ Considerando estos procesos, se observa como en las gestiones locales de la salud convergen estrategias en relación a lograr financiamiento extrajurisdiccional del gasto en salud, tanto sea mediante las condiciones del régimen de coparticipación (expandiendo los servicios y la complejidad), como provincializando el hospital en virtud de reducir su peso presupuestario sobre las políticas de salud pública local.

- *Los perfiles de sus poblaciones, grupos poblacionales específicos y determinantes sociales de sus territorios*, por ejemplo, la demanda sobre el subsector público varía según la cobertura (pública, de la seguridad social o privada) con que cuente la población, y esto genera su correlato en la mayor o menor utilización de los efectores públicos.
- *Los márgenes de autonomía de los gobiernos locales y sus sistemas de salud* también representan un punto crítico por su relevancia, considerando al concepto de autonomía como el espacio posible para toma de decisiones en problemáticas específicas del escenario local. Entre las cuestiones que la afectan, los municipi-

18 “En lugar de incentivar acciones en prevención, imputa más recursos por cantidad de egresos hospitalarios por año. La ironía es que si una gestión sanitaria municipal mejora el impacto de acciones de prevención o la atención primaria y, por lo tanto, disminuye la cantidad de egresos hospitalarios, recibirá menos coparticipación por salud al año siguiente” (Alonso, 2007:12).

19 La existencia de problemas de sobre declaración de prestaciones, derivaciones de patologías costosas, sobreequipamiento y estrategias de elevación de la complejidad e incremento de camas.

pios han destacado a la estructuración en regiones sanitarias, en las que se organiza la provincia, que da lugar muchas veces a superposiciones de las funciones y alcances. También han destacado la necesidad de fortalecer autonomías para tratar la cuestiones de los recursos humanos, al señalar que dichos recursos resultan críticos en tanto la estrategia de atención primaria, requieren nuevos posicionamientos a la tradicional formación asistencial-curativa en la cual generalmente se han formado los profesionales de la salud. Este campo, que hace al currículum universitario, se encuentra aún por fuera de las incumbencias de la política municipal como para influir sobre él, si bien el desarrollo de competencias de salud comunitaria, interdisciplinarias y de gestión para el trabajo profesional articulado en red representan saberes estratégicos para la formación de equipos de salud desde la dimensión sanitaria territorial.

Determinantes para la gestión de pacientes y el trabajo en red en las jurisdicciones municipales

Partimos de considerar que el trabajo en red constituye una estrategia clave para la calidad de atención, la equidad en el acceso y la continuidad de los procesos asistenciales. Desde esta perspectiva, avanzar en este trabajo representa un mecanismo de fortalecimiento de las políticas de salud locales, tanto en su dimensión asistencial como organizativa y en lo que hace a la optimización de recursos de infraestructura, tecnológicos y humanos.

De los relevamientos realizados con actores claves y decisores se han identificado un conjunto de factores, que en términos ideales, posibilitarían el adecuado funcionamiento de una red de efectores organizados por tipo de prestaciones y niveles de complejidad.

Factores estratégicos –en términos ideales– para el fortalecimiento de redes de salud en municipios:

- Que cada secretaría de salud disponga de una unidad organizativa en su estructura que tenga como objetivo la gestión de los pacientes en el contexto de la red según niveles requeridos de complejidad y mediante la aplicación sistemática de protocolos de atención, derivación e interconsultas.
- Que desde los centros de salud de los municipio se puedan gestionar y solicitar turnos para el hospital de referencia (mediante sistema informático, internet, intranet o telefónico).
- Que se aplique un sistema de referencia y contrarreferencia formalizado entre los centros de salud de los municipios, el hospital de referencia y los otros hospitales de la red.
- Que se implementen en forma sistemática y homogénea guías de prácticas y protocolos de atención, derivación, recepción y seguimiento de pacientes en todo el circuito asistencial.
- Que se establezca la estandarización de la información (normalización) para garantizar su confiabilidad, validez, comparabilidad y seguimiento, mediante una fuente de datos unívoca establecida en un sistema informático compartido (entre centros de salud del municipio, el hospital de referencia y los otros hospitales de la red) para la gestión de información clínica y administrativa.

Establecer estas premisas supone, no obstante, identificar y analizar las cuestiones que en la práctica representan avances concretos para el trabajo en red y aquellas que aún representan obstáculos no resueltos, para observar, tal como se presentará posteriormente, los modos

de implementación que prevalecen en los municipios relevados. El cuadro siguiente sintetiza las experiencias e implementaciones reconocidas exitosas por los actores-decisores para la atención y gestión en red de servicios en las esferas locales y los factores identificados como problemáticos que aún persisten:

Factores que facilitan el trabajo en red de servicios de salud	Factores problemáticos que persisten para el trabajo en red de servicios de salud
Las capacitaciones para la puesta en conocimiento de los equipos de salud y de gestión del menú prestacional de cada uno de los efectores de la red.	El desarrollo heterogéneo de los sistemas informáticos entre efectores y de las capacidades de los recursos humanos para administrarlos.
La implementación de agendas de turnos compartidos por los efectores de la red y accesibles desde todas las terminales.	El desconocimiento acerca de los prestadores, sus servicios especializados, complejidades y tecnologías.
El compromiso profesional de todos los efectores en cuanto al cumplimiento de los protocolos y requisitos de derivación y admisión de pacientes.	Brechas tecnológico-asistenciales significativas entre efectores que se traducen en calidades de atención heterogéneas.
La incorporación de profesionales de la salud en las unidades de gestión de turnos (no circunscribiendo este proceso a un acto administrativo, sino a un acto de gestión asistencial profesional).	Resistencia a la incorporación de la gestión de pacientes como parte del proceso asistencial por parte de los profesionales y persistencia de derivaciones “informales”.

Fuente: elaboración propia, basada en entrevistas a actores clave (secretarios de salud, funcionarios, profesionales en gestión de los municipios relevados)²⁰

20 Secretarios de salud de los municipios de Avellaneda, Florencio Varela, Ezeiza y Quilmes. También información brindada por funcionarios municipales de

El grado de desarrollo e implementación de las condiciones funcionales/operativas para la gestión en red a nivel municipal

Interesa en este punto identificar la implementación, en las políticas y prácticas de la gestión municipal, de las estrategias para el trabajo en red de los servicios. Específicamente *cuál es el grado de desarrollo* real de los dispositivos y procesos, cuyo establecimiento resulta clave para materializar el adecuado funcionamiento de una red de servicios, la gestión de los pacientes y el acceso al turno. A partir de esto se propone explorar:

- La presencia o no de una unidad o área, dentro de la estructura de las secretarías de salud de los municipios, destinada a la gestión de pacientes y servicios en red.
- El modo de gestión de turnos y sus modos de acceso por parte de pacientes y población en general.
- El uso de herramientas informáticas para la gestión de pacientes, seguimientos y turnos.
- La aplicación de un sistema de referencia y contrarreferencia formalizado guías de prácticas y protocolos.

General San Martín, Ituzaingó, José C. Paz, La Matanza y Morón. Se incluyó una entrevista a un profesional en área de gestión de pacientes del Hospital El Cruce (Florencio Varela) y a una funcionaria del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

La presencia o no de una unidad o área, dentro de la estructura de las secretarías de salud de los municipios, destinada a la gestión de pacientes y servicios en red

Como fue señalado da cuenta de la jerarquización formal de este proceso dentro de las políticas locales. En los municipios relevados no se observaron en forma sistemática la presencia de estructuras que, dentro del organigrama del órgano ejecutivo (secretaría de salud), estén específicamente destinadas a esta función. Considerando los casos hasta el momento relevados, en líneas generales las unidades de *referencia* y *contrarreferencia o de derivación de pacientes*, como son denominadas habitualmente, se ubican en los hospitales del área e interviene el municipio si el caso adquiere alguna excepcionalidad que requiera la intervención de otras instancias.

Fuera de esta tendencia, cabe señalar que si en los municipios de Florencio Varela y Quilmes se han implementado áreas con rango de Dirección, cuya misión se focaliza en la gestión de pacientes dentro de la red. Otro caso que adquiere algún rasgo particular es el municipio de Morón donde la gestión de pacientes es coordinada por la Dirección de Atención Primaria de la Salud (APS), pero solo entre efectores municipales, no articulando procesos de atención con los hospitales de índole provincial y nacional que allí están establecidos.

La gestión de turnos

En las secretarías de salud de los municipios relevados se manifestó que los turnos desde los centros de atención primaria hacia el hospital son gestionados desde las propias secretarías dependiendo de la complejidad del caso y la urgencia, aunque no se trata de un procedimiento protocolizado. No es habitual en estos casos que desde los centros de

salud se puedan gestionar y solicitar turnos para el hospital de referencia mediante sistema informático, internet, intranet o telefónico. La relativa no-sistematización de prácticas normalizadas para la gestión de turnos prevalece en cotidianidad institucional.

El uso de herramientas informáticas para la gestión de pacientes, seguimientos y turnos

También en general los consultados de las secretarías manifestaron no hacer uso intensivo de estas herramientas. Avanzando en la implementación se encuentran, según manifestaron sus referentes, los municipios de Florencio Varela, Lomas de Zamora, Morón, Esteban Echeverría y San Martín.

Los modos de acceso al turno por parte de pacientes y población en general

En los municipios relevados se manifestó que los turnos para consultas programadas pueden –formalmente– obtenerse en forma telefónica o personalmente por parte de los usuarios en general. Si bien se asume que “no hay costumbre del turno telefónico” o “después no vienen a consulta”, en la práctica en los centros de atención primaria el turno telefónico usualmente es no aplicado, y en los hospitales solo, en forma parcial. Municipios como Ituzaingó y La Matanza, por ejemplo, tienen implementado una línea de 0800 para información y obtención de turnos en hospitales de referencia, tanto municipales como provinciales y Lomas de Zamora también, aunque allí el servicio no es exclusivo del área salud e incluye otras prestaciones municipales (cobro de impuestos, registro de automotor, habilitaciones).

La aplicación de un sistema de referencia y contrarreferencia formalizado entre centros de atención primaria o unidades sanitarias de los municipios, el hospital de referencia y los otros hospitales de la red

En los municipios relevados, la utilización en forma sistemática y homogénea de los protocolos de referencia y contrarreferencia de pacientes, si bien se encuentran dentro de los procesos establecidos, requiere aún de mejoras, “no están aceptadas las acciones”, tal como fue expresado por quienes fueron entrevistados y “hay que levantar el tubo”, refiriendo a la necesidad de complementar el proceso con pedidos personales a los servicios. Sin embargo se reconoce, en la generalidad de las secretarías de salud de los municipios, que las *guías de prácticas y protocolos* de atención, derivación, recepción y seguimiento de pacientes en todo el circuito asistencial sí se aplica indefectiblemente en embarazos de alto riesgo y neonatología. En estos se han protocolizado y establecido sistemáticamente los procesos asistenciales correspondientes y son estrictamente cumplimentados, así como la coordinación entre efectores de diversa complejidad para la gestión de altas conjuntas de la madre y el niño y para los cuidados ulteriores en los cuales se asigna un profesional de cabecera en centros de atención primaria u hospital.

Conclusiones

Los municipios representan un rol estratégico para la gestión sanitaria, en tanto el componente territorial que los define les otorga legitimidad, no solo jurídica, sino fundamentalmente política.

La propia conceptualización de *lo territorial* entraña dos sentidos: el sentido material, que implica la definición y puesta en práctica de intervenciones con criterio de adecuación a las necesidades de las poblaciones y prioridades sanitarias de dicho territorio, y en este plano corresponden los recursos de estructura y económicos; y el sentido simbólico, en donde

reside la legitimidad construida desde una perspectiva social e histórica. Ambos sentidos, conjugados, son requisitos ineludibles para el desarrollo fortalecido de la gestión de la salud en el espacio local, en tanto dan cuenta de la capacidad de acción sanitaria y del capital político para sustentarla.

En la práctica, la capacidad del nivel municipal para pasar de receptores a formuladores y coordinadores de políticas resulta aún incipiente considerando, como se ha observado, que son las estructuras de los programas nacionales los principales motores de las intervenciones, de las agendas sanitarias y consecuentemente grandes fuentes de financiamiento de la salud en esfera local.

Sin embargo, y paradójicamente, en este papel de receptores-ejecutores que le confieren a los municipios los programas nacionales residen potencialmente los mecanismos para el reposicionamiento del espacio local, en tanto estas implementaciones se sustentan mediante una alta gobernabilidad, que en el plano territorial está dada en el hecho de tener a cargo, por parte de los municipios, a los centros de salud que son los órganos institucionales concretos en donde se operativizan los programas. Asumiendo esto, avanzar en procesos de *cogestión interjurisdiccional* de recursos asistenciales, humanos y económicos, representa una meta por trabajar para consolidar espacios de autonomía y poder de decisión en materia sanitaria local.

Otros avances para la organización de salud municipal radicarían en la definición del perfil prestacional que se garantizará, revisando críticamente, por un lado, las limitaciones persistentes de sus propias condiciones estructurales, y por el otro, las estrategias orientadas por las condiciones que impone el régimen de coparticipación.

Una de las hipótesis de trabajo que nos orienta, y que presentamos a los inicios de este texto, postula que el desarrollo de redes constituye un eje

central y condicionante para el establecimiento de procesos asistenciales efectivos y oportunos. Las tendencias de traspaso desde el sector provincial a los municipios de los efectores de baja complejidad, y desde los municipios al sector provincial de los efectores de alta complejidad, crean las condiciones para generar como contrapartida, junto con el fortalecimiento de la atención primaria, la constitución de redes de servicios para la atención y derivación de pacientes por complejidad creciente. Promover el trabajo en red y desarrollar sinergias organizativas tendientes a la mejora de la calidad y accesibilidad a la salud requiere, asimismo, del fortalecimiento de los nodos, es decir de los sistemas locales (Medina, 2008).

De este modo, la gestión efectiva de los procesos asistenciales en una red servicios necesita, junto con la definición del menú de prestaciones, de la implementación de dispositivos institucionales y administrativos que garanticen y operativicen su funcionamiento.

En las indagaciones sobre el grado de desarrollo de estos dispositivos y circuitos, que en los sistemas locales generarían las condiciones materiales de base para la progresión hacia el trabajo en red, se ha observado en general escaso avance. Por ejemplo, entre los municipios relevados, y a excepción de los casos mencionados, no se han implementado áreas con jerarquía de estructura dentro de las secretarías de salud destinadas específicamente a la gestión de pacientes y servicios en red. También presentan escaso desarrollo los procedimientos sistematizados para la gestión de turnos entre efectores o servicios, el uso de herramientas informáticas para la gestión y seguimiento de pacientes, el turno programado y de acceso telefónico por parte de los usuarios y la aplicación metódica de un sistema de referencia y contrarreferencia, formalizado mediante guías de prácticas y protocolos. En este último caso, cabe considerar que los entrevistados coincidieron en que sí se daba estrictamente el mecanismo de referencia y contrarreferencia en el caso del seguimiento del embarazo de alto riesgo, y que la rigurosa

protocolización de la atención de estos casos resultaba satisfactoria en términos sanitarios.

Concluimos que la jerarquización de los sistemas locales y su apuntalamiento como espacios políticos, sanitarios y administrativos para la coordinación de la salud constituye un desafío para el fortalecimiento del territorio, por el nivel de cercanía que tienen con las demandas y necesidades de sus poblaciones. Y condición de esto es revertir las limitaciones objetivas y materiales de sus estructuras, como así también incorporar procesos de gestión dinámicos mediante la aplicación de nuevas tecnologías de información.

Por último, interesa poner en discusión el repertorio de categorías teóricas y de análisis disponibles sobre gestiones locales, que no alcanzan a proveer fundamentos validables al momento de analizar prácticas en los escenarios institucionales reales. Las brechas entre estas categorías y las prácticas son significativas, y en las indagaciones de terreno no se hacen visibles, menos aún son parte de las manifestaciones discursivas, implícitas o explícitas, de los actores al momento de sus relatos. Como contraparte, el desarrollo de investigaciones operativas en los propios contextos de aplicación, que incorporen como objeto de estudio a las prácticas cotidianas (que por esto mismo aparecen naturalizadas) y como *investigantes*²¹ a los propios actores del sistema, contribuiría a reducir los desfases entre las teorías y las prácticas, traducándose en herramientas de gestión a partir de los conocimientos que aporten.

21 Los “*investigantes*”, a decir de *Carvalho* (1994), son los mismos actores, funcionarios y profesionales del sistema de salud, se refiere así a quienes investigan desde las prácticas y no circunscritos a los espacios académicos. En este sentido define a la investigación como claramente una interfase entre investigadores, gerentes y profesionales de los servicios de salud, por lo cual dicha investigación trasciende el ámbito estrictamente académico y asume el rol de generar evidencias para la orientación de las políticas sanitarias.

Bibliografía

- Almeida, C. y Belmartino, S. (2001). *Investigación en Sistemas y Servicios de Salud*. Río de Janeiro, Red de Investigaciones del Cono Sur.
- Alonso, G. (2007). “La gestión pública local y las políticas sociales”. *Documento de trabajo número 21*. Escuela de Política y Gobierno. Buenos Aires. UNSAM-CONICET.
- Carvalho, J. R. (1984). “La investigación de necesidades de salud en relación con la prestación de servicios”. *Cuadernos Médicos Sociales*, n.º 34, pp. 15-23.
- Chiara, M. y Di Virgilio, M. (2005). *Municipios y gestión social. De los escritorios del Banco Mundial a las calles del Gran Buenos Aires*. Los Polvorines. UNGS/Prometeo.
- Chiara, M.; Di Virgilio, M; Ariovich, A. (2010). “La coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: reflexiones en torno a la política local (2000-2005)”. *Salud colectiva*, año 6, vol. 6, n.º 1, pp. 345-362.
- Frenk, J. (1992). *La nueva salud pública*. Colección Ciencia para Todos. México DF, Fondo de Cultura Económica.
- Lama More, A. (2000). “Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú”. Lima, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Programa MECOVI. Fondo de Investigaciones.
- Medina, A. (2008). “El rol de los municipios en la Gestión en Salud”. En A. Medina., M. Miragliay M. Chiara (comps.). *Gestión Local: conceptos y experiencias*. Buenos Aires, UNSAM.

- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (1991). “Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud”. En *SILOS-10, Resolución XV-XXXIII Consejo Directivo OPS-OMS*. Washington DC.
- Paganini, J. M. (1999). “Los sistemas locales de salud: una estrategia para favorecer la cobertura y la equidad en salud”. En *Declaración de Organización Panamericana de la Salud*. Washington DC.
- Repetto, F. (2004). “Capacidad estatal: requisito para el mejoramiento de la política social en América Latina”. *Documentos de Trabajo del INDES*. Serie Documentos de Trabajo. Washington DC, Departamento de Integración y Programas Regionales, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social, pp. 15-29.
- Rovere, M. (1999). *Redes en salud. Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario, Editorial de la Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.
- Stoker, R. (1989). “Un marco de análisis para el régimen de implementación”. En L. Aguilar Villanueva (ed.). *La implementación de las políticas*. México DF, Porrúa.
- Testa, M. (1997). *Pensar en salud*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Tobar, F. (2000). *Herramientas para el análisis del sector salud*. Buenos Aires. Mimeo.

Coordinación de procesos asistenciales y gestión en red: Alternativas de Financiamiento de las Redes Sanitarias en la Región Sanitaria VI, Provincia de Buenos Aires

MARIANO SAN MARTÍN, JUAN PEDRO LUZURIAGA

(Universidad Nacional Arturo Jauretche, Instituto de Ciencias de la Salud).

Introducción

Este artículo tiene como objetivo elaborar un diagnóstico sobre las Redes de Atención en la Región Sanitaria VI y analizar el impacto que el modelo actual de Financiamiento de la Salud Pública tiene sobre la conformación de las mismas y sus posibilidades de desarrollo. Para ello se sistematizaron antecedentes normativos que dieron forma a la organización de la Región y los aspectos que definieron el modelo de Gestión y específicamente el modelo de financiamiento. A la vez se exploró sobre las conductas de los subsistemas en relación a estas reglas de juego.

La fragmentación del sistema de salud atenta contra el uso racional de los recursos y genera restricciones de acceso e inequidad en los resultados. Numerosa bibliografía, propone a las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), como una de las alternativas para intentar cerrar estas brechas.

En este artículo se presentarán las principales variables que estructuran el modelo de financiamiento de los servicios de salud en la provincia de Buenos Aires y en particular en la Región Sanitaria VI. Se presentarán también lineamientos para estrategias posibles de fortalecimiento de la gobernanza en salud y del financiamiento de redes integradas.

El sector salud, en Argentina: una matriz compleja

Son notables los avances en materia de salud, medidos a partir de los descensos constantes de la mortalidad infantil y el aumento de la expectativa de vida. Hoy vivimos 40 años más que en 1914 y la TMI es cinco veces menor, pero también es conocido que estos beneficios no han sido distribuidos de un modo justo entre toda la sociedad. No es lo mismo envejecer habiendo vivido una vida de privaciones que no. También es sabido que no todos los logros en materia de salud corresponden al sistema de atención sino que están relacionados con las condiciones de vida, los determinantes sociales de la salud. Como ejemplo cabe mencionar la inmensa brecha en la TMI ajustada por el nivel educativo de la madre.

Las complejidades del sistema de salud, son quizá de las mayores a las que se enfrenta la administración gubernamental, múltiples actores institucionales (corporaciones de profesionales, sindicales, farmacéuticas), avances tecnológicos cada vez más veloces, cambios en las demandas ciudadanas, envejecimiento poblacional. Reformas pendulares que orientaron el sistema hacia la seguridad social, lo público o lo privado, sumado a la descentralización de efectores a diferentes niveles jurisdiccionales.

Estas condiciones hacen que pensar cualquier modificación en la atención de la salud deba realizarse a partir de un profundo análisis de estas condiciones. El modelo de financiamiento condiciona a los modelos de Gestión y en definitiva al Modelo de Atención, con la idea de funcionar como incentivo para lograr los comportamientos adecuados en pos de brindar más y mejor atención de salud a la población.

Por esta razón, no debe pensarse al modelo de Financiamiento simplemente como una optimización del gasto sino como la mejor manera

de asignar los recursos para lograr los mejores resultados. Tampoco se lo debe considerar como un modelo ideal, único y definitivo, sino que deberá ir corrigiéndose y adaptándose con el correr del tiempo, dado que un nuevo modelo generará nuevos incentivos y por lo tanto nuevos comportamientos (positivos y negativos). Lo que también es seguro es que requerirá de grandes y nuevos esfuerzos de coordinación, organización, planificación y evaluación de la política pública, sin esta condición seguramente será mucho más complicado el camino a transitar.

El sector salud, en Argentina, ha consolidado una organización que se caracteriza por su excesiva fragmentación. En este marco, la falta de coordinación y articulación impiden la conformación de un verdadero “sistema” de salud y atentan contra el uso eficiente de recursos y el logro de mejores niveles aceptables de equidad en su cobertura. No sólo se nota la falta de integración entre los distintos subsectores (público, seguridad social y privado), sino que hacia el interior de cada uno de ellos también se observa un elevado grado de fragmentación.

Esto trae como consecuencia que, cada sector de la población tiene derecho a un nivel diferente de atención en función de sus capacidades y ubicación en el mercado de trabajo. Sin duda, esta fragmentación de derechos es fuente de inequidades e ineficiencias que reclaman reformas importantes tendientes a lograr una mayor integración entre los subsistemas. (INDH, PNUD 2010).

En el ámbito público, la diversidad de situaciones a nivel jurisdiccional y microeconómico deriva en la inexistencia de un nivel único de cobertura asegurada por la atención pública de la salud a todos los habitantes. Adicionalmente, la localización de cada individuo dentro de cada jurisdicción lo coloca en una posición diferencial frente al acceso a cada unidad pública proveedora de servicios de salud. En la

Provincia de Buenos Aires por ejemplo, no tiene el mismo acceso a servicios de salud el habitante de una zona rural respecto al que vive en Avellaneda, con rápido acceso a los servicios ubicados en la Ciudad de Buenos Aires, o en relación al que está radicado en el tercer cordón del conurbano bonaerense.

El presente trabajo tiene como objetivo elaborar un diagnóstico sobre las Redes de Atención en la Región Sanitaria VI y analizar el impacto que el modelo actual de Financiamiento de la Salud Pública tiene sobre la conformación de las mismas y sus posibilidades de desarrollo.

Para ello se hará un relevamiento de los antecedentes normativos que dieron forma a la organización de la Región y los aspectos que definieron el modelo de Gestión y específicamente el modelo de financiamiento. Al a vez se indagará sobre las conductas de los subsistemas en relación a estas reglas de juego.

Como hemos dicho la fragmentación atenta contra el uso racional de los recursos y genera restricciones de acceso e inequidad en los resultados. Numerosa bibliografía, propone a las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), como una de las alternativas para intentar cerrar estas brechas.

Aspectos teóricos sobre el financiamiento de las redes sanitarias

- **Un sistema de gobernanza único para toda la red.**

Las dimensiones de la gobernanza son el control, la estructura, la composición y el funcionamiento. El control se refiere al grado de cen-

tralización del gobierno, que puede variar desde un órgano de gobierno único (gobierno corporativo) hasta múltiples órganos descentralizados que desempeñan distintas funciones y tienen distintas responsabilidades. Los miembros del directorio definen la composición del órgano de gobierno, que puede incluir representantes de las comunidades y de las unidades operativas que integran la red. La complejidad del gobierno de las RISS requerirá la presencia de miembros con gran dedicación y una preparación específica. Las responsabilidades del gobierno incluyen formular los fines de la organización, es decir la misión, visión y objetivos estratégicos de la red; coordinar a los diferentes órganos de gobierno de las entidades que componen la red; asegurar que la visión, misión, objetivos y estrategias sean consistentes a través de toda la red; asegurar que la red alcance un nivel de desempeño óptimo a través del monitoreo y evaluación de los resultados y los procesos de la red; normalizar las funciones clínicas y administrativas de la red; asegurar una financiación adecuada para la red; y asumir la efectividad del desempeño propio como órgano de gobierno. Por último, en países que dependen altamente de financiamiento externo (por ejemplo instituciones financieras y/o donantes externos), la función de gobernanza deberá incluir también la capacidad de conducir y alinear la cooperación internacional buscando el desarrollo de las RISS como alternativa preferida para la organización, gestión y prestación de los servicios de salud, buscando la integración de los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas dentro del sistema de salud.

- **Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.**

Las RISS implementan un sistema de incentivos y rendición de cuentas que busca promover la integración de la red como un todo, el tratamiento de los problemas de salud en el lugar más apropiado del continuo

asistencial, y la promoción y preservación de la salud de las personas y del medioambiente. Para ello, el sistema de asignación de recursos debe permitir responsabilizar a cada unidad operativa— hospitales, equipos del primer nivel de atención, tanto de los costos directos, como de los costos que genera sobre el resto de la red. La integración del presupuesto y su elaboración a partir de los objetivos globales, la flexibilidad en la movilidad de los recursos económicos y humanos dentro de la red y la transferencia de la capacidad de compra a las unidades operativas son algunas de las medidas más efectivas para lograr la eficiencia global de la red. Los sistemas de pago tradicionales que se aplican de manera independiente para cada establecimiento y nivel asistencial (por ejemplo, el pago por acto, pago por servicio o pago por presupuesto) desincentivan la coordinación entre los niveles asistenciales. En respuesta a lo anterior, las RISS han ido introduciendo mecanismos de asignación de recursos e incentivos financieros que buscan fomentar la coordinación entre los proveedores de servicios y el abordaje del problema de salud en el lugar más apropiado dentro del continuo asistencial como por ejemplo el pago per cápita ajustado por riesgo.

- **Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.**

Los arreglos de gestión de la red dependerán de su tamaño (población cubierta, área geográfica cubierta, fuerza de trabajo empleada, etc.) y nivel de complejidad (tipo de establecimientos de salud, existencia de centros de referencia nacionales o regionales, existencia de funciones docentes o de investigación, etc.). Las RISS de gran tamaño y mayor complejidad requieren diseños organizacionales más refinados que buscan la delegación del poder de decisión y la coordinación organizacional. Los cambios de gestión incluyen el traspaso de gestión de departamentos individuales a equipos multidisciplinarios responsables de

gestionar servicios específicos a través del continuo de servicios, propiciando la creación de estructuras organizacionales matriciales y líneas de servicio clínico. Las RISS desarrollan además sistemas de garantía/mejoramiento continuo de la calidad de la atención con el objetivo de promover una cultura de excelencia clínica a través de toda la red. Por otra parte, las RISS buscan centralizar e integrar las funciones de apoyo clínico (por ejemplo, servicios de laboratorio clínico y radiología) y de compra, almacenamiento y entrega de medicamentos e insumos médicos para promover la eficiencia global de la red, al mismo tiempo que implementan mecanismos de gestión y evaluación de tecnologías médicas para racionalizar la incorporación de éstas. Finalmente, las RISS buscan compartir los sistemas de apoyo logístico tales como el sistema de transporte sanitario y las centrales de regulación de citas médicas.

- **Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.**

Los recursos humanos son el capital más importante que posee una RISS. El número, distribución y competencias de estos recursos humanos se traducen directamente en la disponibilidad de servicios apropiados para cubrir las necesidades de la población y el territorio. En este sentido la definición de la composición de los equipos básicos de salud con relación a la cobertura geográfica asignada es indispensable y es el referente base para la planificación y dotación del recurso humano de la red. Desde el punto de vista del manejo de personal, las RISS examinan el papel del personal de la salud desde la perspectiva de la salud pública y la respuesta clínica, así como desde una perspectiva de estructura y gestión organizacional. Las RISS requieren un conjunto de habilidades y líneas de responsabilidades distintas a las requeridas por los servicios de salud tradicionales. Se necesitan nuevos puestos (por ejemplo, directores de integración clínica, planeación y desarrollo de red), además

de nuevas competencias (por ejemplo, abordaje sistémico, negociación y resolución de conflictos, trabajo en equipo, mejoramiento continuo de la calidad y gestión de redes). En una RISS, la mezcla de competencias puede obtenerse mediante el empleo de diferentes tipos de profesionales trabajando en una misma tarea (equipos multidisciplinarios), o mediante la asignación de múltiples tareas a un individuo específico (trabajador multipropósito).

Las RISS requieren la elaboración de un plan de desarrollo organizacional para lograr las transformaciones deseadas y de procesos sistemáticos de educación permanente para ajustar las competencias de los equipos de trabajo. En un sentido más amplio, las RISS requieren de políticas nacionales de formación y gestión de recursos humanos que sean compatibles con las necesidades del trabajo en red. Por último, la cultura organizacional es otro de los factores básicos que influye en la coordinación al interior de la organización. La cultura contribuye a la coordinación asistencial por ser un elemento de cohesión y de identificación entre los miembros que trabajan en la organización, especialmente si promueve valores y actitudes de colaboración, trabajo en equipo y orientación hacia resultados.

- **Sistema de información integrado y nominalizado.**

El sistema de información de la RISS debe proveer una gran variedad de datos para satisfacer las necesidades de información de todos los miembros de la red. Todas las unidades operativas afiliadas a la red deben estar vinculadas con el sistema de información, aun cuando cada unidad operativa use porciones diferentes de la base de datos del sistema. El sistema de información debe ser consistente con la misión y el plan estratégico de la red y debe proporcionar información sobre la situación de salud de la población servida.

La información debe ser nominalizada, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes (incluida información sobre los determinantes de la salud). Debe incluir también datos sobre demanda y utilización de los servicios de salud; información operacional sobre la trayectoria del paciente independientemente del sitio de atención (admisión, alta, derivación); información clínica; información sobre la satisfacción de los usuarios; e información económica (facturación, tipo de afiliación, costos, etc.).

Por otra parte, algunos de los elementos básicos que el sistema de información debe poseer son un sistema de integración de aplicaciones que vincule los diferentes sistemas dentro de la red; un identificador común y único para cada persona/paciente; una definición común de términos y definiciones de estándares; y una base de datos accesible para todos los miembros de la red que preserve la confidencialidad de la información (PAHO 2011).

Antecedentes en la conformación y financiamiento de las Redes Sanitarias en la Región Sanitaria VI

El sistema de salud de la provincia de Buenos Aires se asienta sobre la cobertura del sector público en sus tres niveles a la que tienen acceso (limitado a la disponibilidad de la oferta) todas las personas que requieran de atención sean habitantes o no de la provincia o del país. Esta cobertura pública es diferente por regiones y municipios como veremos más adelante. Adicionalmente el 65 % de la población cuenta con algún tipo de cobertura adicional, provisto por la Obra Social de la Provincia (IOMA), el PAMI, más de 290 Obras Sociales reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, empresas de medicina prepaga, mutuales, etc.

En el caso de la Seguridad Social los niveles de cobertura dependen básicamente de la disponibilidad de recursos de cada aseguradora y de la de efectores en el territorio donde residen sus beneficiarios. Es por eso que en muchas ocasiones el sector público funciona como “prestador de última instancia” o exclusivo para muchos de los ciudadanos que no logran atenderse a través de los efectores contratados por sus seguros. En los últimos 10 años el promedio de atenciones del Sector Público a beneficiarios con cobertura de otros seguros se encuentra en un 30%.

Cuadro 1. Población, Cobertura en Salud y NBI por partido, Región VI y Pcia. de Buenos Aires. Año 2014

Partidos	Total	% Población sin Cobertura	Población con NBI
ALMIRANTE BROWN	574.263	40%	19,3%
AVELLANEDA	350.080	30%	10,7%
BERAZATEGUI	342.682	19%	11,7%
ESTEBAN ECHEVERRÍA	331.031	42%	20,4%
EZEIZA	186.842	46%	26,10%
FLORENCIO VARELA	464.939	52%	30,4%
LANÚS	463.251	31%	11,7%
LOMAS DE ZAMORA	632.842	43%	17,2%
QUILMES	618.106	37%	17,6%
RS VI	3.964.036	40%	18,8%
BA	16.476.149	37%	16,3%

Fuente: DIS-Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires.

Adicionalmente es necesario reconocer que el aumento intercensal en la cobertura, especialmente en el grupo de mayores de 65 años, presenta

desafíos adicionales, por un lado, sabemos que este grupo requiere de atenciones más frecuentes y en muchos casos costosas, lo que implicaría repensar los sistemas públicos que en muchos casos se orientan más a la salud materno infantil, por otro lado este grupo es el de mayor cobertura de seguros de salud, (casi el 100%²²), lo que supondría ya saldada necesidad de atención aunque en muchos de los casos son usuarios del sistema público de atención de la salud. Esto implica la necesidad de repensar los esquemas de articulación con la Seguridad Social, tal como veremos más adelante.

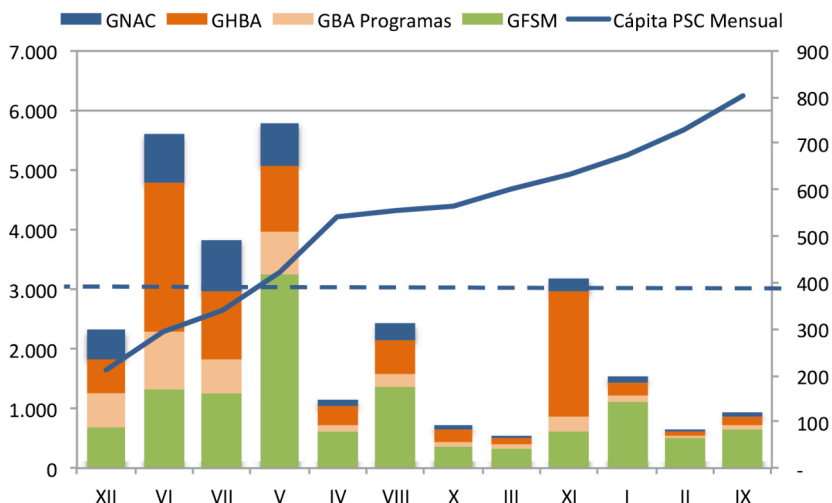
En el sector público la cobertura depende de la capacidad de financiamiento del sector público que como hemos dicho se origina en los tres niveles jurisdiccionales, pero que en líneas generales muy dispar entre regiones sanitarias y municipios.

En la actualidad los esquemas de financiamiento el sector público han resultado en una dispar asignación de recursos entre regiones. Gasto en Salud por Región Sanitaria, por fuente de financiamiento.

El Gasto en Salud Consolidado es la asignación total de recursos destinados a la salud por medio de las tres jurisdicciones públicas (Gráfico 1). El gasto de programas de MSAL y el correspondiente a programas del MSBA fueron asignados, en el presente análisis, de acuerdo la población sin cobertura de salud (PSC) de cada región sanitaria. Los datos utilizados corresponden al año 2014, y se obtuvieron de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

22 Las políticas de moratorias previsionales de los últimos años permitieron la incorporación al “sistema” jubilatorio de millones de nuevos jubilados, los que automáticamente pasan a tener cobertura del INSSPyP (a través del PAMI).

Gráfico 1. Gasto en Salud Consolidado, y gasto per cápita mensual por Región Sanitaria, Provincia de Buenos Aires. Población sin cobertura. Año 2014²³



Fuente: DIS-Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires.

Por su parte, el gasto hospitalario (75% del presupuesto del MSBA), surge de imputar el total del presupuesto ejecutado por las instituciones hospitalarias provinciales a cada uno de los partidos de la provincia, utilizando como criterio de distribución el lugar de residencia de los pacientes que egresan. Cabe aclarar que no se distinguieron valores relativos de los mismos en base a diagnósticos.

23 GNAC: Gasto nacional distribuido, en \$ Millones, eje izquierdo.

GBA: Gasto Ministerio de Salud BA distribuido, en \$ Millones, eje izquierdo.

GHBA: Gasto hospitalario por residencia de los egresos, en \$ Millones, eje izquierdo.

GFSM: gasto finalidad salud municipal, en \$ Millones, eje izquierdo.

Cápita Población sin Cobertura (PSC) mensual, en \$, eje derecho.

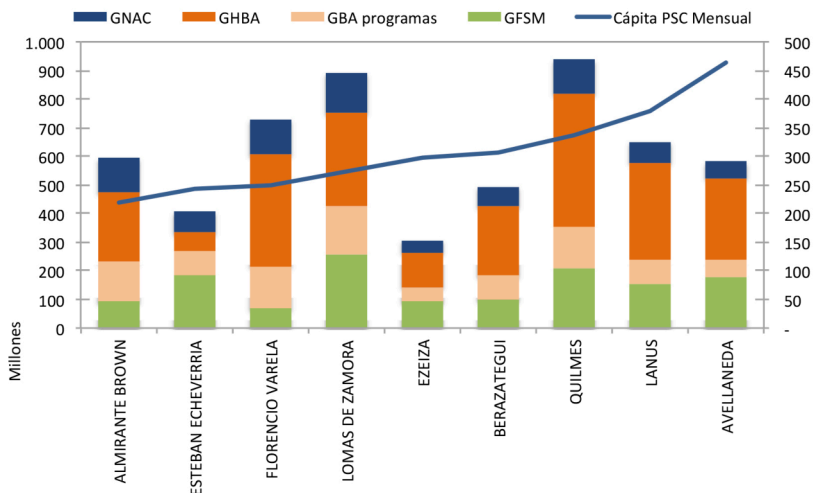
El gasto finalidad salud municipal (GFSM), es el gasto en salud de cada partido e incluye gasto en programas sanitarios así como el gasto hospitalario municipal. El mismo es relativamente mayor en aquellos partidos con infraestructuras sanitarias locales consolidadas (Región V, RVIII y RI).

Por último, el gasto per cápita PSC mensual, indica, en relación a la cantidad de población objetivo de la política de salud de cada región sanitaria, el valor de la cápita mensual asignada. Es decir, se consideró solo la población sin cobertura de salud, la cual fue obtenida del censo Nacional de Población, Hogares y viviendas 2010, actualizada por la Dirección de Estadísticas Provinciales al año 2014.

El gasto Consolidado alcanzó, en 2014 en la provincia de Buenos Aires, \$29 mil Millones y una cápita por habitante (PSC), promedio mensual de \$393. El GFSM realiza el mayor aporte (42%), siguiendo el GHBA con el 31%.

La Región VI es la segunda región respecto gasto Consolidado en términos absolutos (\$5.597 Millones) pero es la ante última considerando el gasto por habitante, recibiendo una cápita inferior al promedio provincial (\$295). El GFSM representa el 45% y el gasto municipal el 24%.

Gráfico 2. Gasto en Salud Consolidado, y gasto per cápita mensual por partido. Región Sanitaria VI. Población sin cobertura. Año 2014²⁴



Fuente: DIS-Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires.

El gráfico 2 muestra el mismo análisis, pero comparando los diferentes partidos de la Región Sanitaria VI. Se observa, en general la mayor importancia relativa del gasto hospitalario provincial (GHBA). Almirante Brown es el partido con menor gasto per cápita mensual (\$220), mientras que Avellaneda posee el mayor (\$465).

24 GNAC: Gasto nacional distribuido, en \$ Millones, eje izquierdo.

GBA: Gasto Ministerio de Salud BA distribuido, en \$ Millones, eje izquierdo.

GHBA: Gasto hospitalario por residencia de los egresos, en \$ Millones, eje izquierdo.

GFSM: gasto finalidad salud municipal, en \$ Millones, eje izquierdo.

Cápita Población sin Cobertura (PSC) mensual, en \$, eje derecho.

Regionalización de la Provincia de Buenos Aires

El sistema de atención público de la salud en la provincia de Buenos Aires consolida su configuración a partir de la década de los años 70. En ese momento el gobierno nacional (de facto) realiza una transferencia de servicios (descentralización) de salud hacia las provincias, justificada por cuestiones vinculadas a las ganancias derivadas de acercar las decisiones al territorio, pero con un fin diferente que era morigerar el déficit fiscal a nivel nacional, ya que se transfirieron responsabilidades y no recursos. De este modo “atenta” contra la equidad ya que las diferencias de desarrollo y de capacidades de gestión previas imposibilitan trayectorias similares.

Por su parte en la provincia de Buenos Aires, se realiza una organización tendiente a transferir los efectores del primer nivel a los municipios y concentrar la esfera de la administración central en la administración de los hospitales. Estas modificaciones son acompañadas por plexos normativos específicos, los que intentan generar reglas de juego tendientes a mejorar la cobertura y calidad de la atención a la vez que integrar los recursos del en ese momento ya fragmentado sistema de salud.

De hecho la Ley 7.106/65 ya proponía un esquema de regionalización pensando en mejorar la equidad a través de la identificación de necesidades regionales y mejorar la calidad a partir del armado de redes específicas de atención de la salud donde el Ministerio de Salud sea un ente planificador, evaluador y regulador.

Para el cumplimiento de las políticas y acciones asistenciales en materia de salud, en el año 1965 a través de la Ley provincial 7016 se promovió la regionalización sanitaria de la provincia. Consistía en

descentralizar en áreas la implementación de políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad considerando las heterogéneas necesidades de la población de cada región, facilitando de esta forma la planificación y evaluación de las acciones sanitarias y permitiendo una mejor coordinación del funcionamiento prestacional de los establecimientos asistenciales localizados en las respectivas áreas de influencia.

La provincia se dividió en doce Regiones Sanitarias cuyos límites se fijaron de acuerdo a:

- Factores geográficos.
- Factores demográficos.
- Factores socio-económicos.
- Medios de comunicación y transportes.
- Equipamiento sanitario.
- Características sanitarias.
- Todo otro factor de incidencia preponderante.

El decreto 805 del año 1967 que reglamentaba a la ley mencionaba entre las principales funciones de cada Región:

- Ejecutar planes de salud aprobados por el Ministerio de Bienestar Social.

- Proponer programas sometiéndolos a la aprobación del Ministerio de Bienestar Social (Coordinador Regional Central).
- Dirigir, supervisar, controlar, coordinar y evaluar la ejecución de los programas vigentes.
- Coordinar los recursos sanitarios provinciales del área entre sí y con los organismos nacionales, municipales de otras provincias o privados.

El primer intento de articulación y formación de REDES. El SAMO. ¿Integración o Recupero de Costos?

Luego en el año 1977 mediante el Decreto Ley 8.801 se crea el Sistema de Atención Médica Organizado (S.A.M.O.), con el objetivo de lograr mayor acceso, calidad y eficiencia en las políticas públicas en materia de salud, poniendo énfasis en la coordinación de los tres subsectores.

Esta organización se dio en el marco de la *transferencia de los establecimientos* asistenciales existentes en el territorio provincial desde la Secretaría de Salud Pública de la Nación al Ministerio de Salud de la Provincia entre 1979 y 1980.

La misión del SAMO de acuerdo a lo que expresa la ley era “proporcionar servicios integrados de medicina preventiva y asistencial mediante los recursos sanitarios provinciales y municipales y la coordinación con los demás recursos oficiales y privados y/o efectores de Seguridad Social.” Para cumplir con este objetivo se plantearon las siguientes estrategias de organización y financiación:

- La **descentralización administrativa delegada en la conducción a nivel municipal** que se basaba en el criterio de que los municipios tenían un papel de pilares básicos de la acción del gobierno, por ello se les otorgó la responsabilidad del manejo directo **de los establecimientos de menor complejidad**.
- La **creación del cargo de director de salud a nivel municipal**, con responsabilidad en la conducción de todos los organismos estatales. Con una relación técnica y normativa con las zonas sanitarias, creándose así un doble canal de dependencia el político y el técnico.
- La **creación del consejo zonal a nivel de las regiones sanitarias** formado por directores de salud municipal y presidida por el coordinador regional. (funcionario del Ministerio de Salud).
- La **creación del Fondo Provincial de Salud**, que se compone básicamente de los ingresos generados por el cobro a las obras sociales y entidades aseguradoras por la atención que se brinda a sus beneficiarios en los hospitales estatales.

Por su parte la Ley SAMO (Sistema Atención Médica Organizado) propone la creación de un Fondo Único para la atención de la Salud, dándoles una fuerte presencia a las Secretarías de Salud y de la Seguridad Social, a través del IOMA a partir de la incorporación de ambos al Consejo Provincial de Salud y la facultad para cobrar prestaciones a las Obras Sociales cuyos beneficiarios fueran atendidos en el sector público.

La coparticipación en salud municipal ¿una solución a la fragmentación o más nafta el fuego?

En muchos casos las normativas no fueron implementadas o no tuvieron el resultado esperado. La insuficiencia de oferta para la atención de demandas crecientes provenientes del aumento de la población de los municipios, del aumento de la expectativa de vida, de la escasa cobertura de algunas obras sociales, entre otros factores, determinan un crecimiento anárquico de la oferta hospitalaria de los municipios. Es por ello que con la idea de ordenar este esquema a fines del año 1987 se sanciona la Ley 10.559 que define el esquema de Coparticipación corregido luego por la leyes 10.752 y 10.820/89 que especifican los coeficientes para la percepción de los recursos, en función de la productividad sanitaria²⁵.

El esquema de coparticipación es el siguiente, poner grafico del esquema y los coeficientes.

Las normas citadas establecen que las Municipalidades de la Provincia reciben en concepto de coparticipación el 16,14% (dieciséis con catorce por ciento) del total de ingresos de la Provincia²⁶. De ese monto el 37% es distribuido entre las Municipalidades que poseen establecimientos oficiales para la atención de la salud²⁷.

25 En general suele mencionarse que la Coparticipación “paga el segundo nivel por cama y complejidad” siendo esto inexacto. La coparticipación en todo caso lo que utiliza como indicador son proxy de producción: sea esta medida a través de paciente días (ajustados o no por complejidad) o egresos hospitalarios, como se muestra en el esquema.

26 En concepto de impuestos sobre los Ingresos Brutos no descentralizados al ámbito municipal, Impuesto Inmobiliario Urbano, Impuesto a los Automotores, Impuesto de Sellos, Tasas Retributivas de Servicios y Coparticipación Federal de Impuestos.

27 En las leyes respectivas no encontramos evidencia acerca de que lo recibido por coparticipación esté condicionado a aplicarse en políticas de salud. Aunque como vemos a continuación el monto invertido en gasto finalidad salud de los municipios

Los coeficientes de distribución aplicables se elaborarán en función de los parámetros indicados a continuación, en la proporción que en cada caso se detalla:

- el treinta y cinco por ciento (35%) en proporción directa al producto resultante de computar el número de camas disponibles, el perfil de complejidad²⁸ y, el porcentaje ocupacional de camas de los establecimientos con internación de cada partido.
- el veinticinco por ciento (25%) en proporción directa al número de consultas médicas registradas en los establecimientos –con o sin internación– de cada partido.
- el diez por ciento (10%) en proporción directa al número de egresos registrados en los establecimientos con internación de cada partido.
- el veinte por ciento (20 %) en proporción directa al número de pacientes-días registrados en los establecimientos con internación de cada partido.
- el diez por ciento (10 %) en forma proporcional al número de establecimientos hospitalarios sin internación de cada partido.

supera en el agregado a los fondos recibidos por coparticipación en salud, aunque con una tendencia decreciente.

28 El perfil de complejidad lo determina el Ministerio de Salud de la Provincia.

Gráfico 3. Matriz de financiamientos y Coparticipación Provincia de Buenos Aires

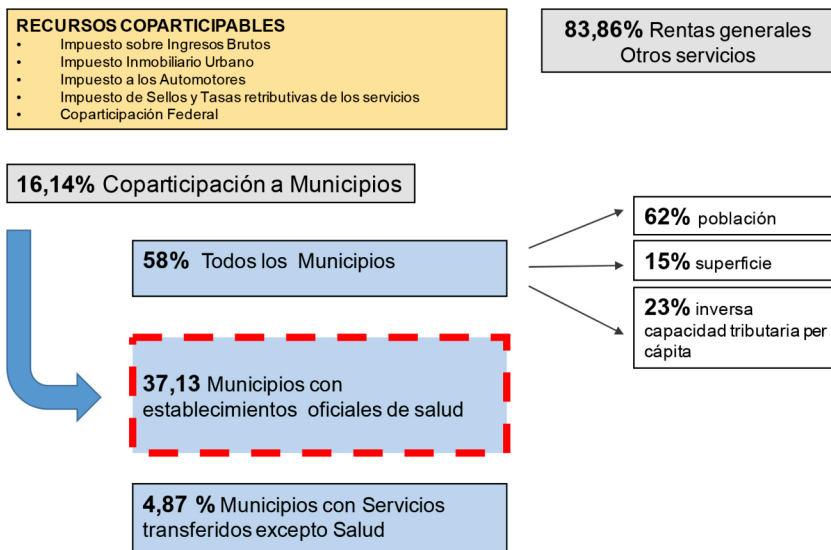
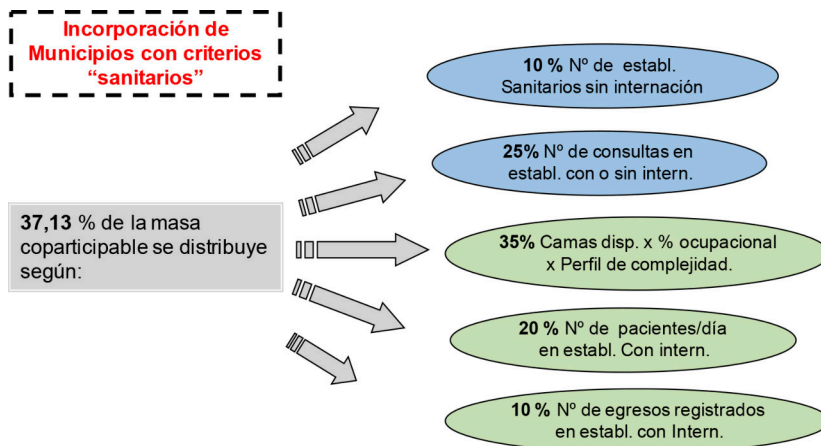


Gráfico 4. Distribución de la masa coparticipable



Es conveniente aclarar que los fondos recibidos no son de afectación específica al sector, salud. Aunque es clave mencionar que para recibirlos periodo a periodo era necesario que produjeran servicios de salud.

Por su parte los recursos son de competencia entre municipios, esto implica que la “bolsa” es una sola y cada producto que realiza un municipio detrae recursos del resto. Para amortiguar este efecto se pensó un esquema que supone la intervención previa del Consejo Regional de Salud y de la Comisión del Ministerio de Salud (creada a tal efecto) quienes recomiendan la aprobación o no al Ministro de Salud, quien es quien en definitiva resuelve a través de un acto normativo las altas, bajas y modificaciones. Adicionalmente la disponibilidad de recursos está ligada al desempeño de la economía nacional y provincial, no previendo ningún mecanismo anticíclico.

Por su parte el sector público provincial recibe los recursos del Ministerio de Economía Provincial a partir de sus presupuestos cuya asignación se basa en presupuestos históricos, con escasa ligazón a la productividad o logro de resultados.

Esquemas vinculados a gestión por resultados se están intentando introducir en algunos programas específicos, en general de Financiamiento Nacional como el SUMAR, aunque de muy bajo impacto en términos presupuestarios.

Finalmente requiere un párrafo adicional la prestación de los servicios profesionales. Es cierto que en los últimos años la provincia ha hecho una incorporación masiva de profesionales técnicos y administrativos, a los efectores de salud. Pero también es cierto que su desempeño o se encuentra regulado por un marco laboral que ya sea por incumplimiento en alguno de los casos o desactualización en otros ha

quedado obsoleto. A la vez que incide sobre el mismo el bajo nivel salarial percibido por los profesionales de la salud.

Se requiere por lo tanto también incorporar modelos que incentiven la productividad de los RRHH (no solo incentivos económicos, los que se considera son una condición necesaria, sino además incentivos vinculados al desarrollo profesional, al desarrollo personal, etc.).

Gestión descentralizada de los hospitales

En el año 1991 a través de la ley 11072²⁹ se procedió a la reestructuración técnico-administrativa de los hospitales transformándolos en entes descentralizados³⁰ sin fines de lucro, con un Consejo de Administración, como nivel máximo de conducción, integrado por representantes del Ministerio de Salud en forma mayoritaria, por los trabajadores profesionales y no profesionales y por miembros de la comunidad. Este Consejo será presidido por un Director Ejecutivo responsable de la conducción del hospital. Las responsabilidades que se les asignan a partir de ese momento son:

29 Esta Ley fue reglamentada por el decreto 2370/91 y luego derogado por el 2368/1997 en virtud de la reforma constitucional provincial de 1994. El Decreto 135/03, por su parte, (deroga al anterior) tiende a acelerar el proceso de descentralización y tiene como objetivo impulsar la gestión racional de las políticas públicas en materia de salud, rediseñando los modelos de atención con una perspectiva integradora, pretende avanzar de una estructura basada en normas centralizadas hacia otras sustentadas en la responsabilidad de los administradores; y reconocer la trascendencia de la estrategia de Atención Primaria de la Salud para el diseño del rol del Hospital descentralizado.

30 Entiéndase por reestructuración técnico administrativa del Hospital Público en ente descentralizado, al proceso de transferencia de competencias a los servicios hospitalarios que incrementen su capacidad de gestión y de resolución de acciones sanitarias sobre la población del área programática, acompañado de los correspondientes recursos que le permitan ejercerla.

- Formular una estructura organizacional de acuerdo con las políticas referenciales establecidas por el Ministerio de Salud, con el fin de contribuir a su inserción en el sistema prestador.
- Promover estrategias de personal, formulación de planteles y adecuación de estructuras con el fin de su redimensionamiento y reconversión.
- Disponer el manejo de fondos a los efectos de cobros y pagos en relación a presupuestos formulados y aprobados por la autoridad ministerial.
- Proponer la incorporación de tecnología asegurando el cumplimiento de los objetivos asignados, en el marco de las normativas que establezca el organismo ministerial.
- Asegurar la eficacia final en las distintas prestaciones, adecuando los costos a los presupuestos estimados.
- Estructurar un mecanismo apto para sistematizar y procesar la atención del paciente y su consecuencia administrativa, en cuanto a procedimientos, producción de información, control de gestión y realización presupuestaria y financiera que permita la identificación de la demanda y el cobro a la Seguridad Social.
- Contratar servicios, obras y suministros con arreglo a las leyes pertinentes y normas del Ministerio de Salud.
- Los recursos con que contará el hospital descentralizado estarán constituidos básicamente por³¹:

31 Para mayor información consultar a norma correspondiente.

- Un presupuesto avalado por el Ministerio de Salud a pedido del Consejo de Administración.
- El cobro de las prestaciones a Obras Sociales, mutuales o cualquier otra forma de cobertura oficialmente reconocida, conforme a las normas que se establezcan al efecto.
- La percepción de pagos por servicios a empresas, entidades civiles, gremiales o particulares.

Integración de la regionalización y la descentralización hospitalaria

En el año 2006, mediante el Decreto 3377, se reglamenta nuevamente la Ley de Regionalización cuyo anterior reglamento vimos era del año 67, con el objetivo de adaptarlo a las actuales circunstancias y exigencias, que plantean los servicios sanitarios en cada región.

El decreto define a la Región Sanitaria como la *“Red Asistencial integrada por todos los establecimientos públicos provinciales ubicados en su zona de cobertura geográfica que cumplan funciones de servicios de Atención de la Salud en los tres niveles de prevención: Primaria, Secundaria y Terciaria, de acuerdo a un criterio unitario pautado por el Ministerio Salud”*.

Menciona que la conducción, gestión y administración de la Región Sanitaria estará a cargo del **Ente Descentralizado Hospital Integrado** de la Región Sanitaria conducido por un Director Ejecutivo designado por el Poder Ejecutivo sin concurso y carecerá de estabilidad. Serán atribuciones y deberes del Ente Descentralizado Hospital Integrado de la Región Sanitaria:

- Coordinar, supervisar, controlar y evaluar la ejecución en rol de Dirección Ejecutiva del Ente Descentralizado Hospital Integrado de la Región Sanitaria, las políticas sanitarias diseñadas y aprobadas por el Ministerio de Salud.
- Asistir al Ministerio de Salud en materia de planificación estratégica y proponer la implementación de programas específicos basados en las necesidades y características propias y particulares de la zona de cobertura geográfica de la Región Sanitaria.
- Suscribir convenios con instituciones de derecho público y/o privado tendientes a la complementación de los servicios asistenciales, previa consulta de factibilidad y conveniencia efectuada al Ministerio de Salud a través del órgano competente que ejerza la coordinación de las Regiones Sanitarias.
- Todas las atribuciones y deberes previstas en el artículo 5° de la Ley 11.072, y las que el Ministerio de Salud les asigne en el futuro, siempre dentro del objeto de su creación.
- Funcionará en cada Región Sanitaria un Consejo Sanitario que estará presidido por el Director Ejecutivo del Ente Descentralizado Hospital Integrado de la Región Sanitaria e integrado por los Secretarios de Salud de los Municipios o su cargo equivalente y por representantes de los Colegios Médicos, de las entidades colegiadas de las restantes profesiones vinculadas al arte de curar y de organizaciones no gubernamentales reconocidas por el Ministerio de Salud cuyo objeto y trayectoria estén relacionados con la Prevención, Atención y Recuperación de la Salud. Este Consejo se reunirá por lo menos una vez cada dos meses.

Es notable que la normativas organizativas no fueron acompañadas de los recursos económicos, en otras palabras se definieron con claridad las redes, se definió el modelo de gobernanza formal, pero no se transfirieron responsabilidades económicas que permitan utilizar los recursos como incentivos para el logro de resultados, sino que se continuaron viejos esquemas de financiamiento que sostienen la anarquía e inequidad en el sistema de atención pública.

Inequidad del gasto público en salud

Finalmente, en esta sección analizaremos el grado de inequidad resultante en el Gasto Público en salud, considerando de manera desagregada los aportes de la Coparticipación en Salud en el gasto público total, y comparándolo con el gasto municipal y el gasto hospitalario provincial.

Se entiende que si las necesidades sanitarias de dos poblaciones son equivalentes, la equidad en el acceso requeriría valores de gasto en salud per cápita iguales. Por otro lado, y de acuerdo al mismo criterio, las poblaciones con mayores necesidades sanitarias deberían recibir mayores gastos per cápita para obtener un trato equitativo.

Las jurisdicciones cuentan, como hemos analizado, con recursos propios y recursos distribuidos a través de la coparticipación en salud. Por otro lado, la Provincia brinda su aporte al gasto en salud, a través de los presupuestos de sus hospitales diseminados en el territorio provincial.

Como medida del gasto público en salud (GPS) en los municipios se utilizó la suma del gasto finalidad salud municipal (GFMS) y el gasto provincial hospitalario (GHBA) desagregado por jurisdicción. La estimación del GPS realizado en este análisis excluye los programas específicos provinciales o nacionales.

La metodología utilizada consistió en los siguientes pasos:

Se dividió la población en quintiles de acuerdo al monto per cápita que reciben (de cada fuente de financiamiento), el cual está determinado por su municipio de residencia. De esta forma el primer quintil está integrado por el 20% de la población sin cobertura de salud que recibe los menores montos per cápita y el último quintil corresponde al 20% de la población sin cobertura de salud que recibe los mayores montos per cápita.

Se analizó el monto del GPS en los municipios y del GFSM promedio per cápita por quintil y se trazaron las curvas de concentración de ambos.

Se introduce en el análisis la Coparticipación en Salud Municipal (CSM) para comparar la distribución de recursos efectuada desde cada jurisdicción y su impacto en la equidad de los recursos disponibles. Asimismo, por separado, el GHBA.

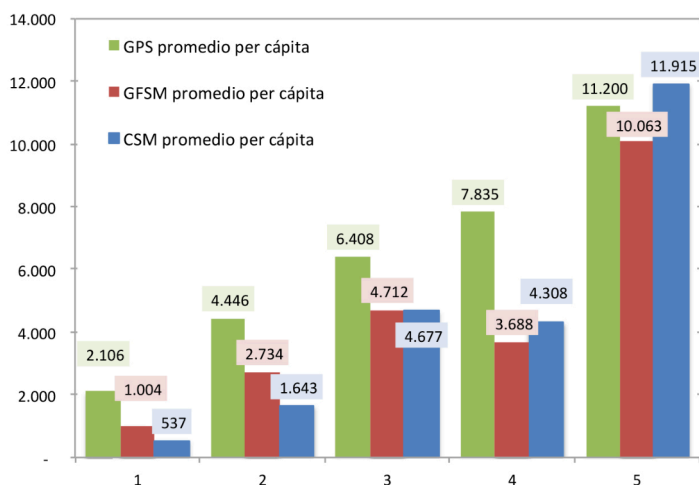
Los resultados muestran fuertes disparidades en los valores promedio de las variables analizadas. En el gráfico 5 se observa que el GPS promedio per cápita es en el primer quintil de población un 19% del GPS promedio del último quintil. Sin embargo, se observa que esta inequidad es mayor si dejamos solamente la variable GFSM. A su vez, se observa en el que la concentración de recursos que provienen de la CSM es mayor que la que surge del GFSM.

Esta diferencia se puede apreciar en el Gráfico 6, donde se puede observar el grado de concentración del gasto, a través de las curvas de Lorenz para el GPS, GFSM y CSM y GHBA. Se observa una fuerte

concentración del GPS, con un coeficiente de desigualdad de 0,27³². Sin embargo el grado de concentración es mayor si consideramos solamente el GFSM (Gini = 0,38).

Cuando analizamos la CSM, observamos que este mecanismo de distribución de recursos presenta un grado de concentración aún mayor, con un coeficiente Gini de 0,46. Este resultado se debe, fundamentalmente, a que las variables que determinan la CSM no incluyen la cantidad de población sin cobertura.

Gráfico 5. Gasto público en salud *per cápita* promedio y Coparticipación en Salud Municipal (CSM). Análisis por quintiles de población sin cobertura ordenados según su gasto público en salud en los municipios *per cápita*. Provincia de Buenos Aires, 2014



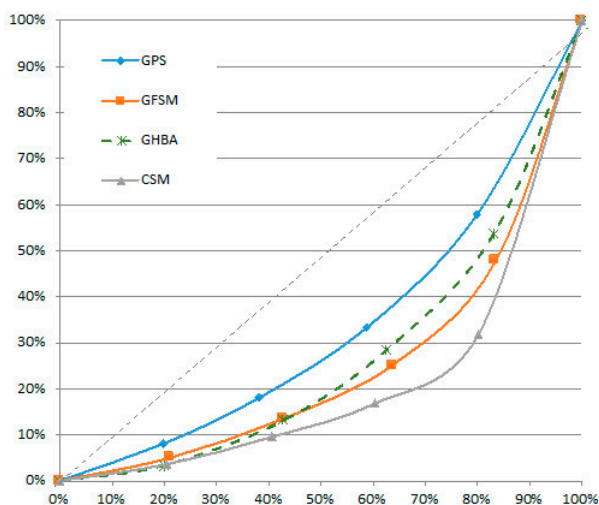
Fuente: DIS Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

32 El coeficiente utilizado es el índice de Gini, que es un número entre 0 y 1, en donde 0 se corresponde con la perfecta igualdad (todos tienen el mismo gasto) y donde el valor 1 se corresponde con la perfecta desigualdad.

Cabe destacar que el primer quintil de población acumula el 65% de población sin cobertura, correspondiéndose a los municipios del Conurbano bonaerense, mientras que los quintiles de mayor GPS promedio per cápita representan a los municipios del interior, con menor densidad poblacional y una distribución de recursos per cápita muy superior a los primeros.

Teniendo en cuenta el análisis precedente, podemos inferir que esta distribución inequitativa del gasto sería aún más pronunciada al introducir variables de necesidad de recursos vinculadas al riesgo epidemiológico (Tasa de Mortalidad Infantil) o a los determinantes sociales (Población con Necesidades Básicas Insatisfechas). En ambos casos las necesidades de recursos se concentran en los municipios con mayor densidad poblacional.

Gráfico 5. Curvas de concentración del gasto público en salud y de la Coparticipación en Salud Municipal. Población ordenada según su gasto público en salud en los municipios per cápita. Provincia de Buenos Aires, 2014.



Fuente: DIS Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Conclusiones

Actualmente, el financiamiento público de la salud compone de los tres niveles jurisdiccionales, nación, provincia y municipios. La provincia y los municipios financian más del 85% del gasto (en partes casi iguales). La provincia financia, el segundo nivel (los hospitales incluidos los hospitales de mayor complejidad), programas centrales (Diabetes, Asma, etc.) y los municipios se encargan de mantener los Centros de atención ambulatorios (CAPS) y los hospitales municipales. El financiamiento nacional básicamente se compone del Programa SUMAR, REMEDIAR, Médicos Comunitarios, entre otros y el gasto ejecutado por efectores nacionales en el territorio provincia.

El método de asignación de recursos hospitalarios (municipales y provinciales) incluye marginalmente las variables de producción sanitaria y los niveles de complejidad en la atención o en la infraestructura hospitalaria. Si bien la normativa vigente (ley 11.072/1991) incluye la elaboración de los presupuestos provinciales en base a un proceso de planificación conjunta entre los hospitales y el nivel central (Regiones Sanitarias, Ministerio de Salud), lo cierto es que los presupuestos hospitalarios surgen de la actualización de presupuestos históricos con escasa consideración de la producción o las necesidades de la red asistencial.

Por otro lado, los municipios financian parte de sus gastos en salud con recursos propios. Parte de esos recursos provienen de la **Coparticipación en Salud Municipal (CSM)** (Ley 10.820/89), que cubre en promedio el 63% del gasto finalidad salud municipal (GFSM). El resto del gasto municipal es financiado en base a otros recursos propios municipales.

Este método de asignación de recursos hacia los municipios (CSM) no implica un compromiso de gasto con una finalidad específica, sino

que es competencia municipal la decisión sobre los destinos de estos fondos. De esta manera, cada municipio tiene un nivel de cobertura de su gasto diferente (CSM/GFSM), dándose el caso, en varios municipios, de recibir una CSM mayor al GFSM.

Pese a que el mecanismo incluido en la fórmula que distribuye los recursos entre municipios prevé mecanismos institucionales basados en el Consenso³³ y la Necesidad, en términos prácticos se crean incentivos para la consecución de fondos en base a estrategias sanitarias locales las que en varios casos se contraponen al modelo de atención de la salud que se sustenta desde la política pública sanitaria de la provincia (Plan federal de Salud del MSAL; Plan Quinquenal de Salud del MSBA).

Adicionalmente al considerar como dimensión para la inversión presupuestaria las estructura existentes, no se logran mejoras en términos de equidad, generándose un círculo vicioso ya que aquellos municipios de menor desarrollo relativo (en general los del conurbano) no tienen capacidad para generar nueva estructuras, lo que atenta contra el desarrollo y así sucesivamente. La incorporación de los nuevos hospitales en los últimos años (Balestrini y UPAS) aun no alcanza a compensar esas inequidades.

Por lo tanto desde una mirada desde el financiamiento podemos decir que en términos generales las modalidades actuales tienden a financiar el primer nivel de atención en base variables que no repre-

33 Para la incorporación de un nuevo efector a la coparticipación se requiere de la aprobación del Consejo Regional de Salud (compuesto por la totalidad de los secretarios de salud de la Región y el Director Regional designado por el Ministerio de Salud) y de la Comisión de Coparticipación (compuesta por los Directores de Planificación de la Salud, de Hospitales, de Fiscalización y de Coordinación Sanitaria), finalmente requiere la aprobación del Ministro de Salud.

sentan las necesidades puntuales de cada localidad (como ser la población sin cobertura de salud) sino mediante compensaciones sobre la producción (consultas); y segundo nivel provincial en función de presupuestos históricos, con poca ligazón con la productividad de los mismos. Esto genera que continúen vigentes situaciones de inequidad entre municipios.

Bibliografía

PNUD (2010). *Informe nacional sobre desarrollo humano 2010 Desarrollo humano en Argentina: trayectos y nuevos desafíos*. 1.a ed. Buenos Aires: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, 2010. 180 p.

PAHO (2011). *Integrated Health Service Delivery Networks: Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the Americas*, Washington, DC.

Lago et al (2012). *Descentralización y equidad: el gasto público en salud en los municipios de la provincia de Buenos Aires*; Salud Colectiva, 2012.

Bisang, Roberto y Cetrángolo, Oscar (1997). *Descentralización de los servicios de salud en la Argentina*, CEPAL, Serie de Reformas de Política Pública N° 47, Santiago. 1997.

Chiara, Di Virgilio y Airovich (2010). *La coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: Reflexiones en torno a la política local (2000/2005)*. Revista Salud Colectiva, Vol. 6, Nro 1. Universidad Nacional de Lanús. 2010.

- Barbieri (2007). *Política Fiscal y Política Sanitaria: Tensiones Evidentes a partir de los Criterios de Reparto de la Masa Coparticipable y los Métodos de Determinación de Transferencia*. 2007.
- Iarussi (2008). *La coparticipación en la provincia de Buenos Aires y el sector salud*. En: Magdalena Chiara María Mercedes Di Virgilio Arnaldo Medina Marina Miraglia. *Gestión Local en Salud. Conceptos y Experiencias*. Universidad Nacional de General Sarmiento. Pcia de Buenos Aires. 2008.
- Sarguini (2002). *Estado de Situación y Propuesta de Reforma del Sistema de Médico Asistencial Público de la Provincia de Buenos Aires*. Cuadernos de Economía Nro 63. Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires. 2002.

La estrategia de redes en las políticas de salud. Experiencias internacionales

ARNALDO MEDINA, DANIELA ALVAREZ, MARÍA TERESA POCCIONI

(Universidad Nacional Arturo Jauretche, Instituto de Ciencias de la Salud);

PATRICIO NARODOWSKI

(Universidad Nacional de La Plata, Universidad Nacional Arturo Jauretche,
Instituto de Ciencias de la Salud).

Introducción

La importancia de las redes integradas de salud ha crecido en los últimos años en todo el mundo. Parece haber un cierto consenso con la idea de continuo de servicios, garantizado por varias organizaciones independientes o no entre sí, tanto públicas como privadas, co-responsables del estado de salud del paciente (Shortell, 2006; Shortell y otros, 1996). En este concepto como puede verse no hay una idea de la lógica de esa interacción, de los factores que la determinan en los diversos contextos, etc., en muchos casos esta cuestión será resuelta proponiendo acuerdos institucionales (Curry y Ham, 2010 y 2011).

Este tipo de definiciones predominan en los llamados países desarrollados, incluso en el ámbito de la OMS y el eje está puesto en la necesidad de coordinar los diversos segmentos del sistema; por eso, por ejemplo, Hernández-Quevedo, Llano, & Mossialos (2013) o Mackenbach y McKee (2013) parecen usar indistintamente la idea de redes y de instrumentos de integración; Richardson & Patana (2012) y MacLeod (2015) en el contexto OCDE hablan de la integralidad de la gestión como forma de ganar eficiencia y reducir costos, con enfoque similar. En esos planteos el vínculo debería garantizarse mediante contratos y a partir

de incentivos financieros, ajustes del riesgo de las aseguradoras, etc. De este modo, la red funciona como otro factor de la producción, para mejorar los resultados sanitarios en las condiciones crónicas, disminuir las referencias a especialistas y a hospitales, aumentar la satisfacción de las personas usuarias en una relación más adecuada de costo-efectividad.

En América Latina el concepto tiene mucha más importancia y las versiones son diversas. En OPS (2007) aparecen las redes en relación al énfasis puesto en la atención primaria luego de las reformas descentralizadoras y el aumento de la fragmentación resultante. En OPS (2009) se va algo más allá a partir del objetivo de fortalecer a la autoridad sanitaria e integrar la red pública con criterios de solidaridad y equidad. En OPS (2010) se desarrolla la idea de las Redes Asistenciales de Servicios de Salud (RISS) como integración colaborativa de las acciones de los diferentes actores, como sinónimo de mecanismo de gestión y sin ser taxativo respecto al rol del Estado y de la seguridad y provisión públicas. Por eso se valoran experiencias tan disímiles.

En dicho enfoque, como en muchos otros, no se hace un planteo sistémico en el que se visualice dinámicamente a los actores y sus asimetrías (para ampliar ver Medina y Narodowski, 2015); ni siquiera se abordan los problemas de la relación público-privada y sus transacciones mercantiles y no mercantiles. Entre quienes sí lo hacen hay un análisis de segundo orden a partir de asumir que las organizaciones de salud son sistemas que ostentan, como ya hemos trabajado en otros textos: un sentido, un vínculo social en un territorio en común y en una realidad de trabajo compartido; formas organizativas específicas según las alianzas posibles en presencia de diferenciales de poder. Hemos hablado de un modelo innovador, profesional, que se haga eco de la solidaridad de clases del sanitarismo y con un fuerte cuestionamiento a los sistemas existentes, por fragmentados y segmentados, en función de los intereses de los sectores populares y en alianza con el Estado.

Con este tipo de definiciones hemos analizados las experiencias más difundidas de redes, diferenciando las experiencias internacionales de las de América latina.

Experiencias internacionales

En la explicitación de la red como política nacional, sobresale Francia que se propone fortalecer la colaboración de los servicios por medio de redes desde los 2000, en un contexto en que la derivación es obligatoria (Durand-Zaleski, 2016). Específicamente, está vigente el Programa Regional de Salud (Le Projet régional de Santé) con fondos para financiar este tipo de emprendimientos en los que se producen alianzas entre hospitales, especialistas, centros municipales y las nuevas formas asociativas de APS. Los medios virtuales dan cuenta de estos esfuerzos en las diversas regiones. Ya más alejados de nuestro concepto de red, se instauraron 37 centros especializados para el manejo multidisciplinario de determinadas enfermedades, que se manejan con otros centros que les envían pacientes; relevamos además nuevas asociaciones de pacientes y proveedores, con fines específicos de atención domiciliaria, por ejemplo. En ninguno de éstos casos queda claro el carácter colaborativo, tarea difícil por el componente privado de APS y la autonomía de los actores del segundo nivel.

En Reino Unido, sucede lo mismo, el NHS viene difundiendo desde los 90, en paralelo con la descentralización y autonomización de la provisión, documentos de impulso de las redes colaborativas, aunque muchas veces la estrategia se confunde con la creación de asociaciones civiles para la atención. Por ejemplo, en 2014 nace desde el NHS Networks el Programa “Vanguardias”, 37 planes piloto de asociación entre actores que se centran en la atención primaria ampliada y la atención hospitalaria integradas para detectar rápido los potenciales pacientes

de alta necesidad y alto costo. En realidad se financian contratos capitados para incentivar a los proveedores a colaborar en el cuidado de estos pacientes complejos, el esquema termina siendo similar a los CCG (Thorlby y Arora, 2016). Otra de las estrategias similares son las Strategic clinical networks (SCN) creadas en 2013. Las primeras cuatro redes fueron cáncer, enfermedades cardiovasculares, maternidad y niños, salud mental y condiciones neuronales. Son grupos de trabajo compuestos por organizaciones sanitarias, las juntas locales de educación y formación (LETB) y las redes de investigación clínica (NHS Commissioning Board, 2012a y b). Algo más colaborativa parece la red de traumatología dependiente de Health London y formada por cuatro centros especializados para coordinar la atención prioritaria y disminuir los atrasos, asociadas a los incentivos a la reducción de listas de espera.

En España, a nivel nacional, no se habla de red como tal, excepto para apoyar la registración obligada en APS y para el caso de objetivos de coordinación macro entre instituciones del sistema, en un contexto de descentralización administrativa, como la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, la Red Española de Universidades Saludables (REUS), o la Red de Escuelas de salud para la ciudadanía. En cuanto a las CCAA, las que más hemos visto hacen eje en las redes son el País Vasco, Cataluña, Andalucía, aunque en todos los casos se define con ese nombre la unificación de diferentes organizaciones asistenciales en una única organización, lo cual escaparía a nuestra definición. En lo que hace a los casos que buscamos, hemos relevado por ejemplo en el País Vasco, el acuerdo Comarca Interior AP-Hospital Galdakao o el proyecto de la Subcomarca Tolosaldea, que vincula centros primarios y clínicas, en ambas Vazquez, Vargasa, Nuñob, & Toro (2012) intentan mostrar un cierto espíritu común. En nuestro relevamiento vimos que en Sevilla capital y el Aljarafe hay 38 centros

de salud que colaboran en red con el Hospital Virgen del Rocío para la detección precoz de los tumores de piel, cánceres y hemangiomas infantiles mediante un sistema de consulta virtual. En Valencia, el Hospital Universitari i Politècnic La Fe trabaja coordinado con los centros de Atención Primaria, para estimular el sistema de derivaciones y contrarreferencia o las Unidades de Continuidad Asistencial (UCA), Navarra, en las cuales se integran, el Complejo Hospitalario de Navarra, Hospital García Orcoyen de Estella, y Hospital Reina Sofía, de Tudela, los centros de Salud Mental de referencia y los equipos de apoyo domiciliario de cuidados paliativos del Hospital San Juan de Dios. De todos modos, en ninguno de estos casos se promocionan proyectos colaborativos específicos. En Cataluña hay menos vestigios aun de nuestra definición: allí se utiliza la palabra red como sinónimo del conjunto de proveedores a los que les compra servicios CatSalut o a fusiones como Badalona Serveis Assistencials (BSA) o Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE), en ambos casos con integración de la propiedad (Henao-Martínez & otros, 2008). Como ejemplo de coordinación puede mencionarse el acuerdo entre Consell Comarcal del Maresme y el Ayuntamiento de Mataró, pero también en este caso finalmente se formó un consorcio con un presupuesto único.

En Italia el término es usado de nuevo como sinónimo de sistema de salud o para mencionar la renovación formal de la institucionalidad de atención de enfermedades crónicas. En este último caso parece virtuosa la Red Regional para el tratamiento de enfermedades raras que se compone de un centro con funciones de coordinación (el Centro de Investigaciones Clínica de Enfermedades Raras) y 38 nodos. No se publicitan los proyectos conjuntos. Hay un mayor uso del concepto obviamente a nivel regional. En Lombardía se publicita la Red Salute-HPH, un proyecto que se inició en 1998, y en el que participan 69 estructuras, públicas y privadas. Pagan una contribución a la red, están conectadas

informáticamente, tienen un coordinador regional que se encarga de mantener relaciones con los coordinadores locales y funciona mediante el desarrollo de proyectos específicos, financiados ad hoc. En la región del Véneto está la Red Regional de Trauma, que coordina salas de emergencia por lesiones, los centros de trauma especializados y sus símiles locales. Este proyecto permite reducir tiempos de espera y además se ha detectado un sistema de calidad común y actividades de capacitación. En Nápoles hemos encontrado varios proyectos de red: de hepatología, otra de endocrinología metabólica y una de onco-hematología, en las que se intenta fortalecer la referencia y contrarreferencia.

Canadá y sus provincias también publicitan sus políticas con el concepto de red, pero de nuevo se ve que en orden de importancia sobresale las que apuntalan el funcionamiento normal de referencia y contra referencia, muchas de enfermedades crónicas y de atención de ancianos (como las de Ontario y Alberta) y también redes de I+D, en este caso: la principal es la University Health Network que involucra diversas subredes en las que participan centros académicos y hospitales. Este último es el caso en que se ven más proyectos colaborativos porque así lo establecen los parámetros de los fondos disponibles.

En Estados Unidos la palabra network tiene múltiples acepciones. Los seguros usan este nombre para referir al paso obligatorio por la APS: han seguido el camino de Kaiser, lo mismo los Accountable Care Organizations (ACO) impulsados por los continuos llamados a prestadores por parte de los Centros Medicare y Medicaid o los centros públicos dependientes de los Estados que atienden sectores vulnerables asegurados. No son una red en el sentido mencionado. Sí lo es el programa de subvenciones de la Red de Desarrollo Rural Delta Unidos de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA), que financia proyectos de colaboración entre profesionales para tratar

diabetes, enfermedades cardiovasculares, obesidad y salud mental. Y también Partnership for Patients Program, del Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) que comprende 26 redes de participación hospitalaria que trabajan en proyectos colaborativos de capacitación (Pronovost & Jha, 2014). Hay otra infinidad de redes de investigación y tecnologías, que escapan al planteo que estamos haciendo.

América Latina

Ya hemos visto el debate en nuestro continente ¿Qué sucede en la práctica? En Chile, hay una Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud que toma el concepto de RISS de la OMS, que se ocupa fundamentalmente de las políticas relacionadas con la estrategia de APS y su vínculo con el resto del sistema, cuestión central si se piensa que cada vez hay más hospitales auto gestionados y no hay obligatoriedad de pasar por un centro de atención primaria (Vergara & Bisema, 2009; OPS, 2016). A pesar de esta supuesta relevancia que se le da a las redes, no hemos encontrado proyectos de coordinación y/o colaboración de actores autónomos. Una de las más promocionadas es la Red de Centros de Salud Familiar Ancora, de la Pontificia Universidad Católica de Chile que tiene un enfoque estandarizado para la planificación del tratamiento y un intento de coordinación de casos. Otro proyecto que se publicita y que parece activo es el de la red de los Centros de Cirugías menores, que incluye la coordinación por teléfono o por internet con la APS. A nivel local, la región del Bío Bío tiene una red para coordinar la atención de pacientes renales que son derivados desde las postas al Hospital público de Las Higueras de Talcahuano, que cuenta con la primera Unidad de Cuidado Renal Avanzado. Si no fuese por las actividades de formación que incluyen ambos proyectos son típicos de referencia-contrarreferencia.

El gobierno de México, también es uno de los que usan el concepto de RISS desde que se establece el Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS), surgido dentro del Programa Nacional de Salud 2001-2006. Se divide el territorio en 18 zonas y en cada una se pretende articular los hospitales con los otros actores de cada territorio. El enfoque hoy es más una declaración que un conjunto de resultados concretos, las derivaciones están desarticuladas y no se ven proyectos colaborativos, tal vez haya más actividad en los programas para crónicas, como las redes de enfermedades cardiovasculares que han avanzado en las guías clínicas y en varias salas de hemodinamia para intervenciones rápidas. Por eso el Programa Nacional de Desarrollo 2013-2018 (Secretaría de Desarrollo Social, 2014), está impulsando la creación de mecanismos jurídicos para formalizar la integración, pero esto ya escapa a nuestra definición. Uno de los experimentos más publicitados es la Red Mexicana de Municipios por la Salud, una plataforma para compartir experiencias, proyectos, etc.

El Ministerio de Salud y Protección Social colombiano también usa el término: “redes integrales”. La regulación exige a las EPS e IPS que coordinen, bajo el comando de las primeras, con las entidades territoriales correspondientes, sobre a base de reglas técnicas de eficiencia pero obviamente este objetivo se dificulta por los problemas en los mercados de dicho sistema. Los que sobresalen como casos de redes virtuosas muchas veces son parte de los contratos entre EPS e IPS, que abusan del término. En Bogotá se publicita de un modo similar la reorganización del sector salud a partir de cuatro subredes que deben funcionar de manera integrada con las áreas de recursos humanos, financieras y contables, sistemas de información, planeación, jurídica de cada unidad prestadora, supuestamente para dar fin a la competencia desmedida. El modelo se propone dos grandes objetivos: eficientizar procesos administrativos y coordinar la relocalización de pacientes para generar turnos

de urgencias y de cirugías. En otros departamentos el uso del término es similar, por ejemplo, Caldas anuncia haber sido el primero en inaugurar el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE), que debe coordinar en red la referencia y contrarreferencia en los 27 municipios, sobre todo en lo relativo al régimen subsidiado. Medellín y Metrosalud también tienen un centro regulador para resolver urgencia y “derivar” al resto. Además, están la Red Nacional de Laboratorios, pero en una tarea muy vinculada al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), desconocemos el grado de colaboración existente. Lo mismo la Red de Bancos de Sangre y Servicios Transfusionales y la Red de donación y Trasplantes, parecen las antiguas instituciones con otro nombre. Fuera de estos ejemplos, alejados de nuestro concepto, sí parece alentadora la “Alianza por la APS”, que define las estrategias para la consolidación de un red nacional de fortalecimiento de capacidades territoriales en un modelo en que el actor principal son los entes territoriales. Sólo que no se dice cómo se está implementando ni aparecen casos.

En Brasil, la estructura del SUS está pensada y se publicita como sistema de redes de cuidado de la salud (RAS), alrededor de la APS. Algunos Estados, a este modelo le ponen nombre de fantasía: en Rio Grande del Sur se llama Red Chimarrao. En Vilaça Mendes (2013) se plantea que no siempre se verifica la relación con el nivel secundario, tampoco la participación comunitaria. Otras “redes” publicitadas son las de pacientes específicos como la “Red de Cigüena” o la Red del Banco de Leche Humana, nucleando actores de diversa índole y escala. Como en otros países, se presentan como una red el conjunto de entidades vinculadas a la Política Nacional de Sangre. A nivel Estadual, la OPS rescata los casos de la Red de Hospitales Comunitarios de San Pablo en Minas Gerais, Tocantins, Pará y Paraná, con una gestión entregada a una Organización Social, o una alianza público-privada. Pero en todos los casos ha habido una integración societaria.

En conclusión...

En los países centrales, a nivel de debate teórico, las redes son sinónimo de integración y coordinación e incluyen todos los mecanismos del cuasi-mercado para lograrla (con diverso mix en cuanto a la relación público-privada). En AL están asociadas a un problema grave, la fragmentación, por eso está más presentes al menos discursivamente y tienen mucho espacio en las webs institucionales.

De todos modos, se observa que en ambos casos proliferan los proyectos de fortalecimiento de la comunicación entre hospitales y APS, estrategia que es central si se quiere lograr el rol de gatekeeping de ésta última, incluso en AL han proliferado con este nombre los centros reguladores de pacientes, pero no eran las que buscábamos. También hay muchas redes que sirven para darle un nombre más actual a las instituciones clásicas especializadas en enfermedades crónicas con filiales en el territorio o que esconden fusiones legales y contables entre proveedores.

Hay poco de redes horizontales (entre hospitales y entre centros de APS), colaborativas, participativas y con actividades que permitan generar un desarrollo co-evolutivo del sistema en cada escala. Los modelos de proyectos institucionalizados con actividades conjuntas que tienden a la construcción de este tipo de vínculos puede ser un paso.

El tema de las redes integradas debe ser encarado teniendo en cuenta las asimetrías estructurales pero también hay que dar cuenta de un cambio epocal y priorizar la participación autónoma de los sectores populares, sin desmerecer el carácter profesional y el vínculo con la generación de conocimiento del sistema. Estos elementos deben ser constitutivos de un sentido nuevo que involucre una alianza entre el estado, los sectores populares, las OOS y las empresas de la salud más

comprometidas y dinámicas, dispuestas a trabajar con rentas normales. A partir de un aumento del presupuesto y con una APS y la rectoría estatal fuertes, enfrentando las jerarquías. Cualquier intervención en red debe estar plenamente legitimada por las instituciones que la impulsan, aún cuando suponga cierta subversión al modelo oficial existente. De lo contrario esa intervención, marginalizada, reproduce la propia marginalidad de las problemáticas que aborda.

Bibliografía

- Curry and Ham (2011). Integrated care. What is it? Does it work? What does it mean for the NHS? Londres: The King's Found. Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Integrated-care-summary-Sep11.pdf>.
- Curry, N., & Ham, C. (2010). Clinical and service integration. The route to improved outcomes. Londres: King's Fund. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3601513/>
- Durand-Zaleski, I. (2016). The French Health Care System, 2015. In E. Mossialos, M. Wenzl, R. Osborn, & D. Sarnak, 2015 International Profiles of Health Care Systems (pp. 58-67). The Commonwealth Fund.
- Henao-Martínez, D., & otros. (2008). Integración Asistencial de Dos Organizaciones en Cataluña, España. *Rev. Salud pública*. 10 (1), 33-48. <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n1/v10n1a04>.
- Hernández-Quevedo, C., Llano, R., & Mossialos, E. (2013). Paying for integrated care: an overview. *Eurohealth incorporating Euro*

Observer Vol. 1, No. 2, 3-7. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/191008/EuroHealth-v19-n2.pdf.

Mackenbach, J., & McKee, M. (2013). Successes and Failures of Health Policy in Europef. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/215989/Successes-and-Failures-of-Health-Policy-in-Europe.pdf

Medina, A., & Narodowski, P. (2015). Estado integración y salud. La gestión en red de un hospital público. Buenos Aires: Fahce.

NHS Commissioning Board. (2012a). The Way Forward: Strategic clinical networks. London: NHS Commissioning Board. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/07/way-forward-scn.pdf>.

NHS Commissioning Board. (2012b). Clinical networks: Frequently asked questions. Londres: NHS England. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/10/cn-faq.pdf>.

OPS (2007) Agenda de salud para las Americas. Panamá. Disponible en: www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf

OPS (2009) Salud en Sudamérica 2008. Santiago de Chile. Disponible en: http://www.paho.org/chi/images/PDFs/salud_en_sudamerica_2008.pdf?ua=1

OPS (2010). “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas”. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250

OPS (2016) Ministerio de Salud refuerza redes asistenciales con instrumentos de OPS/OMS que mejora la gestión y atención usuaria. Disponible en: http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=749:minsal-refuerza-redes-asistenciales-con-instrumento-de-opsoms-que-mejora-gestion-y-atencion-usuaria&Itemid=1005.

Pronovost, P., & Jha, A. (2014). Did Hospital Engagement Networks Actually Improve Care? *N Engl J Med*, 691-693. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1405800>.

Ríos, R. (2007) Redes en salud, salud en red: desenredando la terminología. *Revista Chilena de Salud Pública*; Vol. 11 (1): 28-37.

Richardson, D., & Patana, P. (2012). Integrating service delivery: why, for who, and how? *OECD* https://www.oecd.org/els/soc/Richardson_Patana.

Rovere, M. (1999). *Redes en Salud. Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte. <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-121.pdf>.

Shortell, S. (2006). *Integrated Health Systems: Promise And Performance*. School of Public Health, University of California-Berkeley. Disponible en: <https://www.hks.harvard.edu/m-rcbg/hcdp/readings/Integrated%20Health%20Systems%20-%20Promise%20and%20Performance.pdf>.

Shortell, S., & otros. (1996). *Remaking Health Care in America*. San Francisco: Josey-Bass. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8593505>.

- Shortell, S., Anderson, D., Gillies, R., JB, M., & Morgan, K. (1993). Building integrated systems: the holographic organization. *Healthcare Forum Journal*, 20-26. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10124166>.
- Thorlby, R. y Arora, S, (2016) *The English healthcare system, 2015*. En: *International profiles of healthcare systems 2015*. E. Mossialos, M. Wenzl, R. Osborn, D. Sarnak eds. Nueva York: The Commonwealth Fund. (pp 49-58). Disponible en: <https://da7648.approby.com/m/679d3f31e43c2e4e.pdf>.
- Urbieto J R (2007) *Modelos de Trabajo en Red en Revista Educación Social*, Nro 36, España. <https://www.raco.cat/index.php/EducacionSocial/article/viewFile/165566/372129>.
- Vazquez, L., Vargasa, I., Nuñob, R., & Toro, N. (2012). Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. *Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria 2012; 26 Supl 1. Vol. 26 DOI: 1, 94-101*. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/organizaciones-sanitarias-integradas-otros-ejemplos/articulo/S0213911111003670/>.
- Vergara, M., & Bisema, L. (2009). Autogestión hospitalaria en red I: Competencias esenciales para la gestión. *Rev Chil Salud Pública*. Vol. 13 (3), 163-168.



EJE 2

**REDES, PROCESOS DE ATENCIÓN
DE LA SALUD
Y MORFOLOGÍAS
SOCIOSANITARIAS
DEL TERRITORIO**



Colaboración entre efectores de salud: Integración territorial de la atención en Red. El caso de pacientes pediátricos en la Red del Sudeste Bonaerense

MORA CASTRO (UNAJ, ICS, CONICET); **ELIZABETH BARBIS** (UNAJ, ICS); **MARCELO PEREYRA** (Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Kirchner, Fcio. Varela); **ANA GRAZIANO** (Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Kirchner, Fcio. Varela); **ELIZABETH FAVERO** (Secretaría de Salud de Quilmes); **SILVINA FONTANA** (Secretaría de Salud de Almirante Brown); **ESTELA VALIENTE** (Secretaría de Salud Pública e Higiene de Berazategui); **MELISA BORTURO** (UNAJ, ICS, HEC); **ISABEL SCARAMUTTI** (Secretaría de Salud Pública e Higiene de Berazategui); **ÉRICA MORENO** (Hospital Mi Pueblo, Fcio. Varela).

Introducción

Las redes de atención en salud constituyen un conjunto de servicios asistenciales organizados por niveles de complejidad tecnológica, que configuran unidades locales con determinada población bajo cobertura en un espacio geográfico específico. En este artículo se presenta el proyecto general de trabajo y algunos de sus resultados preliminares, en el cual se analiza el modelo de gestión en Red indagando en la estructura sanitaria de referencia-contrarreferencia de pacientes pediátricos entre los efectores de salud públicos de la Red del Sudeste Bonaerense (sub-área de la Región Sanitaria VI de la Prov. de Buenos Aires). El abordaje de esta problemática articula tres líneas interdisciplinarias: a) el análisis de los sistemas y servicios de salud en red; b) el análisis espacial entre los centros de salud y la población en el territorio de referencia; c) el

análisis de redes sociales que identifica estructuras y dinámicas de flujo de pacientes entre los centros. La muestra bajo análisis se compone de 1793 casos de atención pediátrica durante un semestre de 2018 en los municipios de Quilmes, Alte. Brown, F. Varela y Berazategui.

A partir de su obtención y procesamiento, se generaron herramientas de análisis y de gestión inéditas al momento: estadísticas de la población pediátrica registrada para el período, mapas de distribución de pacientes y efectores, y grafos de referencia y contra referencia de pacientes como procesos.

Es importante destacar que los componentes descriptos se inscriben en el respeto al derecho a la salud y a la accesibilidad de la población a los servicios de salud integrales como criterios de calidad. Por ello, como producto específico del proyecto se desarrolló de una aplicación web que contiene la oferta prestacional de los efectores de salud en los distritos de la Red. Esta herramienta informática de gestión de pacientes pretende facilitar la referencia y el acceso, direccionando por localización, medio de transporte, necesidad asistencial, administrativa y disciplinar adecuada al nivel de atención que corresponda según el criterio profesional en el marco de un consentimiento autónomo e informado sobre la continuidad asistencial.

La Organización Mundial de la Salud plantea que la investigación sobre políticas y sistemas de salud tiene un papel clave para la mejora y fortalecimiento de estos sistemas, aun cuando se encuentran todavía en una fase de desarrollo temprano (Ghaffar et al., 2016). También afirma que es necesario mejorar las capacidades de estudio sobre estas temáticas y sus vinculaciones en el plano de las prácticas a partir de la sistematización de sus productos y resultados.

La amplitud, la complejidad y el carácter interdisciplinario de la investigación en sistemas y servicios de salud, así como su progresiva integración en distintas áreas de conocimiento requiere una definición de los problemas que le competen (Belmartino, 2001), como por ejemplo la determinación de las necesidades y demandas de salud de la población, estructura organizativa y componentes del sistema de salud, utilización de servicios de atención, administración de servicios de salud y participación de la comunidad en su relación con estos (Carvalho, 1994, en Alvarez, 2008).

En el campo de la salud pública en los últimos tiempos se utiliza cada vez más el concepto de “redes de atención en salud” (RAS) definidas según Vilaça Méndes:

Los servicios de salud se estructuran en una red de puntos de atención, compuesta por equipamientos de diferentes densidades tecnológicas que deben ser distribuidos, espacialmente, de forma óptima. Para que la organización de las RAS sea realizada de forma efectiva, eficiente y con calidad, tiene que estructurarse con base en los siguientes fundamentos: economía de escala, disponibilidad de recursos, calidad y acceso; integración horizontal y vertical; procesos de sustitución; territorios sanitarios y niveles de atención (2013: 71).

Asimismo, se deben incorporar en el análisis los vínculos interpersonales que forjarán en esas redes, impactando de manera positiva o negativa en la estabilidad de los lazos.

El sistema en contexto

Argentina y en nuestro caso la Provincia de Buenos Aires, tiene cuatro grandes características a tener en cuenta ya sea para mejorar, fortalecer o transformar:

- Niveles de atención (1°, 2° y 3°) de acuerdo a la complejidad de tareas y aparatología: establecen una falsa jerarquía asistencial, con una capacidad instalada acorde a los eventos agudos, o a la reagudización de situaciones crónicas. Esta organización jerárquica, puede llevar a errores conceptuales como por ejemplo la banalización de los componentes de promoción y prevención de la Atención Primaria de la Salud (APS) por considerar al primer nivel de atención donde mejor se despliega la APS, como el nivel más bajo o inferior.
- Fragmentación administrativa (municipal, provincia y nacional), establece una división en términos de las jurisdicciones asignadas a cada efector de salud de la Red, lo cual dificulta la tarea de compatibilizar las interacciones, especialmente considerando intereses territoriales, diferencias presupuestarias y capacidades técnicas de su personal (Pereyra, 2017).
- Los subsectores estatal, de seguridad social y privado conforman tres grandes campos de la atención de la salud que muchas veces se solapan entre sí, considerando que el sistema de atención de la salud argentino es “gratuito y universal”, lo cual vela los límites entre los verdaderos destinatarios de cada uno de ellos.

- Las formas de contrataciones del personal (pluriempleo, precarización laboral, salarial, etc.) impacta directamente en el tipo de remuneración, condiciones laborales, dedicación, entre otras, revelándose como potenciales barreras de acceso en la dinámica de atención ofrecida.

El modelo de gestión sanitaria en Red surge como el resultado de una demanda territorial específica y se analiza aquí la estructura de colaboración entre efectores de salud y profesionales, entendida como un sistema adaptativo complejo capaz de modificar dinámicamente sus topografías cuando se producen cambios en su medio (Samaja, 2004). Asimismo, partimos de la consideración que solo procesos coordinados de gestión asistencial pueden asegurar una accesibilidad a la salud en sentido amplio: acceso, continuidad y seguimiento de tratamientos y/o prevención-promoción de la salud (Alvarez *et al.*, 2017). La regionalización y el establecimiento de un adecuado sistema de gestión entre niveles resultan dos condiciones ineludibles para la configuración de una red de servicios integrados que respondan a las necesidades de la población a los que están destinados (Testa, 1997; Alvarez *et al.*, 2017).

El propósito de este proyecto a mediano y largo plazo es contribuir a garantizar el acceso equitativo al sistema y sus potencialidades, en términos de integralidad, y coordinación de recursos; así como la continuidad de la atención al momento del egreso de los pacientes con alta transitoria, definitiva o en continuidad compartida entre diferentes niveles.

Avances de la Investigación

Este artículo presenta resultados preliminares (en el marco de un proyecto de larga duración) del análisis del modelo de gestión en Red a partir de una concepción integrada de la accesibilidad de la población a los servicios de salud indagando en las relaciones de los niveles asistenciales (efectores del 1°, 2° y 3° nivel) y los servicios involucrados. Dichas interacciones se analizan mediante mecanismos de referencia y contra-referencia de pacientes pediátricos entre diferentes efectores y la colaboración de los profesionales involucrados en los circuitos de atención que den respuesta adecuada y continuada en función a la complejidad que se presenta (Pereyra *et al.*, 2019; Castro, 2018).

El caso de estudio se encuentra en la Región Sanitaria VI integrada por un total de nueve (9) municipios. Entre ellos, solamente cuatro (4) componen la subregión sudeste, denominada “Red del Sudeste Bonaerense” (Medina y Narodowski, 2015)³⁴, incluyendo los partidos de Florencio Varela, Berazategui, Alte. Brown y Quilmes (Ilustración 1). El conjunto de estos cuatro partidos conforma una de las áreas geográficas más pobladas y vulnerables de Argentina, alcanzan una superficie de 650 km² (más de tres veces la Capital Federal), una población total de 1.886.094 habitantes, un promedio de 11,7% en su NBI, y un 55% de CEE (cobertura estatal exclusiva) (INDEC, 2012), lo cual le confiere características socio-económicas y ambientales agravan considerablemente los paisajes epidemiológicos.

La Red cuenta con ocho (8) hospitales que se encuentran bajo diferentes jurisdicciones: los hospitales zonales son Hospital Lucio Melén-

34 Un grupo de sanitaristas pensó en definir como *Red Sudeste* a un conjunto de efectores que trabajaban con cierta articulación, por la cercanía geográfica que tenían entre ellos y con el hospital de alta complejidad que iría a construirse en el predio donde hoy se encuentra el HEC.

dez (Alte. Brown), Hospital Arturo Oñativia (Rafael Calzada, Pdo. Alte Brown), Hospital Iriarte (Quilmes), Hospital Evita Pueblo (Berazategui), Hospital Mi Pueblo (F. Varela); el hospital municipal Hospital Oller (S. F. Solano, Quilmes); el hospital subzonal especializado de rehabilitación Hospital J. M. Jorge (Alt. Brown); y el hospital Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce (SAMIC con características de hospital Interzonal) (F. Varela). Asimismo, de acuerdo con la Dirección de Información Sistematizada (Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires), dentro de estos cuatro municipios, funcionan 165 efectores del primer nivel de atención, distribuidos de la siguiente manera: Alte. Brown (33), Quilmes (49), Berazategui (40) y Florencio Varela (43). Esto implica que la relación entre los centros de atención como puntos de acceso y la población potencial de pacientes como necesidad espacialmente distribuida (Buzai *et al.*, 2015), indica un área programática de aproximadamente 11.430 personas por efector del primer nivel de la Red.

A partir de la relación entre este conjunto de actores sociales dentro de este territorio, esta investigación se enfoca en el subconjunto conformado por la red pediátrica (Pereyra, 2010), que se ha ido consolidando en el territorio a partir no solamente del trabajo cotidiano, sino además de actividades de discusión (jornadas de intercambio) y capacitación compartida entre diferentes especialidades médicas y distintos niveles de atención. En términos estadísticos, la población menor de 15 años, según proyecciones estimadas por Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe (CEPAL, 2016), alcanza al 25,4%, (479.000 habitantes entre 30 días de vida y 15 años de edad), por encima del promedio provincial para este grupo (24,8%). Y en el caso del Municipio de Florencio Varela alcanza el 30,4%, la más alta de la Región (INDEC, 2012).

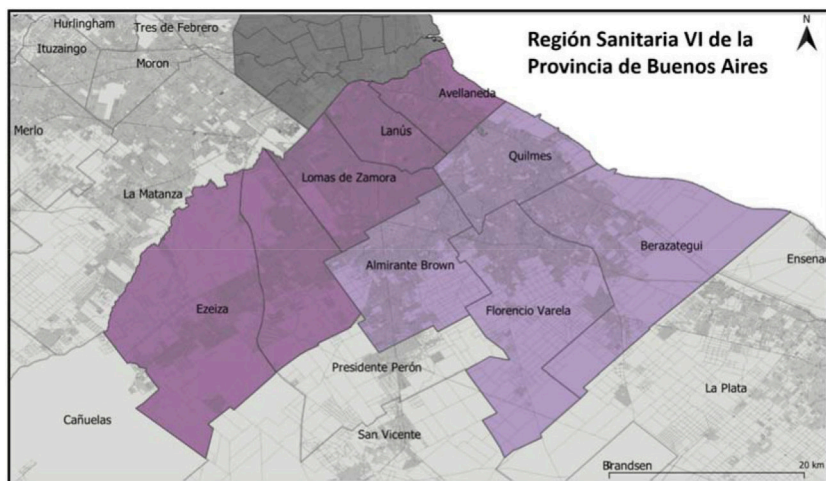


Ilustración 1. Mapa de la Región Sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires y la sub-región del Sudeste Bonaerense (Quilmes, Alte. Brown, F. Varela y Berazategui) (Elaboración propia, QGIS 3.6).

Para abordar esta problemática en el caso presentado, se articulan tres líneas de trabajo centrales que componen el análisis. En primer lugar, el análisis de los sistemas y servicios de salud organizados formalmente en una estructura de red. Luego, el análisis espacial que atraviesa la relación entre los centros de salud y la población que reside en el territorio de referencia. Finalmente, el análisis de redes sociales (ARS) que identifica las estructuras y la dinámica en el flujo de pacientes entre los centros a partir del mecanismo de referencia y contra-referencia así como las dinámicas de colaboración entre los profesionales de los equipos de salud involucrados (Castro, 2018; Pereyra *et al.*, 2018).

Metodología de trabajo

La metodología propuesta, responde a diferentes maneras de obtener y procesar la información que dé cuenta de la dinámica de la Red del

Sudeste Bonaerense a partir de una estrategia de métodos mixtos de análisis (Bellotti, 2015). En ella se articulan las técnicas cualitativas y cuantitativas tanto para la obtención del dato (datos epidemiológicos e institucionales, observación y entrevistas con perspectiva antropológica) como para el procesamiento posterior (diarios de campo, bases de datos, mapas, matrices y grafos). Esta articulación no se da espontáneamente, sino que es necesario construir un marco de análisis interdisciplinario que habilite preguntas a ser respondidas por ambos tipos de datos.

Como se mencionó, se articularon tres líneas de trabajo: a) el análisis de los sistemas y servicios de salud en red; b) el análisis espacial entre los centros de salud y la población en el territorio de referencia, enfocando en la localización, distribución, asociación, interacción y evolución (Buzai y Baxendale, 2006); c) el análisis de redes sociales (ARS) que identifica estructuras y dinámicas de flujo de pacientes entre los centros y la colaboración entre los servicios para cada caso.

En relación a la recolección de información en las instituciones que conforman la Red del Sudeste Bonaerense, es preciso decir que no es una tarea sencilla: la información sobre las características de los pacientes y sus itinerarios terapéuticos no está centralizada y es escasamente digitalizada. Así, hemos comenzado a analizar los registros médicos electrónicos del Servicio de Pediatría en el Hospital El Cruce de Florencio Varela (único efector de alta complejidad en la región) sobre referencia y contra-referencia de pacientes, lo cual nos condujo a otras instituciones de referencia tanto dentro como fuera de la Red del Sudeste. En dichas instituciones de segundo y primer nivel consultamos, a su vez, por las referencias de sus pacientes, estableciendo una “bola de nieve” de efectores de salud. Se obtuvieron datos de los cuatro municipios involucrados tanto a partir del registro electrónico como de registros manuales, revisando archivos y consultas personalizadas. Asimismo, hemos esta-

blecido un corte temporal inicial para el análisis de seis meses de información (Diciembre 2017 - Mayo 2018). Esta metodología nos permitió consolidar los límites de la muestra (Valente et al., 2013), a partir de la cual pudimos obtener algunos resultados y probar las herramientas de recolección y almacenamiento de la información deseada.

Hemos diseñando una base de datos propia, que contiene información sobre la circulación de los pacientes y los profesionales que han tenido participación. Asimismo, se establecieron mecanismos de triangulación entre los registros institucionales y las entrevistas en campo a medida que se fue sumando información (ver *infra*).

Es importante aclarar que el análisis de redes sociales tiene como base el estudio de la topografía de la red, es decir, analiza las características de su estructura a través de las relaciones entre los actores e instituciones que conforman la problemática analizada. Estas relaciones son expresadas a través de *modelos de red*, los cuales se componen de cuatro elementos fundamentales: los nodos (actores, instituciones, entidades, etc.), los lazos (vínculos específicos que se quieran medir), la matriz (una grilla con filas y columnas con valores en cada celda) y el grafo (es la expresión gráfica resultante).

Preguntas que guían la investigación

Este análisis estructural formaliza el carácter relacional la información recolectada: no nos preguntamos ¿Cuántos pacientes pediátricos atendió el efector D?, sino ¿de los 200 pacientes que se atendieron en el efector D en el período, de dónde fueron derivados y hacia dónde se los envió para continuar con su tratamiento? Para llevar adelante el ARS, una vez construido el grafo se identifican las distintas medidas de los

nodos (centralidades) y de la red completa, (componentes, densidad, conectividad, cohesión, configuración de subgrupos, entre muchas otras). En este sentido, ¿qué efector de salud resulta más central para el período 1? Y para el período 2? ¿Qué conjunto de efectores establecen un mayor número de derivaciones entre sí que en comparación con el resto de los efectores del sistema?

Como otros modelos provenientes de las teorías de la complejidad, la organización no-lineal de la información en los *modelos de red* apunta a observar las propiedades emergentes (Reynoso, 2011) que, en nuestro caso, se expresan en: a) centralidad y relevancia estructural de ciertos nodos en red, b) la frecuencia y la intensidad de las relaciones, caracterizándose como vínculos “fuertes” o “débiles” (Granovetter, 1973), c) la identificación de aquellos nodos que están más conectados entre sí que con el resto de los nodos del grafo, constituyendo subgrupos dentro del conjunto más amplio, d) identificación de situaciones estructurales y de funcionamiento a través de las métricas sobre puntos de corte y de puentes para los circuitos de gestión de pacientes, e) los circuitos de difusión de información entre instituciones, entre muchos otros (Castro, 2018).

De entre los modelos de red más habituales³⁵, nuestro caso de análisis presenta las características del denominado Modelo Centro – Periferia (Borgatti y Everett, 1999) que establece una distribución de los nodos en un subgrupo muy conectado entre sí y un conjunto de nodos dispersos en el grafo, vinculados directa o indirectamente con el subgrupo central. Así, las decisiones para elegir un centro de derivación va a verse

35 Modelos aleatorios (Wasserman y Faust, 1994), Modelos de mundo pequeño (Watts, 2003; Watts y Strogartz, 1998; White y Houseman, 2002), Modelos de Enlace Preferencial o Libres de Escala (Barabasi y Bonabeau, 2003; Robins, Woolcock y Pattison, 2005).

profundamente afectado por la tendencia hacia la proximidad en términos de red (no necesariamente geográfica): los hospitales tienden a elegir a los “socios de sus socios”, lo cual implica un alto coeficiente de clusterización en ciertas partes de la red (Lomi y Palloti, 2012).

Se han cumplido con los requisitos éticos para la recolección de datos con el aval del Comité de Ética del Hospital El Cruce y el tratamiento de esta información sensible, vinculado especialmente con el proceso de anonimizar los datos. Actualmente, contamos con los avales institucionales de las Secretarías de Salud de los cuatro municipios involucrados en esta investigación.³⁶

Resultados

A partir de estos pasos iniciales, se construyó una muestra compuesta por 1793 casos a partir de las derivaciones entre los efectores de salud registrados en la Red. Se analizaron registros de egresos hospitalarios (Unidad Terapia Intensiva Pediátrica y Hospital de Día) y pacientes ambulatorios del Servicio de Pediatría del HEC, registros de referencia y contra-referencia de la Secretaría de Salud de Quilmes, de Alte. Brown, de F. Varela y de Berazategui durante el período de Diciembre 2017 a Mayo 2018.

La base de datos diseñada especialmente para este análisis cuenta con 20 variables, compuestas por características del paciente, contexto familiar socioeconómico, características de la atención e institucionales, período de atención y vínculos con efectores de salud involucrados en el circuito de tratamiento.

36 Resolución del Comité de Ética del HEC en diciembre 2017.

El procesamiento de toda esta información ha generado cuatro herramientas concretas de investigación y gestión sanitaria que muestra de manera específica la estructura relacional entre los efectores de salud del territorio y una dinámica entre los servicios de atención involucrados.

Las primeras tres herramientas resultan del análisis de la información recabada: estadísticas sanitarias y poblacionales de elaboración propia; mapas de distribución de la demanda y ubicación de los efectores a los cuales se tuvo acceso en el período; y grafos que sintetizan la información relacional de las derivaciones de los pacientes entre los efectores.

A continuación se presentan las herramientas:

1. Estadísticas poblacionales y sanitarias de los pacientes pediátricos.

Se describen las características específicas de los pacientes que utilizan servicios de la red (edad, lugar de residencia, tipos de patología, servicios utilizados, convivientes, obra social, etc.) y de los efectores de salud (nivel de atención, ubicación y distrito sanitario al que corresponde, subsector público o privado, alcance administrativo nacional provincial o municipal).

En primer lugar, indagamos en las características generales de la población pediátrica que asistió en los efectores de salud de la región de interés. En la Tabla 1 se puede observar que la mayoría de los pacientes son masculinos, sin la cobertura de una obra social y con la madre registrada como soltera. Es importante aclarar que un 40% de los pacientes ambulatorios indicados en esta tabla se refieren a aquellos pacientes que han sido internados en el HEC y tienen un seguimiento ambulatorio en la misma institución. Luego, la continuidad del tratamiento está

a cargo del apoyo de las instituciones de 2° y 1° nivel de atención en el área de residencia del paciente.

Fecha	Totales	Sexo / Género		Condición de Egreso					Obra Social	
		F	M	Alta Definitiva	Traslados	Defun.	Ambulat.	Otros	Si	No
dic-17	280	102	178	160	9	0	110	1	95	185
ene-18	285	99	186	118	10	4	151	2	96	189
feb-18	270	88	182	121	5	5	135	4	90	180
mar-18	326	117	209	127	8	3	185	3	109	217
abr-18	310	119	191	134	8	2	164	2	99	211
may-18	322	129	193	130	15	4	170	3	110	211
Totales	1793	654	1139	790	55	18	915	15	599	1193
%	100	36,47	63,53	44,06	3,06	1	51,03	1	33,4	72,6

Tabla 1. Derivaciones y pacientes. Características generales (Elaboración propia).

Asimismo, cuando indagamos en el lugar de residencia de los pacientes, se da una composición interesante de personas que habitan en la Región Sudeste Bonaerense y en menor medida en otros distritos de la Provincia de Buenos Aires y del resto del país. Se observa esta distribución en el Gráfico 1, donde se puede ver la procedencia de los pacientes y su correlato en la Tabla 2. A simple vista, resalta la marcada característica de los pacientes: en un 78% habitan en los cuatro municipios de la Red y casi en un 90% son de los municipios de la Región Sanitaria VI.

Porcentaje de pacientes según lugar de residencia

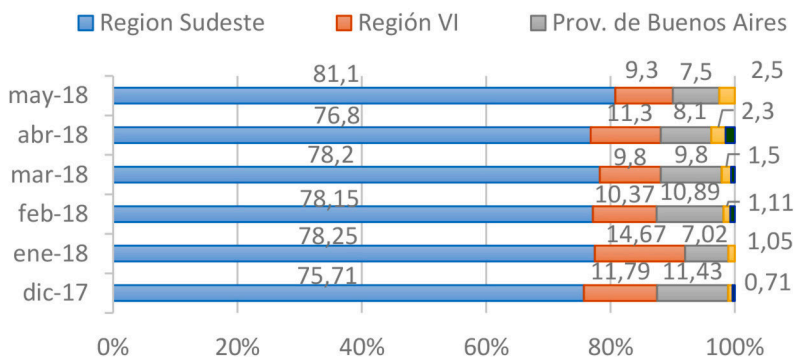


Gráfico 1. Porcentaje de pacientes según su lugar de residencia. Resumen gráfico (Elaboración propia).

Resumen	dic-17	ene-18	feb-18	mar-18	abr-18	may-18	Promedio
Región Sudeste	75,71	78,25	78,15	78,2	76,8	81,1	78,04
Región Sanitaria VI	11,79	14,67	10,37	9,8	11,3	9,3	11,21
Prov. de Buenos Aires	11,43	7,02	10,89	9,8	8,1	7,5	9,12
Otros Distritos	0,71	1,05	1,11	1,5	2,3	2,5	1,53
Sin Datos	0,36	0,00	0,74	0,60	1,50	0	0,53

Tabla 2. Porcentaje de pacientes según lugar de residencia. Resumen numérico (Elaboración propia).

Los tipos de patologías que tuvieron lugar en este período tienen una distribución dispar entre los pacientes. En la Tabla 3 se puede observar de un total de 14 categorías³⁷, el 60% de casos está conformado

³⁷ Las clasificaciones de enfermedades tienen siempre algún dejo de arbitrariedad. El criterio utilizado aquí no sigue escalas como la CIE10 (ICD - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems de la Organización Mundial de la Salud - 1992). En cambio, el criterio clasificatorio se construyó a partir de agrupar los casos de acuerdo a la intervención solicitada.

por: patologías neurológicas (31,46%), abdominal (16,51%) y congénitas (12,94%). Por su parte, la suma entre las cardiopatías y las cardiopatías congénitas, suman un 13,05%

Tipo de patología	#	%
Sin datos	26	1,45
Abdominal	296	16,51
Cardiológica	78	4,35
Congénita	232	12,94
Endocrinología	17	0,95
Infeccioso	24	1,34
Inmunología	6	0,33
Neurológica	564	31,46
Oncológico	61	3,40
Ortopedia y Traumatología	67	3,74
Respiratoria	133	7,42
Trauma	110	6,13
Cardiología - congénita	156	8,70
Cirugía	6	0,33
Trasplante	17	0,95
Total	1793	100%

Tabla 3. Tipos de Patologías en pacientes pediátricos (Elaboración propia).

Por otro lado, también nos preguntamos por algunas características de los efectores de salud desde los cuales se realizó la derivación a la Red. En primer lugar, identificamos dónde se ubican todos los efectores derivantes para el período analizado (Tabla 4). En segundo lugar, a qué nivel de atención corresponden (Tabla 5). Vale aclarar que durante los

meses analizados, muchos de los efectores de salud se han repetido, por lo cual, si se quisiera identificar cuántos efectores participaron en las derivaciones, los resultados de un total de 115 efectores: 38 del 1° nivel de atención, 58 del 2° y 19 del 3°.

Porcentaje de Centros de Derivación según su Ubicación			
Mes	RED Sudeste	REGIÓN VI	OTROS
dic-17	58,21	17,14	17,5
ene-18	60,35	18,25	21,4
feb-18	59,63	18,89	21,48
mar-18	60,7	18,4	20,9
abr-18	60	19,7	20,3
may-18	61,2	20,2	18,9
TOTALES	60,01	18,76	20,08

Tabla 4. Porcentaje de Efectores de salud según su ubicación geográfica. Resumen tabla (Elaboración propia).

Cantidad de Efectores de salud derivantes según nivel de atención			
Mes	1° nivel	2° nivel	3° nivel
dic-17	14	26	9
ene-18	16	30	8
feb-18	17	29	9
mar-18	19	33	10
abr-18	18	30	10
may-18	19	33	10
TOTALES	103	181	56

Tabla 5. Cantidad de Efectores de Salud según su nivel de atención por mes (Elaboración propia).

2. Mapas de geo-localización de los efectores y pacientes ambulatorios e internaciones, sentando el análisis en la distribución territorial de los prestadores en el área.

El enfoque territorial en esta investigación se nos presenta como un aspecto novedoso, en el cual se indagó sobre aquellos determinantes sociales que inciden, como las capacidades que tienen los servicios de salud para generar respuestas adecuadas y oportunas (Buzai, 2011) a una demanda específica de atención.

El puntapié inicial fue analizar en clave geográfica la distribución en el territorio de los efectores de salud y de la residencia de los pacientes atendidos en los servicios de la Red del Sudeste indicados en las Tabla 2 y Tabla 4, respectivamente. El Ilustración 1 muestra dicha distribución que, desde una lógica estadística, puede ser considerada como la frecuencia con que estas entidades y sus características aparecen en las diferentes unidades espaciales.

Se observa una mayor concentración de pacientes residentes en los partidos del sudeste que utilizan los servicios en ese territorio, con una distancia media menor a 5 km entre el lugar de residencia y el efector más cercano. Un 90% de los pacientes para este período vive en zonas densamente pobladas. Ninguno de ellos habita en CABA, aunque sí se registran derivaciones desde efectores de la ciudad de Buenos Aires hacia el HEC.

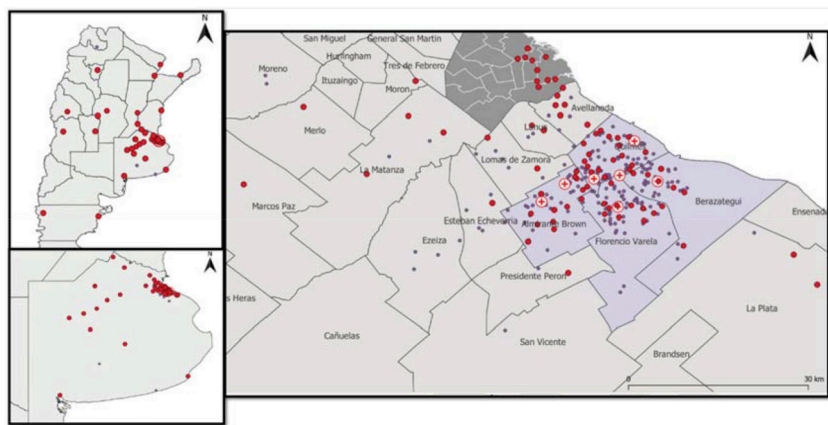


Ilustración 2. Distribución geográfica de efectores de salud derivantes (puntos rojos) y pacientes de la Red del sudeste Bonaerense (puntos azules). Las marcas en cruz indican los 8 hospitales de la Red del Sudeste Bonaerense (Elaboración propia).

3. Grafos que expresan la circulación de pacientes pediátricos entre los efectores registrados para los casos de atención

En la primera etapa de trabajo, se puede observar en la Ilustración 2 que el flujo de pacientes entre los efectores de salud locales presenta un modelo de centro/periferia (Borgatti y Everett, 1999). El grafo está construido sobre un set de datos que evoluciona dado que se le agrega información cada mes referente a los efectores públicos de salud surgidos en los registros para el período (nodos) y a la circulación entre ellos de pacientes pediátricos internados y ambulatorios (lazos). Este análisis de redes longitudinal (Vu et al., 2017), presenta algunos resultados preliminares sobre la dinámica de circulación de pacientes entre los 115 efectores (nodos) de salud incluidos en el registros de las 1793 derivaciones al Hospital El Cruce. Del total de efectores, se observan 38 para el primer nivel, 58 para del segundo nivel y 19 para el tercero. Vale la aclaración que se están analizando datos que vinculan

a los efectores del segundo nivel con los del primero, de modo que quede reflejada la circulación de personas entre los distintos niveles de atención en el territorio.

Los resultados iniciales sugieren:

- Un modelo de grafo denominado “estrella”, indica al HEC con un marcado protagonismo a partir de una alta centralización de la dinámica de circulación (esta posición se verá relativizada a medida que incorporemos las derivaciones entre los efectores del primer nivel y el segundo).
- El alcance territorial de la atención de la Red está en expansión: 20% de los pacientes y de los efectores que usan los servicios de la Red del Sudeste Bonaerense, están ubicados en otras regiones.
- El coeficiente de Jaccard del grafo es bajo, implicando gran variación mensual en las instituciones derivantes. Sin embargo, se observan lazos más fuertes con los Hospitales de la Red que con efectores de otros distritos.
- La Red brinda canales de derivación unidireccionales al tercer nivel pero presenta obstáculos en la contra-referencia, desequilibrando la atención del área y provocando la sobrecarga del HEC en el seguimiento de pacientes.

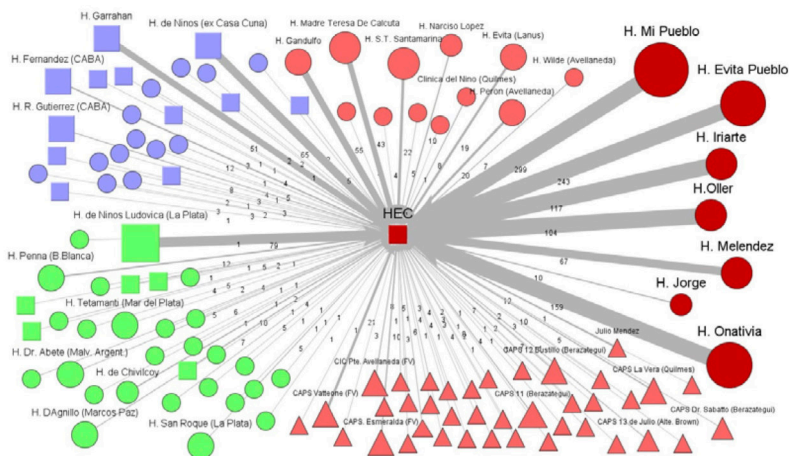


Ilustración 3. Derivaciones entre efectores de salud de los tres niveles de atención: primer nivel (triángulos), segundo nivel (círculos) tercer nivel (rectángulos). Lugares de derivación: efectores ubicados en los distritos de la Red del Sudeste (rojo) efectores ubicados en la provincia de Buenos Aires (verde), efectores ubicados en otros distritos del país (violetas). El número sobre cada lazo indica la cantidad de derivaciones entre el efector y el Hospital El Cruce (Elaboración propia).

Discusión y conclusiones

El objetivo de este artículo fue presentar el planteo general del proyecto que venimos llevando adelante en la Red del Sudeste Bonaerense, tanto el marco teórico general como así la estrategia metodológica que instrumenta nuestra perspectiva relacional. Asimismo, se presentaron algunos de los resultados preliminares del análisis de la estructura sanitaria de circulación de pacientes pediátricos entre los efectores de salud de la Red, a partir de la elaboración de una base de datos propia que, con las dificultades del caso, fuimos consolidando para el primer semestre de la muestra. Finalmente, el procesamiento de esta información permitió generar herramientas que apuntan a una mejor planificación y manejo en la gestión sanitaria de la región: estadísticas, mapas, grafos y la aplicación web para derivaciones entre los efectores de la Red.

La investigación espacial interdisciplinaria de las relaciones entre los distintos tipos de efectores sanitarios de la Red del Sudeste posibilita tener una visión global de la dinámica territorial de salud, considerando los recursos disponibles y las capacidades instaladas en los cuatro distritos involucrados. Dicho tipo de análisis posee una gran potencialidad, dado que el análisis centrado en los modelos de gestión en red, aporta al avance en la implementación de mejoras en la salud pública, incluyendo propuestas de desarrollo de registros de pacientes y bases centralizadas de datos georeferenciados que permitan una derivación eficiente promoviendo, además, la equidad en la atención en el territorio de influencia.

Entre las características que resaltan de la información relevada de los pacientes pediátricos de la sub-región, se destacan:

- a) Mayor cantidad de varones que mujeres: 63,53% y 36,47% respectivamente.
- b) Mayor cantidad de altas definitivas que de traslados: sugiere que los mecanismos de contra-referencia hacia niveles de atención de menor complejidad tienen escasa frecuencia o insuficientes registros del suceso.
- c) De los pacientes ambulatorios, el 40% se corresponde con el seguimiento de pacientes que requirieron internación ya sea en Sala Pediátrica, Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica u Hospital de Día.
- d) La atención clínica y quirúrgica en neurología compone el 31,46% del total de los registros analizados. Asimismo, las patologías congénitas (ya sea cardiológicas u otras) se corresponde con un 21,64%.

- e) Mayor cantidad de personas que no tienen cobertura con obra social.
- f) Mayor cantidad de pacientes con madre soltera. De más está decir que esta situación no significa linealmente que la crianza o el cuidado del paciente está al resguardo de una sola persona. Se requiere mayor indagación en este aspecto central para las indicaciones posteriores a las altas o traslados a partir de entrevistas en profundidad e información cualitativa de análisis.
- g) La estructura jerárquica del sistema de referencia de pacientes entre los efectores de salud de la misma área posiciona al HEC como el centro del sistema, articulando los 3 niveles de atención. Sin embargo, esta centralidad atenta contra el ideario de las redes integradas en servicios de salud, ya que sería deseable que no estuviera tan desbalanceado en relación a la atención en los otros niveles.
- h) Hasta el momento, la gran variación de las instituciones derivantes (medido a través del coeficiente de Jaccard) indica una ampliación territorial de hecho en el alcance de la Red.
- i) El alto coeficiente de clusterización o agrupamiento que presentan este tipo de estructuras con forma de “estrella” es el resultado del conjunto de decisiones tomadas por cada uno de los efectores de salud involucrados al momento de derivar a sus pacientes hacia el HEC. Si vemos el comportamiento de cada institución en una escala micro, vemos una relación dual entre efectores que se construyen a partir de diferentes motivos: la diferencia entre las prestaciones o complejidad en la atención, cierta cercanía geográfica, una proximidad institu-

cional a partir de protocolos de derivación y algunos vínculos informales fuertes que las posibilitan. Sin embargo, si vemos esta mecánica de derivación a una escala macro, se podría afirmar que las configuraciones centro/periferia (Borgatti y Everett, 1999) no son generadas por diferencias individuales de actividad o “popularidad”. Es decir, la tendencia opuesta a una contra-referencia amplia es el resultado que enfatiza la naturaleza jerárquica de las actividades de transferencia de un paciente entre los efectores de la región (Lomi y Palloti, 2012; Valente y Pitts, 2017).

Por último, debemos destacar que el desarrollo de este proyecto se consolida de manera continua. A pesar que la recolección de información en ocasiones se torna dificultosa, el acuerdo de trabajo para colaborar entre los cuatro municipios de la Red del Sudeste así como entre los efectores de salud involucrados, se fortalece a medida que avanzamos en el análisis e implementación de los resultados. Las herramientas desarrolladas hasta el momento y la posibilidad de difundir los datos procesados contribuyen a mejorar la actuación de lxs profesionales de la salud tanto en el acceso y distribución de la atención como de la gestión sanitaria local.

Nuevas propuestas: Desarrollo de la *App del Sudeste*

En el desarrollo de este proyecto se advirtió la necesidad de profesionales que actualmente ejercen en el subsector estatal de disponer de información precisa y oportuna sobre los efectores de salud de la región que impide/obstaculiza la correcta, adecuada y eficaz referencia

entre las instituciones, disciplinas, profesionales o niveles de atención, dificultando el acceso de pacientes y familiares a la capacidad sanitaria instalada. La falta de información necesaria para utilizar de manera eficiente los recursos que una Red de trabajo colaborativo e interinstitucional supone, afecta negativamente sobre el proceso salud/enfermedad/atención/cuidado.

En este sentido, se planteó la posibilidad de hacer llegar a los profesionales una base de datos actualizada que les permita decidir notifiadamente sobre la derivación y/o referencia de pacientes. La información alojada en la base de datos centralizada contiene los siguientes datos: nombre y ubicación geográfica de los efectores de salud de la región, especialidades y profesionales que allí trabajan, infraestructura/aparatoología disponible y nivel de atención al que pertenece y dato de contacto.

Dicha base de datos se presenta como una herramienta de fácil disponibilidad y acceso de cada profesional en el formato de una aplicación web (aplicación de uso en telefonía celular) que contiene la oferta prestacional local-regional de manera dinámica, geo-referenciada y de uso amigable. La localización de la residencia del paciente permitirá definir lugares de atención y especialistas más cercanos y/o disponibles a partir de las patologías y tratamientos indicados; evitando demoras, circulación innecesaria de pacientes por servicios autogestionados y aumento costos de sistema y de bolsillo. En la Ilustración 3 se puede observar la información requerida para la búsqueda: ya sea a partir de una especialidad médica y/o de un rango territorial donde el/la paciente tenga acceso pensando en su cercanía al domicilio. Asimismo, en la Ilustración 4 se muestra la captura de pantalla con los resultados de la búsqueda anterior, es decir los efectores de salud que cuentan con dicha especialidad y/o se encuentran localizados en el rango territorial de la indagación.

Este proyecto es interdisciplinario entre el Instituto de ciencias de la salud y la carrera de Ingeniería en informática de la UNAJ, el desarrollo es patrimonio de la Universidad con la participación activa de las Secretarías de Salud de los Municipios que conforman la Red del Sudeste. Gran parte de dicha información ya está recolectada en diferentes repositorios Web (<http://www.region6.com.ar/>) o bien los sitios Web de las Secretarías de Salud de Berazategui, Florencio Varela, Quilmes o Almirante Brown. Sin embargo, la centralización de la misma, su validación, actualización y el fácil acceso de quienes son profesionales de la salud miembros de la red, será un valor agregado para la micro y meso gestión de calidad sanitaria así como al uso eficiente de los recursos en red.

Para la realización y mantenimiento de esta iniciativa la integración entre instituciones apunta a fortalecer los trabajos colaborativos entre disciplinas (Salud, Ciencias Sociales y Humanas, Sistemas, Ingenierías, entre otras) y entre entidades sanitarias de diferentes distritos (de todos los niveles de atención) con el fin de resolver problemas comunes que han obtenido soluciones fragmentadas.

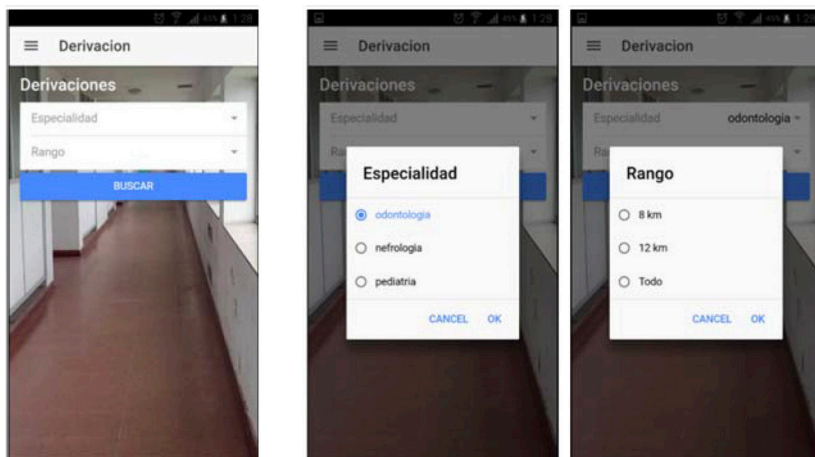


Ilustración 4. Aplicación Web para derivación entre los efectores de la Red del Sudeste Bonaerense.

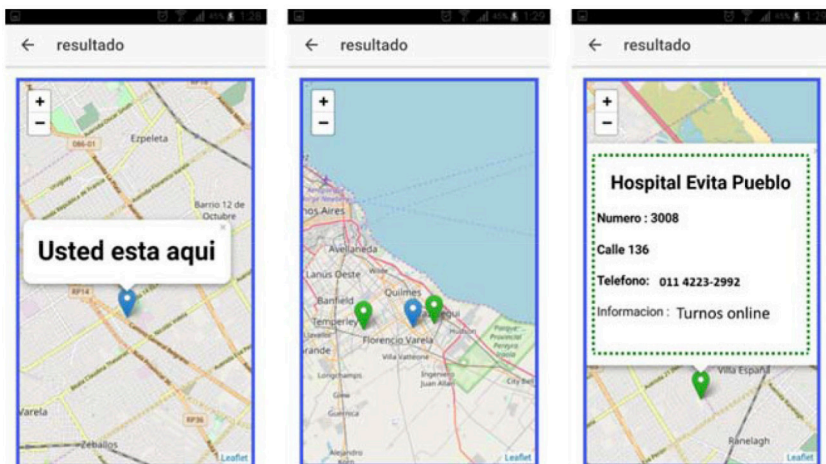


Ilustración 5. Resultados de la búsqueda en la salida cartográfica. Se utiliza la aplicación llamada ©Open Street Map, la cual garantiza el libre acceso a los datos gráficos, con la posibilidad enriquecer la base colectiva de información.

Esta aplicación web desarrollada por la UNAJ a pedido de este equipo de trabajo es una herramienta novedosa, que introduce una innovación tecnológica en la dinámica de atención inédita en la región. Actualmente, se encuentra en su fase inicial por lo cual se requiere mayor indagación para enriquecer su funcionamiento y difundir con el mayor alcance posible su utilización.

Bibliografía

- Alvarez, D. (2008). *Investigación en sistemas y servicios en salud: debate entre el conocimiento y la prescripción. Estudio exploratorio aplicado al caso de la tesis de una institución de posgrado*. Tesis de Maestría en Metodología de la Investigación Científica, Universidad Nacional de Lanús, Lanús.
- Alvarez, D.; Medina, A.; Turkenich, M. y T. Poccioni (2017). Investigación sanitaria en espacios locales, prioridades y barreras para la producción de conocimiento. Presentación en *II Jornadas de Investigación y Vinculación de la UNAJ Territorio, investigación y vinculación: Problemas y potencialidades en el contexto actual*. UNAJ, Florencio Varela, Agosto.
- Barabási, A. L. y E. Bonabeau (2003). Scale-Free Networks. *Scientific American*, 288, 60-69. <http://dx.doi.org/10.1038/scientificamerican.0503-60>.
- Bellotti, E. (2015). *Qualitative Networks. Mixed methods in sociological research*. Londres, Routledge.
- Belmartino, S. (2001). Delimitación del campo de la investigación en sistemas y servicios de salud. En Red de Investigaciones del Cono Sur (comps.) *Investigación en Sistemas y Servicios de Salud*, pp. 36-52. Río de Janeiro, Cuadernos para Discusión.
- Borgatti, S. y M. Everett (1999). Models of Core/Periphery Structures. *Social Networks*, 21, 375-395. [http://dx.doi.org/10.1016/S0378-8733\(99\)00019-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0378-8733(99)00019-2).

- Buzai, G. (2011). Modelos de localización-asignación aplicados a servicios públicos urbanos: análisis espacial de Centros de Atención Primaria de Salud en la ciudad de Luján, Argentina. *Revista Colombiana De Geografía*, 20 (2), 111-123.
- Buzai, G. y C. Baxendale (2006). *Análisis socioespacial con Sistemas de Información Geográfica*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Carvalho, J. (1994). Investigaçãõ em serviços de saúde qual é o seu problema. *Saúde e Sociedade*, 3 (2), 64-111. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n2/05.pdf> (Accedido el 23 de julio de 2019).
- Castro, M. (2018). Investigación sobre sistemas de salud y redes complejas: aportes al enlace ciencia-política desde un análisis de métodos mixtos. Presentación electrónica (*EPoster*) en el Vº Simposio Mundial Avance de los Sistemas de Salud en la Era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), organizada por la Health Systems Global. Liverpool, Reino Unido. Recuperado de <https://epostersonline.com/gshr2018/authors?title=castro>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2016). Estudio Económico de América Latina y el Caribe, 2016 (LC/G.2684-P), Santiago de Chile.
- Granovetter, M. (1973). The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*, 78 (6), 1360-1380.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) (2012). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Censo del Bicentenario: resultados definitivos*. Serie B nº 2. 1a ed. Buenos Aires.

- Lomi, A. y F. Pallotti (2012). Relational collaboration among spatial multipoint competitors. *Social Networks* 34 (1), 101-111.
- Medina, A. y P. Narodowski (2015). *Estado, Integración y Salud. La gestión en red de un hospital público*. Buenos Aires, Editorial Imago Mundi.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Recuperado de <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volumel.pdf> (Accedido 23 de julio de 2019).
- Ghaffar, A., Gilson, L., Tomson, G., Viergever, R., y J. Røttingen (2016). Where is the policy in health policy and systems research agenda? *Bulletin of the World Health Organization*, 94 (4), 306-308. doi:10.2471/BLT.15.156281.
- Pereyra, M. (2017). *Red pediátrica Sudeste: Una experiencia formal que nos compromete con una problemática creciente: "las condiciones crónicas de salud"*. Tesis de posgrado para la Diplomatura en Redes de Atención en Salud. Universidad Nacional Arturo Jauretche. Florencio Varela. Buenos Aires. Inédito.
- Pereyra, M. (2010). Red Pediátrica El Cruce. *Revista para la Comunidad*. Año 1, núm. 3 Agosto-Septiembre. Editada por el Hospital El Cruce de Alta Complejidad en Red. F. Varela, Buenos Aires. Recuperado de <https://repositorio.hospitalelcruce.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/208/RevComunidad2010%281%293.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Accedido 23 de julio de 2019).

- Pereyra, M., Barbis, E., Castro, M., Graziano, A., Favero, E., Fontana, S. e I. Scaramutti (2019). Redes de atención pediátrica: flujo de pacientes y colaboración profesional entre los efectores de salud de la Red del Sudeste Bonaerense. *Revista del Hospital El Cruce (HEC)*, 24, 1-7.
- Reynoso, C. (2011). *Redes Sociales y Complejidad. Modelos interdisciplinarios en la gestión sostenible de la sociedad y la cultura*. Buenos Aires, Editorial SB.
- Robins, G., Woolcock, J., y P. Pattison (2005). Small and other worlds: Global network structures from local processes. *American Journal of Sociology*, 110, 894-936.
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la salud*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Testa, M. (1997). *Pensar en salud*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Valente, T., Fujimoto, K., Unger, J., Soto, D. y D. Meeker (2013). Variations in network boundary and type: A study of adolescent peer influences. *Social Networks* 35, 309-316.
- Valente, T. y S. Pitts (2017). An Appraisal of Social Network Theory and Analysis as Applied to Public Health: Challenges and Opportunities. *Annual Review Public Health*, 38, 103-18.
- Vilaça Méndes, E. (2013). *Las Redes de Atención de Salud*. Organización Panamericana de la Salud, Ed. en español. Brasilia.
- Vu, D., Lomi, A., Mascia, D. y F. Pallotti (2017). Relational event models for longitudinal network data with an application to interhospital patient transfers. *Statistics in Medicine*, 36 (14), 2265-2287.

Wasserman, S. y K. Faust (1994). *Social Networks Analysis: Methods and applications*. New York: Cambridge University Press, 2018.

Watts, D. (2003). *Seis grados de separación: la ciencia de las redes en la era del acceso*. Barcelona: Paidós.

Watts, D. y S. Strogatz (1998). Collective dynamics of ‘smallworlds’ networks. *Nature*, 393 (4), 440-442.

White, D. y M. Houseman (2002). The Navigability of Strong Ties: Small Worlds, Tie Strength and Network Topology. *Complexity*, 8 (1), 72-81.

Envejecimiento y desigualdad: Diferenciales geográficos de longevidad y condición socioeconómica en el Área Metropolitana de Buenos Aires

JAVIER ARAKAKI (INSSJP PAMI), **LILIANA BORSANI** (Universidad Nacional Arturo Jauretche, Instituto de Ciencias de la Salud)
JORGE PÉREZ BLANCO (INSSJP PAMI), **DANIELA ALVAREZ**
(Universidad Nacional Arturo Jauretche, Instituto de Ciencias de la Salud)

El Envejecimiento de la población argentina

La población argentina se encuentra envejeciendo.

Para medir este proceso utilizamos el criterio categorial utilizado por ONU y CEPAL, y partimos a la población en tres grandes grupos etarios categorizados como:

- Los *Niños* (0 a 14 años);
- El grueso de la *Población Económicamente Activa* (de 15 a 59 años);
- Las *Personas Mayores* (60 años y más).

Utilizando ésta partición comparamos los datos de los censos nacionales de 1991, 2001 y 2010, más las proyecciones del INDEC hacia el año 2040, y construimos la evolución de estas categorías (FIGURA 1):

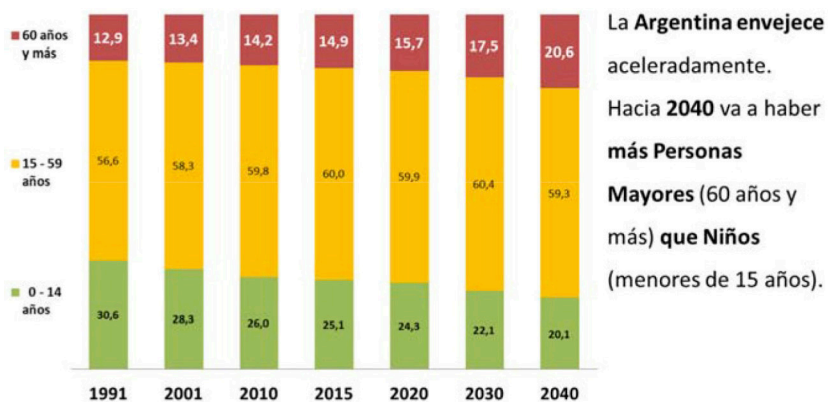


Figura N.º 1. Evolución de la estructura de la población argentina, por grandes grupos de edad (1991-2040).

Fuente: elaboración propia a base a datos tomados del INDEC: Censo 1991, 2001 y 2010. Y «Estimaciones y Proyecciones 2010-2040».

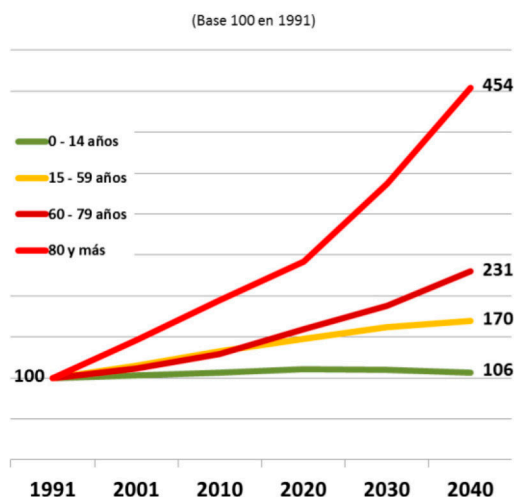
Lo que encontramos es una tendencia relativa ascendente del grupo de *Personas Mayores (60 años y más)*. En 1991 constituían el 12,9% de la población; ya en 2015 representaban 2 puntos porcentuales más; y en la distribución etaria de la población proyectada por el INDEC para 2040, este grupo va a constituir más del 20% de la población.

Es importante señalar que esta tendencia ascendente del grupo etario de las personas mayores se produce en detrimento del grupo etario *Niños (de 0 a 14 años)*, el cual pasa de representar más del 30% de la población en 1991, al 20% en la proyección a 2040.

Y cabe destacar también el otro aspecto que se desprende de este gráfico: el porcentaje del grueso de la *Población Económicamente Activa (entre 15 y 59 años)*, se mantendrá estable hasta 2040, representando un 60% de la población total. Esta situación constituye una ventaja (eco-

nómica, productiva) a tener en cuenta en los próximos 20 años, ventaja que en demografía se denomina: “bono demográfico”.

Para observar con mayor claridad y detalle este proceso general de envejecimiento de la población argentina en el periodo 1991-2040, realizamos un cálculo relativo de crecimiento de cada subgrupo etario con respecto a sí mismo. Tomando como “base 100” el censo de 1991, calculamos cuánto creció y proyecta crecer cada grupo etario en los próximos años (FIGURA 2):



El grupo etario que proyecta el **mayor crecimiento** a nivel nacional hacia **2040**, es la **Población de 80 años y más.**

Figura N.º 2. Crecimiento de la población argentina por grupos de edad, con proyección a 2040.

Fuente: elaboración propia a base a datos tomados del INDEC: Censo 1991, 2001 y 2010. Y «Estimaciones y Proyecciones 2010-2040».

En el gráfico podemos observar que el grupo etario “0 a 14 años” va crecer levemente hasta 2020, y desde entonces vuelve a decrecer hasta llegar prácticamente al punto de inicio hacia el 2040. Que el grueso de

la Población Económicamente Activa (entre 15 y 59 años) va a ser un 70% más voluminoso en 2040 con respecto a 1991. Pero sobre todo vemos que a partir del año 2020 va a crecer marcadamente el grupo etario de “60 años y más” y particularmente, dentro de ese grupo, la población de 80 años y más. Este sector de la población va a quintuplicar su volumen absoluto para 2040 con respecto a 1991: donde había 100 personas de 80 años y más en 1991, va a haber más de 450 en 2040.

Esta primera observación nos permite ver que la población argentina, en poco más de 20 años desde hoy, va a cambiar fuertemente su fisonomía. Proyecta mantener el volumen actual de Niños, pero se prevé una presencia cada vez mayor de Personas Mayores; sobre todo van a convertirse en sujetos mucho más visibles las personas que superan los 80 años.

De esta manera, en poco más de 20 años, la población argentina va a presentar una distribución etaria en la cual, por primera vez en su historia, habrá más personas mayores que niños. A este proceso se lo denomina “transición demográfica”, y en el mismo se encuentra sumida no sólo la población argentina, sino también la región de Latinoamérica y prácticamente todo el mundo a distintos ritmos.

Esta proyección demográfica instala en el debate público –desde hoy mismo– una serie de cuestiones a estudiar y resolver en el corto y mediano plazo. Cuestiones relacionadas con la economía de la salud; las políticas previsionales; los diagnósticos sociosanitarios; la representación política; las adaptaciones culturales necesarias.

Para poder avanzar en la línea de los diagnósticos sociosanitarios, presentamos a continuación un análisis estadístico de una serie de variables asociadas al envejecimiento de las poblaciones.

1.1 ¿Por qué envejece la población...?

Hay dos grandes razones por las cuales una población puede crecer: nacimientos e inmigraciones. Y otras dos por las que puede decrecer: muertes y emigraciones.

El proceso inmigratorio en la Argentina tocó su pico en 1914, cuando 1 de cada 3 habitantes era extranjero, pero desde la década de 1980 la presencia de población extranjera en el país no supera el 5% (INDEC, 2014:10). Por su parte, no somos un país que se caracterice por el movimiento inverso. El último “pico emigratorio” que se registra tiene que ver con la crisis de 2001, y afectó principalmente a pequeños sectores de la clase media urbana de Buenos Aires.

La población argentina no envejece o rejuvenece debido a los procesos migratorios. Por lo tanto nos queda observar los otros dos procesos: los nacimientos y las muertes.

Si comparamos la “tasa de fecundidad” y la “expectativa de vida” de todos los Censos desde 1869 más las proyecciones hacia 2040, nos encontramos con la siguiente evolución de ambas variables (FIGURA 3):



Figura N.º 3. Evolución de la tasa de fecundidad y la esperanza de vida al nace, Argentina, 1869-2040.

Fuente: elaboración propia a base a Estimaciones y proyecciones del INDEC.

A finales del siglo XIX, el promedio de hijos por mujer era 7. A mediados del siglo XX era 3. Desde la década de 1990 ese número viene en claro descenso. Hoy nos encontramos en torno a 2,3 hijos por mujer. Cuando ese número sea menor a 2,1 (límite de la “tasa de reemplazo”) la población comenzaría a decrecer absolutamente, a menos que se la compense con inmigración.

Por su parte, la expectativa de vida a finales del siglo XIX estaba en torno a los 40 años. A mediados del siglo XX –y gracias fundamentalmente a las políticas sociosanitarias que permitieron una reducción sensible de la mortalidad infantil– la expectativa de vida se instaló en torno a los 65 años. Hoy se encuentra en torno a los 76 años proyectada a 80 en 2040.

Es decir: vivimos más y tenemos menos hijos. Con este movimiento constante, hay cada vez mayor presencia relativa de *Personas Mayores* que de *Niños*. Por lo tanto: la población envejece.

1.2 La Feminización del Envejecimiento

En líneas generales, existe un claro proceso de “feminización del envejecimiento”. Según la distribución por sexo y grupos de edad que surge del Censo 2010, hasta los 21 años, en la población argentina, hay levemente más varones que mujeres. Desde entonces, pero sobre todo a partir de los 60 años, la presencia relativa de mujeres es cada vez más alta para cada grupo de edad (FIGURA 4).

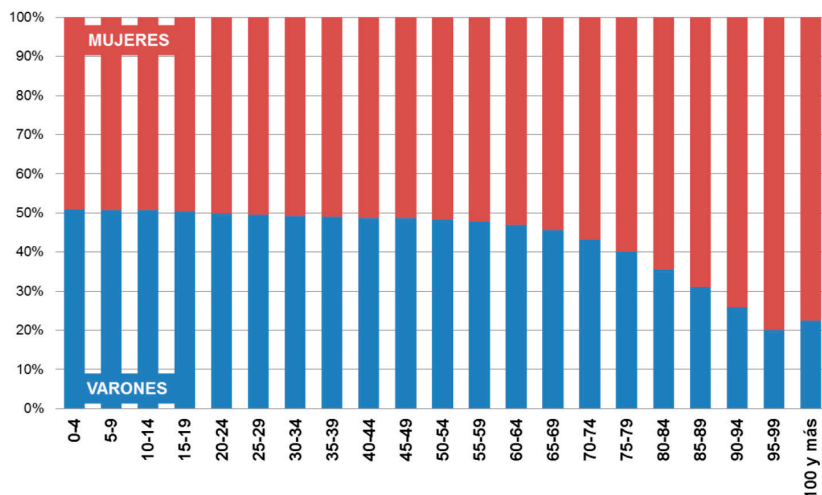


Figura N.º 4. Distribución de porcentaje por sexo de la población argentina, según grupos quinquenales de edad.

Fuente: elaboración propia a base a Censo 2010 - INDEC.

La expectativa de vida de las mujeres está en torno a los 79 años, mientras que en los varones se encuentra en torno a los 74. Esta característica del envejecimiento instala un elemento más a tener en cuenta cuando pensamos al universo de las personas mayores: la mayoría son mujeres.

Y son también fundamentalmente mujeres las que se encargan de las actividades de cuidado que desarrollan hacia dentro del seno familiar las personas mayores, por ejemplo: cuidando nietos o cónyuges; cuando no también a los padres o abuelos.³⁸

2. El cálculo del Índice de Envejecimiento

Un indicador que permite observar en forma directa y sencilla este proceso de envejecimiento poblacional que estamos analizando, es el Índice de Envejecimiento.

Éste índice relaciona los dos extremos de la pirámide poblacional, y muestra la cantidad de *Personas Mayores (60 años y más)* por *cada 100 Niños (0 a 14 años)*. Se calcula de la siguiente manera: Cantidad de personas mayores / Cantidad de Niños * 100; y se lee como lo indica el siguiente gráfico (FIGURA 5).



Figura N.º 5. El cálculo del Índice de Envejecimiento.

38 El aumento de la expectativa de vida ha generado por ejemplo una población estable de más de 4.000 afiliados de 100 años o más en PAMI, lo que genera, entre otras cosas, una serie de “familias geriatrizadas”, es decir: padres, hijos y nietos de 60 años y más, cuyos cuidados mutuos se realizan fundamentalmente entre sí en el seno familiar. Ver: Arakaki, Pérez Blanco y otros, “La población Centenaria de PAMI: protagonistas de 100 años de historias”, PAMI/OPS, ISBN 978-987-21224-3-0, Buenos Aires, 2019, p. 65.

En este momento el Índice de Envejecimiento en la Argentina es 65, es decir: por cada 100 Niños hay 65 Personas Mayores.

Si observamos la evolución de éste índice en la población argentina, entre los Censos de 1991 y 2010, más las proyecciones hacia 2040, podemos ver el mismo proceso que observábamos más arriba, pero en forma más clara (FIGURA 6):

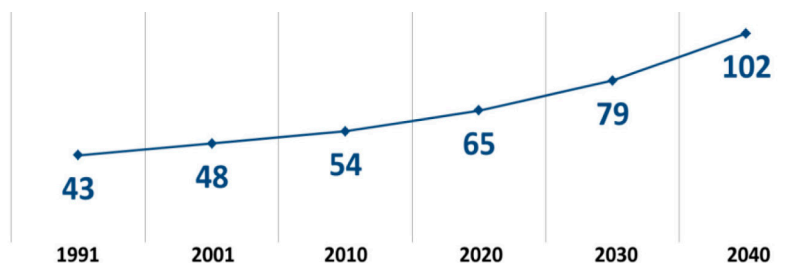


Figura N.º 6. Evolución del Índice de Envejecimiento en la Argentina.

Fuente: elaboración propia en base a datos del Censo 2010 y «Proyecciones y estimaciones 2040» - INDEC.

Como vemos en el gráfico, el Índice de Envejecimiento viene en aumento, y hacia el año 2040 se proyecta que va a dar más de 100, es decir: va a haber más Personas Mayores que Niños.

Como todo indicador, para saber si esto es “mucho o poco”, hace falta tener puntos de referencia. Para ello, calculamos los índices de Envejecimiento de varios países de la región Latinoamericana y lo comparamos con el de la Argentina (FIGURA 7):

El Índice de Envejecimiento en países de América Latina

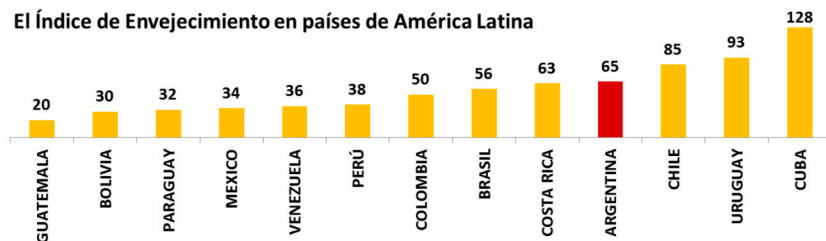


Figura N.º 7. El Índice de Envejecimiento en países de América Latina.

Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de populationpyramid.net.

Podemos observar que el país más envejecido de América Latina es Cuba, donde hay 128 personas mayores por cada 100 niños. En este ranking, la Argentina ocupa el 4 lugar, casi junto a Costa Rica. Pero el dato interesante a observar en relación a los 4 países más envejecidos, es que si sumamos la población total de Cuba, Chile, Uruguay y Costa Rica, es menos que la población Argentina. Con lo cual, es interesante comparar el Índice de Envejecimiento entre los países más poblados: México, Colombia, Brasil y Argentina, donde nuestro país presenta la sociedad más envejecida en este momento.

Otro parámetro es comparar el Índice de Envejecimiento de Argentina en relación a los países más desarrollados. Como universo tomamos a los países del G20, calculamos los índices de envejecimiento para cada uno de ellos, y construimos el siguiente gráfico (FIGURA 8):

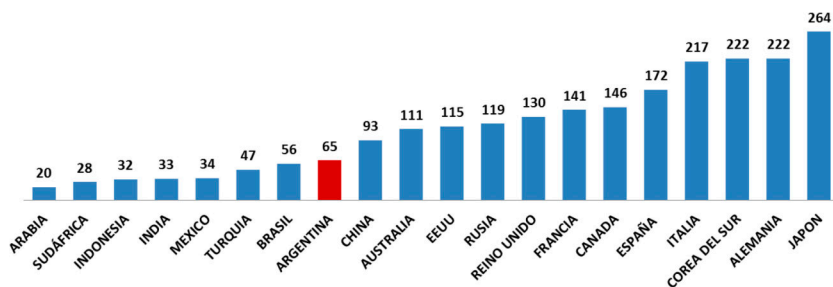


Figura N.º 8. El Índice de Envejecimiento en los países del G20.

Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de populationpyramid.net.

El país más envejecido del planeta es Japón, donde hay 264 personas mayores por cada 100 niños. A su vez observamos que 11 de los 20 países del G20 ya muestran un Índice por encima de 100, es decir: tienen más personas mayores que niños en sus sociedades.

A continuación vamos a observar cómo se distribuye el Índice de Envejecimiento hacia el interior de los límites de la República Argentina y particularmente en la región del AMBA.

2.1 La distribución territorial del Índice de Envejecimiento en la Argentina

Esta desigualdad que encontramos cuando comparamos el Índice de Envejecimiento entre distintos países nos obliga a observar cómo es la distribución de este indicador hacia dentro del país. Calculamos y comparamos el mismo entre las provincias y nos encontramos con el siguiente patrón (FIGURA 9):

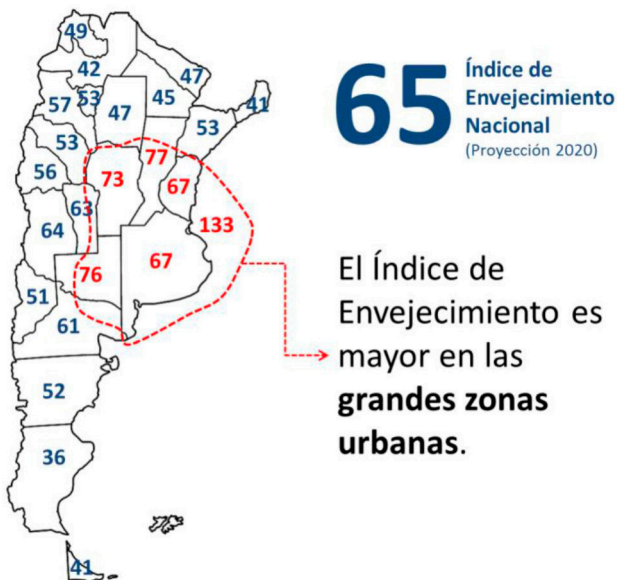


Figura N.º 9. Distribución del Índice de Envejecimiento en la Argentina.

Fuente: elaboración propia en base a: INDEC, «Población por sexo y grupos quinquenales de edad. Total del país. Años 2010-2040».

Los extremos NEA, NOA y Patagonia presentan los niveles más bajos de Envejecimiento de la Población, con Índices inferiores a 50 (menos de 50 Personas Mayores cada 100 Niños). Pero podemos ver que en la región Centro del país y el AMBA se concentran las poblaciones más envejecidas, con índices cercanos a 100, y en la CABA un Índice de Envejecimiento de 133, es decir: la ciudad capital presenta ya hoy una población con 133 Personas Mayores cada 100 Niños.

Esta característica de poblaciones más envejecidas en las zonas con mayor concentración de población urbana nos lleva a observar en detalle este índice en la región del AMBA.

La región del AMBA se compone de 15 núcleos poblacionales: las 15 Comunas de la CABA + los 24 Municipios del GBA. Calculamos el Índice de Envejecimiento para cada uno de ellos y al georreferenciarlos nos encontramos con un llamativo patrón de distribución territorial del envejecimiento en el AMBA (FIGURA 10):

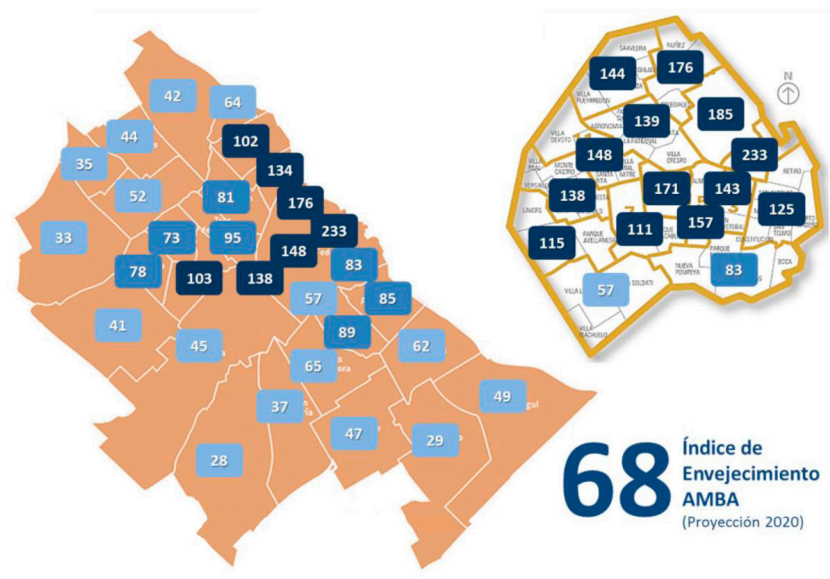


Figura N.º 10. Distribución del Índice de Envejecimiento en el AMBA.

Fuente: elaboración propia en base a: INDEC, «Población por sexo y grupos quinquenales de edad. Total del país. Años 2010-2040».

En los Municipios que componen el cordón externo del Gran Buenos Aires (Florencio Varela, Ezeiza, Moreno, José C. Paz) el Índice de Envejecimiento está en torno a los 30 puntos. Pero en la medida que nos acercamos a la CABA, este índice sube sustantivamente. En Avellaneda, Lanús, San Martín o Tres de Febrero, el Índice de Envejecimiento se encuentra cercano a 100, en torno a las 85 Personas Mayores cada 100 Niños.

Pero lo más llamativo es cómo se concentran las poblaciones más envejecidas formando una verdadera “medialuna de la longevidad”, que arranca en Morón (103), pasa por Ramos Mejía y entra a la CABA por Devoto (138), continúa hasta Caballito (148) pegando la vuelta hacia la Recoleta (233), y retorna hacia la Zona Norte por el corredor Palettero-Belgrano-Vicente López-San Isidro. En toda esa *medialuna* el Índice de Envejecimiento es superior a 100, es decir: ya hoy viven más Personas Mayores que Niños.

Llamativamente la distribución del envejecimiento en el AMBA es absolutamente regular y ordenada. ¿Con qué indicadores socioeconómicos se encuentra asociado este patrón de distribución territorial...?

2.3 El Índice de Envejecimiento y las características socioeconómicas de las poblaciones

A simple vista, y dejándonos llevar por algunos prejuicios (no necesariamente falsos) asociamos este patrón territorial de la distribución del Índice de Envejecimiento en el AMBA con las características socioeconómicas de las poblaciones de cada núcleo poblacional analizado.

Asumimos que las poblaciones de Belgrano, Recoleta, Palermo, Vicente López o San Isidro detentan mejores condiciones socioeconómicas generales que las de Florencio Varela, Moreno o José C. Paz. Para observar si se corrobora o no este prejuicio comparamos el Índice de Envejecimiento con dos indicadores sociológicos clásicos que refieren al nivel socioeconómico de las poblaciones:

- *Porcentaje de población de 25 años y más con estudios Secundarios Completos y más*³⁹: tomamos el corte de edad a los 25 años

39 Fuente: buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/alfabetizacion_nivel_educativo_0.pdf

y más para poder medir el volumen de personas con mayor cantidad de años de escolarización.

- *Porcentaje de Hogares con al menos una Necesidad Básica Insatisfecha (NBI) (INDEC, 2010):* Se considera que un hogar tiene una NBI cuando presenta alguna de las siguientes características:
 - ▷ NBI1 - Vivienda inconveniente: es el tipo de vivienda que habitan los hogares que moran en habitaciones de inquilinato, hotel o pensión, viviendas no destinadas a fines habitacionales, viviendas precarias.
 - ▷ NBI2 - Carencias sanitarias: incluye a los hogares que no poseen retrete.
 - ▷ NBI3 - Condiciones de Hacinamiento: es la relación entre la cantidad total de miembros del hogar y la cantidad de habitaciones de uso exclusivo del hogar. Técnicamente se considera que existe hacinamiento crítico cuando en el hogar hay más de tres personas por cuarto.
 - ▷ NBI4 - Inasistencia escolar: hogares que tienen al menos un niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asiste a la escuela.
 - ▷ NBI5 - Capacidad de subsistencia: incluye a los hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado y que tienen un jefe que no ha completado el tercer grado de escolaridad primaria.

De esta manera, las mejores condiciones socioeconómicas estarían reflejadas en las poblaciones donde es mayor la proporción de personas

de 25 años y más con mayor cantidad de años de escolaridad formal y menor el porcentaje de hogares con alguna NBI. Este es el criterio que utilizamos para comparar estos dos indicadores socioeconómicos con el Índice de Envejecimiento.

Para poder realizar una comparación y medir grados de correlación entre estas tres variables (Índice de Envejecimiento; Porcentaje de población mayor de 25 años con 12 años o más de escolaridad formal; y Porcentaje de hogares con al menos una NBI) en los 39 núcleos poblacionales del AMBA, tuvimos que homologar el valor de cada una de ellas.

Para ello calculamos un subíndice que varía entre 0 y 1. La metodología empleada para la homologación de indicadores replica la utilizada por el PNUD (1999, 2010) para medir el Desarrollo Humano (Índice de Desarrollo Humano - IDH). La misma consiste en establecer la distancia entre el valor obtenido en cada unidad de observación respecto del máximo y mínimo obtenido en toda la distribución (esta operación se repite para cada una de las variables seleccionadas). Se aplicó la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{"X"} - \text{Valor menor de la frecuencia}}{\text{Valor mayor de la frecuencia} - \text{Valor menor de la frecuencia}} = \text{Subíndice (varía entre 0 y 1)}$$

Luego, para poder medir estadísticamente el grado de correlación entre las variables analizadas, para cada cruce de datos aplicamos a través del SPSS el coeficiente de correlación de Pearson. Si el resultado de la "significación" es inferior a 0.001 podemos decir que las variables están relacionadas entre sí. Y a su vez, cuanto más se acerque a "1" el valor del

coeficiente Pearson propiamente dicho (el “valor P”), más fuerte es la correlación. Este último valor poder ser positivo (+) o negativo (-) según la relación sea lineal o inversamente proporcional.

Para empezar ordenamos los núcleos poblacionales del AMBA de menor a mayor Índice de Envejecimiento (FIGURA 11):

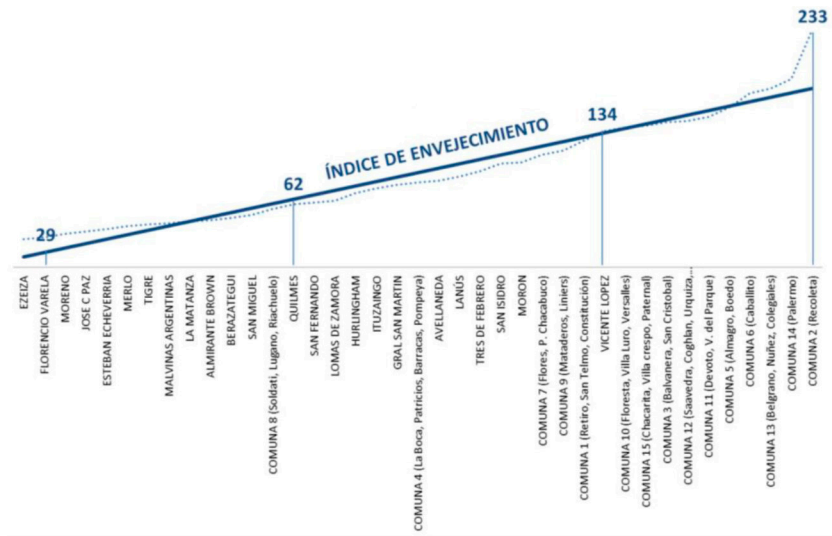


Figura N.º 11. Ordenamiento de los 39 núcleos poblacionales del AMBA de menor a mayor Índice de Envejecimiento...

Fuente: elaboración propia en base a: INDEC, «Población por sexo y grupos quinquenales de edad. Total del país. Años 2010-2040».

En un extremo de la distribución, los municipios de Ezeiza, Florencio Varela, Moreno y José C. Paz, con el Índice de Envejecimiento más bajo. En el otro extremo, las Comunas de Recoleta, Palermo y Belgrano, con la población más Envejecida.

Trazamos la línea de tendencia más gruesa para poder observar mejor la regular desigualdad de este indicador. Y tomamos a esta tendencia como la “variable independiente” con la que vamos a comparar las otras.

Luego, sobre esta tendencia, pegamos la distribución del porcentaje de la población mayor de 25 años y con 12 años o más de escolaridad formal (FIGURA 12):

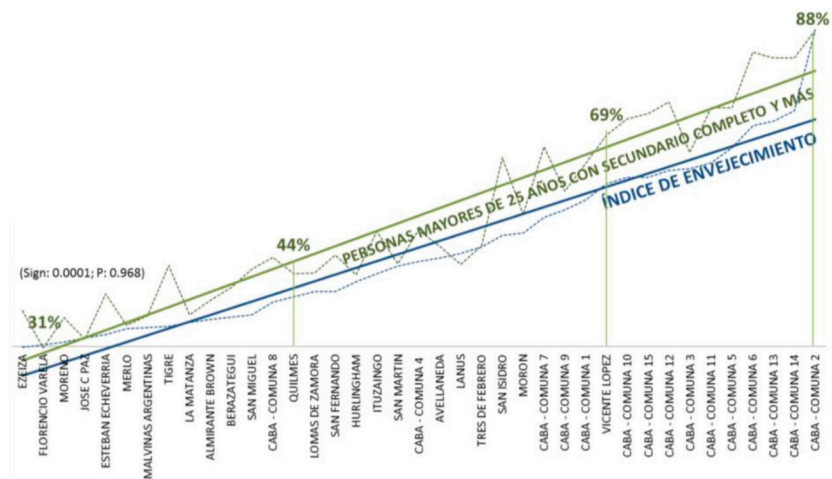


Figura N.º 12. Correlación entre el Índice de Envejecimiento y el porcentaje de personas de 25 años y más con nivel secundario completo o más...

Fuente: elaboración propia en base a INDEC «Población por sexo y grupos quinquenales de edad. Total del país. Años 2010-2040»; Ministerio de Economía y Finanzas de la Nación (anuario 2014); Encuesta Anual de Hogares CABA 2014.

Encontramos una correlación altísima entre las dos variables (Sign: 0.0001 / P: 0.968). Como podemos ver a simple vista, el Índice de Envejecimiento está íntimamente asociado a la presencia de personas con altos Niveles de Educación Formal en cada núcleo poblacional analizado. El porcentaje de personas de 25 años o más con secundario completo o más es de 31% en Florencio Varela y de 88% en Recoleta.

No podemos determinar la relación causal entre ambas variables, porque acaso dependan las dos de una tercera, pero sí podemos asegurar que la posibilidad de que una población alcance alto índices de envejecimiento, está muy relacionada con el acceso de dicha población a la educación formal.

Luego, utilizando el mismo método, cruzamos la distribución del Índice de Envejecimiento con la proporción de hogares con al menos una NBI en cada núcleo poblacional (FIGURA 13):

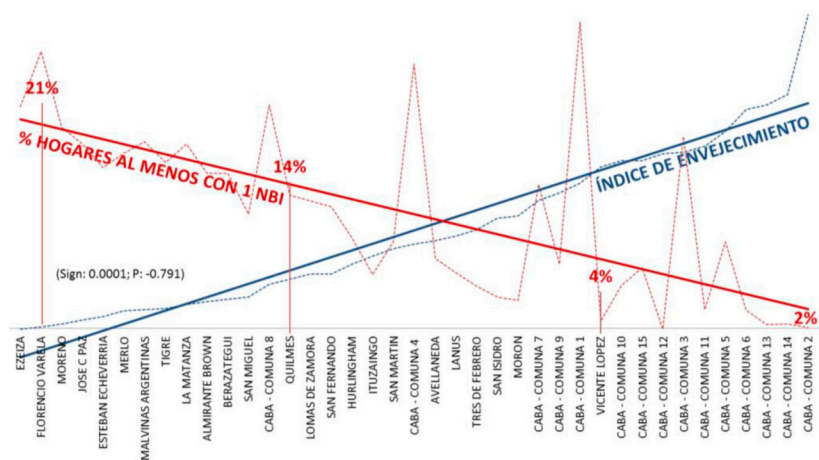


Figura N.º 13. Correlación del Índice de Envejecimiento con el porcentaje de hogares con al menos una NBI.

Fuente: elaboración propia en base a INDEC «Población por sexo y grupos quinquenales de edad. Total del país. Años 2010-2040»; Ministerio de Economía y Finanzas de la Nación (anuario 2014); Encuesta Anual de Hogares CABA 2014.

Lo mismo que en el cruce anterior: ambas variables están muy fuertemente relacionadas, en este caso en forma inversamente proporcional (Sign: 0.0001 / P: -0.791). El Índice de Envejecimiento de cada núcleo poblacional se encuentra inversamente relacionado con la cantidad de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas en la población de dicho núcleo: cuanto mayor sea la cantidad de hogares con NBI, menor es el Índice de Envejecimiento.

La evidencia empírica nos muestra que, en la región más densamente poblada y envejecida del país como es el AMBA, existe una íntima relación entre el nivel socioeconómico general de una población y la probabilidad de lograr altos niveles de envejecimiento.

Para reforzar estos datos presentados, queremos mostrar también otras dos variables relacionadas con el Índice de Envejecimiento: la Categoría Ocupacional y el Porcentaje de personas de 65 años y más con alguna Limitación Permanente.

2.4 El Índice de Envejecimiento y la Categoría Ocupacional

La Categoría Ocupacional es la posición medida a través de la relación que se establece entre el trabajador y la unidad económica donde desempeña sus tareas, es decir, el modo en que cada sujeto se relaciona con el aparato productivo de una sociedad determinada.

Esta variable tiene cuatro categorías: Patrón/Jefe⁴⁰; Empleado/Obrero⁴¹; Trabajador por Cuenta Propia⁴²; y Trabajador familiar sin sueldo⁴³.

40 Patrón/Jefe: Es quien trabaja sin relación de dependencia, es decir que son únicos dueños o socios activos de la empresa y emplean como mínimo una persona asalariada en forma permanente.

41 Asalariado/a. Es quien trabaja en relación de dependencia sea en el sector público o privado y recibe un pago por su trabajo sea sueldo, salario o jornal. En algunas fuentes, se distingue entre asalariados privados y asalariados del sector público.

42 Trabajador/a por cuenta propia. Es quien desarrolla su actividad utilizando para ello solo su trabajo personal, es decir no depende de un patrón ni hace uso de personal asalariado aunque puede estar auxiliado por trabajadores no remunerados. Aquí también se incluye a los socios de cooperativas de producción o de sociedades de personas que no emplean asalariados.

43 Trabajador/a familiar no remunerado. Es quien ejerce un trabajo en relación con un miembro del hogar en un establecimiento familiar, sin recibir ningún pago por el trabajo realizado.

Vale aclarar que la Categoría Ocupacional refiere justamente a la porción de la población que no está contenida en el Índice de Envejecimiento. Recordemos que este índice relaciona a las *Personas Mayores* (60 años y más) con los *Niños* (de 0 a 14 años). En cambio, la variable Categoría Ocupacional es una categorización sobre la Población Económicamente Activa (PEA), cuyo mayor volumen se encuentra justamente entre los 15 y los 59 años.

Para realizar una comparación más clara decidimos tomar sólo las dos categorías más voluminosas de dicha variable:

- Porcentaje de la población económicamente activa que se inserta como *Patrón/Jefe* por un lado;
- Y el porcentaje de la PEA que se inserta al proceso productivo como *Obrero/Empleado*.

Siguiendo la misma lógica que los gráficos anteriores, construimos la siguiente distribución (FIGURA 14):

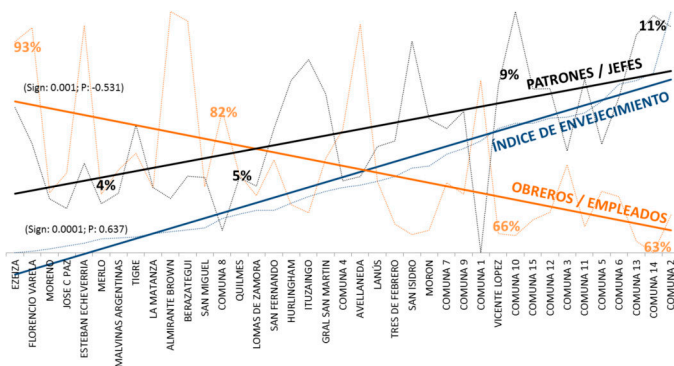


Figura N.º 14. Correlación del Índice de Envejecimiento con la Categoría Ocupacional.

Fuente: elaboración propia en base a INDEC «Población por sexo y grupos quinquenales de edad. Total del país. Años 2010-2040»; Ministerio de Economía y Finanzas de la Nación (anuario 2014); Encuesta Anual de Hogares CABA 2014.

Observamos también una correlación entre la variable Índice de Envejecimiento y estas dos categorías de la variable Categoría Ocupacional. Una correlación menos fuerte que las anteriores, pero significativa (Sign: 0.0001 para Patrones/Jefes; 0.001 para Obreros/Empleados).

A grandes rasgos, podemos ver que en los núcleos poblacionales donde hay mayor proporción relativa de Empleados/Obreros y menor proporción relativa de Jefes/Patrones, el Índice de Envejecimiento es más bajo. Y viceversa.

De alguna manera, esta correlación nos muestra que la inserción de los sujetos en el proceso productivo tiene que ver tanto con el volumen de Niños presentes en dicha población, como con el volumen de Personas Mayores. En las poblaciones “más obreras” (Almirante Brown, Esteban Echeverría o Florencio Varela, cuya PEA es en más de un 90% Obrero/Empleado), hay más Niños y menos Personas Mayores; y en las poblaciones “más patronales” (Recoleta, Palermo, cuya PEA es en un 11% Patrón/Jefe y sólo en un 60% Obrero/Empleado) hay más Personas Mayores y menos Niños.

Este dato nos parece sumamente importante porque muestra que las políticas públicas que apunten a incidir en las características del Índice de Envejecimiento, deben tener en cuenta también las características en que la Población Económicamente Activa se inserta en los procesos productivos, y no sólo una mirada parcial sobre “la vejez”.

2.5 El Índice de Envejecimiento y las limitaciones permanentes en Personas Mayores

Por último, y a partir de las correlaciones que fuimos encontrando, decidimos ir a observar una variable que refiere explícitamente al estado de salud de la población de Personas Mayores. La variable, que fue relevada masivamente en el último Censo, mide el porcentaje de *personas de 65 años y más con dificultad o limitación permanente*.

El Censo 2010 considera “personas con dificultad o limitación permanente” a aquellas que declaran tener: *limitación en las actividades diarias y restricciones en la participación, que se originan en una deficiencia (ver, oír, caminar, agarrar objetos, entender, aprender, etc.) y que afectan a una persona en forma permanente para desenvolverse en su vida cotidiana dentro de su entorno físico y social*. La prevalencia es una medida generada por el área de la salud, y resulta útil para cuantificar la proporción de población con dificultades o limitaciones de carácter permanente, en la mayor de los casos, adquiridas con la edad.

Siguiendo el mismo método que utilizamos para los gráficos anteriores, construimos una variable que refiere la proporción de la población de 65 años y más que presenta al menos una limitación permanente, ya sea visual, motora o cualquier otra. Calculamos el subíndice para cada núcleo poblacional del AMBA, y comparamos esta distribución con el Índice de Envejecimiento (FIGURA 15):

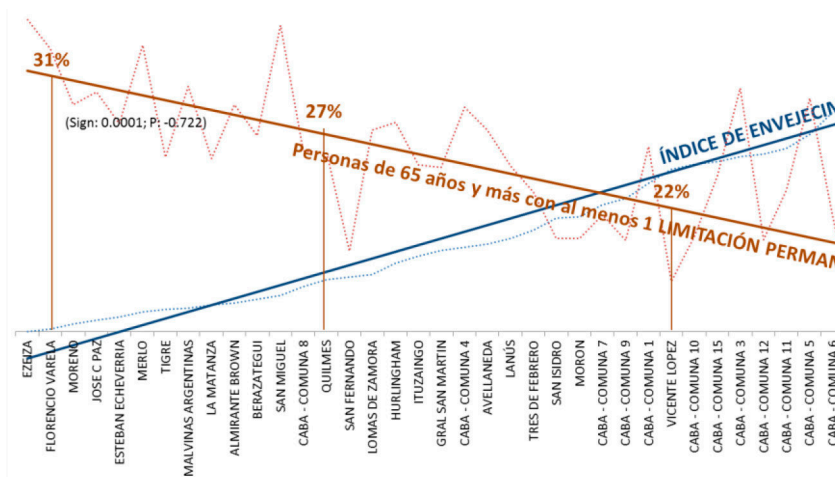


Figura N.º 15. Correlación del Índice de Envejecimiento con el porcentaje de 65 años y más con al menos 1 «limitación permanente».

Fuente: elaboración propia en base a INDEC, «Población por sexo y grupos quinquenales de edad. Total del país. Años 2010-2040».

Desde el punto de vista estadístico, encontramos otra fuerte correlación entre estas dos variables (Sign: 0.0001 / P: -0.722). Esto nos indica que en los núcleos poblacionales donde el envejecimiento es menor, a su vez hay mayor proporción de Personas Mayores con limitaciones permanentes adquiridas. Y que donde hay mayor envejecimiento de la población, es decir, donde hay mejores condiciones socioeconómicas de la población en general, el universo de Personas Mayores presenta una menor proporción de afectaciones a su salud.

Este dato nos parece muy importante, puesto que en los núcleos poblacionales con peores indicadores socioeconómicos y menor Índice de Envejecimiento—donde a su vez hay mayor proporción de PEA trabajando como Obrero/Empleado—, hay también mayor proporción de Personas Mayores con limitaciones permanentes, es decir: menos autováli-

das; más dependientes. Con lo cual, las familias menos favorecidas por la condición socioeconómica, a su vez, deben cuidar en mayor medida a una población mayor con mayores grados de dependencia.

Conclusiones

A lo largo del trabajo hemos analizado una serie de variables socio-demográficas y sus relaciones entre sí, particularmente en la región del AMBA, donde vive el 32% de la población argentina.

Observamos a las poblaciones del AMBA a la luz del Índice de Envejecimiento, que, recordemos, muestra la relación que hay entre la proporción de Personas Mayores (60 años y más) y la proporción de Niños (de 0 a 14 años) en una determinada población.

En la primera parte del análisis descubrimos que este índice se encuentra distribuido en forma desigual pero con un patrón bien definido: mayor envejecimiento poblacional en la zona norte de la CABA y los municipios pegados a la CABA en la zona noroeste; y menor envejecimiento de las poblaciones de la zona sur (de la CABA y el GBA) y los municipios del segundo cordón del conurbano.

Para acercar intentos de explicación a este patrón descubierto, tomamos al Índice de Envejecimiento como *variable independiente*, y la cruzamos con la distribución de otras variables sociodemográficas.

Por un lado, encontramos que el envejecimiento de las poblaciones está fuertemente relacionado con la cantidad de años de educación formal en dicha población: a mayor proporción de población con 12 o más años de escolaridad formal, mayor índice de envejecimiento. La cantidad de años

de escolaridad formal es un indicador secundario de la condición socioeconómica de los hogares, puesto que se asume que aquellos sujetos que han podido continuar con la educación después del periodo obligatorio, son los que han podido hallar en su entorno (familiar y/o urbano) mayores incentivos y mejores posibilidades materiales para estudiar.

Por otro lado, este dato se refuerza con el siguiente cruce, donde encontramos que las poblaciones que se encuentran más envejecidas son aquellas en donde hay menor cantidad de hogares con alguna Necesidad Básica Insatisfecha. La posibilidad de lograr altos índices de envejecimiento tiene que ver con las condiciones materiales de los hogares.

A su vez, pudimos ver que también existe una correlación entre el envejecimiento de las poblaciones y la categoría de inserción de los sujetos en edad laboral en el proceso productivo. Aquellos municipios en donde existe una mayor proporción relativa de Obreros/Empleados es donde el envejecimiento es menor, y viceversa. Y a la inversa sucede con la categoría Patrón/Jefe: las poblaciones más envejecidas del AMBA es donde se viven la mayoría relativa de Jefes/Patrones.

Por último, encontramos otra fuerte correlación entre el envejecimiento de la población y la proporción de personas de 65 años y más con alguna limitación permanente adquirida (muy probablemente durante su inserción productiva). Se encuentran más envejecidas las poblaciones donde hay menor proporción de personas mayores con alguna limitación permanente adquirida.

Este último dato afecta directamente a los sistemas de salud, puesto que en las regiones con peores condiciones socioeconómicas es donde se va a encontrar la mayor cantidad de personas mayores con demandas prestacionales.

Por todo lo observado, podemos concluir que una política de salud que busque lograr que una población alcance una vejez extendida y saludable, es la distribución equitativa de las oportunidades y las condiciones materiales de existencia, desde la niñez en los hogares hasta las condiciones de trabajo durante la edad laboral activa.

Bibliografía

Banco Mundial (2014) *Los años no vienen solos: Oportunidades y desafíos económicos de la transición demográfica en Argentina*, Buenos Aires.

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía –División Población– (2014) *La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe: la hora de la igualdad según el reloj poblacional*. Primera Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, Santiago, 12 a 14 de noviembre de 2014: DOCUMENTO DE REFERENCIA.

Dirección Nacional de Relaciones Económicas con las Provincias (DINREP) (2014). *Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI): Información censal del año 2010 (Versión ampliada con datos departamentales)*. Subsecretaría de Relaciones con Provincias, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación, Argentina.

INDEC (2010) Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf

INDEC (2013) *Proyecciones provinciales de población por sexo y grupo de edad 2010-2014*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

INDEC (2014) *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

PAMI/OPS-OMS (2019) *La Población Centenaria de PAMI: protagonistas de 100 años de historia*. ISBN 978-987-21224-3-0, Buenos Aires.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD (2015) *Panorama general Informe sobre Desarrollo Humano 2015: Trabajo al servicio del desarrollo humano*. Nueva York, Estados Unidos.

“Primera Noche” en casa. Experiencia de intervención de enfermería en red para el seguimiento de lactantes con infección respiratoria aguda

MARIO RODRÍGUEZ

(Universidad Nacional Arturo Jauretche, Instituto de Ciencias de la Salud)

Introducción

Florencio Varela es un distrito del segundo cordón del conurbano bonaerense. Según el censo de 2010 contaba con una población de 426.005 habitantes, con una tasa de crecimiento intercensal del 22%. Tiene una tasa de natalidad de 2% y en 2017 el número de nacidos vivos fue de 9195⁴⁴. Como muchos distritos del 2° cordón, su crecimiento demográfico se acelera por un flujo migratorio de habitantes provenientes de distritos del mismo conurbano, de otras provincias, especialmente del noreste argentino (NEA), y de países limítrofes. Distintos factores concurren para este flujo migratorio positivo, uno de ellos es la extensión geográfica (190 Km²) y la baja densidad poblacional (2242 habitantes/km²) respecto a otros distritos de la zona sur (Lanús, Lomas de Zamora, Quilmes); el Censo 2010 arroja evidencia de esta dinámica al registrar que cerca de 30.000 habitantes de Florencio Varela residían fuera del distrito en el 2005. Esta migración conlleva una ocupación irregular de la tierra y la construcción de viviendas precarias ocupadas por matrimonios y familias jóvenes que buscan una radicación definitiva. De esta manera se configura un medio urbano caracterizado por población joven que en una proporción importante habita viviendas precarias con déficit de servicios básicos.

44 Dirección de Información Sistematizada. Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires.

Según el Instituto nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) en 2010 el 20,8 % de la población de Florencio Varela vivía con necesidades básicas insatisfechas (NBI)⁴⁵. Esta población habita en el 17,1 % de los hogares del distrito. El indicador de Vivienda inconveniente (NBI1) representó al 8 % de los hogares y el indicador Hacinamiento crítico (NBI3) el 7,3% del total de hogares, evidenciando que las inadecuadas condiciones de la vivienda son el principal tributario a la pobreza estructural.

Determinantes socio-sanitarios de las enfermedades respiratorias en la infancia

El problema que se propone abordar el dispositivo “Primera Noche” es el importante impacto que tienen las Infecciones Respiratorias Agudas bajas (IRAb) en la morbi mortalidad de los lactantes pequeños en contextos de pobreza y vulnerabilidad social. Este impacto negativo se expresa en defunciones por causa respiratoria y defunciones domiciliarias. El grupo etario menor de 2 años es el más afectado por las IRAb todos los inviernos, y el que registra la mayor mortalidad por esta causa. Las Causas Respiratorias son la tercera causa de muerte infantil en Argentina con una participación proporcional del 7 % y afectan particularmente a lactantes en el período postneonatal (de 28 días a menos de 1 año), grupo en el cual son la segunda causa de muerte con una proporción del 21%⁴⁶.

El brote de IRAb que se produce todos los inviernos incrementa las consultas y satura los servicios públicos de salud, tanto ambulatorios

45 INDEC, website.

46 Dra. Juliana Z. Finkelsteina, Dra. Mariana Duhau, Dra. Ana Speranzac, Lic. Elida Marconib y Lic. Paola Escobar. Evolución de la mortalidad infantil en Argentina en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio; Arch Argent Pediatr 2016; 114 (3): 216-222.

(Centros de Atención Primaria de la Salud) como de internación (Hospitales). Las IRAb representan el 60 % de las consultas pediátricas y más del 70 % de las internaciones en estos servicios⁴⁷.

Como factores de riesgo medio ambientales o sociales para padecer IRA baja se enuncian el hacinamiento, madre analfabeta funcional, madre adolescente, contaminación ambiental y tabaquismo. La edad menor a 3 meses, el bajo peso y la prematurez son algunos de los factores de riesgo para padecer una forma grave de IRA baja⁴⁸.

La bibliografía que analiza la mortalidad infantil por causa respiratoria asocia la misma a la defunción infantil ocurrida en el domicilio. Una investigación realizada por la Fundación INFANT en conjunto con las Secretarías de Salud de los Municipios de Lomas de Zamora y Florencio Varela durante los años 2014 a 2016, encontró una fuerte asociación entre las defunciones domiciliarias y la presencia de infección respiratoria: el 60 % de los lactantes que habían fallecido en el hogar tenían indicios de cursar una infección respiratoria⁴⁹. Existe una distribución estacional de las defunciones en el hogar similar a la distribución de defunciones de causa respiratoria y a las defunciones post neonatales en general. La defunción en el hogar participa en

47 Censo diario del Hospital Zonal Mi Pueblo. Florencio Varela.

48 Dra. Laura Moreno, Dr. Fernando Ferrero. Colaboradores: Dr. Néstor Abramovich, Dra. Verónica Aguerre, Dra. Miriam Bruno, Dra. Miriam Calvari, Dra. Ana Ceballos, Dra. Ángela Gentile, Dra. Norma González, Dr. Alberto Maffey, Dra. Patricia Paba, Dr. Raúl Ruvinsky, Dr. Santiago Vidaurreta, Dr. Fernando Vila. Recomendaciones para el manejo de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años; Sociedad Argentina de Pediatría.

49 Mauricio T. Caballero; Alejandra M. Bianchi; Alejandra Nuño; Adrian J. P Ferretti; Leandro M. Polack; Ines Remondino; Mario G. Rodriguez; Liliana Orizzonte; Fernando Vallone; Eduardo Bergel; Fernando P. Polack. Mortality in children in the community associated with a cute respiratory infections, The Journal of Infectious Diseases; 2019 Jan 9; 219 (3): 358-364.

una importante proporción de la mortalidad infantil post neonatal. En Argentina, en 2012 las muertes en el hogar representaron el 27 % de la mortalidad en edad post neonatal y en 2013, en la Provincia de Buenos Aires, fueron el 35 % de las defunciones post neonatales⁵⁰. Las defunciones domiciliarias suelen agruparse en la denominación de Muerte Súbita e Inesperada del Lactante (MSIL)⁵¹ que tiene componentes explicados y no explicados. En el grupo de defunciones explicadas se encuentran las infecciones respiratorias y la sofocación accidental en la cama, esta última asociada a factores de riesgo conocidos como colecho, hacinamiento y hábito tabáquico.

El programa “Primera Noche”

Los objetivos propuestos al ponerse en práctica el programa “Primera Noche” fueron los siguientes: Disminuir el impacto de las Infecciones Respiratorias Agudas bajas (IRAb) en la morbi mortalidad de lactantes menores de 1 año durante el brote invernal en Florencio Varela; Producir mejoras en la red de servicios asistenciales para el acceso y la continuidad de atención por IRAb; Incorporar el seguimiento y la atención domiciliaria de niños y niñas con IRAba cargo de enfermería;

50 Dr. Alejandro Jenik, Dra. Estela Grad, Dra. Virginia Orazi Dra. Liliana Sapoznicoff, Dra. Letizia Fasola, Dr. Manuel Rocca Rivarola, Dra. Noemí Jacobi y Dra. Norma Rossato. Expertos externos convocados: Dra. Virginia Kanopa, Dra. Ivonne Rubio y Dra. Marta Cohen. Consenso. Consideraciones sobre el sueño seguro del lactante. Grupo de Trabajo en Muerte Súbita e Inesperada del Lactante de la Sociedad Argentina de Pediatría.

51 Dr. Alejandro Jenik, Dra. Estela Grad, Dra. Virginia Orazi, Dra. Liliana Sapoznicoff, Dra. Letizia Fasola, Dr. Manuel Rocca Rivarola, Dra. Noemí Jacobi y Dra. Norma Rossato. Expertos externos convocados: Dra. Virginia Kanopa, Dra. Ivonne Rubio y Dra. Marta Cohen. Consenso. Consideraciones sobre el sueño seguro del lactante. Grupo de Trabajo en Muerte Súbita e Inesperada del Lactante de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Incorporar la valoración de la vulnerabilidad social en el marco de la atención de los niños y las niñas afectadas por IRA bajas; Empoderar a las familias en sus capacidades de cuidado del lactante con IRAb.

El Programa “Primera Noche” es ejecutado desde el 01 de junio de 2014 por la Secretaría de Salud de Florencio Varela. Esta dependencia municipal tiene a su cargo la gestión de 40 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), los cuales están dotados de equipos interdisciplinarios integrados por medicina en las especialidades básicas (Pediatría, Toco ginecología, Clínica Médica, Medicina General), enfermería, obstetricia, admisión, trabajo social, salud mental, odontología, promotor de salud. Dos CAPS funcionan como Centros de Referencia para consultas ambulatorias en especialidades como diabetología, cardiología, nutrición, psiquiatría, embarazo de riesgo y servicios de diagnóstico (Ecografía, rayos, mamografía). También de dependencia municipal e integrada al proyecto SAME de la provincia de Buenos Aires, operan seis bases de ambulancias con médico las 24 horas para la atención de la emergencia prehospitalaria y de vía pública. La red asistencial se completa con el Hospital Zonal General Mi Pueblo (Provincial) y el Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Kirchner (SAMIC). La red de servicios asistenciales así constituida se vincula por distintos mecanismos y procedimientos que se denominan “Mecanismos de Referencia y Contrarreferencia”, los mismos consisten en procedimientos administrativos y tecnológicos que tienen el objetivo de orientar y contener la circulación del usuario dentro de los distintos niveles del sistema, por ejemplo: red de laboratorio descentralizado en cada CAPS para toma de muestra y centralizado en Hospital El Cruce para procesamiento, sobre un soporte informático que digitaliza los resultados; derivación de embarazo de mediano y alto riesgo desde los CAPS al Hospital; solicitudes de interconsultas ambulatorias con especialidades médicas y de diagnóstico por imágenes desde los CAPS hacia el Hospital Mi Pueblo y el Hospital El Cruce; alta referenciada del recién nacido y la madre desde

la maternidad del Hospital Mi Pueblo a cada CAPS con turno reservado para el primer control. Un nodo clave para garantizar estos procesos es la Oficina de Referencia y Contrarreferencia del hospital Mi Pueblo, la misma es una dependencia jerarquizada como Jefatura de Departamento de la Secretaría de Salud Municipal que funciona dentro del hospital provincial y vincula y sostiene los procesos descriptos. Esta Oficina tiene un rol clave en la operatoria del dispositivo “Primera Noche” que aquí se describe.

La Secretaría de Salud también presta servicios de Bromatología y Zoonosis desde la misma Dirección con un plantel de bioquímicos, bacteriólogos y veterinarios que realizan inspección de alimentos, habilitación de comercios y control de zoonosis (rabia, hantavirus, triquinosis, etc.).

El dispositivo Primera Noche, está incluido normativamente en el Programa Materno Infantil, dicho programa tiene un responsable y un equipo que trabaja en la formulación de normas de trabajo y capacitación para la atención de ese grupo poblacional e incluye la normatización de atención prenatal, el control de niños y niñas sanas, la atención de patologías prevalentes de la infancia. Dentro de este conjunto de normas y procedimientos se encuentra el Programa de Atención de las IRA bajas, el cual tiene por referencia normativa las dictadas por el Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires. De esta manera podemos decir que este dispositivo es parte del programa de IRAb que el Municipio pone en marcha todos los años en el período invernal (Junio a Agosto). Dicho Programa incluye la implementación de una modalidad de Internación Abreviada de los casos de IRAb moderados y graves, la capacitación del personal de enfermería para la atención y la provisión de un grupo de medicamentos críticos para la atención, especialmente broncodilatadores en aerosol y antibióticos. Un decreto municipal declara de interés municipal las acciones del Programa de IRA bajas.

La ejecución y coordinación operativa del dispositivo está a cargo de la Dirección de Atención Primaria de la Salud y el diseño de registros, procesamiento de datos y reportes es realizado por el Área Técnica y de Programas dependiente directamente de la Secretaría de Salud.

Mapa epidemiológico en relación a las IRAb

Tomando como referencia el mapa epidemiológico descrito en relación a las IRAb en Argentina: su incidencia en el período invernal, su peso en la mortalidad infantil y especialmente en el grupo postneonatal (De 28 días a un año), el vínculo o red causal que se observa entre las defunciones infantiles por IRAb y la muerte ocurrida en el domicilio, el peso de factores de riesgo ambientales y del orden de los determinantes sociales, caracterizaremos la situación del distrito.

En los tres años previos a la puesta en marcha del dispositivo (2011 a 2013) las tasas de mortalidad infantil y mortalidad postneonatal de Florencio Varela presentaron valores por encima de la Región Sanitaria VI y del promedio provincial casi invariablemente. En la tabla se presentan los datos comparativos de las 3 jurisdicciones:

Tasa de mortalidad infantil, Buenos Aires, Región VI y Florencio Varela, 2011 a 2013

Año	Provincia	Región VI	F. Varela
2011	11,7 ‰	13,0 ‰	15,2 ‰
2012	11,4 ‰	12,0 ‰	11,7 ‰
2013	10,9 ‰	12,2 ‰	14,3 ‰

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Información Sistemática del Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires.

La tasa de mortalidad post neonatal, generalmente asociada a las condiciones de vida y el ambiente, en Florencio Varela siempre se mantuvo encima de los valores regionales y provinciales para igual período:

Tasa de mortalidad post neonatal, Buenos Aires, Región VI y Florencio Varela, 2011 a 2013

Año	Provincia	Región VI	F. Varela
2011	4,4 ‰	4,8 ‰	6,9 ‰
2012	3,9 ‰	4,1 ‰	5,5 ‰
2013	3,7 ‰	4,2 ‰	6,8 ‰

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires.

	Tasa más baja
	Tasa intermedia
	Tasa más elevada

Las defunciones ocurridas en el hogar en Florencio Varela representaron el 36,7 % de las defunciones postneonatales en el período 2011 a 2016⁵².

Los datos de mortalidad permiten plantear la hipótesis de un fuerte peso de las condiciones sociales y los determinantes sociales de la salud sobre una mortalidad postneonatal que se encuentra por encima de los valores regionales, reforzada esta idea por la elevada proporción de defunciones infantiles ocurridas en el hogar identificadas como MSIL, coincidentes con el brote de IRAb y la estación de bajas temperaturas.

⁵² Elaboración propia sobre la base de datos de mortalidad infantil provista por la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio e Salud de Provincia de Buenos Aires.

La caracterización socio demográfica del distrito alerta sobre las condiciones vulnerables del hábitat en vastos sectores de la población joven de Florencio Varela expresadas en hacinamiento, déficit de materiales constructivos y formas inseguras de calefacción.

En relación a los procesos asistenciales que se dan durante los meses invernales en la red local de servicios de salud, la saturación de los servicios de atención ambulatoria, de emergencia e internación se agudiza en el período estudiado (invierno). El servicio de pediatría del Hospital Mi Pueblo duplica sus egresos (60 y 70 niños internados según censo diario) sobre su capacidad (30 camas pediátricas de dotación) y la guardia de emergencias trabaja con la modalidad de Internación Abreviada (protocolo de 1 ó 2 horas en ciclos de broncodilatadores) para acelerar la recuperación y el alta de los casos de IRAb. El ritmo e intensidad de trabajo admite la hipótesis de que existirían error o fallas del proceso que podrían expresarse en altas precoces a lo que deben agregarse las deficitarias condiciones sociales para el cuidado en el hogar posteriores al alta hospitalaria; estas condiciones ambientales no podrían ser correctamente evaluadas en el ámbito de una consulta de emergencia que se centra en la clínica, así como dicho ámbito no sería el propicio para una correcta interpretación y empoderamiento del adulto/a cuidadores.

Implementación del Programa Primera Noche

El dispositivo consiste en el seguimiento en el hogar de los lactantes menores de un año atendidos por una IRA baja moderada o grave en el Hospital Mi Pueblo el mismo día del alta o dentro de las primeras 12 horas de egreso. La visita es realizada por un equipo centralizado de enfermería siguiendo un protocolo de acción que también contempla el registro de datos objetivos y observaciones cualitativas.

La idea de un dispositivo centralizado para seguimiento domiciliario de niños con IRAb se sustentó en dos criterios clasificatorios: riesgo e inequidad. Identificar entre los miles de casos de IRAb en la estación invernal, a un centenar (500 y más) de casos moderados-graves, sería un procedimiento de selección de un grupo de riesgo. Los casos moderados-graves requieren la observación o internación en ambiente hospitalario, haciendo esto del Hospital Mi Pueblo el efector privilegiado donde identificarlos. Para ese grupo “de riesgo” se diseñó un dispositivo centralizado que permitiría estandarizar una intervención valorando en el domicilio las condiciones ambientales y de cuidado, especialmente en las horas de sueño. La visita domiciliaria se convierte así en una prestación complementaria orientada a mejorar el cuidado de lactantes en condiciones de vulnerabilidad.

Los niños y niñas asistidos en la Sala de Internación pediátrica o en el Consultorio de Internación Abreviada son identificados por personal de la oficina de referencia y contrarreferencia de la Secretaría de Salud ubicada en el Hospital Mi Pueblo. Diariamente y pasado el mediodía estos niños de alta son notificados a la Secretaría de Salud y distribuidos en 3 ó 4 circuitos de recorridas para ser visitados por personal de enfermería en móviles de la Secretaría de Salud afectados a esta tarea.

Cada equipo móvil realizó un número diario de visitas que osciló entre un mínimo de 3 y un máximo de 10 visitas, ejecutándose todos los días de la semana incluidos feriados desde el 01 de junio al 31 de agosto durante los años 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018.

En la prestación “visita domiciliaria” el personal de Enfermería realiza las siguientes actividades:

- Evalúa la función respiratoria y condición clínica del niño/a, en algunos casos decidiendo la reinternación en el mismo momento.
- Evalúa la disponibilidad de la medicación prescrita y entrega en caso de faltantes.
- Corrige y aclara, con más tiempo y en condiciones más apropiadas, las indicaciones y técnicas de administración de la medicación.
- Releva y evalúa las condiciones estructurales del hogar: confort, calefacción, ventilación, hacinamiento, materiales constructivos, etc.
- Evalúa y refuerza las capacidades del adulto cuidador/a y el acompañamiento familiar para la atención del niño.
- Releva e identifica factores de riesgo reconocidos para MSIL (Tabaquismo, consumos problemáticos, colecho, sueño seguro, madre adolescente, etc) y trabaja sobre los mismos con la familia.
- Comprueba la asignación de turno programado en el CAPS de referencia para control dentro de las 48 hs y gestiona telefónicamente el mismo en caso de no haber sido otorgado.
- Registra los datos objetivos y sus observaciones en planilla ad hoc.

Finalizado el recorrido diario el personal del equipo móvil entrega en la sede de Secretaría de Salud los registros de las visitas realizadas. Personal administrativo va dando entrada en una base de datos Excel a todas las visitas.

Semanalmente se realiza una reunión de trabajo de todo el equipo donde se evalúa el desempeño, se detectan inconvenientes, se capacita, se discuten otras intervenciones posibles y se toman decisiones.

La implementación del dispositivo no implicó grandes conflictos, aunque significó una redefinición de la forma de asignar el fondo de becas de enfermería, pasando de la modalidad de incentivo del personal de enfermería en funciones en su Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) a la de contratación de un grupo menor de enfermeras en una tarea adicional. Esta decisión generó tensiones en el sector de enfermería, pero en virtud de la eficiencia y transparencia esta nueva asignación se imponía como correcta pues se pasaba del pago de un incentivo estacional (los 3 meses de invierno) al pago por una tarea adicional y en contra turno.

Otra tensión que se dio fue hacia adentro de los equipos de salud de los CAPS en términos conceptuales y de competencias. Algunos profesionales y trabajadores de los CAPS manifestaron desacuerdo con la creación de un dispositivo centralizado con un equipo específico para realizar una tarea que compete a los efectores del primer nivel de atención, encontrando colisión con las tareas de perfiles como las y los Promotores de Salud de cada CAPS. Las Promotoras de Salud, una por CAPS, realizan regularmente rondas y visitas domiciliarias auxiliares al control de lactantes de su CAPS. Para no desconocer o invadir sus competencias en 2017 se les asignó el trabajo en una campaña de “Sueño seguro” vinculada a las condiciones de nocturnidad en hogares pobres.

Un importante desafío que surge cuando el sector salud aborda la complejidad social de sus problemas, es la de encontrarse con problemas que no son resorte suyo. Surge la necesidad de articular intersectorialmente, pero esta articulación intersectorial, especialmente con

las áreas sociales, no es fácil ni está totalmente incorporada en el día a día, máxime cuando se trabaja en contextos urbanos con grandes carencias y demandas sociales que ya están identificadas y asistidas por otras vías o programas. Esta articulación permitió, con discontinuidad, morigerar una carencia como fue la de moisés o cunas para garantizar el sueño de seguro del bebé, parcialmente asistida en algunos años. La característica del problema y su ligazón con el hábitat pone en evidencia el problema habitacional de vastos sectores de una manera dramática, máxime cuando epidemiológicamente se pone en evidencia su peso en la defunción infantil.

Otra articulación que requirió acuerdos y renovación de los mismos cada año, es la que tienen la Secretaría de Salud Municipal con el Hospital Provincial. Para una eficaz intervención que garantice la continuidad del proceso de atención de estos niños/as se requiere acuerdos con el hospital y sus servicios; la novedad del dispositivo debió y debe continuamente operar en una cultura de guardia hospitalaria caracterizada por la resolución episódica y poco comprometida con la continuidad. Estos cambios culturales y de rutinas laborales no se logran solamente con acuerdos de directivos, como los que se tuvieron y requerirán otras intervenciones institucionales.

Como se explicó anteriormente el Área Técnica y de Programas de la Secretaría de Salud es la responsable de la elaboración de registros y procesamiento de los datos, mientras que la Dirección de Atención Primaria de la Salud y sus efectores es responsable de la ejecución del dispositivo.

Un conjunto de normas establece el procedimiento como se describió anteriormente. Las enfermeras al momento de la visita completan una planilla de registros donde además de identificar a la familia registran

el estado clínico del lactante y relevan un conjunto de datos referidos especialmente a factores de riesgo vinculados a las IRA bajas, especialmente los que permiten describir las características y las deficiencias del hábitat, la existencia de hacinamiento y las capacidades de cuidados de padres y madres. Estos registros se cargan a una base de dato al día siguiente de cada visita.

Semanalmente el Área Técnica prepara un reporte cuantitativo actualizado de las prestaciones dadas, así como revisa la completitud de los registros. Con ese informe se realiza una reunión semanal de evaluación a la que el equipo de enfermería aporta información cualitativa de sus observaciones e intervenciones. En esta reunión semanal de monitoreo participan las áreas ejecutivas y las de programación, lo que ha permitido llevar adelante un proceso de mejora permanente.

De esta manera el dispositivo cuenta con un sistema de monitoreo con sus indicadores cuantitativos y observaciones cualitativas y un grupo de indicadores de impacto como son las tasas de mortalidad infantil, post neonatal y número absoluto por causa (respiratoria) y lugar de ocurrencia (domicilio) elaborados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Resultados

En los 4 años que se analizan (2014 a 2017) fueron visitados 1701 lactantes menores de un año, representado estos el 77% del total de egresos notificados e identificados por la Oficina de Referencia-Contrarreferencia del hospital (2212).

Egresos por IRAb Hospital Mi Pueblo y visitas efectivas de cada año

AÑO	Egresos	Visitas	Efectividad
2014	433	301	70 %
2015	500	333	67 %
2016	495	328	66 %
2017	784	739	94 %
TOTAL	2212	1701	77 %

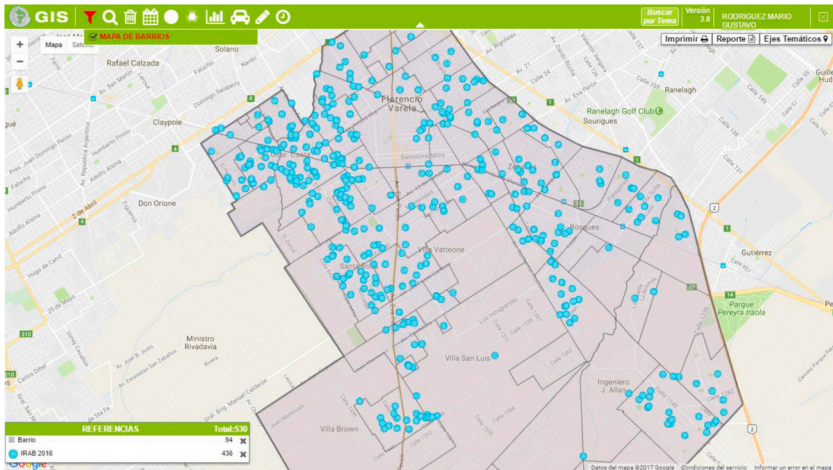
Los principales resultados del trabajo son los siguientes:

- La edad promedio de los lactantes visitados fue de 5,4 meses, el 51% de ellos era menor de 5 meses y el 31 % menor de 3 meses de edad.
- Todas las visitas fueron georreferenciadas configurando un mapa de la Infección respiratoria. Sobre un total de 40 CAPS del distrito, en el área programática de 12 CAPS se georreferenció el 51% de los casos.
- Se construyó un corredor endémico por semana epidemiológica observándose distintos comportamientos en cada año: en 2014 y 2017 el pico fue en semana 26, en 2015 y 2016 en semana 23.
- El 3% de los lactantes visitados requirieron ser reinternados en la misma visita.
- El 17% de las viviendas visitadas fueron clasificadas como deficitarias según materiales constructivos.

- Se observó colecho en el 70 % de los niños/as y 51 % dormía en forma incorrecta (boca abajo o de costado).
- En el 45 % de los hogares alguien fumaba.

Imagen de la Georreferencia de niños/as visitados por Primera Noche, año 2016.

De 495 niños externados, 442 (89 %) fueron geolocalizados



Evaluación del impacto de la experiencia

Según datos de mortalidad infantil (Dirección de Información Sistematizada, Ministerio Salud Provincia de Buenos Aires) las tasas de mortalidad infantil y post neonatal del distrito experimentaron un descenso sostenido los 4 años de la intervención, según se presenta en las tablas que siguen:

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Mortalidad Infantil	15,2‰	11,7‰	14,3‰	12,6‰	10,1‰	9,9‰	9,6‰
Mortalidad Postneonatal	6,9‰	5,5‰	6,8‰	5,9‰	4,0 ‰	4,4‰	3,2‰

El comportamiento de estos dos indicadores tomados para evaluar un posible impacto de la intervención (mortalidad infantil y post neonatal) no fue el mismo en los territorios que comprenden al distrito de Florencio Varela (Región Sanitaria VI y Provincia), y fundamentalmente los valores históricamente más elevados de Florencio Varela fueron acercándose a los de la Región VI y la Provincia, incluso llegando a colocarse debajo del promedio regional o igualando la tasa de la Provincia, en algunos años. La tendencia fue un descenso sostenido de la mortalidad infantil a expensas del componente post neonatal.

Comparativo mortalidad infantil (Buenos Aires, Región VI y Fcio. Varela), 2014-2017

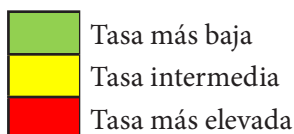
Año	Provincia	Región VI	F. Varela
2014	10,4 ‰	10,5 ‰	12,6 ‰
2015	9,9 ‰	10,3 ‰	10,1 ‰
2016	9,9 ‰	11,2 ‰	9,9 ‰
2017	9,5 ‰	9,8 ‰	9,6 ‰

Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires.

Comparativo mortalidad post neonatal (Buenos Aires, Región VI y Fcio. Varela), 2014-2017

Año	Provincia	Región VI	F. Varela
2014	3,7 ‰	4,0 ‰	5,9 ‰
2015	3,3 ‰	3,9 ‰	4,0 ‰
2016	3,6 ‰	4,1 ‰	4,4 ‰
2017	3,2 ‰	3,4 ‰	3,2 ‰

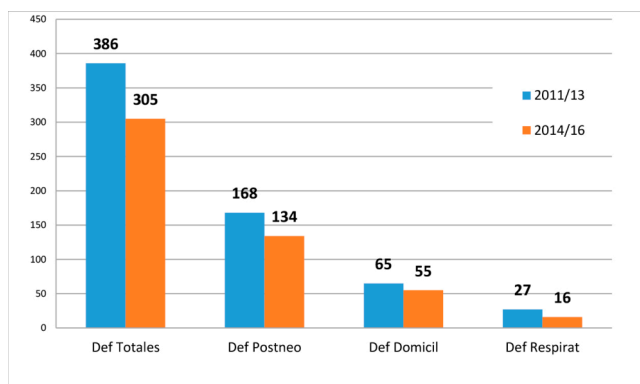
Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires.



Si bien ambos indicadores analizados (Tasas de mortalidad infantil y post neonatal) podrían estar influenciados por otras múltiples variables, el comparativo de los mismos tanto dentro del mismo distrito en dos momentos o trienios pre y post intervención, como con la tendencia en la Región VI y la Provincia, muestran claras diferencias con un descenso sostenido en Florencio Varela.

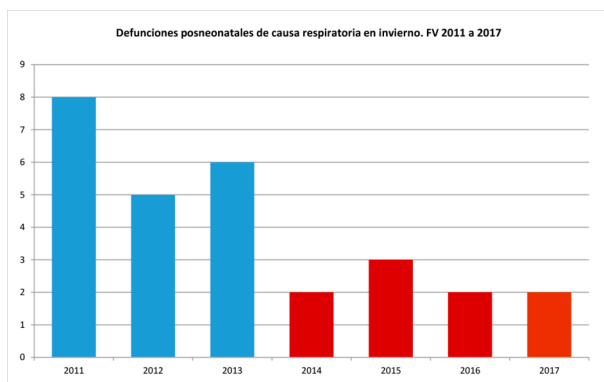
El análisis de los valores absolutos de mortalidad infantil, postneonatal, de causa respiratoria y domiciliaria del distrito de Florencio Varela, comparando el trienio previo a la intervención (2011 a 2013) con el primer trienio de trabajo (2014 a 2016) se presenta en el siguiente gráfico:

Número de defunciones infantiles totales, post neonatales, domiciliarias y de causa respiratoria en los dos trienios



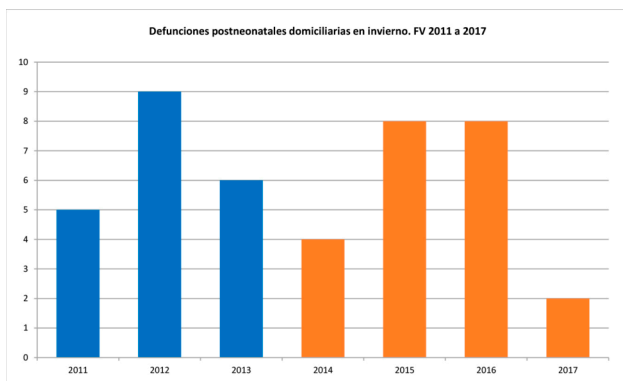
Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección Informatizada del Ministerio de Salud de Provincia de Buenos Aires.

En el análisis limitado al período invernal en el que se ejecuta el dispositivo (junio a agosto), se observa un significativo descenso de las defunciones de causa respiratoria en el grupo postneonatal durante los años de intervención, según gráfico:



Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección Informatizada del Ministerio de Salud de Provincia de Buenos Aires.

Las defunciones ocurridas en el hogar durante los meses de invierno tuvieron una distribución sin una tendencia evidente en la comparación de los años con y sin intervención:



Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección Informatizada del Ministerio de Salud de Provincia de Buenos Aires.

Conclusiones y aprendizaje que dejó la experiencia

El dispositivo descrito constituye una intervención complementaria en la estrategia de atención de las IRA bajas, que incorpora la visita domiciliaria en las primeras horas posteriores a la atención del episodio agudo de aquellos cuadros de mayor gravedad (“Primera Noche” en el hogar), como prestación novedosa. Se focaliza en lactantes menores de un año, con una concentración en las edades comprendidas entre 1 mes y 4 meses (cerca del 50 % de la casuística). La intervención alcanzó una importante escala llegando a 1701 niños/as visitadas en los 4 años. Ha permitido una valoración de las condiciones de hábitat y capacidades de cuidado de las familias en un contexto de vulnerabilidad, operativizando dicho concepto en la asistencia. Se ha encontrado evidencia

directa e indirecta de posibles fallas en el proceso de atención, ya sea por la carencia en la disponibilidad de medicamentos ambulatorios, la no comprensión de las indicaciones al alta y probables externaciones prematuras, especialmente considerando que entre el 3 y el 4 % de los lactantes visitados fueron reinternados no obstante su reciente egreso (siempre menor a 12 horas). Los factores de riesgo conocidos para MSIL (colecho, hábito tabáquico, posición al dormir, hacinamiento) fueron relevados y encontrados presentes en proporciones significativas, motivando intervenciones del personal de enfermería en el sentido del cambio de hábito.

El dispositivo también aporta al concepto y diseño de Red de Servicios, ya que la enriquece agregando una prestación en la modalidad de visita en el hogar, a la vez que cumple un rol de vinculación de esa red garantizando la continuidad de la atención en el Primer Nivel de Atención de los niños y niñas egresadas del hospital.

La incorporación del personal de enfermería en la prestación ha dado protagonismo a una profesión que la tradición del sistema de salud ubicaba como auxiliar, demostrando los mismos un compromiso renovado con la profesión y capacidad para profundizar y afianzar su rol en la dimensión del cuidado.

Los datos de mortalidad infantil, postneonatal, de causa respiratoria y defunciones ocurridas en el domicilio comparados en los años antes y durante la intervención alientan a profundizar el análisis y mejorar este tipo de dispositivos, especialmente en contextos de vulnerabilidad social y déficit habitacional. Esta intervención se encuadra dentro de la modalidad de adecuación de la respuesta sistémica de los servicios de salud a situaciones de vulnerabilidad social.

La relación que en la bibliografía se hace entre las defunciones infantiles de causa respiratoria y las defunciones domiciliarias merecen un análisis a la luz de su comportamiento en los períodos previos y los de la intervención: la experiencia muestra un significativo descenso de muertes de causa respiratoria en edad post neonatal en los años intervenidos pero pocas modificaciones de los valores totales de defunciones domiciliarias en iguales períodos. Cabe la hipótesis de dar a los determinantes sociales de la salud, materializados en las condiciones desfavorables del hábitat (vivienda precaria, hacinamiento, etc.) y de pobreza en general, el carácter de determinantes sociales de difícil abordaje desde el sistema de salud en comparación con las posibilidades de empoderamiento familiar en sus capacidades de cuidado durante el brote de infecciones respiratorias.

Se concluye que la experiencia alienta a la revisión sistemática de los procesos asistenciales, a la vinculación y construcción de redes asistenciales, a un mayor involucramiento y empoderamiento de disciplinas consideradas auxiliares de la medicina y a la reorientación de los servicios de salud con un enfoque de equidad.

EJE 3

**LAS REDES COMO PROCESOS
DE INTERACCIÓN.
COMUNICACIÓN E INVESTIGACIÓN:
PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTOS
EN SALUD**

Reflexiones en torno a Comunicación y Organizaciones de Salud

MARÍA TERESA POCCIONI

(Universidad Nacional Arturo Jauretche, Universidad Nacional de La Plata)

Introducción

En este trabajo reflexionaremos en torno al lugar que ocupa la comunicación en la gestión hospitalaria, a la luz de las distintas perspectivas teóricas y con el objetivo de aportar elementos para una visión integral de la comunicación en las organizaciones de salud, así como su rol en la construcción de redes de servicios de salud. Dicha reflexión surge de los proyectos de investigación desarrollados desde el Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Arturo Jauretche, por un lado el Proyecto de Desarrollo Tecnológico y Social del Consejo Interuniversitario Nacional (PDTS - CIN) – Eje Comunicación, 2014, y por otra parte, el proyecto denominado “La gestión de la comunicación en las organizaciones de salud”, aprobado en la convocatoria UNAJ Investiga 2017 de la UNAJ.

EL PDTS, presentado en la convocatoria 2014, tenía como objetivo central el desarrollo de un Centro de Coordinación y Monitoreo para procesos asistenciales y de gestión de pacientes en red para el conjunto de hospitales de la región sudeste del conurbano de la provincia de Buenos Aires que referencia pacientes que requieren atención de alta complejidad al Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Kirchner y propuesta de lineamientos para la generalización de

la experiencia en la provincia de Buenos Aires. Con ese propósito, nos planteamos la necesidad de armar un marco teórico y metodológico que nos permitiera reflexionar en torno a los procesos de comunicación en el contexto de las organizaciones de salud y su rol en el armado de dicho centro de coordinación.

Un aspecto central que tuvimos en cuenta fue la existencia desde su origen de un Área de Comunicación en el Hospital El Cruce, lo cual nos llevó a indagar sobre la incorporación de dicha temática en otras organizaciones de salud, principalmente en hospitales de la región y del país. De allí surgió el segundo proyecto, aprobado por la convocatoria UNAJ Investiga 2017, en el cual nuestro propósito fue analizar las áreas de comunicación que existen en distintos hospitales públicos del país para identificar cuáles son las lógicas de trabajo y los modelos de comunicación puestos en práctica, y de este modo sistematizar las experiencias y proponer no sólo nuevos marcos teóricos para pensar la comunicación hospitalaria sino formas de trabajo que den cuenta de los mismos.

Partimos de nuestra propia experiencia en el campo, la cual nos ha llevado a percibir que si bien existe un reconocimiento de la importancia de la comunicación, en muchas organizaciones no se ha entendido y asumido su carácter integrador con el resto de las políticas institucionales. La comunicación institucional suele ser abordada desde la información que se debe transmitir para sus distintos públicos y los respectivos canales, la cual si bien es un aspecto muy importante, no es el único posible.

Por otra parte, sabemos que en las organizaciones de salud del ámbito público el abordaje de la comunicación institucional –si es que existe– suele ser disperso y fragmentado en distintas áreas (por ejemplo en

áreas de prensa, relaciones institucionales, gestión de pacientes, divulgación, recursos humanos). La función se ha visto reducida –en el mejor de los casos– a las relaciones con los medios, ya sean los de comunicación masiva tradicional, así como los medios a través de los cuales la institución difunde sus acciones, como son los casos de uso de páginas web y redes sociales. Difícilmente se piense a la comunicación como una dimensión estratégica, concebida como producción de sentido de lo que es la institución, interpelando las relaciones interpersonales, la cultura institucional, las acciones, así como la imagen y la identidad de las organizaciones de salud.

En este artículo realizaremos un breve recorrido sobre la construcción del campo que pone en relación la comunicación y salud, haremos una puesta al día de los trabajos sobre comunicación en las organizaciones de salud para luego presentar los avances tanto teóricos como metodológicos desarrollados en las dos investigaciones mencionadas.

La comunicación en el campo de la salud

Muchos teóricos e investigadores latinoamericanos han coincidido en ubicar el surgimiento del campo de la comunicación en salud en la corriente conocida como “comunicación para el desarrollo”, iniciada en los EEUU hacia fines de la segunda guerra mundial, en tanto proceso de intervención para el cambio social y como una nueva especialidad en el campo de la comunicación social. Fue necesario el desarrollo de técnicas de comunicación para capacitar en los puestos de agricultura, industria y servicios civiles, dejados vacantes por las bajas de la guerra, y este aprendizaje fue transferido a los considerados “países subdesarrollados” a través de programas de desarrollo en agricultura, salud y educación, creando los primeros órganos de comunicación

para educación no formal y técnica en la región, o sea las primeras unidades para el desarrollo (Beltrán, 2006).

Tres “subdisciplinas” de la comunicación para el desarrollo fueron surgiendo paralelamente: el extensionismo agrícola, la educación audiovisual y la educación sanitaria. Las dos primeras, con programas sustentadas por USAID (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional), UNESCO, FAO y UNICEF tuvieron auge en los años sesenta y fueron declinando hasta desaparecer en los años ochenta. La educación sanitaria no alcanzó avances significativos en América Latina pero logró institucionalizarse, como por ejemplo en departamentos de Educación para la salud en ministerios de salud. Si bien la Organización Mundial para la Salud le dio mucho empuje, se fue debilitando cada vez más. Según algunos investigadores (Beltrán, 2006), la comunicación fue ocupando ese espacio dejado vacante por la educación sanitaria por poseer ciertas ventajas con respecto a ella:

- mayor y mejor empleo de medios masivos, sin desmedro de los interpersonales;
- tendencia a someter la producción de mensajes a un régimen de continua y rigurosa programación que va desde la investigación del público hasta la evaluación de los efectos de los mensajes en las conductas de éstos;
- la facilidad para acceder a formatos participativos derivados de la praxis ganada por décadas en cuanto a comunicación dialógica y democratizante.

En este contexto, la comunicación para la salud ha sido definida como la “aplicación planificada y sistemática de medios de comunicación al

logro de comportamientos activos de la comunidad, compatible con las aspiraciones expresadas en políticas, estrategias y planes de salud pública”, así como el “empleo sistemático de medios de comunicación individuales, de grupo, masivo y mixtos, así como tradicionales y modernos, como herramientas de apoyo al logro de comportamientos colectivos funcionales al cumplimiento de los objetivos de los programas de salud pública” (Beltrán, 2006).

A partir de los años setenta, en América Latina surge una mirada crítica en torno a esta forma de concebir la comunicación, muy de la mano de lo que se fueron denominado corrientes alternativas de la comunicación, y sobre todo a partir de las reflexiones realizadas por Paulo Freire en su libro “Extensión o comunicación” que continúa teniendo vigencia (Freire, 1969). Con una mirada crítica al modelo modernizador en el cual la comunicación era tomada como una mera herramienta para la adopción de tecnologías y comportamientos, “los primeros comunicadores latinoamericanos inician ya por los sesenta una profunda revisión de las propuestas norteamericanas de comunicación y desarrollo, señalando múltiples errores y limitaciones” (Barranquero, 2005). Autores como Antonio Pasquali, Luis Ramiro Beltrán, Juan Díaz Bordenave, Orlando FalsBorda, llevan a cabo una crítica hacia la “dependencia científica y comunicativo-cultural de la región” y “reconducen la perspectiva ‘modernizadora’ inicial –vertical, positivista, evolucionista, psicologista, exógena, descontextualizada, etc.–, hacia otra diametralmente opuesta, “participativa”, de presupuestos más complejos y holísticos –horizontal, dialógica, procesual, endógena y democrática” (Barranquero, 2005).

En los años noventa, la comunicación comienza a formar parte de planes y programas de salud, en algunos casos (cuando el financiamiento es externo) con partidas presupuestarias para la producción de

estrategias de comunicación para la prevención y promoción de la salud. Un ejemplo fue el PROMIN (Programa Materno Infantil y Nutrición), programa financiado por el Banco Mundial, que se implementó en Argentina y tenía como área de apoyo el Área de Comunicación, con presupuesto asignado, referentes nacionales y provinciales, e incluso en algunos casos referentes municipales.

Puede decirse que en los últimos 20 años hemos presenciado en Argentina un importante desarrollo del campo denominado “comunicación y salud” tanto en ámbitos de reflexión académica sobre la comunicación como en el propio campo de la salud. Desde la comunicación, se va incorporando el ámbito de la salud como un espacio para la intervención y para la investigación; desde la salud, se consolida la idea de la centralidad de la dimensión comunicacional para comprender las prácticas sanitarias a nivel individual y colectivo, para llevar a cabo estrategias de promoción y prevención, para pensar las organizaciones y servicios de salud, para la implementación de políticas de salud, entre otros aspectos.

En el campo académico, uno de los primeros trabajos que marcó un camino en el análisis de este cruce de campos y saberes fue la investigación de Petracci, Quevedo y Vacchieri (1998) referida a las representaciones en torno al SIDA y el papel de los medios de comunicación en ellas, así como sobre los modelos político-comunicativos del sida y el cólera en la Argentina. Allí sostenían que “un terreno donde la comunicación puede tornarse en un aliado fundamental para la implementación de programas asistenciales es el de la salud, especialmente en una etapa en que la medicina está virando desde el concepto de curación al concepto de prevención” (Petracci, Quevedo y Vacchieri 1998). Los trabajos que se fueron desarrollando a partir de dicho estudio fueron dando cuenta de una permanente tensión entre la visión instrumental/

informativa y una visión relacional de la comunicación, tensión que sigue siendo fuertemente tematizada, investigada y reflexionada, en distintas publicaciones, tal como surge en Regis (2007), Lois (2013), Cuberli (2008), Cuberli y ot. (2004).

Desde entonces son variados los temas, enfoques y perspectivas que fueron puestos en el ruedo académico y que han sido mencionados y analizados en diversos artículos aunque veremos que el tema que nos ocupa aquí, en relación a los procesos de comunicación en el contexto de las organizaciones de salud, y en particular, en los hospitales públicos, no ha tenido el mismo desarrollo que los estudios sobre políticas de salud y comunicación, campañas de prevención y promoción de la salud, entre otros.

Distintos documentos de la Organización Mundial de la Salud así como de otros organismos internacionales, han sido claves en la incorporación de la dimensión comunicacional al diseño e implementación de políticas de salud: la Carta de Ottawa (1986), la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1990), la Declaración de Yakarta (1997), son hitos fundamentales en este sentido. Podríamos decir entonces que el interés y la necesidad de incluir a la comunicación en el campo de la salud estuvieron en su origen vinculados a un modelo fuertemente orientado a la propuesta de acciones para el cambio de conducta o para la adquisición de hábitos saludables en la población.

Si bien en el campo de la salud es más frecuente la visión instrumental de la comunicación, en tanto uso de herramientas, generalmente tecnológicas, para la consecución de determinados fines, desde el espacio académico una visión más estratégica de la comunicación fue ganando terreno en Argentina. En este sentido, algunas perspectivas son las desarrolladas por Uranga (2001), Bruno y ot. (2013); Casas,

Cuberli, Demonte (2004); Massoni (2004, 2007a, 2007b). Para citar un ejemplo, Massoni considera la comunicación como “espacio de encuentro de las alteridades socioculturales” y propone pensarla como “fenómeno situacional, complejo y fluido”. La dimensión comunicativa “implica, ante todo, una mirada que rebase la hegemonía de la emisión para centrarse en el otro (...). Reconocer que estos mundos de vida permanentemente interactúan y que al hacerlo construyen la dinámica social” (Massoni 2007).

Es en esta tensión en donde se van llevando a cabo distintas reflexiones a partir de investigaciones y análisis que tratan de incorporar miradas más innovadoras desde la perspectiva de la comunicación social, evitando caer en los reduccionismos que impiden pensar los procesos de comunicación en toda su complejidad.

La comunicación en las organizaciones

Si observamos específicamente el campo de la comunicación en las organizaciones, surge nuevamente la tensión ya mencionada. Como afirma Kaplun (2012), “todo el tiempo encontramos signos que muestran la sólida persistencia de ciertas formas de entender y hacer comunicación organizacional, asentadas en concepciones dominantes sobre las organizaciones y la comunicación, frente a las cuales los cambios emergentes pugnan por nacer”.

Al igual que ubicábamos el comienzo de la relación entre comunicación y salud en el contexto de la posguerra, lo mismo podemos decir sobre el inicio de los estudios sobre comunicación organizacional. Al finalizar la guerra, las empresas norteamericanas comienzan a preocuparse crecientemente por aumentar los niveles de producción (con

el menor gasto posible) y aparece la comunicación como un aspecto a investigar para generar estrategias de información/comunicación que lograran incentivar a los trabajadores, hacerlos cooperar y trabajar más, y por lo tanto, hacerlos más productivos. Los orígenes de este campo de estudios han estado fuertemente influenciados por el pensamiento gerencial, y por la búsqueda de herramientas que permitieran afrontar los desafíos de la administración en un mundo cada vez más competitivo y cambiante.

Bouzon (2011) plantea que el estudio de la comunicación en el contexto de las organizaciones es un “fenómeno de origen anglosajón, esencialmente americano, aparecido poco después de la entrada de Estados Unidos en la Segunda Guerra Mundial”. La investigadora francesa sostiene que una vez terminada la guerra, una de las principales preocupaciones de las empresas americanas y de los investigadores en organizaciones estuvo orientada a generar niveles de producción más altos a costos más bajos. Se suponía que si los empleados contaban con información suficiente acerca de las cuestiones vinculadas a la gestión empresarial, se volvería más colaborativos y por lo tanto, más productivos. Se publican varios artículos, bajo la influencia de las teorías de administración antes mencionadas, estableciendo los principales aspectos a considerar en cuanto a comunicación organizacional, tanto en relación al cumplimiento de los objetivos de la organización, como en relación a lo que acontece al interior de la misma, en términos de lo que se conoce como “comunicación informal”.

Como señala Bouzon (2011), en 1947, Herbert A. Simon –quien obtuvo el Premio Nobel de economía en 1978 en reconocimiento a sus aportes en el abordaje interdisciplinario de la toma de decisiones en las organizaciones– afirmaba que *communication is the essence of organization* (la comunicación es la esencia de la organización).

Esta percepción en torno al lugar fundamental de la comunicación para las organizaciones continuó avanzando a través de diversas publicaciones, como puede identificarse en 1951 en el artículo de Bavelas y Barrett (1951, p. 366-377) donde se comienza a hablar de “comunicación organizacional” para referirse no sólo a los contenidos de los mensajes sino también a las formas o técnicas de comunicación y sus canales o redes de transmisión. Bouzon (2011) hace un recorrido por los distintos trabajos que surgieron para dar cuenta de este aspecto de las organizaciones, e identificar cómo se fue constituyendo el campo, y establece los años sesenta como punto de partida para la construcción de la comunicación organizacional como campo de conocimiento científico. Desarrollos posteriores subrayan la importancia de la comunicación en las organizaciones, estableciendo que éstas no pueden existir sin la comunicación.

En cuanto a la producción teórica sobre comunicación institucional en América Latina, suelen mencionarse autores tales como Muriel y Rota (1980), Annie Bartoli (1991), Amado Suarez y Castro Zuñeda (1999), quienes han contribuido a pensar y complejizar el rol de la comunicación en las organizaciones, ya sea como parte de un proceso o como un recurso estratégico, proponiendo que la comunicación es un fenómeno complejo que depende de una multiplicidad de factores. Existen hoy distintas perspectivas desde las cuales pensar la comunicación en las organizaciones y que, a partir de un análisis crítico de lo que ha sido el campo de la comunicación organizacional comienzan a incorporar otros marcos teóricos o “paradigmas”, los cuales si bien aportan una mirada más integral del objeto, nos plantean algunas dificultades para su abordaje metodológico que es preciso superar.

Procesos de comunicación en organizaciones de salud

Por otra parte, no podemos dejar de considerar como un aspecto fundamental la relación entre el modo de pensar la dimensión comunicacional en las organizaciones de salud y los modelos de gestión vigentes en las mismas, que a su vez dan cuenta de un modelo de atención determinado. Con modelo de atención, nos referimos a la forma en que se organizan los recursos, los niveles de atención, el perfil de las competencias profesionales, cómo se toman las decisiones, qué forma organizativa general se da la organización vinculado al proceso de atención. En un sentido amplio, también se refiere a la forma de organización de los servicios de salud que se ofrecen en un país o región.

Actualmente, y en nuestro proyecto PDTTS que mencionamos al inicio esta es una cuestión central, somos conscientes de la necesidad de modificar los modelos de atención vigentes en los hospitales, pensados desde la lógica de los propios servicios de salud y sus profesionales, y no desde las necesidades y posibilidades de la población que asiste a atenderse. Es preciso pasar de un modelo centrado en la enfermedad, en el servicio, en la atención médica, a otro modelo centrado en las personas. Cada uno de ellos da cuenta de un modelo de gestión diferente y por ende, un modelo de comunicación completamente distinto.

En el primer caso, las características son una atención a demanda, asociada a episodios o complicaciones de enfermedades crónicas, organizada en torno a la oferta de servicios, en torno a la lógica de la institución (los horarios de atención, la entrega de turnos, que no suelen coincidir con las necesidades de los usuarios), y centrada en gran medida a la atención especializada, con un modelo difusionista de la comunicación. En el segundo caso, donde el modelo está centrado en los usuarios, las características son una visión integral de la salud, una

atención programada y planificada, organizada según las necesidades de la población, y en la cual se busca el empoderamiento del usuario, pensado como una persona activa, informada, involucrada en su propio proceso de salud-enfermedad-atención, en el cual el modelo es de la comunicación estratégica, horizontal, participativa.

A su vez, se habla de la necesidad de cambiar del modelo tradicional de gestión hospitalaria a un modelo de gestión por procesos, la cual “responde a una visión integradora y horizontal de la organización que jerarquiza al paciente” (Rodríguez et al 2014). El modelo de gestión por procesos supone no sólo una mayor participación de los integrantes de los equipos de salud, sino la existencia de un “paciente” informado y exigente, en relación a la atención que percibe. “La gestión por procesos tiene como centro al paciente y su familia, y se basa en un sistema integrado de procesos, que prioriza la calidad y la seguridad en la atención, sostenido por la optimización de la comunicación, el cuidado y la promoción del equipo de salud, la interdisciplina, el apoyo en guías de práctica clínica, la historia clínica única y la evaluación permanente de los resultados, con el objetivo de mejora continua”, plantea Rodríguez.

Como dijimos, cada uno de los modelos de atención da cuenta de un modelo o una forma de pensar la comunicación, tanto a nivel de la relación médico/paciente, entre los profesionales de salud, de la organización con sus otros públicos, con los medios de comunicación, en fin, en todos los niveles posibles.

Una búsqueda de publicaciones en torno a la relación entre comunicación y gestión hospitalaria, nos permite recuperar algunas miradas provenientes de distintos campos, como por ejemplo en Medina, A. y Narodowsky, P. (2015), donde desde la mirada de la gestión en salud, se

define a la comunicación “una herramienta fundamental quizás la más importante para la gestión de las instituciones y una tarea que no es exclusiva de los comunicadores, sino que debe formar parte transversalmente del conjunto de actividades de la organización y debe impregnar toda la gestión”.

A su vez existe una variedad de artículos en los cuales se considera que los directivos de las organizaciones hospitalarias deberían integrar la comunicación en la gestión, como en March et al. (2009) donde se plantea “la necesidad de un perfil del directivo del futuro donde la comunicación sea uno de los valores más importantes que tiene que tener en cuenta para la mejora de la gestión”.

Otros trabajos que destacan el valor estratégico de la comunicación interna en los hospitales, son Medina-Aguerreberre (2012) y Medina-Aguerreberre y Del Río Pérez (2015), quienes se preguntan si la comunicación interna hospitalaria puede ser considerada una herramienta estratégica de gestión, y buscan la respuesta analizando el contexto hospitalario, el rol de la comunicación institucional en los hospitales, y el carácter estratégico de la comunicación interna.

Medina-Aguerreberre (2012) establece la importancia de la comunicación, tanto interna como externa, como una dimensión donde se ponen en juego las distintas concepciones, experiencias y características de los actores de dichos procesos. Podría decirse, como espacio de mediación de las prácticas y de los sentidos que las mismas generan. Asimismo, afirma que la comunicación interna influye positivamente en el funcionamiento organizacional del hospital, sobre todo en relación a la gestión de procesos internos, la optimización de los costos y la atención al paciente.

Para este autor, la comunicación interna debe considerarse una herramienta de gestión, ya que persigue distintos objetivos, recurre a diferentes estrategias y soportes de comunicación, influye en varios aspectos de la organización y concierne a todos los empleados, de allí que requiera de una gestión estratégica desde la dirección para orientar dicha actividad a la consecución de las metas del hospital. Además, es una herramienta estratégica de dirección porque muchas de las iniciativas que se llevan a cabo influyen en la calidad del servicio que se ofrece a los pacientes y por lo tanto, a la satisfacción del paciente y la marca de la institución. Finalmente sostiene que debe haber un departamento de comunicación interna que “asuma esta actividad de una forma autónoma y protocolizada (creación de protocolos y de un plan oficial de comunicación interna) en la que la colaboración con los demás departamentos de la institución, por un lado, y la formación del profesional de la salud en el ámbito de la comunicación interna, por otro, constituyan sus dos principales áreas de actividad”.

En la misma línea, en distintos trabajos se reflexiona en torno a la necesidad de crear áreas específicas o departamentos, o gabinetes (como se denominan en España) de comunicación en los hospitales. Costa Sánchez (2011) analiza dichos departamentos o gabinetes en los hospitales públicos de Galicia asumiendo la importancia de la comunicación como “herramienta imprescindible para conseguir una imagen positiva interna-externa y en relación con los usuarios”. “La comunicación constituye el elemento que aporta valor añadido al servicio hospitalario, pues a través de la comunicación puede adaptarse el servicio (hospitalario) a la idiosincrasia y necesidades de cada paciente” Costa Sánchez (2011). Y esto produce usuarios satisfechos o con una buena valoración de la calidad de atención recibida.

Para esta autora, al ser la comunicación parte de los servicios que se les brindan a los usuarios, es fundamental que exista un área que pue-

da gestionarla, tanto en relación a necesidades internas como externas. Esta área, denominada gabinete o departamento, “debe encargarse de “diseñar, planificar, ejecutar, evaluar y coordinar la estrategia comunicativa –hacia adentro y hacia afuera– que desea llevarse a cabo.”

Si bien en España desde hace unos veinte años cobró impulso la importancia de la comunicación hospitalaria y la necesidad de contar con un área de estas características, tanto en el ámbito público como en el privado, comparten con nuestras escasas áreas de comunicación en hospitales el problema de que las mismas quedan relegadas la mayoría de las veces a funciones vinculadas únicamente a los medios masivos de comunicación.

En la misma línea, Medina-Aguerreberre y Del Río Pérez (2015) avanzan en la propuesta de cómo deberían estar organizadas estas áreas o Departamentos de Comunicación Institucional, cuyas funciones abarcarían la comunicación interna, externa, las relaciones con los medios, la organización de eventos, entre otras. Entre todas ellas, destaca lo que denomina la definición de la arquitectura de marca del hospital, es decir, su identidad, valores, misión, visión, cultura e imagen (Medina, 2011). El modelo de organización en el que están pensando, obedece a la lógica de los hospitales privados, para los cuales la imagen es muy importante en tanto deben “captar” a sus pacientes, entendidos como “clientes”, que tienen distintas opciones de servicios de salud y por lo tanto hay que convencerlo de que va a cubrir su expectativa en cuanto a atención de la salud. Parte de la idea de que “cuando un cliente entra en contacto con una marca, éste juzga si la imagen que él tiene de la misma es coherente con la realidad que se vive en ella (Quirke, 2000). Por eso, el Departamento de Comunicación Institucional, antes de implantar ninguna iniciativa concreta de comunicación, define la arquitectura de marca para, de este modo, cohesionar dichas iniciativas e influir positivamente en

las percepciones de los *stakeholders* del hospital: pacientes, periodistas, autoridades públicas, etc” (Medina-Aguerreberre y Del Río Pérez, 2015).

Las áreas de comunicación en hospitales públicos: el caso del HEC

En los últimos años en Argentina ha ido creciendo una mirada orientada a la importancia de la comunicación en las organizaciones de salud, específicamente en hospitales. Algunos de ellos han incorporado el Área de Comunicación como parte de su estructura, como es el caso del Hospital de Alta Complejidad Juan Domingo Perón, de Formosa, inaugurado en el año 2003; el Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Kirchner, de Florencio Varela (Provincia de Buenos Aires) inaugurado en el año 2007; el Hospital Regional de Cañuelas (Cuenca Alta) que comenzó a funcionar en 2017. El Hospital de Pediatría SAMIC “Prof. Dr. Juan Pedro Garrahan”, de la ciudad de Buenos Aires, creado en 1987, si bien no contaba con un área específica de Comunicación, tuvo desde sus inicios una relación con los medios masivos muy fluida, y a partir del año 2013 aproximadamente comienza a considerarse la necesidad de contar con un área de Comunicación que involucrara otro tipo de acciones además del trabajo de prensa.

Esta incorporación creciente de la comunicación en hospitales públicos nos invita a reflexionar acerca de cómo es pensada la comunicación en estos ámbitos: como responsable de las acciones de “prensa”, es decir, la relación con medios masivos para la difusión de informaciones generadas dentro del propio hospital; como ámbito de producción de materiales gráficos y digitales para cada uno de los servicios hospitalarios; como ámbito de manejo de las páginas web y las redes sociales en caso de que existan; como responsable de la comunicación interna además de

la comunicación hacia el público. Esto implica pensar qué lugar ocupa en la gestión hospitalaria, cuál es su dependencia, cómo articula con el conjunto de la estructura compuesta por áreas y servicios, y en todo este entramado, qué modelo/s o concepción/es de comunicación se están poniendo en juego.

Por otra parte, si partimos de la idea de la complejidad de la comunicación en la organizaciones de salud, de su transversalidad a todos los procesos que se desarrollan en las mismas, y la comunicación se concibe entonces como proceso de construcción conjunta entre sujetos a partir de discursos que se producen en una situación y un contexto determinado, nos enfrentamos al desafío de construir una forma de abordaje metodológico que permita pensar esta dimensión estratégica de la comunicación organizacional, su omnipresencia en los distintos aspectos de la vida institucional y sus características según cada contexto y según los actores vinculados. Este abordaje deberá necesariamente incorporar un análisis de cómo se juegan las relaciones de poder en este entramado, trascendiendo el carácter puramente descriptivo que a veces caracteriza estudios de esta naturaleza.

Como plantea Andrade Scroferneker et al (2015), es necesario abordar el tema de la comunicación organizacional a partir de otros paradigmas tales como el de la complejidad, o el paradigma relacional, o semiótico. Las organizaciones *son* las relaciones, y se define a la comunicación desde un enfoque interpretativo en el cual se la considera como construcción social en la que los sujetos que interactúan construyen y comparten realidades organizacionales (Andrade Scroferneker et al, 2015). Es por esta línea de pensamiento por donde consideramos apropiado comprender lo que sucede en las organizaciones de salud en la medida en que se puedan pensar como redes comunicacionales, o desde algunas lecturas, redes conversacionales. Hablar de redes hoy en día

requiere una aclaración ya que las propias tecnologías de información y comunicación han hecho que se las piense en el terreno digital cuando en realidad el concepto de red, y de redes sociales, se ha utilizado y se utiliza en las ciencias sociales desde hace mucho tiempo, incluso antes de la aparición de internet.

Según Elina Dabas las redes sociales son “un sistema abierto, multi-céntrico, que, a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con los de otros sistemas organizados, posibilitan la potenciación de los recursos y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas y satisfacción de necesidades”. En esta misma línea avanzaba a fines de los 90 Mario Róvere, en su conocido trabajo sobre *Redes en salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*, imposible no mencionar cuando uno se interna en estos campos de estudio.

Indudablemente, incorporar estas perspectivas al estudio de la comunicación organizacional plantea muchas preguntas a nivel metodológico. ¿Qué observar, qué estudiar, al interior de una organización, de salud en este caso, para identificar esos procesos de comunicación, caracterizarlos y analizarlos a la luz de las teorías expuestas? ¿Contar con un área de comunicación, garantiza que los hospitales incorporen realmente la dimensión comunicacional a sus prácticas? ¿Además de las áreas de comunicación, dónde más observar para identificar dichos procesos?

Se trata sin dudas de preguntas difíciles de responder, pero no por ello menos relevantes y necesarias para poder comprender cómo se producen, circulan, y reproducen los procesos de comunicación al interior de las organizaciones de salud, cómo aportan a los procesos de calidad de atención y cómo se transforman en aspectos centrales a tener en cuenta para la gestión hospitalaria.

En el Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Kirchner, de Florencio Varela, funciona un área de comunicación desde su fundación en 2007. Podría decirse que antes de comenzar a atender a usuarios, ya contaba con un área de comunicación. Su característica de ser hospital de derivación, hizo que uno de los primeros objetivos del área fuera dar cuenta de ese funcionamiento, que implicaba romper con la visión tradicional de hospital público al cual la comunidad puede concurrir ante cualquier consulta. Como manifiesta la coordinadora del área, entrevistada a los fines de la investigación actualmente en curso, *“en los comienzos fue un gran desafío porque no sólo había que definir y explicar las funciones de área de comunicación sino que hubo que trabajar sobre una idea muy importante para la comunidad que era definir que este hospital, al ser de alta complejidad, no atendía la demanda espontánea, así que realizamos una fuerte estrategia de comunicación que abarcó desde la presentación de la institución en los medios hasta la participación en actividades territoriales”*.

A su vez, era necesario instalar entre los propios profesionales de la salud y personal en general la necesidad de contar con un ámbito de comunicación que recogiera las necesidades y propuestas internas, las analizara y pusiera en práctica, en un principio en estrecho vínculo con la Dirección Ejecutiva del Hospital.

En palabras de la entrevistada, *“la primera gestión tenía una mirada muy importante sobre el rol de la comunicación en el hospital, y esto fue trascendental para que nuestro trabajo esté planteado a partir de la definición y los objetivos que definió la institución. Destaco la tarea en identidad visual, en las actividades a puertas abiertas para la comunidad como maratones, jornadas de donación de sangre voluntaria en los barrios y articuladas con instituciones barriales, actividades culturales y también el fortalecimiento de la red de servicios que abarcan los municipios de la región”*.

El área se fue constituyendo en torno a la necesidad de construir una identidad, hacia afuera y hacia adentro de la organización, que resaltara la característica por un lado de hospital de derivación, pero por el otro, de propuestas de participación de la comunidad desde otras instancias. El primer año estuvo orientado principalmente a esta tarea, en un contexto propicio desde lo político pero adverso en cuanto al papel que los medios masivos hegemónicos ocuparon en ese momento de fuertes ataques hacia el hospital, tildándolo de “cáscara vacía”, de gasto innecesario, entre otras críticas).

Durante la primera gestión del hospital, el área fue cobrando cada vez más importancia, no sólo en cuanto al rol sino también con la posibilidad de utilizar presupuesto para la producción de materiales y la realización de actividades.

Actualmente, el área depende del Consejo de Administración y, si bien el área continúa con sus tareas fundamentales, *“las nuevas gestiones no conciben el rol de nuestra área de la misma manera que la primera, a tal punto que para este año (2018) tuvimos que trabajar en un plan de comunicación que destacara nuestras funciones porque había muchas tareas que nosotros consideramos que nos corresponden, que otras áreas también las estaban realizando”* según su coordinadora.

Reflexiones finales

Las organizaciones han ido modificándose en el tiempo, y el fenómeno de la globalización con el desarrollo de las nuevas tecnologías de información y comunicación le han dado otras características que hacen que necesariamente los viejos esquemas para pensar la comunicación institucional (unidireccional/multidireccional; vertical/horizontal; formal/informal; interna/externa) dejen de tener sentido o bien se resignifiquen y adapten a los nuevos tiempos.

Como plantea Krhöling Kunsch (2007):

Todas esas transformaciones alteraron por completo el comportamiento institucional de las organizaciones y la comunicación pasó a ser considerada de otra manera. Así como la propaganda tuvo un papel fundamental después de la revolución industrial, la comunicación organizacional en el sentido corporativo comenzó a ser encarada como algo fundamental y como un área estratégica en la contemporaneidad (la traducción es nuestra), (Krhöling Kunsch, 2007).

En el contexto actual, cuando se habla de comunicación en las organizaciones es preciso considerar nuevos conceptos, como por ejemplo los de comunidad virtual, redes sociales, capital social. Estos conceptos ponen en el centro de la cuestión el tema de las relaciones entre los sujetos, y la comunicación se concibe entonces como proceso de construcción conjunta entre sujetos a partir de discursos que se producen en una situación y un contexto determinado. Las organizaciones existen a través de las personas y de sus acciones en relación a objetivos determinados, y estas personas establecen relaciones entre sí que están mediadas por y construidas en los discursos que se producen, circulan y resignifican permanentemente al interior de dichas organizaciones.

En esta línea, investigadores brasileños proponen analizar la comunicación organizacional desde otros paradigmas, de la complejidad, relacional, semiótico, y afirman que las organizaciones **son** las relaciones, y se define a la comunicación desde un enfoque interpretativo en el cual se la considera como construcción social en la que los sujetos que interactúan construyen y comparten realidades organizacionales (Andrade

Scroferneker et al, 2015). En esta perspectiva, la idea de lenguaje o de lenguajes va más allá de una mera concepción instrumental, incorporando una visión semiótica donde el o los lenguajes no dan cuenta del mundo sino que lo construyen.

Es por esta línea de pensamiento por donde consideramos apropiado comprender lo que sucede en las organizaciones de salud en la medida en que se puedan pensar como redes comunicacionales, o desde algunas lecturas, redes conversacionales.

Incorporar la perspectiva de redes en el análisis de la comunicación organizacional implica trascender los esquemas piramidales, centralizados, con los cuales muchas veces se esquematizan algunos aspectos de la comunicación organizacional, y proponer una mirada que dé cuenta de la multicentralidad de la conformación de redes. Las organizaciones se piensan entonces atravesadas por distintas redes, redes de todo tipo, donde lo que las identifica y caracteriza es la intensidad de los intercambios que se producen en ellas, y lo que generan entre sus partes integrantes, o podríamos decir, entre los nodos de esas redes.

A su vez esas redes trascienden una organización: hoy se habla de redes de servicios, para dar cuenta de esos procesos que interconectan a las distintas organizaciones de salud en pos de lograr una atención adecuada de la salud de la población, como vimos en la descripción de los hospitales mencionados.

Nuestro desafío es construir un abordaje metodológico que permita pensar esta dimensión estratégica de la comunicación organizacional, su omnipresencia en los distintos aspectos de la vida institucional y sus características según cada contexto y según los actores vinculados. Este abordaje deberá necesariamente incorporar un análisis de cómo se juegan las relaciones de poder en este entramado, trascendiendo el carácter puramente descriptivo que a veces caracteriza estudios de esta naturaleza.

Bibliografía

- Amado Suarez, Adriana y Castro Zuñeda, Carlos (1999). *Comunicaciones Públicas, el modelo de la comunicación integrada*. Buenos Aires: Temas Grupo Editorial.
- Andrade Scroferneker, CM. (2012) *Contra tendencias paradigmáticas da comunicação organizacional contemporânea no Brasil*. *DIÁLOGOS de la comunicación*, 85.
- Araújo, Inesita S.; Cuberli, Milca (2015). *Comunicación y Salud - Un campo en permanente movimiento*. En: Cesar Bolaño; Delia Covi Druetta; Gustavo Cimadevilla. (Org.). *La contribución de América Latina al campo de la comunicación - Historia, enfoques teóricos, epistemológicos y tendencias de la investigación*. 1 ed. Buenos Aires: Editorial Prometeo, 2015, v. 1, p. 338-390.
- Barranquero, Alejandro. (2005). *Latinoamérica en la ruptura del paradigma de la comunicación para el desarrollo. El recorrido de los pioneros en la búsqueda de alternativas democráticas*. *Punto Cero*, 10 (11), 7-22. Recuperado en 30 de julio de 2019, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762005000200002&lng=es&tlng=es.
- Bártoli, Annie (1991) *Comunicación y organización: la organización comunicante y la comunicación organizada*. Buenos Aires: Paidós.
- Bavelas, A; Barrett, D. (1951). *An experimental approach to organizational communication*. New York: American Management Association.

- Beltrán, L. (2006). La Comunicación Para El Desarrollo En Latinoamérica: Un Recuento De Medio Siglo. *Anagramas Rumbos y Sentidos de la Comunicación*, 4 (8), 53-76.
- Bouzon, A. (2011) La investigación en comunicación de las organizaciones: orígenes y fundamentos. *Organicom*, Año 8 (14) pp. 12-28.
- Bruno, Daniela y otros. (2011). Mapeo nacional de capacidades en comunicación y salud pública en Argentina. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol. 1, nº 2, pp. 5-18.
- Bruno, Daniela y otros. (2013). El desafío de hacer de la comunicación un componente estratégico de las políticas públicas en salud. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol. 3, nº 1, pp. 51-65.
- Casas, L.; Cuberli, Milca y Demonte, Flavia. (2004). “La comunicación en el ámbito de la salud: perspectivas para repensarla”. *Salud y Población*, núm. 4. Extraída el 2/IX/2015 desde <http://10.10.1.83/areas/salud/dircap/mat/rrieips.pdf>
- Costa Sánchez, Carmen (2011). El gabinete de comunicación del hospital. Propuesta teórica y acercamiento a la realidad de los departamentos de comunicación de los hospitales públicos de Galicia. *Doxa Comunicación* Nro 14. pp. 175-197.
- Cuberli, Milca (2008). Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción. *Question*, [S.l.], v. 1, n. 18, jun. 2008. ISSN 1669-6581. Disponible en: <<https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/524>>. Fecha de acceso: 07 dic. 2018.

Kaplún, Gabriel (2012) Lo emergente y lo resistente en la comunicación organizacional, Felafacs, Diálogos de la comunicación 83, pp. 1-23. Disponible en: http://dialogosfelafacs.net/wp-content/uploads/2012/03/N%C2%B0-12_Gabriel-Kaplun_UDELAR-Uruguay.pdf

Lois, Ianina (2013) Notas sobre las perspectivas, límites y desafíos de la comunicación y salud, X Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, organizadas por el Área de Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA).

March, JC; Prieto, MA; Danet, A.; Pérez, O; Martínez, F. (2009). “Los directivos hospitalarios y la comunicación interna: una asignatura pendiente”, Revista Adm Sanitaria 2009; 7 (I) 165-182.

Massoni, Sandra (2004). Estrategias de comunicación: un modelo de abordaje de la dimensión comunicacional para el desarrollo sostenible entendido como cambio social conversacional, en Revista Temas y Debates N° 8, Facultad de Ciencia Política y RRII, Universidad Nacional de Rosario. UNR Editora.

Massoni, Sandra (2007A). Comunicación estratégica: experiencias, investigación y planificación en marcha. Rosario: Universidad Nacional de Rosario-Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica. Rosario, Argentina.

Massoni, Sandra (2007B). Moebius, estrategia y comunicación. Revista Académica Estrategias Año III N° 7, FISEC, www.fisec-estrategias.com.ar

Medina-Aguerreberre, Pablo (2012) “El valor estratégico de la comunicación interna hospitalaria”, *Revista de Comunicación y Salud*.

Medina Aguerreberre, Pablo y Del Río Pérez, J. (2015). Comunicación interna hospitalaria: una aproximación desde la creatividad. *Revista Mediterránea de Comunicación*, 6 (2), 215-227. Disponible en <http://mediterranea-comunicacion.org/>.

Medina, Arnaldo y Narodowsky, Patricio (2015), Estado, integración y salud: la gestión en red de un hospital público. Buenos Aires: Imago Mundi.

Muriel, M. L. y Rota, G. (1980). Comunicación Institucional. Quito: Ciespal.

Petracci, Mónica, Quevedo, Luis y Vacchieri, Adriana (1998). “Los modelos político comunicativos del SIDA y el cólera en la Argentina, 1991-1993”. En Mendes Diz, A., Findling, L., Petracci, M., Federico, A. (compiladoras) 1998. Salud y población. Cuestiones sociales pendientes, Buenos Aires: Espacio Editorial, págs. 201-218.

Petracci, Mónica; Waisbord Silvio (2011) Comunicación y salud en la Argentina. Buenos Aires: La Crujía.

Regis, Stella (2007). Reflexiones sobre las prácticas de comunicación en el campo de la salud. *Question*, 1 (13). Recuperado de <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/331/264>

Rodríguez, Josefa; Dackiewicz, Nora; Toer Daniel (2014). La gestión hospitalaria centrada en el paciente, *Arch Argent Pediatra* 2014; 112 (1): 55-58.

Investigación sanitaria en espacios locales, prioridades y barreras para la producción de conocimiento

DANIELA ALVAREZ (Universidad Nacional Arturo Jauretche, Instituto de Ciencias de la Salud); **MARÍA MAGALÍ TURKENICH** (Universidad Nacional Arturo Jauretche, Comisión de Investigaciones Científicas, CIC)

Introducción

Se propone con este trabajo recorrer algunas de las perspectivas conceptuales, enfoques y prácticas que intervienen en la investigación sobre sistemas y redes de servicios de salud, identificando los debates acerca del rol de la investigación (aplicada, contextual) como actividad estratégica que se ubica en una *interfaz* entre el conocimiento académico y los procesos de planificación y gestión de la salud.

Inscribiendo en esta trama conceptual el enfoque de redes, se presentan dos potencialidades estratégicas de las redes de salud desde la lógica de la producción de conocimientos: constituyen relevantes objetos de estudio para los análisis de los sistemas de salud (investigación *sobre* redes), y establecen, a la vez, dinámicos canales interdisciplinarios de generación y circulación de dichos conocimientos en el plano de la implementación y de las prácticas (investigación *en* redes).

Posteriormente al recorrido conceptual, se explorará dentro del mapa de actores clave los factores facilitadores y/u obstaculizadores que intervienen en las relaciones entre los espacios académicos-investigativos y los espacios de gestión y/o atención de la salud. Se explorarán, desde la perspectiva de los actores (específicamente integrantes de áreas de

investigación de los hospitales que integran la subregión sudeste de la región sanitaria VI⁵³) las dinámicas, procesos y actividades que consideran más pertinentes para el intercambio investigación-gestión, y como resultado se presenta una matriz FODA que sintetiza el estado de situación de la investigación sanitaria hospitalaria local y sus principales problemáticas para su consolidación y aplicabilidad.

El mapeo de estas tramas teóricas, metodológicas y prácticas interpela la necesidad de desarrollar renovadas epistemologías al momento de abordar la producción de saberes desde la territorialidad de las institucionales locales, reflexionando acerca de las categorías y lógicas de poder que se refractan en los modos que asume la investigación en los contextos sanitarios.

Produciendo conocimiento sobre sistemas y redes de salud: El rol de la investigación, discusiones y consensos

Los marcos conceptuales proveen diversas categorías de análisis para reflexionar acerca de la investigación sobre políticas y gestión de redes de servicios de salud, acordando que constituye una herramienta clave para la producción de conocimientos que abonen tanto al corpus teórico como al espacio de las prácticas.

La investigación sobre sistemas y redes de salud toma como objeto de estudio general al sistema sanitario, focalizándose en sus políticas, estructuras, modelos de atención y gestión y capacidad resolutiva para

53 La Región Sanitaria VI está integrada por los Municipios de Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora, Esteban Echeverría, Ezeiza, Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes. Dentro de ella, puede señalarse subregión (sudeste) que la conforman Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes.

la coordinación de niveles asistenciales. Estas dimensiones estructurantes de la salud en el territorio determinan como está establecida la respuesta del sistema de salud, incluyendo la disponibilidad de recursos (volumen y tipo de recursos existentes ya sea humanos, tecnológicos, de infraestructura, económicos), la planificación estratégica y sus herramientas, los modelos de financiamiento, los procesos técnicos administrativos y las relaciones que establecen los servicios para asegurar cobertura y continuidad de la atención. En esta lógica, las redes de salud constituyen un conjunto de servicios asistenciales organizados por niveles de complejidad, que configuran unidades locales con determinada población bajo cobertura en un espacio geográfico determinado. La regionalización y el establecimiento de un adecuado sistema de gestión entre niveles resultan dos condiciones ineludibles para la configuración de una red de servicios integrados que respondan a las necesidades de la población a los que están destinados.

Considerando estas definiciones, la investigación que se produce sobre políticas, sistemas y gestión de redes de servicios de salud se caracteriza por ser interdisciplinaria (por su estrategia metodológica y sus categorías de análisis), por estar definida temáticamente por prioridades sociosanitarias ajustadas al contexto (construyendo en función de éste su objeto de estudio) y por estar orientada a generar conocimientos relevantes para su ámbito de aplicación. Este tipo de investigaciones, que profundizan sobre los propios contextos de producción y aplicación de resultados, buscan contribuir a reducir los desfases entre la teoría y las prácticas, considerando que el nivel local y sus servicios representan el espacio de construcción territorial de la salud, y que este requiere de la generación de conocimientos multisectoriales aplicables a la formulación de estrategias programáticas de gestión sanitaria que den cuenta de las realidades que lo atraviesan. Desde estas perspectivas, la investigación aplicada a sistemas y redes de servicios de salud constituye en sí misma una herramienta de conocimiento para la gestión.

En lo metodológico, este tipo de investigaciones requieren del desarrollo de enfoques interdisciplinarios que permitan el abordaje del objeto de estudio en su complejidad. En este sentido, Pesse y De Paepe (2000) sostienen que *lo sanitario* constituye un campo de conocimiento que utiliza métodos de distintas disciplinas como ser las ciencias de la salud y las ciencias sociales, y Silva Paim (2001), señala que es precisamente en ese encuentro interdisciplinario donde reside la potencialidad de este campo para generar conocimientos y orientar prácticas integradoras para avanzar en servicios de salud también integrados. Así, estas convergencias, incluyendo marcos conceptuales, metodologías de análisis y estrategias de investigación y vinculación resultantes de la interacción y cooperación interdisciplinar, posibilitan construir enfoques adecuados a la complejidad del campo sanitario.

A la vez, y en relación a esa complejidad temática, pueden identificarse dos perspectivas de análisis también confluyentes al momento de desarrollar investigaciones sobre sistemas de salud y servicios en red:

- Perspectivas a nivel macro-sistema, que abordan las políticas de salud, los procesos históricos, regulatorios, sanitarios-epidemiológicos, sociales y económicos que determinan la formulación, implementación e impacto de las políticas sanitarias y las redes en los espacios locales, nacionales y regionales, y
- Perspectivas a nivel organizacional de los servicios de salud, centradas en las instituciones, sus recursos, procesos y herramientas de gestión, evaluaciones de calidad, sistemas de costos y tecnologías de información aplicadas a los procesos de atención, entre otros componentes que hacen a las dinámicas de las organizaciones sanitarias y sus fases operativas para el trabajo en red.

Ambas perspectivas dan lugar a procesos contextualizados de investigación que abordan como está planificado el sistema de salud y como se materializan sus modelos de atención, de gestión y financiamiento. Así también dan cuenta de las relaciones que establecen los servicios y equipos de salud para la cobertura, el acceso y la continuidad de la atención.

Respecto a la utilización y diseminación de resultados, existe consenso en que este tipo de investigación resulta fundamental para la gestión, por sus potenciales aportes orientados a la resolución de problemas y la toma de decisiones fundamentadas. La Organización Mundial de la Salud (OMS 2004), en el Informe Mundial sobre la Investigación Sanitaria a Nivel Global, manifiesta la necesidad de emprender investigaciones que traduzcan los conocimientos en acción. En este informe de la OMS se sostiene que la investigación en sistemas, organizaciones y redes de servicios de salud puede generar evidencias para la planificación sanitaria, para el establecimiento de prioridades, para la asignación de recursos, para la evaluación de las repercusiones de las intervenciones y programas sanitarios y para la mejora de los procesos asistenciales y de gestión.

En relación a esto, Carvalheiro (1994), C. Almeida (2001) coinciden en puntualizar los principales atributos que caracterizan a estas investigaciones:

- Están vinculadas a la acción concreta e incluyendo en los procesos investigativos la visión de aquellos actores envueltos en la problemática, y que serán claves en la implementación de los resultados (*investigantes*⁵⁴) y,

54 Los “*investigantes*”, a decir de Carvalheiro (1994), son los mismos actores, funcionarios y profesionales del sistema de salud, se refiere así a quienes investigan

- Están orientadas por prioridades, promoviendo la utilización práctica de los conocimientos que se generen.

Sin embargo, pese a estas potencialidades, los antecedentes y experiencias disponibles plantean el persistente problema de las escasas relaciones que se establecen, en la práctica, entre la investigación y la aplicación de sus resultados en la planificación o evaluación sanitaria, es decir entre el ámbito académico y los servicios de salud.

Sonis (1989) problematizó acerca de dos áreas coexistentes (y muchas veces divididas) en el desarrollo de la investigación en salud: una académica, relacionada a la generación de conocimientos, y otra estratégica, centrada fundamentalmente en la solución de problemas concretos. No obstante, plantea que esta “división” carecería de fundamentos, ya que la investigación académica rigurosa y confiable solo podría desarrollarse si se articula con el ámbito del sistema y los servicios de salud y los problemas trascendentes de éstos, y por otra parte, la solución a problemas concretos que tienen su punto de partida en el ámbito del sistema y servicios de salud, si carecen del soporte de una estructura conceptual basada en la investigación, quedarían reducidos a una mera actividad empírica sin sustentos validados.

De este modo, si bien existe consenso respecto a que la investigación académica debiera contribuir a la solución de problemas prioritarios y enfocar sus propuestas dentro de perspectivas sociales y de viabilidad en ciertos contextos (Souza Minayo, Goncalvez, Ramos

desde las prácticas y no circunscritos a los espacios académicos. En este sentido define a la investigación como claramente una interfase entre investigadores, gerentes y profesionales de los servicios de salud, por lo cual dicha investigación trasciende el ámbito estrictamente académico y asume el rol de generar evidencias para la orientación de las políticas sanitarias.

Souza, 2005), resulta significativa la persistencia de “*vacíos críticos*” en materia de conocimientos consolidados y estudios sistematizados sobre políticas, sistemas de salud y procesos de gestión en redes y su aplicabilidad (OMS, 2015).

Acerca de esta situación, en sus recientes documentos la OMS (2015) plantea que la investigación sobre políticas y sistemas de salud tiene un papel clave que desempeñar en la mejora de los sistemas de salud, y aunque ha sido reconocida como un elemento importante para el fortalecimiento sanitario, prevalece una relativa falta de sistematización de sus productos, generando un vacío crítico en su disseminación que se advierte, por ejemplo, tomando como indicador las escasas publicaciones que dan cuenta de estudios sobre estas áreas.

La OMS (2015) sostiene que si bien en los últimos quince años ha habido un crecimiento del corpus conceptual y metodológico de los estudios sobre sistemas, servicios y redes de salud, los enfoques acerca de los nexos entre la investigación, las políticas de salud y las prácticas de gestión se encuentran descuidados, particularmente en lo que atañe a la incorporación de modelos de análisis sobre cómo las políticas se configuran, se formulan y se implementan. De este modo, en las investigaciones sobre sistemas de salud el foco se centra en los contenidos formales y en los instrumentos que operativizan las políticas en su fase de aplicación, y resultan escasos los análisis sobre las fuerzas que influyen en la toma de decisiones, esto es: los actores, el poder, las instituciones, los intereses y las ideas que se tensionan en determinado contexto histórico y que influyen en las agendas y prioridades. En resumen, concluye, los análisis e investigaciones acerca de políticas de salud se encuentran todavía en una fase de desarrollo temprano, siendo necesario mejorar las capacidades de estudio sobre estas temáticas y sus vinculaciones en el plano de las prácticas.

¿Saldando brechas? La potencialidad de las redes: redes de salud como objeto de conocimiento y redes de salud como estrategia interacción y de diseminación

Los estudios sobre el sistema de salud y las políticas sanitarias con centralidad en los modelos de gestión en red, poseen una potencialidad intrínseca para el ciclo de producción de conocimientos-vinculación-implementación, en tanto las redes de servicios constituyen tanto un objeto de conocimiento como un proceso de interacción para la circulación y diseminación del mismo.

En este sentido, las redes de salud como procesos de interacción, territorializados en servicios, constituyen soportes para la vinculación de equipos de salud, investigadores, equipos académicos, actores políticos sanitarios y poblaciones, lo cual es clave para comprender los modos en que se genera conocimiento sobre la salud y sus aplicaciones concretas en procesos de atención, programas y políticas sanitarias.

En este marco, la dinámica del trabajo en red se caracteriza por su potencialidad redistributiva de saberes y experiencias, en tanto puede canalizar la vinculación entre los organismos científico-tecnológicos, los espacios académicos, las políticas y los servicios de salud, contribuyendo a la gestión de conocimientos y su implementación.

Existe un conjunto de trabajos que han señalado la naturaleza multifacética de las relaciones entre investigación, aplicación y estrategias de redes (Estébanez, Korsunsky, 2003). Estos estudios han identificado una variedad de “canales” o “mecanismos” que funcionarían como “*puentes de comunicación e interacción social*” (Valderrama, 2005) a través de los cuales se intercambia y coproduce conocimiento científico y tecnológico en red, entre los centros de investigación,

universidades y ámbitos externos al mundo académico como ser servicios de salud.

Asimismo, la investigación *sobre* redes y *en* redposibilita incluir en los procesos de investigación la visión de aquellos actores directamente envueltos en la problemática objeto de la investigación, estrechando las distancias entre el conocimiento científico puro y el aplicado u operacional, y entre investigadores formados como tales (académicos), trabajadores de servicios de salud y tomadores de decisión (Almeida C., Phang Romero C., Fontes Texiera, 2001).

Recuperando la idea que se presentó en el inicio de este apartado: redes de salud como objeto de conocimiento/redes de salud como proceso de interacción, podrían sistematizarse algunos acuerdos acerca de las contribuciones potenciales de las investigaciones enmarcadas en la estrategia de red, por ejemplo que:

- Contribuyen con su dinámica a reducir las brechas entre los espacios de producción de conocimiento, los espacios de aplicación y las prácticas de los actores.
- Democratizan saberes y producen condiciones de equidad en su distribución (Rovere, 1999), vinculando el conocimiento con el contexto de aplicación, incluyendo las perspectivas del mapa de actores y posibilitando la replicación y diseminación de dicho conocimiento (resultados).
- Facilitan la identificación de necesidades de investigación en base a problemáticas sanitarias emergentes y relevantes en nuestras regiones y sus servicios de salud y la construcción colectiva de respuestas/soluciones.

- Materializan la integración de dominios clínicos y dominios de investigación biomédica, y la conjunción de la investigación básica, clínica y sobre políticas para intentar la solución de problemas de salud relevantes.
- Fortalecen la calidad de resultados y avances, en tanto puedan establecerse aéreas temáticas y de *expertise* entre líneas de investigación específicas de cada nodo de la red (diversificación).
- Promueven el intercambio de información sobre actividades relacionadas a la política científica nacional y sus herramientas de financiamiento y facilitan el acceso a nuevas investigaciones y publicaciones.
- Posibilitan aportar y validar evidencias para el conocimiento en salud.
- Generan espacios de intercambio entre distintos tipos de investigación en salud (básica, clínica, epidemiológica, traslacional, político-sanitaria) y los diversos equipos científico-técnicos y/o académicos que trabajan cada especialidad.
- Promueven la construcción interdisciplinaria del conocimiento en salud.

Claves conceptuales para el análisis de la vinculación entre actores en la dinámica de la producción y uso de conocimientos

Se asume que la ciencia y las prácticas de investigación poseen una triple dimensión social, en tanto: son un producto de relaciones sociales

en un momento histórico y en un contexto determinado; son el producto de interacciones entre diferentes sectores y actores sociales; tienen efectos sobre diferentes ámbitos de la trama social y sus instituciones.

Los modos de vinculación entre la producción y el uso de conocimientos en salud pueden pensarse en diversas direcciones. Entre otros, estos interrogantes pueden contribuir a la interpretación de esos vínculos y al análisis crítico de la práctica investigativa, sus procesos y resultados: ¿Qué conocimientos se producen? ¿Quiénes lo producen? ¿Cómo se vinculan los sujetos en los momentos de producción? ¿De dónde surgen los problemas? ¿Son una demanda de la comunidad? ¿Es una demanda de la política? ¿Proviene de problemáticas disciplinares actuales? ¿Cómo se definen las soluciones? ¿Quién y cómo se usan los conocimientos producidos?

Responder estos interrogantes implica revisar los modelos y categorías que se presentan para dar cuenta de los esquemas de vinculación entre la investigación y la toma de decisiones en política pública. Las categorías analíticas para sistematizar las vinculaciones investigación-gestión exponen los grados y relaciones de fuerza que caracterizan a los modos de interacción entre ambos espacios:

“El modelo de “impulso científico” consiste en la provisión de avances sobre la investigación por parte de los investigadores hacia los gestores. El supuesto subyacente es que la sola entrega de resultados generará tal interés por parte de los tomadores de decisión, que será sucedida por el uso de la investigación para resolver los problemas de la gestión. El segundo modelo, “tracción de demanda”, supone

la existencia de mecanismos de coordinación explícitos entre académicos y tomadores de decisión en una lógica contractual. En este caso, se presume que la influencia de los que toman decisiones sobre los temas de investigación promoverá su utilización y aplicación a sus problemas de gestión. En tercer lugar, “el modelo de diseminación” promueve el desarrollo de mecanismos de difusión de la información. Por último, en el “modelo de interacción” la transferencia de conocimientos se garantiza en la medida que existan distintos espacios de interacción entre los potenciales usuarios de la investigación y los investigadores” (Báscolo, 2006)

De este modo, estas categorías reconocen la existencia vínculos bidireccionales en los procesos de transmisión, donde “operan” un conjunto de factores tales como el interés de los usuarios, las estrategias de diseminación y los modos de relación entre los investigadores y los tomadores de decisiones. Fundamentalmente, la intensidad de dicha vinculación dependerá de las estrategias implementadas para incrementar la incorporación de decisores en alguna de las etapas de los procesos de investigación.

En contrapartida, la limitada utilización del conocimiento científico en los procesos de toma de decisiones se debería fundamentalmente a dos motivos: la investigación es sólo una entre otras variables que influyen sobre el proceso político; y la comunicación entre investigadores y tomadores de decisiones resulta compleja dado que los mismos pertenecen a diferentes comunidades, regidas por tiempos, lenguajes y priori-

dades diferentes. La vinculación entre investigación y toma de decisión dependería entonces de cuatro factores clave relativos a: el contexto, el contenido, a los actores que participan en la interacción y al proceso mismo de comunicación-apropiación de resultados (Bronfman, 2000).

Aplicando estas categorías de análisis al campo de la investigación sanitaria, las formas de cooperación entre academia y servicios confirman la necesidad del establecimiento de canales concretos entre estos dos ámbitos y los tomadores de decisión para el desarrollo de investigaciones conjuntas, centradas en una agenda de prioridades definidas y consensuadas con la participación de los actores involucrados.

Los desarrollos que se verifican en la academia, como por ejemplo los marcos conceptuales, epistemológicos y metodológicos, son fundamentales para la producción de investigaciones sobre sistemas y servicios de salud, y la aplicabilidad de los resultados dependería de la inversión financiera y del compromiso entre el que decide y ejecuta las políticas con la investigación como fuente de evidencias (Almeida, Phang Romero, Fontes Texiera 2001).

De los conceptos a las prácticas: Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas para la consolidación de redes de investigación en el contexto sanitario local

Llevando estas discusiones conceptuales al plano de las prácticas se exploró dentro del mapa de actores claves, y en relación a sus perspectivas y experiencias, los factores facilitadores y/u obstaculizadores que intervienen en las relaciones entre los espacios investigativos y los espacios de gestión y/o atención de la salud. Se identificaron mediante

entrevistas realizadas a integrantes de áreas de investigación de los hospitales que integran la subregión sudeste de la región sanitaria VI⁵⁵ las problemáticas que prevalecen para el intercambio efectivo entre investigación-gestión de la salud, elaborando con las respuestas obtenidas una matriz FODA que compendia un mapeo acerca de la investigación sanitaria en el contexto hospitalario local, sus principales características y problemáticas para su desarrollo y consolidación.

Para la elaboración de esta matriz FODA se han incluido, como fase exploratoria, los siguientes ejes de indagación aplicados a través del trabajo en campo donde se contactó a equipos de áreas de investigación de los hospitales incluidos:

- Estructura: Presencia unidad de investigación (en hospitales, secretarías de salud).
- Procesos: Tipos de proyectos de investigación (individuales/colectivos; disciplinares/interdisciplinarios); Origen y modos de elección de los temas de investigación; Estrategias para motivar competencias de investigación y desarrollo de proyectos (talleres, cursos, incentivos); Vinculación con organismos de financiamiento; Vinculación sectorial e intersectorial; tradiciones conceptuales y metodológicas en la investigación en servicios de salud (marcos teóricos/metodologías/conclusiones).
- Resultados: Tipo de espacios orgánicos para la difusión y transferencia/Traducción del conocimiento.

55 Áreas de Investigación de Hospitales: Mi Pueblo (Florencio Varela), Dr. Jorge (Almirante Brown), Lucio Meléndez (Almirante Brown) Arturo Oñativia (Almirante Brown), El Cruce NCK (Florencio Varela), Isidoro Iriarte (Quilmes). Secretarías de Salud: Florencio Varela, Almirante Brown.

**Matriz FODA: Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas
para la consolidación de redes de investigación en el contexto
de la red de servicios de salud**

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de una red (subregional, red sudeste de servicios de salud) en la cual se han desarrollado procesos de integración de diverso alcance (por niveles de complejidad, por jurisdicciones e interjurisdiccionales). • Vínculos preexistentes entre los servicios y profesionales de la red, lo que constituye un fundamento clave para el desarrollo de investigaciones en red. • Condiciones estructurales-organizacionales y construcción de consensos entre los actores de la red que posicionan estratégicos canales interdisciplinarios de generación y circulación de conocimientos, en el plano de la implementación y de las prácticas (investigación en redes). • Diversidad de competencias investigativas interdisciplinarias entre los profesionales de los servicios de salud. • Disponibilidad de información, datos y acceso a fuentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispar y heterogénea presencia y estructuración de áreas (departamentos, servicios) de investigación dentro de los servicios de la red. • En el desarrollo de la integración en red son prioritarios los procesos asistenciales (atención, derivación de pacientes) y no se han establecido aún estrategias de trabajo en redes de investigación. • Relativa promoción de la investigación estratégica en salud, lo que conlleva a una escasa consolidación de grupos de investigación territorializados. • Brechas entre producción y aplicación de conocimientos. Entre las prioridades (a nivel sanitario) y lo investigado en los servicios. • Presencia de saberes, prácticas y grupos dominantes que definen los objetos y la manera “idónea” de hacer ciencia, considerando que el área científica de la salud prevalecen investigadores orientados por enfoques biomédicos,

	<p>estudios multicéntricos internacionales que no necesariamente promocionan el desarrollo de conocimientos locales o institucionales (ej.: provisión de datos, investigadores que no participan de la formulación del proyecto ni del uso de resultados). Estas prácticas con fuerte arraigo en los servicios de salud constituyen un obstáculo para otro tipo de procesos de investigación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disociación entre el sistema de salud y el sistema científico nacional: Dificultades de acceso a las convocatorias y herramientas de financiamiento del sistema científico tecnológico por parte de profesionales y equipos del sistema de salud.
Oportunidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> • La integración de servicios en red está cada vez más consolidada en la agenda sanitaria, lo que posibilita generar buenas condiciones para la definición de agendas de investigación también integradas en red. • Existe consenso respecto a que la investigación en red posibilita generar evidencias para la planificación sanitaria, el establecimiento de prioridades, la asignación de recursos, la evaluación de las repercusiones de 	<ul style="list-style-type: none"> • Temas de investigación liderados por la industria farmacéutica. • Desfinanciamiento o escasos recursos para la investigación estratégica en salud (local, en servicios, en territorio) • Escasas oportunidades generadas desde los organismos científicos y tecnológicos nacionales y/o internacionales de promoción y acceso al financiamiento para la investigación en servicios y gestionada

<p>las intervenciones y programas sanitarios y para la mejora de los procesos asistenciales y de gestión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La investigación en red como estrategia de reducción de las brechas entre investigación-implementación de conocimientos se encuentra entre las prioridades de los organismos regionales e internacionales hacia el objetivo del acceso y cobertura universal en salud. Las revisiones de evidencia y antecedentes dan cuenta de la relevancia de la implementación de investigaciones sanitarias que produzcan conocimientos para orientar el diseño de políticas y programas. 	<p>desde los servicios de salud por sus propios profesionales. Prevalcen las posturas <i>academicistas</i> por sobre los contextos y sus actores.</p>
--	---

Fuente: elaboración propia en base a entrevistas en: Áreas de Investigación de Hospitales: Mi Pueblo (Florencio Varela), Dr. Jorge (Almirante Brown), Lucio Meléndez (Almirante Brown) Arturo Oñativia (Almirante Brown), El Cruce NCK (Florencio Varela), Isidoro Iriarte (Quilmes). Secretarías de Salud: Florencio Varela, Almirante Brown.

A modo de balance, reflexiones

Las reflexiones acerca de la producción de conocimientos en salud, particularmente *sobre redes y en redes*, de acuerdo a la propuesta de este trabajo nos vincula al rol estratégico que puede desempeñar la investigación, ya no restringida al ámbito académico sino contextualizada en prácticas que generen saberes en los mismos espacios en que potencialmente pueden ser aplicados.

Esto implica recrear categorías conceptuales y metodológicas, que desarticulen instalaciones hegemónicas sobre el modo “válido” de investigar en salud, y que se conjuguen con los escenarios reales del quehacer sanitario y sus procesos de gestión. Desde estas perspectivas, podría reasumirse el objetivo científico, social y político que debiera desempeñar la investigación sanitaria, en tanto herramienta de gestión que integre las miradas y saberes de los actores del sistema: investigadores/investigantes, productores/usuarios de conocimientos, mediante relaciones dialógicas en permanente interacción.

Efectivizar estos vínculos supone interpelar dos cuestiones fundamentales para la construcción de conocimiento sanitario: en primer lugar la necesidad de pensar desde innovadoras epistemologías interdisciplinarias, y en segundo lugar, consecuentemente, la necesidad de desarrollar metodologías amplias cuya rigurosidad esté dada ya no por las restricciones formales, sino precisamente por su capacidad de abordar la complejidad de los contextos multidimensionales como son el sistema de salud y su territorio.

Interesa destacar la capacidad transformadora que debieran tener los conocimientos y la responsabilidad social que corresponde a todo proceso investigativo, y en este caso las redes de salud proveen un andamiaje estratégico para producir-circular-aplicar saberes, evidencias y aprendizajes devenidos de las experiencias.

En lo que respecta a la investigación sanitaria local (relativa generalmente al contexto hospitalario) y tal como expresa la matriz FODA presentada, se observa la prevalencia de dificultades críticas para su consolidación, identificándose obstáculos cuya naturaleza es más de tipo política-epistemológica que estructural y técnica. Esta problemática se inscribe en el campo del poder que atraviesa las relaciones de saber, en tanto las discusiones científicas expresan las distintas tomas de posición

y estrategias ideológicas en una lucha por la autoridad científica: los que imponen las normas son los que tienen mayor capital científico y poder (Bourdieu, 2008), y en salud esto se traduce específicamente en la investigación liderada por la industria farmacéutica con fuerte arraigo en los servicios de salud.

En este caso, los cánones de la investigación farmacéutica son percibidos como el modo “aceptado” de hacer ciencia, generando asimetrías entre quienes proveen información (datos-muestras poblacionales) y quienes completan el ciclo de la I+D (producción, validación, innovación, patentes). Esta lógica, que se materializa en la dimensión del poder científico-tecnológico y se visualiza a partir de las relaciones de fuerza centro-periferia, pone en evidencia una dinámica que se refracta desde lo geopolítico hacia los núcleos epistemológicos del hacer (y cómo hacer) ciencia y hacia su correlatos institucionales locales.

El *extractivismo científico*, un campo de relaciones materiales, sociales y económicas organizadas alrededor de la extracción de los bienes naturales, constituye una categoría crítica aplicable conceptualmente al campo amplio de toda disciplina en sus formas de producir saberes y difundirlos, lo que se denomina proceso de investigación y transferencia de conocimientos o resultados. En la lógica extractivista de la ciencia, las periferias y sus poblaciones, son proveedoras de datos y escenarios pasibles de ser investigados, representan “objetos de estudio” vaciados como sujetos políticos. En esta lógica opera lo que fuera denominado el “modelo difusionista de la ciencia”⁵⁶ en donde el saber circula en dirección centros-periferias (Basalla 1967, Kreimer 2011).

56 Dicho esquema postulaba que la producción científica se desarrolla en los países centrales –Europa– para establecerse en forma pasiva en los países de la periferia –colonias y neocolonias.

En esta estructura geo-política-epistémica se ubica la valoración diferencial que pervive, objetiva y simbólicamente, entre los saberes y producciones científicas “del norte y del sur” (Segato 2012), donde los primeros pasan a asumirse como productores-distribuidores de los modelos teóricos-metodológicos que se adoptan y aceptan acríticamente con carácter legitimado de universal, en tanto responden a los cánones de hegemónicos de producir saber.

De este modo, el patrón de *colonialidad* opera aún como prototipo de conocimiento y como referente universal, concentrando recursos económicos (inversión, financiamiento, regalías, patentes) y recursos simbólicos (legitimación del saber y de los procesos y resultados de la ciencia, que serán replicados a escala universal) La categoría de “*colonialidad del poder*” (Quijano, 1992) analiza como ese patrón pasa a organizar la distribución de verdad y de valor de los saberes, dando lugar a una división internacional de tareas en el campo científico.

Considerando estos enfoques, y reflexionando y aplicando estas categorías a los contextos institucionales locales, puede plantearse que la lógica centro-periferia se ubica en la propia matriz de los espacios sanitarios.

Como contraparte, la producción de una investigación orientada por problemáticas prioritarias del territorio y sus poblaciones representaría una oportunidad de transformación de la concepción heredada⁵⁷, desandando las trabas que impiden la consolidación de soberanía científico-sanitaria.

57 Se suele denominar “línea fundadora” o “concepción heredada” a quienes defienden la universalidad, formalización y neutralidad ética del conocimiento científico, al contrario de la “epistemología crítica o alternativa” que plantea la responsabilidad moral, el origen epocal, contingente, sesgado, interpretativo y atravesado por lo político social, de ese conocimiento en contexto (Díaz E. 2010).

Bibliografía

- Almeida-Filho Naomar (2006) “Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones”. Revista *Salud Colectiva*. Año 2 N° 2. Mayo-agosto, 2006. pp. 123-146.
- Almeida C., Phang Romero C., Fontes Texiera. (2001) “Investigación en sistemas y servicios de salud: estado del arte y necesidades de capacitación en Brasil, Argentina Uruguay y Paraguay”. En: *Investigación en sistemas y servicios de salud. Cuadernos para la discusión*. Red de Investigaciones del Cono Sur. 2001 pp. 75-160.
- Basalla, George (1967), “The Spread of Western Science Revisited”, en Lafuente, Antonio; Elena, Alberto y Ortega Gálvez, María Luisa (eds.): *Mundialización de la ciencia y cultura nacional*, Madrid, Ediciones Doce Calles/Universidad Autónoma de Madrid, 1993, pp. 599-604.
- Báscolo, E. (2006). “El proceso de interacción investigadores y tomadores de decisiones: un estudio de caso”. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (Suppl.), S47-S56. Accesible en <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001300014>.
- Bourdieu P. (2008) *“El oficio del sociólogo”*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. Bourdieu, P (1988): *Cosas Dichas*. Barcelona. Editorial Gedisa.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial SA.

- Bronfman M, Langer A. Trostle J, (2000) How do researchers influence decision-makers? Case studies of mexican policies. *Health Policy Plan* 14 (2): 103-114.
- Carvalho, J. R. (1984). “La investigación de necesidades de *salud* en relación con la prestación de servicios”. *Cuadernos Médicos Sociales*, N. ° 34, pp. 15-23.
- Díaz, E (2007) “*Entre la tecnociencia y el deseo. El conocimiento científico en las postrimerías de la modernidad*” Buenos Aires, Biblos.
- Díaz E. (2010) “Epistemología Ampliada” *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 6 (3): 263-274, Septiembre-Diciembre, 2010, pp. 263-274.
- Estébanez, M y Korsunsky (2003) “Medición de actividades de vinculación y transferencia de conocimientos científicos y tecnológicos”. *El Estado de la Ciencia. 2003 Principales indicadores de ciencia y tecnología Iberoamericanos/Interamericanos*. RICYT, CYTED, Redes, Red Iberoamericana de Indicadores de Ciencia y Tecnología (RICYT).
- Kreimer, Pablo (2011): *Ciencia y periferia. Nacimiento, muerte y resurrección de la biología molecular en la Argentina*, Buenos Aires, Eudeba.
- Organización Mundial de la Salud (2015): *Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Perspectives. Where is the policy in health policy and systems research agenda?* Alianza para la Política de Salud y Sistemas de Investigación, Organización Mundial de la Salud, Ginebra. 2015.

Organización Mundial de la Salud (2004). *Informe Mundial Sobre la Investigación Sanitaria a nivel global*. Washington DC: 2004.

Pesse K, De Paepe P. “La Investigación-Acción y la investigación operativa. Herramientas para la investigación de los sistemas de salud”. Disponible en www.boletinaps.org/boletin/boletin4/articulo106.pdf - acceso 05/02/2008.

Quijano, A. (1992) “Sobre el concepto de colonialidad del poder: Colonialidad y modernidad/racionalidad”. En *Perú Indígena*, vol. 13, no. 29, Lima, 1992.

Rovere, M. (1999) *Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario. Editorial de la Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.

Segato, R. (2012) “Brechas Descoloniales para una Universidad Nuestroamericana”. *Observatório da Jurisdição Constitucional*, Brasília, Año 5, 2011/2012.

Silva Paim J. (2001) “Redefiniciones posibles en la investigación en sistemas y servicios de salud (ISSS)” *Investigación en sistemas y servicios de salud. Cuadernos para la discusión*. Red de Investigaciones del Cono Sur. 2001 pp. 52-63.

Sonis A. (1998) *Investigación en Servicios de Salud*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.

Souza Minayo, Soimone Goncalvez, (2005) Ramos Souza *Evaluación por triangulación de métodos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Valderrama, L. J. et al (2009) “Vinculación y transferencia de conocimiento de los investigadores de Sonora: un enfoque basado en la importancia de los factores individuales” *Región y sociedad*, México, v., 21, n. 45. 2009 Disponible en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script>

Formación innovada para nuevos roles profesionales: Relato de Experiencia sobre la estrategia de trabajo de campo en carreras de salud de Universidades Públicas

GABRIELA LOURTAU

(Universidad Nacional de la Matanza).

Los nuevos enfoques de formación de profesionales de la salud⁵⁸ ponderan la integración de los conocimientos generados por el abordaje teórico nutrido de las distintas disciplinas que actúan sobre la salud, organizadas en ejes de formación y la práctica pre profesional que se desarrolla desde el inicio de la carrera. El “Escenario Campo” es el espacio práctico destinado a que los estudiantes tomen contacto con los procesos salud-enfermedad-atención-cuidado.

Describir “Campo” es remitirlo como medio para el desarrollo social de la comunidad a partir del fortalecimiento de roles propios de la atención primaria de la salud en los estudiantes en el marco del enfoque de Salud Colectiva.

Los estudiantes realizan Actividades de Promoción y Educación para la Salud, Práctica Reflexiva y Elaboración de Crónicas permiten que integren contenidos académicos, con ámbitos comunitarios en los cuales las personas se desarrollan. Realizar un seguimiento del proceso

58 Esta experiencia fue aportada por el equipo docente de la Universidad Nacional de la Matanza, participante de este proyecto junto a la UNAJ, su inclusión se considera pertinente al enfoque compartido en la formación de profesionales de la salud.

de construcción de identidad del estudiante, fundamentado en principios de solidaridad y equidad, en correspondencia con la misión social que requieren hoy los estándares de las escuelas públicas de salud impulsa al logro de un sistema de salud más equitativo.

Los procesos de enseñanza-aprendizaje que se desarrollan en Campo apuntan a que los estudiantes adquieran competencias en:

- trabajar en equipo,
- identificar y analizar los determinantes sociales de la salud de la población de un territorio determinado, identificando los factores de riesgo y factores protectores,
- identificar grupos de población de riesgo de enfermar o morir,
- analizar sistemas de atención de salud formal e informal utilizados por la población,

En cada encuentro se analizan las crónicas de estudiantes y tutores-docentes junto con las planificaciones que éstos realizan, de esta manera damos cuenta de la utilidad de estos instrumentos estratégicos para visibilizar en los estudiantes sus capacidades como promotores de Salud en el ámbito de las estrategias de atención primaria de la salud.

En los Centros de Salud los estudiantes desde primer año participan con profesionales de disciplinas de salud, en tareas de integración con diversos sectores de la comunidad. Éstos poseen una triple pertenencia en tanto Alumnos del Sistema Educativo, Futuros Profesionales del Sistema de Salud, e Integrantes de la Comunidad en la cual actúan permitiendo integrar principios de carácter socio-comunitario aproximándose a la realidad de los sujetos y sus poblaciones. De

esta manera realizan un acercamiento primario que los prepara para abordar la complejidad de la tarea propia de este oficio, permitiendo la modificación de perspectivas conceptuales y valorativas a fin de comprender una realidad en permanente cambio. Para ello intercambian y programan actividades superando el límite espacial propio de las instituciones; compensando vacíos propios de aprendizajes teóricos en la formación profesional y desarrollando nuevos saberes, experiencias y responsabilidades políticas y éticas.

Los y las estudiantes durante sus actividades en “Campo”, construyen junto a sus Tutores; una perspectiva de interacción médico-paciente que excede el ámbito de consulta dentro del efector de salud. Los estudiantes integran con la población, conocimientos que desarrollan en las Unidades de Aprendizaje. Estas acciones refieren a cinco roles emanados de las dimensiones de la APS: Promotor y defensor de derechos, Educador, Agente Sanitario, Investigador y Observador Participante Preclínico.

La formación de los y las estudiantes sostenida a partir de un modelo de salud basado en la promoción y el fortalecimiento del derecho a la salud de la población contribuye al desarrollo de prácticas profesionales caracterizadas por intervenciones más humanas y en un marco de justicia social; fundamentales para una mejor calidad de vida y bienestar de nuestras comunidades.

Las fortalezas del Escenario Campo son las capacidades que adquieren las y los estudiantes:

- Identificar problemas de salud de la población en forma participativa.
- Elaborar proyectos de acción comunitaria en el marco de la es-

trategia de la Atención Primaria de la Salud y los valores que ésta sustenta: equidad, solidaridad y salud como derecho humano.

- Comprender de manera contextualizada e intercultural los procesos de salud-enfermedad.

La modalidad de “aprender haciendo” permite y requiere la capacidad de analizar, problematizar y reflexionar sobre la propia práctica.

Reflexiones en los bordes. Hacia la alteridad

MARÍA CRISTINA CHARDON

(Universidad Nacional de Quilmes. Universidad de Buenos Aires)

Pensar las redes como procesos de interacción social que se van construyendo es una forma de apertura a un horizonte para pensar también cómo y de qué manera las ciencias sociales pueden contribuir a su comprensión, desarrollo, esclarecimiento, visibilización y problematización.

A lo largo de los diferentes capítulos se han presentado los resultados de la investigación que venimos realizando juntos desde 2015. A través de las reuniones, encuentros y discusiones se han planteado enorme cantidad de interrogantes. Intento dar cuenta en estas pocas líneas de una de ellas. Si bien las redes pueden responder a instituciones diferentes, participan de lógicas diferentes y, sin embargo, crecen y se institucionalizan. Los trabajos de esta compilación dan cuenta justamente del desarrollo de redes que superando los contactos personales e individuales pueden constituirse en herramientas fundamentales de las políticas públicas. ¿Qué tienen en común? ¿Cómo es que se organizan y establecen diálogos entre sí? ¿Cómo es que algunos autores plantean relaciones entre lo común, la comunidad, es decir, el “munus” y la biopolítica? Veamos de qué se trata.

Para intentar contestar, pero también en un doble giro epistemológico, para abrir nuevos interrogantes y plantearnos debates sobre las redes, vamos a recurrir a un filósofo italiano, contemporáneo, Roberto Espósito.

Este filósofo napolitano intenta establecer relaciones entre la política y la vida biológica, pero toma prevenciones mencionando que se conserva una relación de tensión y continuidad con lo que se venía considerando por diferentes autores hasta ese momento.

Espósito intenta pensar los hechos en los que la política y la vida se entrecruzan en las relaciones de poder, que es también el espacio en el que se sitúan la reflexión y el actuar de la subjetividad, es decir, donde nos hemos situado desde las redes. La biopolítica tiene la intención de proteger la vida.

El autor señala que se basa en Spinoza ya que:

es un filósofo de aquella forma de biopolítica que yo defino como “afirmativa”, es decir, de una biopolítica diferente tanto de aquella totalitaria como de aquella liberal, justamente porque en Spinoza mente y cuerpo, libertad y necesidad, son siempre una sola cosa. Yo veo una constelación de pensamientos vinculados a la biopolítica afirmativa que, a lo largo de los siglos, va de Spinoza a Nietzsche, hasta llegar a Deleuze (Espósito, citado en UNESCO, 2016).

Desde fines de los ochenta, Espósito se pregunta por la comunidad, ¿qué es lo que tienen en común los que participan de una comunidad o se sienten parte de ella? ¿Qué sentidos comparten las formas de nominación: comunidad, comunicación, municipalidad?

¿Qué es el “munus” que comparten esos términos? “Ciertamente, la etimología de comunidad, vía el *communis* latino señala desde un

principio una alternativa: com-, junto, y -unis, uno, o com-, junto y -munis, obligación (Williams, 1976)” (Sacchi, 2015: p. 87)

En la primera forma de conceptualizar el munus se despliega la imagen totalizante, ya que lo común es una “cosa”, una “propiedad” que poseen los miembros de la comunidad. Si se piensa lo común como lo propio que comparten los sujetos, esta manera de pensar se clausura en lo totalizante. Bajo esta forma surgen los regímenes totalizantes y totalitarios, “la raza superior”, como el nazismo.

Pero Espósito se encarga de deconstruir el munus, de socavar, pero también de reflexionar sobre otros posibles sentidos que no lleguen a la deriva totalizante.

Y eso lo lleva a pensar lo común no como lo propio, sino como lo más impropio,

el significado mismo de munus también es equívoco: ‘don’, ‘oficio’, ‘deber’, (donum, officium y onus) (Espósito, 1998). Una vez que alguien ha aceptado el don del munus, está obligado (onus) a retribuirlo, ya sea en términos de bienes, o en términos de servicio (officium) (Sacchi, 2015: p. 85).

Esta forma inquietante y perturbadora de reflexionar sobre el munus que desmonta el paradigma tradicional de fundar la comunidad sobre una propiedad y pensarla como una deuda, como una obligación que hay que retribuir, inaugura una nueva forma de pensar, no solo desde la filosofía y la biopolítica, sino también desde las redes, para con las redes.

Entonces una comunidad es un conjunto de personas a las que une una deuda, un deber, una obligación, “una carencia común, un menos, un hueco, una falta, una deuda común y obligatoria ante la que se constituyen los sujetos y que, por ello mismo, los endeuda o expropia ya desde siempre” (Sacchi, 2015).

Rovere (comunicación personal, octubre de 2019) menciona que son los canadienses los que han desplegado la temática de la medicina comunitaria y que el texto de Floreal Ferrara se denomina “Medicina Comunitaria” y que Abraham Sonis ya había planteado temas afines. De alguna manera el movimiento de la salud colectiva con Merhy al plantear la construcción de bienes inmateriales se acerca también a esta línea que plantea Espósito para abrirnos nuevos interrogantes. Es la potencia del trabajo vivo en acto.

Espósito introduce el paradigma inmunitario como un elemento transversal de la vida moderna y contemporánea. Lo que ha puesto en el centro de su trabajo como novedad es la reflexión acerca de la relación entre comunidad e inmunidad. Derivan ambos conceptos del latín *munus*; *communitas* e *inmunitas* son sentido positivo y negativo, pero señala que tienen que pensarse y pueden pensarse juntos. Lo que esta siempre es su relación (Espósito en UNESCO, 2016).

Se habla de la inmunidad diplomática que es el que no tiene obligación y también se usa social y políticamente: tiene fueros. No obstante, también se usa coloquialmente para señalar a la persona que no se conmueve con otro “es inmune a las personas en situación de calle”, o “es inmune a la pobreza”, etc. Lo que se quiere señalar es que por un lado se está quizás protegiendo, pero también y al mismo tiempo, no siente deuda, no se siente obligado para con.

Importa señalar que Espósito plantea que el individuo mismo tiene un sistema inmunitario sin el cual no podría vivir y que un cierto nivel de inmunidad es necesario para la vida y que este sería un primer elemento positivo de la inmunidad. Pero si se va más allá de un cierto nivel de protección, la inmunidad se convierte en enfermedad autoinmune.

Sin embargo, piensa y reflexiona sobre la relación entre la inmunidad y la vida biológica. Y plantea que en la actualidad se pueden realizar trasplantes de un cuerpo a otro mediante el mecanismo de “tolerancia inmunitaria”. El sistema inmunitario se autorregula y lo mismo sucede en el embarazo.

Se trata de una ley biológica particular, que constituye también una extraordinaria metáfora para la política: si también nuestras sociedades lograran acoger y proteger más, justamente a quien es más ajeno y a quien es más indefenso, como lo es precisamente un niño que está por nacer, nos encontraríamos seguramente en un mundo mejor (Espósito en UNESCO, 2016: p. 5).

Lo que se plantea aquí nos interpela en muchos sentidos. ¿Cuál es la relación comunidad-inmunidad en las redes? ¿Son las redes formatos elaborados de sistemas de apoyo singularizados? Y al institucionalizarse, ¿estamos trabajando con esa obligación, con la deuda, con eso que nos constituye al decir de Espósito? Pero que también todo el movimiento psicoanalítico ya había señalado acerca del largo período de indefensión como condición de producción de la humanización. ¿De qué manera son las redes protectoras de la vida en la esfera de la biopolítica?

Si bien los conceptos no son significados abstractos que se aplican a la vida, la recreación de conceptos de distintos pensadores nos sirve para plantear inquietudes acerca de la construcción de conocimientos a partir de las praxis.

Si lo que nos acomuna es la deuda, la obligación, ¿son las redes una salida a la clausura de lo individual y una apertura a la alteridad? ¿Las redes se siguen construyendo y funcionando desde esta manera espositana de pensar el munus?

Bibliografía

Espósito, R. (2003). *Communitas. Origen y destino de la comunidad*. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones.

Hernández Martínez, E. V. (2018). La biopolítica impolítica de Roberto Espósito. *Andamios*, 15 (37), 213-236.

Sacchi, E. (2015). Del munus común a la vida impersonal. Comunidad y biopolítica en Roberto Espósito. *Revista Internacional de Comunicación y Desarrollo*, 1, 83-98. UNESCO (2016). Entrevista a Roberto Espósito. Recuperado de: <https://redbioetica.com.ar/entrevista-roberto-esposito>.

Daniela Alvarez es Socióloga, Magíster en Metodología de la Investigación Científica. Diplomada en Redes de Servicios de Salud. Referente Área de investigación y Coordinadora académica del Programa de Investigación en Políticas y Gestión de Redes de Servicios de Salud (Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Arturo Jauretche). Integrante del Área de Planificación Estratégica del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Kirchner. Docente de grado y posgrado en carreras de salud, gestión y políticas sanitarias.

Javier Arakaki es Licenciado y Profesor de Sociología (UBA). Referente de Promoción de la Investigación Aplicada en el Centro de Capacitación y Formación Continua del INSSJP-PAMI. Promotor y organizador de la Primera Jornada de Investigación PAMI. Disertante en el 5to Simposio Global de Investigaciones sobre Sistemas de Salud, organizado por Health Systems Global (HSG) en la Ciudad de Liverpool (Reino Unido) “Envejecimiento y desigualdad: diferenciales geográficos de longevidad en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)”.

Elizabeth Barbis es Médica Esp. en Obstetricia y Ginecología recertificada. Maestría Universitaria en salud Pública; Médica especialista Universitaria en Comunicación y Salud; ex Directora de atención primaria Quilmes; ex Directora Hospital MI y Coordinadora técnica Ministerio de salud; JTP Internado Anual Obligatorio

UBA; ADUNLP Cátedra salud y medicina comunitaria, ex Asesora técnica Ministerio Salud Provincia de Buenos Aires y Nación (PMC). Ex Secretaria de salud Quilmes. JTP metodología de la investigación UNAJ. Evaluadora de programas sanitarios.

Liliana Borsani es Medica Generalista. Especialista en medicina de familia y en medicina comunitaria. Especialista en Gestión de Sistemas de Salud y Seguridad Social. Especialista internacional en gestión de sistemas de salud para personas Mayores. Especialista y profesora en sistemas de Obras sociales seguridad social y problemáticas socio sanitarias, medica comunitaria. Especialista en gestión de atención a personas mayores, en epidemiología. Investigadora. Docente para el nivel superior y Universitario. Miembro activo del Movimiento por la salud de los pueblos (MSP). Se ha desempeñado en cargos de gestión de Salud y Seguridad Social a nivel nacional y es miembro del consejo de administración de Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Kirchner. Docente de grado y posgrado en carreras de salud y políticas sanitarias.

Melisa Borturo es Lic. en Ciencias Políticas, Esp en RR.II. (UBA). Posgrado en Planeamiento Estratégico y Gestión de la Calidad en Instituciones de Salud. (CAECE) Diploma Superior en Redes de Salud (Hospital El Cruce). Diploma Superior en Gestión y Control de Políticas Públicas (FLACSO). Actualmente cursando Maestría Internacional en Salud Pública (UNIMI-MÉXICO Universidad Europea del Atlántico) Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Kirchner.

Mora Castro es Doctora de la UBA, sus temas de investigación y docencia abarcan problemáticas vinculadas con la Antropología

Sociocultural y Antropología de la Salud. Con vasta experiencia en el trabajo de campo etnográfico y metodologías mixtas de análisis, ha participado en numerosos proyectos de investigación, de extensión universitaria, de difusión y gestión en la Prov. de Buenos Aires, Jujuy y Río Negro. Ha sido becaria CONICET de doctorado y posdoctorado, de la U de Melbourne (Australia) y pasante INAH (México). Actualmente, es Investigadora Asistente del CONICET y es docente de “Antropología de la Salud” (UNAJ).

María Cristina Chardón es Lic. en Psicología UBA. Doctora en Psicología. Universidad Iberoamericana de México. Profesora titular en UNQ y UBA. Investigadora I. Docente de grado y posgrado en universidades nacionales del país y del extranjero. Directora de investigaciones sobre temas de educación, salud, comunidad y cuidados. Directora de tesis de Maestría y Doctorado. Autora de compilaciones y artículos con referato. Directora General de Personas Mayores del Municipio de Quilmes.

Elizabeth Favero es Odontóloga Facultad de Odontología UNLP 2001. Especialista en Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial FOU-BA 2013. Directora General de Redes y Servicios de Salud en Municipalidad de Quilmes desde 2013 hasta la actualidad.

Silvina Fontana es Médica pediatra. Subsecretaria de Salud del Municipio de Alte. Brown.

Ana Paula Graziano es Médica Pediatra egresada de la UNLP. Ex residente del Hospital de Niños Sor María Ludovica. Actualmente médica de planta del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Kirchner. Especialista en Clínica Pediátrica y en Cuidados paliativos.

Gabriela Lourtau es Médica UBA. Especialista en Clínica Quirúrgica, en Economía y Gestión de la Salud y especialista Recertificada en Salud Pública. Profesora Universitaria. Coordinadora de la Carrera de Medicina entre el 2012 y el 2018 de la Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM) y actual Secretaria Académica del Departamento de Ciencias de la Salud de la UNLaM.

Juan Pedro Luzuriaga es Licenciado en Economía (UNLP, 1999); Consultor Investigador con orientación en Economía de la Salud; Docente en el Instituto de Ciencias de la Salud, (UNAJ, desde 2012); Coordinación de la Unidad de Análisis Economía de la Salud Subsecretaría de Planificación de la Salud Ministerio Salud Buenos Aires -MSBA- (2013); Asesor económico, Subsecretaría de Planificación -MSBA- (2019).

Arnaldo Medina es Médico, Especialista Universitario en Salud Pública. Magister en Economía y Gestión de la Salud, Vicerrector de la Universidad Nacional Arturo Jauretche y Director del Instituto de Ciencias de la Salud UNAJ. Director del Programa de Investigación en Políticas y Gestión de Redes de Servicios de Salud (ICS-UNAJ). Amplia trayectoria en el estudio de las redes de servicios de salud. Desarrolla actividad docente en grado y posgrado, vinculadas al estudio de redes y sus aplicaciones en políticas y sistemas de salud. Planificó y dirigió el “Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Kirchner” (Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires)

Érica Moreno es Médica Pediátrica. Residencia y Jefatura en clínica pediátrica HGZA Mi Pueblo. Médica de planta del HGZA Mi Pueblo de Florencio Varela. Docente de la carrera de medicina de UNAJ materia Agresión infectológica inmunitaria. Publicaciones: Exposiciones orales en congresos y jornadas de la Sociedad Argentina

de pediatría. Publicación en libro *Pediatría en Red 2* capítulo 33 Evaluación oftalmológica en la infancia ISBN 978-987-4695-8-3.

Patricio Narodowski es Economista. Master en Economía del Desarrollo y Doctor en Geografía del Desarrollo. Napoli, Italia. Director de la Maestría en Políticas de Desarrollo y Docente en el departamento de Geografía, ambos en la Facultad de Humanidades y Cs. de la Educación de la UNLP. Docente de la Facultad de Ciencias Económicas, también de la UNLP y docente en la UNAJ. Ha tenido cargos de responsabilidad en el sector público y desarrollado la consultoría.

Marcelo Roberto Pereyra es Egresado de la Facultad de Cs. Médicas de la UNLP en 1987. Residente de Pediatría del Hospital Sor María Ludovica de la ciudad de La Plata entre 1988 y 1991. Formación en Terapia intensiva Pediátrica en la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI). Médico de Planta del servicio de Terapia Intensiva Pediátrica, área de traslado y evacuación aeromédica del H. de Niños de La Plata desde 1993 hasta la actualidad. Jefe del servicio de Pediatría del Hospital de Alta Complejidad El Cruce Dr. Néstor C. Kirchner, desde 2007 hasta la actualidad. Master en Salud Pública cursada en INUS, Facultad de Cs. Médicas UNLP, 2011-2013.

Jorge A. Pérez Blanco es Licenciado en Psicología (UBA). Referente de Promoción de la Investigación Aplicada en el Centro de Capacitación y Formación Continua del INSSJP-PAMI. Últimas Publicaciones: “La población centenaria de PAMI: protagonistas de 100 años de historia”, publicado por PAMI y OPS/OMS, Febrero 2019 (ISBN 978-987-21224-3-0). “Prescripción de psicofármacos a personas mayores en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados de Argentina (PAMI)”, VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXX: 70-78, 2019.

María Teresa Poccioni es La autora ha coordinado y formado parte de equipos técnicos de distintos programas y proyectos de salud, nacionales y provinciales, a partir de su formación de base como Licenciada en Comunicación Social (UNLP), ha participado en investigaciones en el campo, actualmente es Vicedirectora del Instituto de Ciencias de la Salud de la UNAJ donde también es docente e investigadora. Especialista en Metodología de la Investigación Científica y Técnica (UNER) y Especialista en Docencia Universitaria (UNLP). Es también Secretaria Académica de la Especialización en Comunicación y Salud de la UNLP.

Mario Rodríguez es Médico con formación en Salud Pública y Epidemiología, con experiencia en la gestión pública de salud: Coordinador del Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires (2000-2001), Secretario de Salud del distrito de Florencio Varela (2014-2017), se desempeñó como consultor en salud infantil de UNICEF Argentina (2005-2009). Actualmente es docente de grado y posgrado en el Instituto de Ciencias de la Salud de la UNAJ, donde se desempeña como Titular de Epidemiología y coordinador del Programa de Investigación y Vinculación Materno Infantil.

Mariano San Martín es Lic en Economía de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) y Magíster en Sistemas de Salud (Universidad ISALUD). Coordinador de la Tecnicatura en Información Clínica y Gestión de Pacientes. UNAJ. Actualmente Área de Coordinación Programa SUMAR. Se desempeñó como Director de Estadísticas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Es consultor para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Organización Internacional del Trabajo (OIT) y Banco Mundial (BM). Desde 2014 Secretario General de la Asociación de Economía de la Salud.

Isabel Scaramutti es Médica pediatra neonatóloga del Hospital Evita Pueblo de Berazategui,. Especialista en desarrollo infantil. Trabaja en consultorio de Seguimiento de alto riesgo desde hace 20 años, fui parte del grupo de Seguimiento de Alto Riesgo de la SAP, del que fue representante por dos periodos en el último período 2008-2011, miembro del CEFEN 2008-2011. Trabajó en el Servicio de Neonatología del Htal. Argerich (CABA). Docente universitaria Htal de Clínicas – UBA.

María Magalí Turkenich es Lic. en Sociología (FAHCE/UNLP). Especialización en Planificación y Gestión de Políticas Sociales y Maestría en Intervención Social (FSOC/UBA). Se desempeña como Personal de Apoyo a la investigación de la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires con desarrollo de actividades en el Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Arturo Jauretche. Trabaja dentro del campo de estudios CTS (ciencia, tecnología y sociedad) temas referidos a la vinculación, producción y usos de conocimientos, impacto social de la ciencia y la tecnología, género e innovación en entornos vulnerables y ciencia universitaria en perspectiva histórica. Docente de grado FAHCE/UNLP e ICS/UNAJ.

Estela Valiente es Médica pediatra, Directora de Salud Materno infantil e Instructora Residencia Medicina General de la Municipalidad de Berazategui. Fue Referente Regional NEA-DECNT del Ministerio de Salud de la Nación (2012-2016). Hizo docencia en el Hospital Evita de Berazategui (2007-2010). Candidata en la Maestría en sistemas de Salud y Seguridad Social de ISALUD (tesis pendiente).



Este libro propone, a través de tres ejes estructurantes para la consolidación de redes de salud, el recorrido por una serie de artículos resultantes del trabajo colectivo que llevamos adelante desde el año 2015 en el marco del Proyecto de Desarrollo Tecnológico y Social (PDTs) del Consejo Interuniversitario Nacional. En el transcurso de este trabajo dimos cuenta de uno de los objetivos principales que sostenemos en nuestra Universidad: promover una construcción de conocimientos junto a la diversidad de actores sociales de nuestro territorio orientados a las necesidades del espacio local.

Propone ser un aporte a la construcción de conocimientos en el campo sanitario, integrando perspectivas provenientes de los marcos conceptuales y metodológicos de distintos enfoques orientados al estudio de los sistemas y servicios de salud en clave interdisciplinaria.

El proyecto que dio origen a esta obra se llevó adelante a través del trabajo compartido entre Universidades, Servicios de Salud y los ámbitos de gestión de los espacios jurisdiccionales en los cuales las redes de salud se despliegan y en donde desarrollamos este proceso colectivo de investigación.

