

**Ponencia preparada para el XXXI Congreso ALAS 2017**

**“Las encrucijadas abiertas de América Latina. La sociología en tiempos de cambio”**

**Montevideo, 3 al 8 de diciembre de 2017**

**Modelos organizacionales en la atención de la salud:  
redes de servicios de salud en el conurbano bonaerense**

María Crojethovic [mcroje@gmail.com](mailto:mcroje@gmail.com) ICO-UNGS

Ana Ariovich [anariovich@yahoo.com](mailto:anariovich@yahoo.com) ICO-UNGS

## **Introducción**

El sector argentino de salud se compone del subsector público, la seguridad social (obras sociales nacionales, provinciales y municipales financiadas con el aporte y las contribuciones de los asalariados) y el subsector privado (seguros y prepagos financiados por el aporte o el pago directo de particulares y/o familias).

Esta diagramación brinda un alto grado de cobertura en relación a otros países de la región, no obstante existe una importante desarticulación al interior del sector. A su vez, el régimen de gobierno federal en la Argentina genera no sólo intervenciones segmentadas entre la Nación y las Provincias, sino también entre las Provincias y entre éstas últimas y los Municipios, profundizando la fragmentación en su extensión y abarcabilidad (Acuña y Chudnovsky, 2002). Este hecho fue reforzado por la descentralización de las últimas décadas, la cual otorgó a los actores subnacionales una mayor autonomía y -paralelamente- profundas limitaciones en el plano técnico administrativo (Chiara et al., 2010).

A este escenario, se suman las superposiciones entre efectores y entre programas, y la falta de coordinación asistencial entre las distintas jurisdicciones a cargo de la salud del propio sector público -nación, provincia y municipios- (Cetrángolo et al., 2007); en la seguridad social y en el subsector privado, las organizaciones se muestran heterogéneas en relación a su población objetivo, la cobertura brindada, los recursos disponibles y la modalidad operativa (Acuña y Chudnovsky, 2002). Los altos niveles de fragmentación que caracterizan al sistema sanitario argentino entre subsectores -y hacia el interior de los mismos-, y la desigualdad en los territorios (que se expresa a su vez en condiciones muy diferentes en el acceso a los servicios) imponen singulares y complejos desafíos (Chiara et al., 2010)

La noción de redes ingresa como estrategia para la gestión de la política sanitaria en los países centrales a través de estudios que proponen superar la fragmentación de los sistemas de atención de salud mediante el desarrollo de sistemas integrados de servicios de salud (Shortell et al., 1993; Todd, 1996; Leat et al., 1996; Enthoven, 1999). En la región, diversos autores también proponen que la fragmentación del sistema de salud sea superada mediante la construcción de sistemas integrados de salud para articular los territorios sanitarios y la gestión de la clínica, estructurados en base a determinados fundamentos: economía de escala, calidad, acceso, integración horizontal y vertical, y distintos niveles de

atención coordinados por la atención primaria y por una acción cooperativa e interdependiente (Mendes, 2001; Vázquez Navarrete e Vargas Lorenzo, 2006; López Puig et al., 2009; Vilaça Mendes, 2013; Otero, 2013). Paralelamente, se han desarrollado -en el ámbito regional- investigaciones empíricas orientadas a abordar el desempeño y funcionamiento de redes de servicios de salud implementadas en territorios subnacionales (Dos Santos, 2013; Uchimura, 2014; Venancio, 2016; Maceira y Palacios, 2012).

Bastante incipiente es el tratamiento que han tenido las redes por parte de los organismos internacionales, formulando el concepto de “Redes Integradas de Servicios (RIS)”, a través del cual se propone una gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud (OMS, 2008). También ha surgido la propuesta de “Sistemas Integrados de Servicios de Salud (SISS)”, que involucra además de redes, otros atributos sistémicos como gobernanza, financiamiento y mecanismos de pago, trascendiendo a las cuestiones vinculadas con la prestación de servicios (OPS/OMS, 2008). No obstante, se advierte la necesidad de avanzar en investigaciones que indaguen en las condiciones bajo las cuales surgen y funcionan las redes de servicios en salud.

En este marco general, este trabajo propone articular la teoría de las organizaciones con la literatura sobre redes<sup>1</sup> para analizar la estructura, la amplitud y la organización de las redes de servicios de salud en el conurbano bonaerense.

### Distintas aproximaciones para comprender las Redes de Servicios de Salud

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

En la estructura organizacional de éstas, conviven la autonomía de sus distintos profesionales y -debido también a esto- mecánicas particulares de autoridad, poder y

---

<sup>1</sup> Se recuperan desarrollos teóricos sobre la “noción de redes”, provenientes de las ciencias políticas y de la salud pública.

control. La autoridad es de naturaleza compartida: el poder del profesional o “el experto” cohabita con el poder del político administrativo; y muchas veces el profesional también puede ser administrador. El núcleo de operaciones de estas estructuras (sus profesionales o expertos) conforma un soporte para la organización, mientras que la tecno-estructura y la línea media (control administrativo) no están muy elaboradas. Surge a menudo, entonces, una coexistencia de jerarquías administrativas paralelas: una democrática y ascendente para los profesionales -encarnada en la ley de los profesionales de la carrera hospitalaria-, y otra burocrática, maquinal y descendente para el staff administrativo que responde a la tecno-estructura -encarnada en la ley de los trabajadores de la carrera de personal del Estado- (Mintzberg, 2005). Un poder lateral u horizontal ejercido por aquellos miembros carentes de posiciones de poder formalmente definidas, acompaña -a su vez- esas líneas de poder ascendente y descendente; es decir, todos sus actores tienen algún nivel de poder y la capacidad de influir en el desarrollo de la organización (Ramió Matas, 1999). Estas organizaciones cuentan también con mecanismos de normalización para coordinar las actividades, pero no siempre poseen los mecanismos necesarios para otorgar a los profesionales la autonomía requerida para el desarrollo de habilidades y conocimientos expertos (Etzioni, 1975).

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

Un modelo organizativo multi institucional, basado en mecanismos contractuales entre distintas partes que se integran como corresponsables en procesos de trabajo destinados a satisfacer necesidades de terceros, caracteriza a las redes; para articular las relaciones contractuales y técnicas, cuentan con ciertos nodos en los que circulan decisiones, información y recursos. En esta línea argumentativa, se ha señalado que pueden ser especializadas o redundantes descentralizadas: mientras que en las primeras los actores

acuerdan complementarse y aprovechar las facilidades de la especialización de cada parte de la red (facilitando la cooperación), en las segundas coexisten actores institucionales que producen los mismos productos o servicios de manera simultánea para reducir riesgos (Hintze, 2009). La multi institucionalidad, supone además, un carácter multi céntrico en donde la gerencia de las redes no es ejercida por un sólo actor sino que puede ser desempeñada por cada uno de ellos, por varios a la vez o por un mediador (Klijn, 1998; Fleury, 2002).

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

Son diversos los desafíos de gestión que presenta la creación y el mantenimiento de las redes a lo largo del tiempo; los más importantes, están vinculados al establecimiento de reglas de actuación, a la distribución de recursos, a la definición de prioridades, a la necesidad de generar procesos de negociación o consenso y a la construcción de mecanismos colectivos de decisión (Fleury, 2002). Dicho mantenimiento debe ser pensado desde una perspectiva dinámica, lo que supone dar cuenta no sólo de su conformación y funcionamiento, sino también de sus transformaciones y – paralelamente- considerarlas como móviles e inacabadas (Blanco, 2009).

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

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

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

La *dimensión estructural* da cuenta de la naturaleza de la red, ya que recoge el tipo de organizaciones que la integran o la combinación que supone (organizaciones públicas de salud, organizaciones privadas de salud o aseguradoras de la salud) 6, a la vez que registra la cantidad de organizaciones comprometidas y algunas de sus características: tipo de efector (centros de salud, hospitales o clínicas privadas) o establecimiento y tipo de acreditaciones requeridas; en el caso de contar con aseguradoras de salud, especifica si son obras sociales o prepagas. Además, la estructura permite conocer si la integración que ofrece la red entre establecimientos y/o servicios y/o prestaciones es vertical, horizontal o ambas; la integración horizontal es la que se organiza dentro del mismo nivel de atención, mientras que la vertical implica un continuo asistencial entre los distintos niveles de complejidad. Por último, esta dimensión verifica la articulación con programas y determina si la red cuenta con actores que acuerdan para complementarse y aprovechar las facilidades de la especialización de las partes involucradas (posibilitando la cooperación), o si los actores institucionales implicados producen los mismos productos o servicios con el fin de reducir los riesgos.

La *amplitud de la red*, en cambio, da cuenta del alcance de la misma. Identifica si la red comprende un territorio local (municipio), o si compromete a varios territorios alcanzando una escala regional, provincial o nacional. Busca identificar también el área

programática, factores y procesos socio territoriales críticos del entorno y describir la cobertura brindada (prestaciones, servicios y población destinataria).

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

### **Abordaje metodológico**

Con el propósito de identificar las experiencias de redes de servicios de salud que efectivamente se encuentran en funcionamiento en el Conurbano Bonaerense, se entrevistaron a los directores de las cuatro Regiones Sanitarias (RS) que lo abarcan (V, VI, VII y XII). A partir del análisis de estas entrevistas, se seleccionaron 17 redes siguiendo los siguientes criterios:

- presencia en las regiones sanitarias,
- cantidad de efectores,
- antigüedad de los referentes, etc.

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

**Problemáticas Agudas:**

Cardiopatías congénitas

Emergencias/traslados

SIES

Perinatal

Hemoterapia

**Problemáticas Crónicas:**

Diabetes, Hipertensión arterial, Enfermedades cardiovasculares

Nefrología

Salud sexual y reproductiva

VIH

El trabajo de campo se desarrolló entre julio y octubre de 2015, e implicó la aplicación de un instrumento teórico metodológico para el relevamiento de las redes y la realización de 22 entrevistas en profundidad a los referentes/coordinadores de éstas. Mientras que los datos del relevamiento se procesaron utilizando el programa SPSS, las entrevistas se codificaron utilizando el software AtlasTi.

Para la reconstrucción y análisis de las redes de servicios de salud fue necesario triangular la información cuantitativa del relevamiento, el material de las entrevistas y fuentes secundarias de organismos oficiales (documentos e informes de avance de programas vinculados con las problemáticas abarcadas por las redes, leyes nacionales y provinciales, decretos nacionales y provinciales, convenios para la implementación de las políticas/programas, y datos epidemiológicos y de desempeño de los sistemas sanitarios).

**Resultados*****La estructura de las redes***

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

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

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

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

<b>T1. Instituciones que componen la Red</b>	<b>Redes</b>
<b>Instituciones públicas de salud</b>	17
<b>Instituciones privadas de salud CON fines de lucro (policlínicos)</b>	3
<b>Instituciones privadas de salud SIN fines de lucro</b>	4
<b>Aseguradoras de la salud</b>	0
<b>Prepagas</b>	1
<b>Centro regional hemoterapia</b>	1
<b>ONG</b>	1

<b>T2. Establecimientos que componen la Red</b>	<b>Redes</b>
<b>Hospitales Públicos Nacionales</b>	7
<b>Hospitales Públicos Provinciales</b>	17
<b>Hospitales Públicos Municipales</b>	17
<b>Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS o CICs)</b>	14
<b>Unidad de Pronta Atención (UPA)</b>	5
<b>Clínicas Privadas y Sanatorios</b>	2
<b>Clínicas o Sanatorios de Obras Sociales</b>	2
<b>Universidades</b>	3
<b>Corporaciones Médicas</b>	1

Base T 1 y T 2: 17

Fuente: elaboración del GTDGPS en base al relevamiento 2015

Otra de las variables relevadas en torno a la estructura buscó dar cuenta de la articulación con programas nacionales y/o provinciales<sup>2 3</sup>, debido a la relevancia que adquiere dicha articulación para superar la fragmentación del sector en los procesos de

<sup>2</sup> Cabe destacar que en la red de hemoterapia la articulación no es con un programa sino con organismos (uno nacional y otro provincial), mientras que los casos de SSy R, HIV y Perinatal articulan con ambos programas y organismos.

<sup>3</sup> La lista de programas con los que articulan las redes puede en tabla 3 Anexo.

atención de la población, mejorando el acceso, cobertura y beneficios. Como puede verse en la tabla 4 casi la totalidad de las redes muestran una interacción con los mismos.

En el material de las entrevistas puede leerse que en muchos de estos casos la frontera entre la red y el programa es difusa, en especial cuando se articulan red y programa de similar problemática. Inclusive, en ciertos casos el referente de la red es el mismo que el del programa (por ejemplo, en la Red Perinatal RS XII), y en otros casos la red se ha montado directamente sobre el programa existente, utilizando recursos humanos y físicos del mismo.

Tipo de Red	T4. Articulación con programas u otro organismo nacional o provincial		Total
	Si	No	
Hemoterapia	2	0	2
CC	1	0	1
ECNT	2	1	3
SS y R	4	0	4
SIES	0	1	1
HIV	1	0	1
Perinatal	4	0	4
Nefrología	1	0	1
<b>Total redes</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>17</b>

Base: 17

Fuente: elaboración del GTDGPS en base al relevamiento 2015

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

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

de la RS VII contempla únicamente servicios (hospitalarios) del segundo nivel de complejidad.

Estas redes son más de tipo especializadas que redundantes ya que suelen abarcar equipos profesionales interdisciplinarios para la atención<sup>4</sup>. Tal como señala Hintze (2009), sus actores tienden a complementarse para aprovechar las facilidades de la especialización de cada parte de la red, facilitando la cooperación.

Tipo de Red	T5. Como se organizan las actividades dentro de la red	
	Actividades en un mismo nivel de atención	Actividades entre el 1er y 2do nivel de atención
Hemoterapia V	-	x
Hemoterapia VII	X	-
CC	X	-
ECNT RS V	-	X
ECNT RS VII	-	X
ECNT RS XII	-	X
SS y R V	-	X
SS y R VI	-	X
SS y R VII	-	X
SS y R XII	-	X
SIES	X	-
HIV	-	X
Perinatal V	-	X
Perinatal VI		X
Perinatal VII		X
Perinatal XII		X
Nefrología	-	X

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

Base T5 y T 6: 17

Fuente: elaboración del GTDGPS en base al relevamiento 2015

### *La amplitud de las redes*

En este apartado el análisis busca dar cuenta del territorio comprendido por cada red, indagando en dos dimensiones: escala jurisdiccional y área programática; para abordar

<sup>4</sup> En el caso de la red de Cardiopatías Congénitas, las actividades contemplan la participación de profesionales de distinta especialidad. No obstante, en la RS V la red cuenta únicamente con profesionales de la misma especialidad.

la amplitud de las redes en términos de cobertura ofrecida, este análisis se completa estudiando tanto los servicios y prestaciones brindadas como las problemáticas de salud atendidas.

La escala de la red no fue fácilmente identificable en el trabajo de campo (tanto en el relevamiento como en las entrevistas), debido a una tensión jurisdiccional en ciertas redes entre el nivel nacional y regional o entre el provincial y el regional. Del material de las entrevistas se desprende que esta situación puede atribuirse a que en algunos casos la región sanitaria tiene una fuerte presencia en la gestión de la red -como cabecera- respondiendo a criterios de demandas y necesidad regionales; a pesar de que la escala jurisdiccional de la red implique coordinar la atención entre efectores y/o prestaciones dispersas en un territorio nacional o provincial (la red de Cardiopatías Congénitas opera de ejemplo).

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

**Tabla 7. Pertenencia jurisdiccional de las redes**

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

Fuente: elaboración del GTDGPS en base al relevamiento 2015

Más allá de la distinción entre alcances nacionales, provinciales y regionales, aquellas redes que abordan problemáticas que implican articulaciones con el primer nivel suponen una dinámica territorial bastante compleja. Las interacciones que se producen

entre la red y el nivel local, que alberga al Centro de Salud, transforman al territorio – siguiendo a Chiara et al (2013)- en un espacio dinámico y flexible que da lugar a nuevas y diversas interacciones entre los actores de los distintos niveles jurisdiccionales (aunque no necesariamente virtuosas).

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

El área programática indica, siguiendo a Ramírez (2004), el efecto e impacto de un determinado servicio o equipamiento en relación a la población que potencialmente podría emplearlo. Establecer dicha área es importante para las redes porque les permite no solo planificar intervenciones en relación a las necesidades del territorio, sino también advertir la potencial demanda que las redes y sus organizaciones tendrán. Esto puede verse reflejado en la tabla 8, donde todas las redes tienen definidas formalmente sus áreas programáticas. La única excepción es la red de Nefrología, posiblemente debido a la baja prevalencia de pacientes en Diálisis Crónica en la población<sup>5</sup>.

Tipo de Red	T8. La red tiene definida formalmente su área programática		Total
	Si	No	
Hemoterapia	2	0	2
CC	1	0	1
ECNT	3	0	3
SS y R	4	0	4
SIES	1	0	1
HIV	1	0	1
Perinatal	4	0	4
Nefrología	0	1	1
<b>Total redes</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>17</b>

Base: 17 Redes

<sup>5</sup> Según datos del Registro Argentino de Diálisis Crónica 2012. Disponible en: [http://www.incucai.gov.ar/files/docs-incucai/Materiales/informes-estadisticos/15-registro\\_arg\\_dialisis\\_2012.pdf](http://www.incucai.gov.ar/files/docs-incucai/Materiales/informes-estadisticos/15-registro_arg_dialisis_2012.pdf)

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

Es llamativa la ausencia de prestaciones de prevención y promoción en la red perinatal de la RS V, así como también en la red de ECNT de la RS VII, en especial si se considera la pertinencia de estas actividades tanto en la atención perinatal como en la atención de enfermedades fuertemente vinculadas con los determinantes sociales de la salud<sup>6</sup>.

A su vez, la red de cardiopatías congénitas en la RSV y RSVI no brinda servicios de rehabilitación, mientras que en las dos regiones restantes sí.

Tipo de Red	T9. Servicios y prestaciones						
	Promo	Preve	Diagno	Tratam	Reha	Paliativ	Emerg
Hemoterapia V	X	X	X	X	X	X	X
Hemoterapia VII	X	-	-	X	-	-	X
CC	-	-	X	X	X	-	-
ECNT RS V	X	X	X	X	X	-	-
ECNT RS VII	-	-	-	X	-	-	-
ECNT RS XII	X	X	X	X	X	-	-
SS y R V	X	X	X	X	X	X	X
SS y R VI	X	X	X	X	-	-	-
SS y R VII	X	X	X	X	-	X	-
SS y R XII	X	X	X	X	-	-	-
SIES	-	-	X	-	-	-	X
HIV	X	X	X	X	-	-	-
Perinatal V	-	-	X	X	-	-	-
Perinatal VI	X	X	X	X	X	X	X
Perinatal VII	X	X	X	X	-	-	-
Perinatal XII	X	X	X	X	-	-	X
Nefrología	X	X	X	X	-	-	-

Base: 17 redes (se contabilizaron solo los casos que presentan en servicio y/o prestación)

Fuente: elaboración del GTDGPS en base al relevamiento 2015

<sup>6</sup> El lugar estratégico que debe ser otorgado a la promoción y a la prevención en aquellos procesos de salud y enfermedad fuertemente vinculados con los determinantes sociales de la salud, ha tenido un desarrollo importante en diversos documentos de los organismos internacionales de salud; el informe Renovación de la Salud en Las Américas (Macinko et al, 2007) constituye un buen ejemplo.

Las entrevistas advierten acerca de la importancia de las redes para brindar un mayor conocimiento sobre las patologías prevalentes a los equipos profesionales de la red, más allá de la complejidad que el efector tenga<sup>7</sup>. No obstante, dentro la problemática general que trata cada red, muchas no suelen enfocarse en patologías particulares.

Dentro del conjunto de redes que ponen el énfasis en una determinada patología, encontramos a la red de ECNT de la RS XII, a la de SSyR de la RSV, a la Perinatal de la RSVI, a la Perinatal de la RSVII y a la Perinatal de la RS XII; y a los tramos RSVI y RSVII de la red de CC y al RSV de la red de HIV (ver tabla 9).

Tipo de Red	T10. Se pone foco en alguna patología en particular	
	Si	No
Hemoterapia V	-	X
Hemoterapia VII	-	X
CC	X(*)	-
ECNT RS V	-	X
ECNT RS VII	-	X
ECNT RS XII	X	-
SS y R V	X	-
SS y R VI	-	X
SS y R VII	-	X
SS y R XII	-	X
SIES	-	X
HIV	X(*)	-
Perinatal V	-	X
Perinatal VI	X	-
Perinatal VII	X	-
Perinatal XII	X	-
Nefrología	-	X

Base: 17 redes

Fuente: elaboración del GTDGPS en base al relevamiento 2015

<sup>7</sup> Entrevistas Cardiopatías Congénitas RS VI y ECNT RS V

## Las redes y su organización

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

En línea con la importancia otorgada a los flujos de información al interior de las redes desde la literatura (Gras, 2001; Blanco, 2009), los resultados muestran que todas las redes gestionan información de tipo financiera, clínica y epidemiológica en torno a la problemática que abordan.

En cambio, aproximadamente la mitad las redes producen su propia información, generalmente vinculada con la clínica y la epidemiología:

“Clínica y epidemiológica sí, porque te puedo decir: en el año hemos tenido una incidencia de, no sé, tantos traumatismos de cráneos, con tales patologías, que fueron resueltos en tales lugares, eso sí” (Entrevista N° 13 Red SIES).

Esta información es utilizada para analizar casos particulares, resolver situaciones coyunturales, y en algunos casos para proyectar futuras intervenciones:

“... toda muestra cuando es representativa te sirve para otros trabajos, justamente de esa muestra es que surgieron nuevos trabajos y las acciones que estamos haciendo ahora (...) de esa base de datos sacamos datos muy importantes regionales, y los proyectos que armamos posteriormente tenían que ver justamente con eso” (Entrevista N° 9 Red SSyR).

“... en la época invernal, casi todos los lunes viene un rato acá para analizar juntos datos, hacemos presentaciones conjuntas de la información que generamos desde los dos lugares para analizar con los servicios al final de la época invernal, con todo lo que implica IRAB (...)” (Entrevista N° 14 Red Perinatal).

T.11	Gestionan		Producen	
	Información		Información	
Tipo de Red	Si	No	Si	No
Hemoterapia V	X	-	-	X
Hemoterapia VII	X	-	-	X

CC	X	-	X(*)	-
ECNT RS V	X	-	-	X
ECNT RS VII	X	-	x	-
ECNT RS XII	X	-	-	X
SS y R V	X	-	X	X
SS y R VI	X	-	-	X
SS y R VII	X	-	x	
SS y R XII	X	-	X	-
SIES	X	-	X	-
HIV	X	-	X	-
Perinatal V	X	-	-	X
Perinatal VI	X	-	X	X
Perinatal VII	X	-	X	-
Perinatal XII	X	-	-	X
Nefrología	X	-	X	-

Base: 17 redes

Fuente: elaboración del GTDGPS en base al relevamiento 2015

(\*) CC menos los tramos de las RS V y XII.

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

Entre aquellas que sí cuentan con sistemas de nominalización de su población, se ha observado el empleo de varios padrones de manera simultánea; a la vez, se identificaron nueve tipos de padrones<sup>8</sup> diferentes, siendo el RESAPRO y el SUMAR los más usados. Si bien este hecho avanza en la nominalización de la población identificando y referenciando a sus ciudadanos, se distancia de la propuesta del Plan Federal de consolidar un Padrón Único de Salud (PAS) que incluya las bases de seguridad social, prepagas y CAPS (Plan Federal de Salud 2004-2007).

<sup>8</sup> RESAPRO: Registro Sanitario Provincial/ SUMAR: registro programa SUMAR/ SISA: Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina/ SIVILA: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud/ SIPerinatal: Sistema de Información Perinatal/ Prodiaba: registro del Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético/ Remediar: registro programa Remediar/ SITAM: Sistema de Información para el Tamizaje.

T.12	Posee Padrón		Utiliza Padrón	
	Si	No	Si	No
<b>Tipo de Red</b>				
<b>Hemoterapia V</b>	-	X	-	-
<b>Hemoterapia VII</b>	-	X	-	-
<b>CC</b>	X(*)	-	X(*)	-
<b>ECNT RS V</b>	X	-	X	-
<b>ECNT RS VII</b>	X	-	X	-
<b>ECNT RS XII</b>	-	X	-	-
<b>SS y R V</b>	-	X	-	-
<b>SS y R VI</b>	X	-	-	X
<b>SS y R VII</b>	X	-	X	
<b>SS y R XII</b>	X	-	-	X
<b>SIES</b>	X(**)	-	X	-
<b>HIV</b>	X	-	X	-
<b>Perinatal V</b>		X	-	-
<b>Perinatal VI</b>	X	-	-	X
<b>Perinatal VII</b>	X	-	X	-
<b>Perinatal XII</b>	-	X	-	-
<b>Nefrología</b>	X	-	X	-

Tipo de padrón
<b>RESAPRO</b>
<b>SUMAR</b>
<b>SIISA</b>
<b>SIVILA</b>
<b>SIPerinatal</b>
<b>Prodiaba</b>
<b>Remediar</b>
<b>SITAM</b>
<b>Propio</b>

Base: 17 redes

Fuente: elaboración del GTDGPS en base al relevamiento 2015

(\*) La red de Cardiopatías Congénitas dispone de padrón pero en la RSVII no se utiliza.

(\*\*) La red SIES dispone de padrón únicamente en la RSV, donde además se lo utiliza.

Hintze (2009) sostiene que las redes -en general- cuentan con un espacio institucional y un referente para coordinar tanto los recursos (físicos y humanos) y los insumos que circulan a través de la red como así también las actividades que desarrollan las distintas instituciones que la integran. En los casos estudiados el ámbito de coordinación interinstitucional no fue siempre identificado por el referente/coordinador, y en algunas ocasiones tampoco pudo precisarse quiénes lo integraban. Esta coyuntura podría deberse a que dicho espacio no necesariamente se encuentra formalizado, y/o posee un lugar físico especialmente asignado.

“...nosotros tenemos el espacio físico que nos impide las charlas permanentes... me encantaría una vez por semana que nos podamos reunir, cada vez que proponemos no tenemos el espacio suficiente y esto es edilicio.” (Entrevista N° 20 Red Salud Sexual y Reproductiva).

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

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

<b>T.13</b>	<b>Posee espacio de coordinación interinstitucional</b>		<b>El coordinador percibe remuneración adicional</b>	
	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Hemoterapia V</b>	X	-	X	-
<b>Hemoterapia VII</b>	X	-	X	-
<b>CC</b>	X(*)	-	X(*)	-
<b>ECNT RS V</b>	X	-	X	-
<b>ECNT RS VII</b>	X	-	X	-
<b>ECNT RS XII</b>	-	X	-	-
<b>SS y R V</b>	X			X
<b>SS y R VI</b>	X	-	X	
<b>SS y R VII</b>	X	-		
<b>SS y R XII</b>	-	X	-	-
<b>SIES</b>	X(**)	-	X	
<b>HIV</b>	X (***)	-	X	
<b>Perinatal V</b>	-	X	-	-
<b>Perinatal VI</b>	X	-	X	
<b>Perinatal VII</b>	X	-	X	
<b>Perinatal XII</b>	X	-	X	
<b>Nefrología</b>	X	-	X	

Base: 17 redes

Fuente: elaboración del GTDGPS en base al relevamiento 2015

-CC (\*) en la RSVII y en la RSXII,

-SIES (\*\*) en la RSV,

-HIV (\*\*\*) en la RSVI.

A partir del análisis de las entrevistas se elaboró una matriz (ver tabla 14) con el propósito de sistematizar las tareas realizadas por los coordinadores de las redes. Éstas fueron clasificadas en cinco grandes grupos: gestión, vigilancia y control, articulación, capacitación e información; un sexto grupo nuclea aquellas actividades más informales que también forman parte del trabajo cotidiano de estos referentes.

#### T14. ACTIVIDADES

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

Base: 17 redes

Fuente: elaboración del GTDGPS en base al relevamiento 2015

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

el desempeño de cada red depende más del compromiso de sus actores, que de instancias, dinámicas y recursos formalmente instituidos.

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

Si bien el tipo de trabajo que llevan adelante los coordinadores en la gestión de las redes deja entrever la diversidad de asuntos y actividades que implica el funcionamiento de éstas, como así también los recursos necesarios, en la T15 se observa que muy pocas redes cuentan con un presupuesto propio. Esto podría ser leído como una limitación para el desarrollo y la autonomía de las mismas.

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

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

Base: 17 redes, Fuente: elaboración del GTDGPS en base al relevamiento 2015

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

### **Algunas Conclusiones**

Las redes de servicios de salud aparecen como una estrategia del subsector público para contrarrestar la fragmentación y segmentación del sector, con el propósito de mejorar el acceso a la atención, la cobertura y los beneficios en salud. Medir los alcances de las redes en esta dirección es complejo, no obstante el trabajo de campo devela algunos avances en la articulación de niveles en el proceso de atención. Las redes amplían también la escala de las intervenciones, facilitando la circulación de ciertos insumos e información y vinculando territorios con distintas capacidades y equipamientos para responder a las necesidades de salud. Contrariamente, el desarrollo de esta nueva estrategia organizacional no dio lugar –aún- a una comunicación entre los tres subsectores; salvo excepciones las redes están compuestas por instituciones públicas que no vinculan con los efectores pertenecientes a los sectores de la seguridad social y privado.

Dentro del subsector público, las redes se orientan fundamentalmente al diagnóstico y tratamiento de determinadas problemáticas de salud crónicas o agudas, tendiendo puentes en el eje de la relación población-proveedor y ubicando al Estado en un rol de prestador de la atención en salud.

Entre los efectores que las integran se encuentran hospitales públicos de jurisdicción provincial y municipal, pero son sólo siete las que involucran también hospitales nacionales. Esto ha sido relacionado con el hecho de que algunas redes abordan problemáticas que no requieren de la alta complejidad que caracteriza a los establecimientos nacionales.

En su mayoría, las redes de servicios de salud relevadas comprometen territorios de escala regional, pero se apoyan en programas nacionales y/o provinciales preexistentes, articulando recursos y prestaciones. La frontera entre la red y el programa (que aborda la

misma temática) es en algunas oportunidades difusa, no delimitando las responsabilidades. Resulta interesante a futuro profundizar el análisis de esta relación para identificar o establecer cuan institucionales son los canales entre los que se articulan las redes y los programas.

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

Aquellas redes que abordan problemáticas que implican articulaciones con el primer nivel suponen una dinámica territorial más compleja, como las redes orientadas a la salud sexual y reproductiva y las dedicadas a la atención perinatal. En estos casos, las interacciones que se producen entre la red y el nivel local configuran al territorio como un espacio dinámico y flexible que da lugar a diversas interacciones entre los actores de los distintos niveles jurisdiccionales.

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

En relación a la dimensión organizacional, las redes utilizan información de tipo financiera, clínica y epidemiológica; pero aproximadamente la mitad de éstas producen su propia información vinculada con la clínica y la epidemiología. La información es utilizada para analizar casos particulares, resolver situaciones coyunturales y -en ciertas oportunidades- para proyectar futuras intervenciones.

Dentro del conjunto de redes que disponen de un sistema de nominalización de su población beneficiaria, se ha observado el empleo de varios padrones de manera simultánea. Si bien este hecho avanza en la nominalización de la población, identificando y referenciando a la misma, se distancia de la propuesta del Plan Federal de consolidar un Padrón Único de Salud.

El espacio destinado a la coordinación interinstitucional suele estar integrado por pares profesionales de distintas especialidades con ciertos niveles de autonomía para gestionar las redes, o por un profesional de conocimiento experto a cargo con un pequeño staff técnico y/o administrativo. No obstante, este ámbito no siempre se encuentra formalizado.

Entre las tareas afines a la articulación y a la gestión de la red, la vigilancia, el control y la capacitación son las menos frecuentes; a la vez que el manejo de la información ocupa un lugar aún más residual. Vinculado al contexto de precariedad que caracteriza a muchos de los servicios involucrados en las redes, ciertas actividades administrativas desarrolladas por los propios profesionales -y relacionadas con cuestiones más operativas- cobran bastante centralidad. Asimismo, es destacable que muy pocas redes cuentan con un presupuesto propio.

Finalmente, la falta de instancias, dinámicas y recursos formalmente instituidos para un adecuado desempeño de las redes, supone muchas veces un alto compromiso por parte de los referentes -y los equipos- para su funcionamiento, pero también limitaciones para su desarrollo y su autonomía.

## **Bibliografía**

Acuña, Carlos y Chudnovsky, Mariana (2002). *El Sistema de Salud en Argentina. Documento 60*. Buenos Aires: Universidad de San Andrés. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional de la Fundación Gobierno y Sociedad.

Chiara, Magdalena; Di Virgilio, Mercedes y Ariovich, Ana (2010). “La Coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: reflexiones en torno a la política local (2000-2005)”. *SALUD COLECTIVA*, 6(1): (47-64).

Belmartino, Susana. Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos [en línea]. Buenos Aires: 5º Foro del Bicentenario, Panel Políticas de Salud Pública en el siglo XX, 2009. Disponible en:

[http://www.unsam.edu.ar/escuelas/politica/centro\\_historia\\_politica/material/190.pdf](http://www.unsam.edu.ar/escuelas/politica/centro_historia_politica/material/190.pdf).

Chiara, Magdalena y Ariovich, Ana (2013). “Luces y sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS /OMS en América Latina”. *Revista Cadernos Metropole*, 15 (29): (99-122).

Crojethovic, María y Ariovich, Ana (2015). “Las redes: un modelo organizativo para contrarrestar la fragmentación institucional del sistema de salud en la Argentina”. *Revista Gestión de las Personas y Tecnología. Universidad de Santiago de Chile*. Nº 24: (30-50).

Etzioni, Amitai (1975). *Organizaciones Modernas*. Capital Federal, Argentina: UTHEA 2ª reimpresión.

Fleury, Sonia (2002). “El desafío de la gestión de las redes de políticas”. *Revista Instituciones y Desarrollo*. Nº 12-13: (221-247).

Gutiérrez, Andrea (2009). “La movilidad de la metrópolis desigual: el viaje a la salud pública y gratuita en la periferia de Buenos Aires”, en *EGL 2009*. Montevideo: Universidad de La República.

Hintze, Jorge (2009). “Modelos organizativos para la gestión social y sus lógicas”, en Magdalena Chiara y Mercedes Di Virgilio, (Coord.) (2009). *Gestión de Política Social. Conceptos y Herramientas*. Buenos Aires, Argentina: Prometeo/UNGS.

Macinko, James; Montenegro, Hernán; Nebot Adell, Carme; Etienne, Carissa y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (2007). “La renovación de la atención primaria de salud en las Américas”. *Rev Panam Salud Publica*. 21(2/3): (73-84).

Mintzberg, Henry. (2005). *La estructuración de las organizaciones*. España: Ariel.

Shortell S, Gillies R, Anderson D, Mitchell J y Morgan K. (1993). Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hosp Health Serv Adm*. Nº 38: (447-466).

Vázquez Navarrete, María Luisa y Vargas Lorenzo, Ingrid (2006). “Redes integradas de servicios de salud: ¿Solución o problema?”. *Ciencias de la Salud*. 4 (1): (5-9).

Mendes, Eugênio Vilaça (2013). *Las redes de atención de salud*. Brasilia: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud/Consejo Nacional de Secretarios de Salud.

Dabas, Elina y Perrone, Néstor. *Redes en Salud*. Documento inédito[en línea]. Buenos Aires:1999. Disponible en:  
<http://www.baemprende.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/redes.pdf>.

Ramió Matas, Carles (1999). *Teoría de la Organización y de la Administración Pública. Temas de Gestión y de Administración Pública*. Madrid: Tecnos.

Ramírez, Liliana. Determinación de áreas de influencia hospitalaria mediante análisis espacial en SIG vectorial: un aporte metodológico [en línea]. Buenos Aires: Primer Seminario de Geografía cualitativa, 2004. Disponible en:

<http://hum.unne.edu.ar/investigacion/geografia/labtig/publicaciones/public13.pdf>

Tobar, Federico (2015). “Módulo 1. Salud y cuestión social”, en Magdalena Chiara, (Coord.) (2015). *Cuaderno de trabajo. Gestión territorial integrada para el sector salud*. Los Polvorines: UNGS.

## Anexo

<b>T3. Programas u organismos Nacionales y Provinciales</b>	
<b>Hemoterapia</b>	<b>Instituto Provincial de Hemoterapia; INCUCAI</b>
<b>Cardiopatías Congénitas</b>	<b>Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas; Programa de Materno infantil de la Provincia</b>
<b>ECNT</b>	<b>Programa de Prevención de Epilepsia (PROEPI); Prevención del Asma Infantil (PROBAS), Remediar</b>
<b>SS y R</b>	<b>Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino; Programa Nacional Salud y Adolescencia; Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS); Programa Nacional de Asistencia para medicamentos y reactivos SIDA; Plan Nacional para la reducción de la mortalidad materno infantil, de las mujeres y las adolescentes; Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable; Dirección Provincial de Atención a las Adicciones; Programa Materno Infantil de la Provincia; Programa de Prevención de Cáncer Genito-mamario (PROGEMA); Programa Provincial de VIH-SIDA, ITS y Hepatitis Virales</b>
<b>HIV</b>	<b>Dirección Nacional de SIDA y ETS; Programa Provincial de HIV, enfermedades transmisibles y hepatitis viral;</b>
<b>Perinatal</b>	<b>Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable; HIV/Infecciones de Transmisión Sexual Nación; Dirección de Materno Infancia de Nación; Plan Nacional de Reducción de Mortalidad Materno Infantil; Redes Perinatales de Provincia; Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas (PNCC)</b>
<b>Nefrología</b>	<b>Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético (PRODIABA); Programas locales de hábitos saludables.</b>

Fuente: elaboración del GTDGPS en base al relevamiento 2015