

Claves para Analizar Redes de Organizaciones Complejas en Salud

Ariovich Ana, Instituto del Conurbano, UNGS
anariovich@yahoo.com

Crojethovic María, Instituto del Conurbano, UNGS
mcroje@gmail.com

I. Resumen

La noción de redes de servicios ingresa al campo de la salud a mediados de la década del 90, como una estrategia para la gestión de la política sanitaria con estudios que proponen superar la fragmentación de los sistemas de atención. Más reciente, es el tratamiento que han tenido las redes por parte de los organismos internacionales de salud (OMS/OPS), con la propuesta de Redes Integradas de Servicios de Salud. No obstante, la elaboración de un desarrollo teórico e instrumental que permita abordar a las redes de salud en un contexto local, dando cuenta de la complejidad de las organizaciones que las integran, aún se presenta como un desafío.

Por este motivo, el trabajo propone elaborar un instrumento que permita relevar las redes de organizaciones complejas de salud y analizar su alcance y cobertura, en un escenario local. Para ello, se revisa críticamente y se articula la perspectiva de las Organizaciones Complejas con la de las Redes Organizacionales, ambas enmarcadas en la Teoría de las Organizaciones.

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

Si bien la literatura contemporánea sobre redes de políticas (“policynetworks”) es amplia y alberga distintos significados en torno a la noción de red, dos grandes tradiciones teóricas -una europea y otra norteamericana- han liderado los debates y los desarrollos conceptuales posteriores: la teoría en subsistemas y comunidades políticas, y la teoría inter organizacional. La primera pertenece al campo de la ciencia política y alberga distintas perspectivas: desde aquella que considera a las redes como un “modelo estratégico de gestión de políticas” (Mandell, 1990) a la que las concibe como un

“modelo de gobernabilidad” que compromete a los niveles local y global (Rhodes, 1986). La teoría inter organizacional, en cambio, se enmarca dentro de la sociología organizacional y se centra en las relaciones entre las organizaciones, sus interdependencias y sus estrategias (Klijn, 1998)¹.

Las dos corrientes teóricas coinciden en identificar ciertos atributos como fundamentales en la conformación de redes de políticas públicas: la existencia de una diversidad de actores con estrategias y metas propias pero con intereses comunes en referencia a una política; vínculos complejos de interdependencia² entre esos actores; y el desarrollo de patrones de relación de naturaleza más o menos duradera. En consonancia con esta definición, ambas han articulado postulados de la “teoría de la elección racional” con supuestos “institucionalistas” para explicar el funcionamiento de las redes, destacando así la relevancia de factores tales como la actuación de los actores públicos y privados, los intercambios de recursos, las reglas, las rutinas informales, como así también los vínculos organizacionales que limitan y estructuran los procesos y el estilo de las interacciones que se producen (Klijn, 1998; Zurbriggen, 2003).

Las redes suponen además, un modelo organizativo multiinstitucional que presenta ciertas particularidades de acuerdo con Hintze (2009). Basada en mecanismos contractuales entre distintas instituciones que se integran como corresponsables en procesos de trabajo destinados a satisfacer necesidades de terceros, la estructura organizativa de las redes cuenta con *nodos* en las que circula la información y decisión necesaria para articular las relaciones contractuales y técnicas. En esta misma línea argumentativa, las redes pueden ser *especializada* o *redundantes descentralizadas*: mientras que en las primeras los actores acuerdan complementarse y aprovechar las facilidades de la especialización de cada parte de la red (facilitando la cooperación), en las segundas coexisten actores institucionales que producen los mismos productos o servicios de manera simultánea para reducir riesgos (Hintze, 2009).

¹ Aquí encontramos desarrollo de autores como Mitchell (1969) y Scharpf (1978), citados en Klijn, E. (1998): “Policy Networks: An Overview” in Kickert, W. J. M. & Koppenjan, J.F.; (eds) *Managing Complex Networks*. Sage, London.

² Los actores son dependientes de los demás en tanto que necesitan los recursos de los demás para alcanzar sus metas. Esta idea de interacción estratégica que conlleva a procesos de negociación es central en la mayoría de las teorías de redes (Klijn, 1998).

A pesar de la diversidad de actores, recursos, objetivos e instituciones que pueden estar implicados en las distintas redes de políticas, todas comparten -- siguiendo a Fleury -- el desafío de "...establecer modalidades de gerencia que permitan alcanzar los objetivos previstos y conservar la existencia de una estructura reticular" (Fleury, 2002: 224). La autora sostiene que son precisamente estos propósitos los que han motivado a académicos y administradores a considerar a las redes como instrumentos adecuados para administrar políticas en los nuevos escenarios políticos y sociales, en donde el "poder" parece expresarse de manera más pluralista, los "recursos" son más escasos, los "problemas" son complejos, los "actores" comprometidos son múltiples (públicos, privados, locales o regionales) y la "demanda" de participación ciudadana es creciente.

Recuperando los planteos más generales acerca de la formación y gestión de las "redes de políticas", la noción de redes ingresa como estrategia para la gestión de la política sanitaria de manera relativamente reciente en el ámbito de la Salud. La primera referencia en la literatura la encontramos en el trabajo de Shortell et al. (1993), quienes propusieron superar la fragmentación de los sistemas de atención de salud norteamericanos mediante el desarrollo de sistemas integrados de servicios de salud que configuraran un continuo coordinado de servicios para una población definida.

En el ámbito más local, la temática de redes en el sector salud ha recibido un desarrollo sistemático a través de autores como Rovere, Mendes y Vázquez Navarrete et al. Luego de un análisis crítico de la fragmentación del sistema público brasileño, Mendes (2001)³ propuso como alternativa la construcción procesual de sistemas integrados de salud para articular los territorios sanitarios y la gestión de la clínica, estructurados en base a determinados fundamentos: economía de escala, calidad, acceso, integración horizontal y vertical, y distintos niveles de atención coordinados por la atención primaria y por una acción cooperativa e interdependiente. En la misma línea, Vázquez Navarrete et al (2005; 2006) proponen a las redes como un modelo de coordinación y articulación de esfuerzos de distintas organizaciones para ofrecer un continuo de servicios a una población definida, con el objetivo de mejorar la eficiencia y la efectividad en la provisión de prestaciones, mejorar el acceso a los servicios de salud y de alcanzar una integración asistencial (Vázquez et al., 2006).

³ Citado en Mendes, E. V. (2013): Las redes de atención de salud. Ed. en español – Brasilia. Organización Panamericana de la Salud.

Con el foco puesto en las relaciones sociales y recuperando los aportes de la psicología social, Rovere (1999) en cambio nos propone un concepto fundamentalmente vincular. Plantea que las redes de salud constituyen formas de articulación multicéntrica que conectan a las personas a través de vínculos solidarios; las redes constituyen estructuras que permiten establecer y organizar relaciones tanto con el adentro como con el afuera, asumiendo siempre la heterogeneidad.

Más incipiente es el tratamiento que han tenido las redes por parte de los organismos internacionales, quienes han comenzado a promover su conformación desde mediados de la década pasada⁴. En línea con estas recomendaciones, la Organización Mundial de Salud (OMS) ha formulado el concepto de *Redes Integradas de Servicios (RIS)*, a través del cual propone una “...gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud” (OMS, 2008). Una mayor complejidad, en cambio, otorgan la OMS y la OPS⁵ a la conformación de *Sistema integrados de Servicios de Salud (SISS)*, ya que éstos involucran -además de redes- atributos sistémicos como gobernanza, financiamiento y mecanismos de pago, sin restringirse únicamente a cuestiones vinculadas a la prestación de servicios (OPS/OMS, 2008).

Otorgando a la atención primaria (APS⁶) un papel central como coordinadora de una respuesta amplia para garantizar la continuidad de los recursos y las prestaciones en una escala mayor, mejorando relaciones de costo beneficio, tanto las RIS como los SISS articulan de manera estratégica servicios con distinta jerarquía y nivel de complejidad

4 En el marco de la “Renovación de la APS en las Américas” del año 2005, comenzó a promoverse el desarrollo y fortalecimiento de redes de atención de salud como respuesta a la fragmentación que se profundizaba en los países de la región. Más tarde, en el escenario de la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud del 2007, se señaló la necesidad de desarrollar redes basadas en la atención primaria, financiadas por presupuesto público y que garantizaran una cobertura universal (Chiara y Ariovich, 2013).

5 Organización Panamericana de la Salud.

6 La propuesta de la APS implica un pasaje desde una concepción de la atención de la salud asociada al tratamiento de la enfermedad hacia una visión más integral centrada en la prevención y el cuidado. Paralelamente, la APS promueve el involucramiento de nuevos actores en la atención de la salud como la familia y la comunidad (Declaración Alma Ata, 1978)

en el territorio (Harzehim, 2011). No obstante, ambas propuestas presentan todavía un desarrollo muy normativo y con limitada capacidad para la investigación, dejando vacante cuestiones tan significativas como el abordaje de los factores políticos que puedan estar modelando el surgimiento y funcionamiento de las propias redes de salud (Chiara y Ariovich, 2013).

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

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

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

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

Por un lado este tipo de organizaciones están atravesadas por una compleja maquinaria burocrática, la que incluye: un tipo de autoridad jerárquica, normas y reglamentos impersonales que rigen las operaciones generales, una división del trabajo en áreas especializadas con competencias específicas, y políticas de personal sobre la base de criterios objetivos (Blau y Scott, 2003). Por el otro, deben contar con una vasta variedad de profesionales, que si bien se encuentran bajo el paraguas de una maquinaria burocrática, deben contar con cierta autonomía para desarrollar sus habilidades y sus conocimientos operativos (Etzioni, 1975; Freidson, 1988; Mintzberg, 2005). Es decir que en las organizaciones de salud las actividades de los profesionales deben ser coordinadas por una estructura administrativa -secundaria pero no por ello menos

importante-capaz de otorgar libertad de acción para contar con dichas habilidades y conocimientos.

Para Etzioni este tipo de organizaciones son *complejas* porque en su interior reside una incompatibilidad básica entre los profesionales y los burócratas (Gordon G. Darkenwald 1971). De modo que se debe preservar el equilibrio entre los médicos, enfermeros, técnicos, entre otros, y el área administrativa; porque la sobrevivencia de las organizaciones en salud dependerá de la combinación del comportamiento administrativo y del conocimiento y habilidades de los profesionales (Mintzberg, 2005). Es importante aclarar que la fuente de autonomía de estos profesionales no proviene de su propia voluntad, sino que estará estructurada por las normas que rigen las asociaciones de profesionales (Freidson, 1988).

Otra complejidad de estas organizaciones proviene de la forma en que se estructura el control, ya que este dentro de la dimensión administrativa viene dado por la estructura formal y las normas de autoridad, mientras que en el grupo de profesionales son los mismos colegas quienes generan un tipo de control autorregulado al interior de su propio grupo. Paralelamente el tipo de poder y autoridad que los profesionales portan no es otorgado por la estructura jerárquica organizacional, sino que proviene “del saber experto” o “conocimiento específico” que se emana de las complejas tareas que desarrollan (Blau y Scott, 2003).

Freidson a su vez, agrega complejidad a estas organizaciones cuando compara las líneas de autoridad, cuando se requiere un trabajo experto (y creativo), por ejemplo, en organizaciones de salud, no hay una sola línea de autoridad, ya que los médicos pueden intervenir en muchas áreas del hospital a pesar de que no tienen jurisdicción administrativa formal o autoridad. Más complejo aún es si pensamos en quiénes están en el medio, como el personal de enfermería que se encuentra entre dos superiores, administrativos y médicos (Freidson 1988).

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

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

En estas organizaciones, la autoridad es de naturaleza compartida, por un lado, está el poder del profesional o “el experto”, por el otro, está el poder del político administrativo, y muchas veces el profesional también puede ser administrador. A su vez, en estas estructuras el núcleo de operaciones (es decir los profesionales o expertos) es el soporte de la organización, mientras que la tecno-estructura y la línea media (control administrativo) no están muy elaboradas. Surge a menudo, entonces, la convivencia de dos tipos de jerarquías administrativas paralelas: una democrática ascendente para los profesionales -encarnada en la ley de los profesionales de la carrera hospitalaria- y otra burocrática maquinal, descendente, para el staff administrativo que responde a la tecno-estructura -encarnada en la ley de los trabajadores de la carrera de personal del Estado- (Mintzberg, 2005). Si bien estas organizaciones particulares están atravesadas por un poder ascendente y descendente, también presentan un poder lateral u horizontal que ejercen los miembros de la organización que no poseen una posición de poder definida formalmente; es decir, todos sus actores tienen algún nivel de poder y la capacidad de influir en el desarrollo de la organización (Ramíó, 1999). Paralelamente, dicha organización cuenta con mecanismos de normalización para coordinar las actividades, pero no siempre poseen mecanismos para otorgar grados de autonomía en la acción de los profesionales para que estos puedan desarrollar sus habilidades y conocimientos expertos (Etzioni, 1975).

Por otra parte, estas complejas organizaciones 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. Siguiendo a Hintze (2009), estas relaciones son articuladas desde nodos o unidades que cuentan con la información y la capacidad de decisión necesarias.

La creación y el mantenimiento de estas redes presentan sin dudas diversos desafíos para su gestión. Los más importantes están vinculados al establecimiento de reglas de actuación, a la distribución de recursos, a la definición de prioridades, a la necesidad de generar procesos de negociación y consenso y a la construcción de mecanismos colectivos de decisión (Fleury, 2002). A su vez, el análisis de las características del entorno socio-territorial se vuelve clave para identificar factores y procesos críticos para su funcionamiento.

Finalmente, la posibilidad de establecer redes que vinculen estrechamente la gestión de las políticas sanitarias con el territorio y una población específica, está fuertemente condicionada por el desarrollo tecnológico de comunicaciones que permita interacciones virtuales en tiempo real, sorteando las barreras espaciales y la fricción de la distancia en los territorios comprometidos.

IV. Recuperando la complejidad de las redes. Un instrumento para su análisis.

Con el propósito de arribar a un instrumento que permita analizar redes de servicios y prestaciones de salud en los territorios locales, este apartado recupera los distintos aportes teóricos de la literatura revisada y propone una serie de variables que resultan adecuadas para ponderar la complejidad de las redes y sus organizaciones.

Las variables propuestas están agrupadas en tres grandes dimensiones (estructural, ramificación y organizacional); éstas, a su vez, se desagregan en dos niveles distintos. A continuación se definen las variables, y luego se presenta un esquema del instrumento.

1- Dimensión estructural

- a. **Tipo de red:** permite identificar la naturaleza de la red considerando: i) sistemas que integran instituciones públicas de salud; ii) sistemas que integran instituciones públicas y privadas de salud; iii) sistemas que integran instituciones públicas de salud y aseguradoras de la salud; y iv) sistemas que integran instituciones públicas y privadas de salud, y aseguradoras de la salud.
- b. **Cantidad de instituciones/organizaciones:** registra el número de instituciones que integran la totalidad de la red.
- c. **Tipo de instituciones/organizaciones:** identifica los distintos establecimientos que involucra la red. Determina si se trata de centros de salud, hospitales o clínicas privadas. En el caso de contar con aseguradoras de salud, determina si involucra obras sociales o prepagas.
- d. **Tipo de integración:** permite conocer si la articulación entre servicios o prestaciones que establece la red es vertical, horizontal, o ambas. La

integración horizontal es la que se organiza dentro del mismo nivel de atención, en cambio la vertical implica continuo asistencial entre los distintos niveles complejidad.

- e. **Especializadas o redundantes:** determina si la red involucra actores que acuerdan para complementarse y aprovechar las facilidades de la especialización de las partes involucradas (facilitando la cooperación), o si coexisten los actores institucionales que producen los mismos productos o servicios de manera simultánea con el fin de reducir los riesgos.

2- Amplitud de la red (extensión y cobertura)

- a. **Escala territorial:** da cuenta del alcance de la red. Es decir, si la misma involucrara a un territorio local (municipio), o si compromete a varios territorios alcanzando una escala regional.
- b. **Entorno socio-territorial:** busca identificar factores y procesos críticos del entorno de la red para su funcionamiento.
- c. **Tipo de cobertura:** describe el tipo de prestaciones y/o servicios brindados por la red.

3- Dimensión organizacional:

- a. **Mecanismos de coordinación:** busca dar cuenta y explicitar los mecanismos contractuales y normas utilizadas para articular la red.
- b. **Nodo:** esta variable puede desagregarse en:
 - 1. **Cantidad:** registra la cantidad de nodos de la red, clasificando a las redes en *multinodales* y *monodales*.

2. *Componentes del nodo*: permite evidenciar la infraestructura que disponen los nodos articuladores de la red (recursos humanos, recursos físicos, infraestructura, etc.).
 3. *Tecnología*: registra la tecnología utilizada por el nodo para coordinar la gestión de los servicios de la red (vinculados a una población específica).
- c. **Tipo de vínculo**: esta variable puede desagregarse en:
1. *Antigüedad*: refiere al periodo de tiempo que registra la red.
 2. *Regularidad*: refiere a la periodicidad con que se produce el vínculo.
- d. **Ejercicio de la autonomía**: permite analizar los márgenes de autonomía en las decisiones/acciones de los distintos actores de la red en relación al nodo/s. Es decir, analiza los márgenes de autonomía que disponen tanto las organizaciones (en tanto actores institucionales que integran la red), como así también los profesionales y técnico-administrativos que las integran.

Esquema

Dimensión	VARIABLES 1er nivel	VARIABLES 2do nivel
Dimensión estructural	Tipo de red	
	Cantidad de instituciones/ organizaciones	
	Tipo de instituciones/organizaciones	
	Tipo de integración	
	Especializadas o redundantes	
Amplitud de la red	Escala territorial	

(extensión y cobertura)	Entono socio-territorial	
	Tipo de cobertura	
Dimensión organizacional	Mecanismos de coordinación	
	Nodo	Cantidad
		Componentes del nodo
		Tecnología
	Tipo de vínculo	Antigüedad
		Regularidad
Ejercicio de la autonomía		

Bibliografía:

Blau, P. & Scott, R. W. (2003): *Formal Organizations: A Comparative Approach*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Chiara, M. y Ariovich, A. (2013): “Luces y sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS /OMS en América Latina”. *Revista CadernosMetropole, São Paulo*, v. 15, n. 29, pp. 99-122, jan/jun 2013. ISSN 2236-9996.

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

Fleury, S. (2002): “El desafío de la gestión de las redes de políticas”. *Revista Instituciones y Desarrollo* N° 12-13 (2002) págs. 221-247. Institut Internacional de Governabilitat de Catalunya, Còrsega 255, 5º 1ª 08036 Barcelona, España.
<http://www.iigov.org>.

Freidson, E. (1988): *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. University of Chicago Press: Chicago.

Harzheim, E. (2011): “Atencao primária a saúde e as redes integradas de atencao a saúde.” En Harzheim E. Comp. *Inovando o papel da atencao primaria nas redes de atencao a saude: resultados do laboratorio de inovacao em quatro capitais brasileiras*. Organizacao Panamericana da Saúde; Ministerio da Saúde; Conselho Nacional de Secretarios Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretarios Municipais de Saúde. Brasilia, 2011.

Hintze J. (2009): “Modelos organizativos para la gestión social y sus lógicas.” En: Chiara M. y Di Virgilio M. Comp. *Gestión de Política Social. Conceptos y Herramientas*. Prometeo/UNGS. Buenos Aires, Argentina.

Klijn, E. (1998): “Policy Networks: An Overview” In Kickert, W. J. M. & Koppenjan, J.F.; (eds) *Managing Complex Networks*. Sage, London

Mandell, M. (1990): “Network Management: Strategic Behavior in the Public Sector.” En GAGE, R.; MANDELL, M. *Strategies for Managing Intergovernmental Policies and Network*. New York: Praeger, 1990.

Mendes, E. V. (2013): *Las redes de atención de salud*. Ed. en español – Brasilia. Organización Panamericana de la Salud.

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

OMS (2008): Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de la salud, más necesaria que nunca.

OPS/OMS (2008): Sistemas Integrados de Servicios de salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington D.C. OPS/OMS.

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

Rhodes, R. A. (1986): *European Policy-Making, implementation and subcentral governments: a survey*. Maastricht: European Institute of Public Administration.

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 (reimpresión).

Shortell et al. (1993): Creating organized delivery systems: the barriers and the facilitators. *Hosp. Health Service Adm.*, 38: 447-466.

Vázquez Navarrete, M.L. et al. (2005): “Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis”. *Revista Española De Salud Pública*, 79, 6.

Vázquez Navarrete, M.L. y Vargas Lorenzo, I. (2006): “Redes integradas de servicios de salud: ¿Solución o problema?” Rosario: Universidad Nacional de Rosario. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/562/56240101.pdf> (fecha de consulta: 17-9-2014)

Zurbruggen, C. (2003): Las redes de políticas públicas. Una revisión teórica. Disponible en http://www.iigov.org/documentos/?p=1_0105.