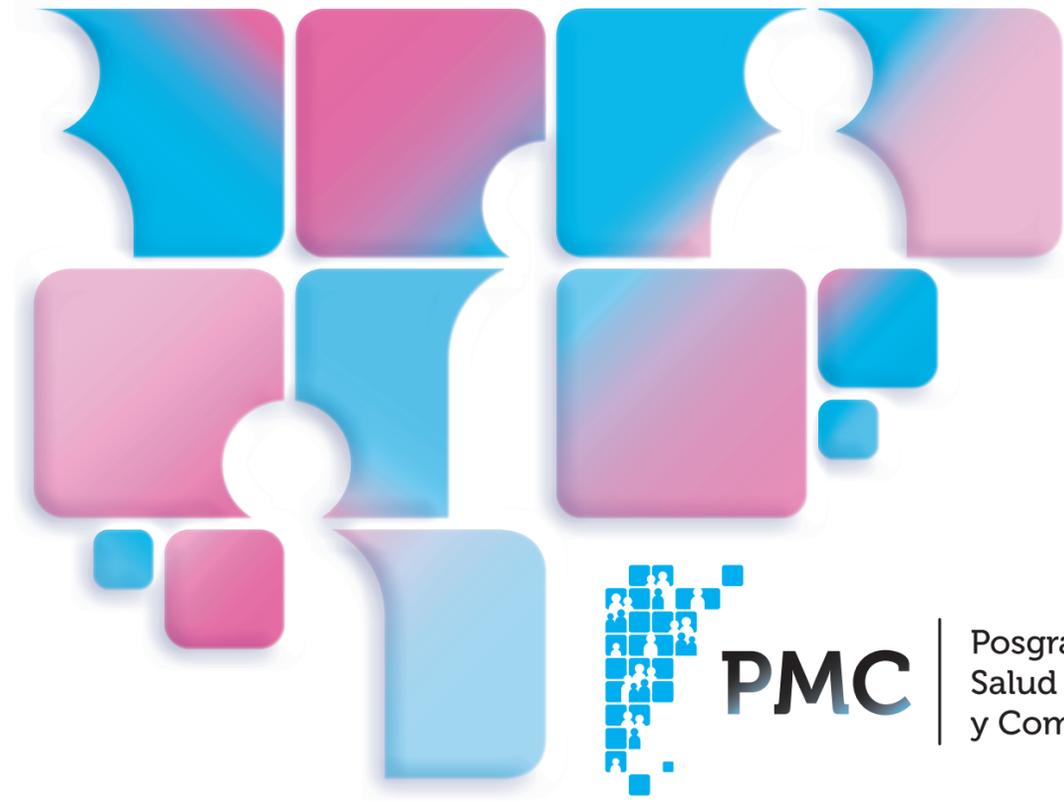




PMC

Posgrado en
Salud Social
y Comunitaria



PMC

Posgrado en
Salud Social
y Comunitaria

9. SALUD Y REDES

Posgrado en Salud Social y Comunitaria



SALUD Y REDES

Programa Médicos Comunitarios

EQUIPOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Subsecretaría de Prevención y Control de Riesgos



Programa Médicos Comunitarios

EQUIPOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN





PMC

Posgrado en
Salud Social
y Comunitaria

Universidades que colaboran con el Posgrado

Universidad Católica de Córdoba, Universidad de Buenos Aires,
Universidad de Morón, Universidad del Aconcagua,
Universidad del Salvador, Universidad Maimónides,
Universidad Nacional de Córdoba, Universidad Nacional de Cuyo,
Universidad Nacional de Entre Ríos, Universidad Nacional de La Plata
Universidad Nacional de La Rioja, Universidad Nacional de Luján,
Universidad Nacional de Rosario, Universidad Nacional de San Juan,
Universidad Nacional de Tucumán, Universidad Nacional del Comahue,
Universidad Nacional del Nordeste, Universidad Nacional del Sur



**SALUD
Y REDES**



■ **Autoridades Nacionales**

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Presidenta Honoraria del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales

Dra. Alicia Margarita Kirchner

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Juan Luis Manzur

Secretario de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias

Dr. Eduardo Mario Bustos Villar

Coordinador del Programa Médicos Comunitarios

Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención

Dr. Gustavo Orsi

■ **Universidades que colaboran con el Posgrado**

Universidad Católica de Córdoba

Universidad de Buenos Aires

Universidad de Morón

Universidad del Aconcagua

Universidad del Salvador

Universidad Maimónides

Universidad Nacional de Córdoba

Universidad Nacional de Cuyo

Universidad Nacional de Entre Ríos

Universidad Nacional de La Plata

Universidad Nacional de La Rioja

Universidad Nacional de Luján

Universidad Nacional de Rosario

Universidad Nacional de San Juan

Universidad Nacional de Tucumán

Universidad Nacional del Comahue

Universidad Nacional del Nordeste

Universidad Nacional del Sur

■ Prólogo	7
■ Consideraciones generales	9
■ Presentación del módulo	11
■ Unidad 1: Introducción al concepto de redes.....	15
■ Unidad 2: Redes en salud.....	35
■ Unidad 3: Herramientas para trabajar en Red.....	61
■ Evaluación.....	83
■ Bibliografía general del módulo.....	89

Prólogo

Los integrantes del sistema sanitario buscamos lograr la salud y el bienestar de nuestros pacientes y de la comunidad para la que trabajamos. Para quien trabaja en un Centro de Atención Primaria de la Salud, el contacto cercano con la población hace mucho más visibles los problemas y su naturaleza, así como los efectos de nuestro accionar. La inserción en la comunidad permite tomar contacto en forma cotidiana con nuestros logros, y también con nuestros fracasos. Y son muchas veces nuestras frustraciones las que nos llevan a pensar ¿Por qué no logramos el resultado deseado? ¿Qué otra cosa se podría haber hecho? ¿De qué otra manera podría hacerse?

Es la conciencia de nuestras limitaciones la que mueve nuestra inquietud, y también la que nos lleva a buscar la cooperación con otros. En el módulo 8 se han podido estudiar los beneficios del aporte de las diversas disciplinas, que en el marco de un diálogo respetuoso, permiten dotar al sistema sanitario de una mayor calidad en los servicios que brinda a la comunidad. También en el Módulo 7 se ha podido explorar que la participación y el protagonismo de la comunidad no sólo es deseable y valioso para la cultura democrática, sino que también permite lograr mayores beneficios en la salud de los individuos y las comunidades.

En el presente módulo podremos ver los beneficios de las múltiples vinculaciones existentes en la sociedad, tendientes a la protección, asistencia solidaria y resolución de sus problemas. Y aprendiendo de ello, pensar el desarrollo de nuevas redes para vincular al sistema sanitario con otras instituciones que brindan servicios a la comunidad, tanto sanitarias como de otros sectores, con la finalidad de mejorar nuestra actividad.

La vinculación entre instituciones y actores forma parte de la Planificación de Salud, al entender que la salud no depende sólo del sistema sanitario, por lo que se requiere la coordinación intersectorial para llevarla a cabo. El desarrollo de las redes existentes ha permitido que los vínculos entre sectores y actores en el ámbito local, generen respuestas más adecuadas a la problemática de cada lugar y que se actúe con mayor rapidez y se genere mayor protagonismo y compromiso de los involucrados.

Las redes, en muchas ocasiones, comienzan como vínculos interpersonales, que constituyen una oportunidad para generar relaciones más sólidas y estables, que ya no dependan de la voluntad y la presencia de las personas. Para ello se requiere, además del conocimiento sobre cómo hacerlo, de una actitud de apertura de cooperación que permitan superar las lógicas diferencias entre instituciones.

La salud de la población depende de muchos factores, la mayor parte de ellos relacionados con la calidad y estilos de vida de la población. El desarrollo de la salud de una comunidad requerirá también el aporte de diversas organizaciones e instituciones. No podemos hacerlo todo solos. Necesitamos de los demás.

Dr. Jorge Lemus
Director del Depto. de Salud
Comunitaria. Universidad de
Ciencias Empresariales y
Sociales(UCES)

Dr. Pedro Casserly
Prof. Adjunto Depto. de Salud Pública.
Universidad de Buenos Aires (UBA)



Consideraciones Generales



Presentación del módulo

A lo largo del posgrado hemos trabajado desde la perspectiva de la salud como un proceso que se construye y que está relacionado e influenciado por múltiples factores: sociales, económicos, culturales, etc.

Esta construcción de la salud de una comunidad requiere de la participación confluyente de múltiples actores. No basta sólo con el equipo de salud. La participación de los integrantes de la comunidad, el aporte de otros sectores como educación o acción social, el involucramiento de las iglesias de cualquier religión, las uniones vecinales o de fomento, son imprescindibles para aunar esfuerzos y complementar acciones en pos de la construcción de la **salud comunitaria**.

En este marco, el aporte del funcionamiento en red se constituye en un *soporte* para dar respuestas. La literatura toma los aspectos positivos de la red evocando nociones como las de *sostén en las caídas* o de *contención*.

En esta dirección, en este módulo abordaremos los siguientes núcleos problemáticos:

- ¿Las redes de vínculos personales e institucionales pueden ser utilizadas para optimizar procesos saludables de vida y disminuir el daño producido a la población por problemas de salud?
- ¿Cómo se contribuye al desarrollo y fortalecimiento de las redes en salud integrando diversos actores sociales y organizaciones del contexto de actuación?
- ¿Cuáles son las dificultades para establecer y sostener redes entre múltiples actores?

Para contribuir a la lectura, el estudio y el aprendizaje, hemos organizado este material en Unidades Didácticas, mediante las cuales se desarrollarán los contenidos de manera progresiva:

Unidad 1: Introducción al concepto de Redes

Unidad 2: Redes en Salud

Unidad 3: Herramientas para trabajar en red

Objetivos generales del Módulo Salud y Redes

Al completar el cursado de este módulo, usted estará en condiciones de:

- Reconocer redes vinculares, institucionales e intersectoriales.
- Identificar a las redes como espacios para el desarrollo de procesos de producción de subjetividad y transformación social.
- Valorar el fortalecimiento de las redes como un espacio de participación, transformación y desarrollo comunitario.
- Potenciar y fortalecer los sistemas de redes.

Al igual que en los Módulos anteriores, en este material de autoaprendizaje encontrará:

- **Textos** seleccionados y contribuciones especializadas sobre organización y trabajo en equipo.
- **Actividades** que promueven la integración de los conocimientos aprendidos a través de la lectura y el análisis de sus propias prácticas. Estas actividades son de distinto tipo, a saber:
 - **Actividades iniciales**, como apertura al tratamiento de cada unidad.
 - **Actividades de reflexión** en torno a artículos, lecturas y casos-problema.
 - **Actividades de integración** de cada unidad.

Recuerde que las respuestas a estas actividades serán motivo de intercambio y discusión en las reuniones con el equipo tutorial.

Además el módulo incluye:

- Una **evaluación del módulo** para que compruebe el grado de apropiación y aprovechamiento de los contenidos.
- Una lista de **bibliografía** utilizada en el desarrollo del módulo.

Por último recuerde que para facilitar la localización y comprensión de los temas desarrollados se han incluido íconos, cuadros destacados con color y jerarquización de títulos.



Actividades



Recomendaciones



Definiciones



Más información complementaria en el anexo de este material



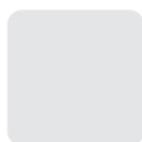
Importante



Más información en la web de Médicos Comunitarios



Unidad 1



Introducción al
concepto de Redes

Introducción

Las conceptualizaciones que se han dado al término "red" son variadas: no todas tienen el mismo significado ni poseen el mismo alcance empírico o teórico. En general, se usa el término para designar situaciones donde se visualizan intercambios no institucionalizados.

Se trata de denotar acciones e interacciones de individuos y de grupos que permiten -a esos individuos o grupos- hacer frente común a un gran número de problemas de la vida diaria: cuidado de la prole, crisis en la economía familiar, ayuda en caso de emergencias, soporte moral en caso de accidentes, etc.

En el campo de la salud pública y de la epidemiología se ha considerado frecuentemente el lado "beneficioso" de la existencia de soportes sociales para la contención de la salud de los individuos.

Poder contar con los otros es un valor en sí mismo, es una forma no sólo más democrática, sino también más eficiente para construir salud.

En este sentido los núcleos problemáticos para esta primera Unidad de estudio son:

- ¿Qué son las redes?
- ¿Las redes sociales se crean o se hacen visibles?
- ¿Cómo se estructuran las redes?
- ¿Qué finalidad puede tener una red?

Objetivos específicos

Al finalizar esta unidad Ud. estará en condiciones de:

- Reconocer los diferentes sentidos que adopta el concepto de redes.
- Comprender los componentes, principios y características de las redes.
- Obtener una visión global de la finalidad de las redes y sus áreas de aplicación.

Actividad Inicial



Antes de abordar los diferentes modos en que puede entenderse una **red social o de salud**, le proponemos que revise los sentidos a los que remite para Ud. el término. Según su experiencia:

- ¿Qué es una red?
- ¿Qué fenómenos o configuraciones son ejemplos de redes sociales o de salud?
- ¿Cuál es el beneficio de participar de una red?

Comparta sus reflexiones con sus compañeros de posgrado y su tutor.

1. El concepto de Red

1.1. La red como alternativa

A la macro desestructuración de la sociedad en su conjunto, la comunidad comienza a responder con estructuras alternativas. Micro articulaciones que parten, según Martínez Nogueira¹, del *"reconocimiento de la complejidad de los procesos sociales, de la historia como proceso abierto, de la necesidad de negociación para la convivencia, con la creciente valorización de la iniciativa para la resolución de problemas que afectan el cotidiano, la solidaridad como instrumento para la acción y las estrategias múltiples para la resolución de problemas (...) un reconocimiento en la interacción, una intencionalidad, una elección y un proceso, una decisión individual en un contexto social"*.

El trabajo en red es una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas que deciden asociar voluntaria o concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes.

Constituye una modalidad organizativa y de gestión que adoptan los miembros que deciden esa vinculación cuyas características dominantes son: la adaptabilidad, la

1: MARTÍNEZ NOGUEIRA, R.: citado por Aruguete G. en Redes Sociales. Una propuesta organizacional alternativa. Jornadas sobre Gestión en Organizaciones del tercer sector. Bs. As. 2001

flexibilidad, la apertura, la horizontalidad, la fluidez y la espontaneidad de las relaciones.

La esencia del trabajo en red es la decisión de una o más personas, instituciones o áreas institucionales, de desarrollar una tarea en común, en procura de objetivos compartidos explícitos, manteniendo la identidad de los participantes.

Las redes pueden ser vistas como sistemas, en cuyo caso puede decirse que se trata de sistemas bien definidos ya que tienen una clara finalidad, pero están abiertos en sus límites, quedando el dimensionamiento y la conformación última de la red a criterio de sus miembros y de los acuerdos que entre ellos establezcan.

La modalidad de gestión en red constituye un importante cambio en el paradigma de la administración de sistemas, superador del anterior ya que resulta inclusivo de la participación, la interdisciplina y la articulación intersectorial.

Por otra parte, para la generación de una red es imprescindible que exista un interés explícito para las instituciones y las personas que han de conformarla (ideario compartido). Estos fines no reemplazan ni colisionan con los fines de las organizaciones participantes, ni con las funciones o estructuras formales existentes, sino que en general los complementan, aunque introducen cambios profundos en su concepción y funcionamiento.

La intención del trabajo en red es aunar esfuerzos, evitar duplicaciones, alcanzar -por complementariedad- una mayor capacidad resolutive, ser más eficaces y eficientes en lo que se hace y, todo ello como producto del intercambio y la colaboración. Casi todas las redes tienen entre sus fines la actualización, la nivelación y la educación continua con sus miembros.

Cuando se decide lanzar un trabajo en red, las instituciones y las personas que se vinculan procuran aprovechar el valor de la heterogeneidad y la diversidad para el beneficio del conjunto, estimular el intercambio y la cohesión entre ellas, reforzar la identidad de las partes, generar una masa crítica con dimensión y representatividad capaz de promover los cambios deseables e influir en las decisiones fundamentales.

La propia consolidación de una red requiere de tiempos prolongados más allá de las urgencias.

La propuesta alternativa de construcción de Redes Sociales, se enmarca en la intención de rescate de un sujeto definido por sus pertenencias múltiples. Su identidad no depende ya de su inclusión en una clase o grupo social, sino del reconocimiento de su pertenencia a múltiples comunidades, aceptando las diferencias y el mutuo reconocimiento, construyendo convivencia y solidaridades.



Su inserción social es definida por la interacción y el intercambio entre conjuntos sociales, grupos multiculturales con necesidades e intereses comunes.

La pertenencia a una Red Social promueve la consolidación del intercambio entre diferentes, reforzando la identidad y la integración, en la construcción de interacciones, para la resolución de problemas y satisfacción de necesidades, como producto de la participación social.

En su tarea como integrante del equipo de salud de su Centro Ud. seguramente está en contacto con muchas redes.

- ¿Puede identificar en cada una de ellas los intereses o problemas que están en la base de su existencia?
- ¿Encuentra su existencia y funcionamiento vinculado a dar respuesta a necesidades que no están siendo atendidas ni satisfechas por ningún sector social (el Estado, los organismos públicos u otro tipo de organizaciones)?

1.2. Definiciones de redes

Las redes nos preexisten, preceden nuestra llegada y nuestra intervención, ya que constituyen la trama misma que entreteje la vida.

Es así que por ejemplo, en el campo de la Biología se planteó que dondequiera que encontremos seres vivos, podremos observar que sus componentes están dispuestos en forma de red. Si somos capaces de visibilizar redes, vemos vida. Si coartamos o disminuimos las redes, restringimos las posibilidades de vinculación, disminuye la posibilidad de vida (Capra, 1996)².

A continuación presentamos diferentes definiciones de redes:

"Las redes son formas de interacción social, definida por un intercambio dinámico entre personas, grupos e instituciones en contextos de complejidad.

2. CAPRA, F.: La trama de la vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos. Editorial Anagrama. Barcelona. 1996.

Un sistema abierto y en construcción permanente, que involucra a conjuntos que se identifican en las mismas necesidades y problemáticas y que se organizan para potenciar sus recursos."³

"La red es una metáfora que permite hablar de relaciones sociales, aportando los atributos de contención, sostén, posibilidad de manipulación, tejido, estructura, densidad, extensión, control, posibilidad de crecimiento, ambición de conquista, fortaleza, etc., tomados en préstamo de su modelo material. El término es aplicable a dos fenómenos diferentes: por una parte, a un grupo de interacciones espontáneas en un cierto contexto definido por la presencia de ciertas prácticas más o menos formalizadas; por otra parte, puede también aplicarse al intento de organizar esas interacciones de un modo más formal, trazarles una frontera o un límite, poniéndoles un nombre y generando así, un nuevo nivel de complejidad, una nueva dimensión."⁴

"Las redes son una propuesta de acción o a veces aparecen como un modo de funcionamiento de lo social. La red es un modo espontáneo de organización pero también se nos presenta como una forma de evitar la organización y lo instituido; es la posibilidad de gestar consistencia donde la organización fija y estereotipada ceda su dominio a procesos de creatividad e invención."⁵

Las redes son un conjunto de relaciones que *"... se desarrollan espontáneamente en la búsqueda de satisfacción de necesidades de diversa índole. Conformando un tejido social no siempre visible, ni para los que participan de esas redes, ni para los actores externos del ámbito local donde los grupos poblacionales desarrollan su hábitat"*. (Acosta, B.:2000)⁶

"Las redes son un *"... grupo de personas miembros de una familia, vecinos, amigos y otras personas capaces de aportar una ayuda o apoyo a un individuo o a una familia"*. (Chadi, M.:2000)⁷

*"Las redes son como una estrategia, al decir de Morin (1994) la estrategia es un escenario de acción que pueden modificarse en función de las informaciones, de los acontecimientos, de los azares que sobrevengan en el curso de la acción. Dicho de otro modo, la estrategia es el arte de trabajar con la incertidumbre."*⁸

"La configuración **red social** implica un proceso de transformación permanente tanto singular como colectivo, que acontece en múltiples espacios y asincrónicamente. Podemos pensarla como un sistema abierto, multicéntrico y heterárquico, que a través de la interacción permanente, el intercambio dinámico y diverso entre los actores de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para fortalecer la trama de la vida. Cada miembro del colectivo se

3 y 4. Autor desconocido basado en DABAS, E, YANCO, D. Y ROS C.: La intervención en redes sociales y fortalecimiento de la sociedad civil. Encuentro Redes. Argentina. 2001. ARUGUETE G.: en Redes Sociales. Una propuesta organizacional alternativa. Jornadas sobre Gestión en Organizaciones del tercer sector. Bs As. 2001. PAKMAN, M: Una metáfora para la práctica de la intervención social. Encuentro Argentina. 1993.

5, 6, 7 y 8. DORNELL, T.: Redes Sociales y participación social. Área Teoría y Metodología de la intervención profesional. Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Mayo, 2005. Montevideo, Uruguay.

enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos"⁹

"(...) la "forma red" implica ante todo una geometría variable con un alto grado de interconexión y posibilidades diversas de establecer itinerarios y flujos. La forma red no tiene recorridos ni opciones predefinidas (aunque desde luego pueden definirse y también congelarse). Es fundamentalmente ad-hocrática, fluida, autotransformadora. Toda red puede crecer, transformarse, reconfigurarse. Las redes dinámicas, como lo son todas las redes sociales no instituidas, no tienen origen ni finalidad, estas se hacen "camino al andar". Las redes dinámicas, como el rizoma, atraviesan fronteras, crean nuevos dominios de experiencia, perforan los estratos, proveen múltiples itinerarios"¹⁰

"El término es aplicable a dos fenómenos diferentes: por una parte, a un grupo de interacciones espontáneas que pueden ser descritas en un momento dado, y que aparecen en un cierto contexto definido por la presencia de ciertas prácticas más o menos formalizadas; por otra parte, puede también aplicarse al intento de organizar esas interacciones de un modo más formal, trazarles una frontera o un límite, poniéndoles un nombre y generando, así, un nuevo nivel de complejidad, una nueva dimensión. (Pakman: 1992)"¹¹

"(...) El concepto de redes sociales tiene diversas interpretaciones, unas más restrictivas donde se les concibe como formas de organización contrapuestas y, por lo tanto, distintas a lo gubernamental, otras en las que tienen un significado incluyente en tanto que las considera como articulación de actores sociales en un sentido amplio, como espacio de encuentro para el ejercicio de ciudadanía y corresponsabilidad (...).

Vale indicar que la reflexión sobre redes sociales plantea dos perspectivas no necesariamente contrapuestas, al concebirse, por una parte, como una herramienta de comprensión de los fenómenos de interrelación que se producen entre los integrantes de la red, organizaciones, comunidades o personas, y con respecto al contexto con el que interactúan. Esto plantea su preexistencia a cualquier intervención, por lo que como enfoque aporta elementos para el reconocimiento de la red y para la evaluación de las vinculaciones.

Otra perspectiva es aquella en la que se definen desde las estrategias de intervención en red y por su significado para el fortalecimiento de la sociedad civil. Esta tiene un sentido instrumental, donde son consideradas un medio para el logro de propósitos en los que se reconoce la importancia de la interdependencia de los actores (...)." ¹²

"...La noción de red parece ser inseparable de la noción de relaciones. En cierto modo, las redes son relaciones que toman la (imaginaria) forma de redes. Una red, o un conjunto de relaciones, no es un hecho a priori, sino que, por ser redes,

9. DABAS, E: ¿Quién sostiene a las familias que tienen que sostener a los niños? Redes sociales y restitución comunitaria. Revista Terapia y Familia. Vol 16. N°2. Méjico, 2003. 10. D.

NAJMANOVICH: El juego de los vínculos. Subjetividad y redes. Editorial Biblos. Buenos Aires. 2005.

11. DORNELL, T: op. cit.

12. ARTEAGA, J., BERNARDO, J. Y ROA, E.: Redes promocionales de calidad de vida. Ministerio de Salud y Desarrollo Social y Agencia de Cooperación Alemana, 2002.

son tejidas, del mismo modo que para que existan relaciones, estas deben ser contraídas. ¿Pero quién teje las redes? No queda más alternativa que responder: los actores que la constituyen. Por lo tanto, el tejido no es independiente de los tejedores. Quiere decir esto que en la construcción de la red no hay ningún plan preconcebido, o una lógica que la preceda, sino que son los actores, al relacionarse, quienes la van configurando".¹³

"Conjunto sistémico, enlace de elementos interrelacionados entre sí, donde cada elemento tiene un fin determinado y particular, pero al relacionarse e interactuar tienden a un objetivo en común. Si bien desde la concepción sistémica las redes fueron creadas como mecanismo homogeneizador, desde otra óptica podría decirse que una red permite imaginar heterogeneidades organizadas"¹⁴

"(...) Conjunto de seres con quienes interactuamos de manera regular, con quienes conversamos, con quienes intercambiamos señales que nos corporizan, que nos hacen reales" (Sluzki, 1996) y cuya razón de ser más frecuente es el "apoyo social".

Se han definido también a las redes sociales como una interacción entre iguales, por oposición a las relaciones que se dan en sistemas de organización jerárquico-piramidales, que pueden darse tanto fuera como dentro de esos sistemas, afirmando incluso que "las redes informales cumplen un papel fundamental de mediación socio-organizacional y recreación del tejido social, en los procesos de mutación histórico-social". (Motta, 1995)¹⁵

"En definitiva, la noción de red implica una *estrategia de articulación e intercambio* entre instituciones y/o personas, quienes a partir de una *decisión voluntaria* deciden desarrollar *acciones comunes, con finalidades compartidas y manteniendo la identidad* de los participantes. El resultado de esa estrategia es la propia red que constituye una *modalidad organizativa y de gestión*, que puede ser vista como sistema bien definido por la claridad de objetivos, pero abierto en sus límites para un redimensionamiento de la red."¹⁶

En tanto la perspectiva de red propone la concepción de un mundo construido por todos, nos coloca en situaciones de responsabilidades compartidas. El mundo no es *tal como nos es dado* sino que lo construimos entre todos.



13. Tomado de: MIREs, F.: "La sociedad de redes (o las redes de la sociedad)". Chasqui, Quito, N° 67. Septiembre de 1999. Pág. 2., citado en ARTEAGA, J., BERNARDO, J. Y ROA, E.: Redes promocionales de calidad de vida. Ministerio de Salud y Desarrollo Social y Agencia de Cooperación Alemana, 2002.

14. DABAS, E. y PERRONE, N.: Redes en Salud. FUNSER. Buenos Aires. 1999.

15. BRONFMAN, M.: Presencia y ausencia de redes sociales. En M. Bronfman. Como se vive se muere. Familia. Redes sociales y muerte infantil. México: CRIM; pp: 143-166. 2000

16. ARTEAGA, J., BERNARDO, J. Y ROA, E.. en Redes promocionales de calidad de vida. Ministerio de Salud y Desarrollo Social y Agencia de Cooperación Alemana, República bolivariana de Venezuela, 2002



Esto nos enfrenta al desafío de pensar **cómo generamos consensos** y pasamos de las estrategias de intervención a **estrategias cooperativas** que promuevan ligaduras; del orden preestablecido a una **organización coordinada**; de un saber único a **múltiples saberes**, con posibilidad de ser compartidos; de una unívoca modalidad de hacer a la posibilidad de **aprender de diversas prácticas**.

Le proponemos que:

- Compare la definición de red que Ud. propuso en la actividad inicial con las presentadas en el punto anterior, ¿a cuál de ellas se acerca más?
- ¿Puede describir una o más redes que respondan a esta definición?
- Discuta con su equipo de trabajo las definiciones que cada uno ha propuesto y elaboren una nueva definición que las integre.

Lleven lo producido a la próxima reunión con el tutor.

2. Características de las redes sociales

Citamos a continuación la caracterización de las redes sociales realizada por Arteaga, J., Bernardo, J. y Roa, E.¹⁷:

(...) la red es un sistema abierto, lo cual implica que admite el ingreso y egreso de sus integrantes así como cambios en las funciones que desempeñan. Implica también una relación dinámica con el contexto de la red, representado por otros actores sociales con quienes interactúa.

El espacio de la red no tiene límites precisos, dada la naturaleza dinámica de sus vínculos, pudiendo expandirse o contraerse según sean sus relaciones y las perspectivas de sus fines. La interacción de los miembros la contrapone a la

17. ARTEAGA, J., BERNARDO, J. Y ROA, E.: Redes promocionales de calidad de vida. Ministerio de Salud y Desarrollo Social y Agencia de Cooperación Alemana, 2002.

fragmentación o compartimentación propia de estructuras en verticales burocratizadas. Sus funciones son cambiantes al igual que el papel de sus integrantes... "Así alguien que "cura" es en otra situación "paciente"; alguien que enseña puede en otro momento ser alguien que aprende, y a la inversa alguien que deriva puede luego recibir una derivación contrarreferida" (Dabas, E y Perrone, N., 1999).

Otro rasgo distintivo es la multicentralidad de la red, el cual se contrapone al paradigma de la pirámide, donde todo debe *converger a y partir* de un centro único de decisión. No significa actuar en una perspectiva fragmentada o anárquica ya que su lógica se expresa en las conexiones... "al sobreimprimir las redes sobre la fragmentación voy creando o restituyendo los lazos sin recurrir a la organización jerárquica. Al tener heterogeneidades organizadas reduzco la demanda de organización piramidal" (Rovere, M., 1998).

Además, la red apela permanentemente a la reciprocidad: "esto se debe asumir que cuando se convoca a la red se debe esperar ser a la vez convocado; cuando se solicita ayuda, saber que nuestra ayuda también será solicitada" (Dabas, E y Perrone, N., 1999).

Como enfoque de políticas públicas, las redes son concebidas como "patrones de respuestas más o menos estables de relaciones sociales entre actores interdependientes, que toman forma alrededor de los problemas y/ o de los programas de políticas. Las redes de políticas públicas forman el contexto en el que tiene lugar el proceso político" (Klijin, E., 1998).

Este concepto pone de relieve las principales dimensiones (Klijin, E., 1998) de las redes contrastándolas con otros enfoques de organización (Ej. la organización racional):

- Actores: Representan organizaciones como parte de una red de organizaciones.
- Procesos: Se produce una integración interorganizacional en la que se intercambian recursos. Conducidos por acuerdos organizacionales (vínculos) entre organizaciones.
- Decisiones: Son resultado de negociaciones entre las organizaciones orientadas hacia la sustentación del flujo de recursos para la supervivencia.
- Poder: Las redes tienen una estructura de autoridad no central. El poder depende de la necesidad de compartir recursos, presentándose una estructura de decisiones multicéntrica.
- Información / valores: La información es un recurso de poder poseído por distintos actores. Los valores, al ser diversos, pueden estar en conflicto.



Texto del Plan Federal:

(...) El modelo que se persigue es el de un sistema en el cual las personas pueden acceder a una red y no a servicios aislados, en función de la estrategia de atención primaria, en la que los distintos componentes actúen en función de las necesidades de los destinatarios (...). Pág. 29.

Según este enfoque, los actores interactúan con la finalidad de adquirir los recursos para el alcance de sus objetivos debido a las interdependencias que existen entre ellos, de allí la necesidad de delinear los patrones de interacción entre los actores y describir estas relaciones utilizando conceptos como frecuencia, intensidad y centralidad.

El poder está en el centro del modelo de interdependencia y está conectado con la posesión de recursos o con la asimetría de las relaciones de dependencias entre los actores (Klijin, E., 1998).

Podríamos sintetizar las principales características de las redes del siguiente modo:

- **Multicentralidad:** El centro único es reemplazado por múltiples nodos, que surgen en función de su pertinencia, sus saberes, su posibilidad de participar, etc.
- **Heterarquía:** se refiere a la posibilidad de coexistencia de jerarquías distintas, tanto sucesivas como simultáneas, en el funcionamiento de un sistema determinado. En este caso las diferentes posiciones se reconocen no por la función adscripta sino por la idoneidad en el desempeño de la misma. No implica la negación de la jerarquía sino la coexistencia y el reconocimiento de una variedad de las mismas.
- **Asimetría productiva:** esta noción, complementaria y a la vez solidaria, de las dos anteriores, posibilita romper la tradicional discusión en torno al poder, respecto a quién lo posee o no. Asimismo, rebate la concepción de *horizontalidad* en las redes, ya que la misma negaría la diversidad, factor que las enriquece y potencia. Implica que las diferentes posiciones que sujetos y organizaciones poseen en el entramado social, en tanto reconocidas en su potencialidad, habilitan una producción novedosa y creativa.
- **Flujo dinámico:** esta característica nos posibilita comprender que las redes no poseen límites, salvo los que operativamente necesitemos delinear en función de un accionar determinado, y a sabiendas que esta operación es momentánea, coyuntural y subjetiva. Estos son límites habilitantes, en lugar de constreñir, excluir o segregar. Desde esta concepción es importante considerar que el secreto de una intervención desde este enfoque consiste en accionar sin interrumpir ese flujo dinámico.

- **Asociamiento:** implica la reunión de dos o más personas para co-operar (hacer en conjunto), co-laborar (trabajar en conjunto) o co-ordinar (ordenarse de un modo diferente) en función de resolver un problema o lograr un objetivo.
- **Flexibilidad:** Esta característica, más que de las redes, pertenece a la actitud del operador, quien al intentar trabajar desde este enfoque necesitará aceptar la imposibilidad de consensos absolutos; admitir futuros alternativos; aceptar las contradicciones, comprenderlas y convivir con ellas; saber y hacer en el desorden.
- **Reciprocidad:** En su sentido estricto significa correspondencia mutua de una persona con otra. Desde el enfoque de redes se constituye en una característica significativa, ya que amplía la noción de solidaridad. Implica adherirse a la causa de otro, sin que resulte necesario que éste lo sepa o participe. Habermas (1981)¹⁸ plantea que la mayoría de los contactos en una red personal están basados en el principio de reciprocidad, sea ésta inmediata o diferida. De esta manera la reciprocidad o su falta sostiene o destruye la relación.
- **Activación por problemas:** Afirmábamos que las redes preexisten a nuestra intervención. Desde esta perspectiva el operador se constituye en un "buscador" de los lazos fuertes, débiles, amistosos o conflictivos que entran a las personas y a las organizaciones. ¿Qué es lo que determina la emergencia de la red? Un problema determinado. La resolución del mismo posiblemente disminuya la intensidad de la vinculación que se activó para intentar resolverlo. Pero otro problema, volverá a activar otros nodos. Por eso cada persona, cada organización puede ser miembro de diversas redes: su participación dependerá del problema a resolver.
- **Multidimensionalidad:** Esta característica nos muestra la riqueza y complejidad del enfoque de redes. No se trata sólo de una técnica, ni de una nueva teoría. Cada acción de buscar la pauta que conecta, de intentar incluir a los actores protagonistas de la cotidianidad se constituyen en acciones que producen sociedad, que fortalecen el entramado, que potencian la dignidad de las personas.

A continuación se presenta un gráfico que representa esta última característica:

18. HABERMAS, J.:
Teoría de la acción
comunicativa. Taurus.
Buenos Aires. 1989.



Podemos observar como las características que hacen **multidimensional** a la red se entrelazan y no pueden ser concebidas por separado, salvo con el fin de analizar, como es el caso en este momento. En ese sentido, las dimensiones entrelazadas representadas son: pragmática, ética, estética, cognitiva, afectiva y política.

La dimensión **pragmática** nos señala la importancia de *hacer de otro modo*. Significa fundamentalmente que el enfoque de redes no es una técnica nueva, sino que posee una metodología diferente en función de su vinculación con todas las otras dimensiones.

Esta metodología es a la vez **ética**, porque indica la decisión del hablante de hacerse responsable de su discurso. Al mismo tiempo, se evidencia en los procedimientos adoptados, ya que ésta no se halla sólo en los discursos.

La dimensión **estética**, que reconoce la importancia del contenido, de la forma y de los vínculos específicos que ésta crea. Desde esa perspectiva nuestras acciones pueden estar teñidas de pre-juicios y de valorizaciones, muchas de ellas inconscientes, que excluyen a los diferentes.

La perspectiva **cognitiva** no trata sólo de *un marco teórico* ya que las ideas se encarnan en actores sociales, contextualizados e históricos que también tienen su componente **afectivo**.

Por ese motivo incluimos la dimensión **política**, ya que la perspectiva de redes

pretende, para todos los que actúan desde ella, un lugar en el entramado relacional contemporáneo, produciendo permanentemente *un mundo donde quepan todos*.

2.1. Componentes y estructura de las redes sociales

Para abordar los componentes de una red recurriremos nuevamente a Arteaga, J., Bernardo, J. y Roa, E.¹⁹:

El concepto redes supone que sus estructuras se manifiestan en la forma de *vínculos* (...) existentes entre los elementos o *nodos* diferenciados que integran un sistema social, siendo estos nodos *actores sociales* o cualquier tipo de entidades sociales significativas (individuos, grupos, organizaciones, clases).

Las redes sociales son pues conjuntos de vínculos entre nodos.

Se distinguen 5 componentes fundamentales (Yáñez, P., 1999):

- **Nodos:** Son los núcleos que conforman la red entre los cuales se establecen los vínculos. Se refiere a los actores sociales (personas, grupos, organizaciones), capaces de transformar activamente su entorno al tiempo que se transforman a sí mismos (Dabas, E. y Perrone, N., 1999).
- **Lazos o vínculos:** Es la relación o comunicación que se establece entre los nodos. Existen nodos centrales y otros periféricos, entre los que circulan diferentes flujos.
- **Sistema de vínculos:** El conjunto de relaciones, lazos o vínculos entre los nodos es lo central en la red. La red no es un conjunto de nodos, sino más bien un sistema de vínculos.
- **Intercambio:** en la relación entre los nodos se produce un intercambio. Este intercambio puede ser en el plano afectivo/ emocional, social, material, financiero, etc. Los intercambios se manifiestan en flujos de recursos que se disponen en la red.
- **Apoyo social:** El proceso de intercambio o flujo, las vinculaciones o relaciones con otros actores, constituyen soportes tanto para los nodos como para la red en su conjunto.

Asimismo, seguiremos a los mismos autores para caracterizar la estructura de una red social²⁰:

19 y 20. ARTEAGA, J., BERNARDO, J. Y ROA, E.: Redes promocionales de calidad de vida. Ministerio de Salud y Desarrollo Social y Agencia de Cooperación Alemana, 2002.

En su conformación se deben considerar los siguientes factores:

- Articulación entre niveles: La red debe establecer conexiones entre organizaciones del nivel central de alcance nacional, de nivel regional, de nivel municipal, de nivel comunitario y de nivel sectorial (establecimientos y servicios de los diferentes sectores).
- Articulación intersectorial: La red debe conectar organizaciones de distintos sectores como educación, salud, organizaciones sociales, juventud, género, etc.
- Articulación de ámbitos: La red debe conectar organizaciones y actores provenientes del ámbito institucional y comunitario.
- Centro estratégico: Para que una red social tenga estabilidad y coherencia que le permita operar con eficacia y eficiencia, debe poseer, preferiblemente, un centro organizacional que actúe como un ente dinamizador y regulador de los nodos, sin que por ello la red pierda flexibilidad y horizontalidad.
- Conglomerados: Las redes sociales deben conformarse por conglomerados, que son subredes o redes locales instaladas en aquellas áreas territoriales que poseen una clara visibilidad social en la estructura de los espacios de vida de la gente. Estos conglomerados al interior de la red global, tienen que desarrollar identidades locales y una fuerte conexión con su territorio.



Seleccione dos ejemplos de redes que conozca (si es posible que funcionen en su área programática) y analice su estructura.

3. Finalidad del trabajo en red

Para profundizar este tema retomamos a J. Arteaga, J. Bernardo y E. Roa²¹:

La red tiene finalidades que la relacionan con el entorno en el cual actúa; aborda las necesidades que se configuran en su entorno analizándolas como problemas no resueltos de la sociedad, es decir, la red es una forma de dar mejor respuesta a los problemas de la gente.

Pero complementariamente la red trata los problemas y necesidades de los integrantes constituyéndose como un medio para el desarrollo de capacidades internas en la red.

Existe una relación evidente entre ambos propósitos, pero la razón de ser de la red social se concreta y explicita en la atención a los problemas del contexto social, para lo cual se articulan esfuerzos, conocimientos y capacidades que se movilizan en función de dar respuestas a las deudas existentes con las condiciones de vida de la población.

En un trabajo en red las instituciones y personas que se vinculan procuran aprovechar el valor de la heterogeneidad y la diversidad para el beneficio conjunto, estimulando el intercambio y la cohesión entre ellas para reforzar su identidad, generando una masa crítica con dimensión y representatividad, capaz de promover los cambios deseables e influir en las decisiones (Dabas, E. y Perrone, N., 1999).

El trabajo en red se orienta al mediano y largo plazo, sin que por ello no de respuesta a los problemas de coyuntura. La propia consolidación de la red requiere tiempos prolongados más allá de las urgencias. Sin embargo, las redes son capaces de actuar con prontitud ante hechos que provocan o demanda su respuesta (Dabas, E. y Perrone, N., 1999).

21. ARTEAGA, J., BERNARDO, J. Y ROA, E.: Redes promocionales de calidad de vida. Ministerio de Salud y Desarrollo Social y Agencia de Cooperación Alemana, 2002.

3.1. Diferentes modos de organización de las redes sociales

A medida que la noción de redes fue difundiendo, comenzaron a surgir diversos intentos de *aplicar* este enfoque a diferentes campos de acción, considerando en primera instancia que se trataba de una tecnología novedosa.

Por ejemplo, en el campo de las organizaciones comienza a incluirse este enfoque cuando se cuestiona la estructura organizacional concebida por el taylorismo y fordismo. Las empresas intentan realizar una reingeniería de su organización pensada desde el enfoque de red, a partir de incorporar el pensamiento complejo en sus prácticas^{22 23 24}. Las redes comienzan a cobrar relevancia, y en el campo de la sociología y de la teoría de las organizaciones aparecen diversos intentos de incluir la *modalidad de organización en red* en lugar del clásico abordaje administrativo²⁵

Como parte de una ampliación de campos, asistimos al surgimiento de otras modalidades de intervención pensadas desde este enfoque, como por ejemplo, las comunitarias.

Surge entonces como pregunta: ¿Cuántos tipos de redes hay?

Esta inquietud ha tenido una primera respuesta desde el paradigma cartesiano de la modernidad: categorías ordenadas por orden de magnitud creciente, de lo simple a lo complejo.

En un intento de *ordenar* la visibilidad de las redes, se desarrollan algunas clasificaciones, con el consiguiente riesgo que estas conllevan, ya que la toda categorización invisibiliza la perspectiva multidimensional en el abordaje y *detiene* el flujo dinámico del transcurrir de las redes.

Encontramos, por un lado clasificaciones que designan a **los sujetos actores:** personales, familiares, de tercera edad, etc. Más recientemente han surgido otras categorizaciones donde se produce un salto del sujeto a una *agrupación* que aparece subjetivada. Se habla así de redes de **disciplinas y/o sectores:** redes en salud, educativas, judiciales; comerciales, etc.; **institucionales:** redes de escuelas; de hospitales; de juzgados; de universidades; de municipios; de comedores, entre otras; **regionales**, como la de MERCOSUR; **de servicios, que se cruza en algunas situaciones con las institucionales:** de atención a la infancia en riesgo; de alcoholismo; de adicciones; etc.

Aparecen entonces las redes como una nueva *moda* organizativa. Como si ahí estuviera el cambio, en la denominación. Pero observamos que ahí no reside la

22. SENGE, P. : La quinta disciplina, Editorial Granica. Buenos Aires- Barcelona- 1992

23. RADZICKI, M: Institutional Dynamics, Deterministic Chaos and Self- Organizing Systems. Journal of Economic Issues, 24:57-102. 1990

24. WHEATLEY, M: El liderazgo y la nueva ciencia. La organización vista desde las fronteras del siglo XXI. Editorial Granica. Barcelona- Buenos Aires - 1992

25. DABAS, E. y PERRONE, N.: Redes en Salud. Parte II. Documento inédito. 1999.

transformación: las prácticas están igualmente concebidas desde la metáfora piramidal; los actores sociales son ignorados y el operador continúa actuando como "externo" al campo de intervención. En una exploración acerca de los procedimientos para la constitución de este tipo de redes, observamos en estos intentos que se confunde la organización con la perspectiva de la dinámica fluida de la red. Es decir, adoptan la concepción organizacionista, centrada en el trabajo del diseño en lugar del trabajo basado en el **diagrama y desde la dinámica vincular**.

Las llamadas redes de servicios, establecimientos, intersectoriales, generalmente *son organizadas desde arriba hacia abajo* (decretos que sustentan su creación²⁶) y desde *afuera hacia el núcleo*, generando una extraña sensación para los actores sociales de no reconocerse miembros de esa red a partir de una práctica, sino por una adscripción nominada por otros y vaciada de contenido.

He aquí un desafío ya no sólo para las intervenciones en red, sino para modalidades de organización que pretenden alejarse del centralismo piramidal: cómo desarrollar prácticas que recuperen la experiencia de pertenencia y abran nuevas alternativas de organización; promoviendo organizaciones como redes y trabajando en red²⁷.

Por ahora, puntualizaremos que las redes, en tanto preexistentes a toda intervención **se activan y re-organizan a través de un problema sentido por todos**, a partir de una necesidad no resuelta aún o insatisfactoriamente tratada.

Actividad de integración

En la Provincia de Santa Fe un grupo de alumnos de una escuela media detectaron que muchas de sus compañeras abandonaban la escuela porque habían dado a luz y no encontraban con quien dejar a sus bebés. Se reunieron entre ellos para pensar cómo ayudarlas.

- ¿Cuáles son a su juicio las preguntas que los ayudarían a avanzar hacia la visualización de una red?
- ¿Qué actores sociales podrían ser integrantes de la red que se necesita fortalecer? Listenlos.
- ¿Cómo imagina el funcionamiento de una red con esa finalidad?
- ¿En su área programática existen una red de este tipo? ¿es necesaria?



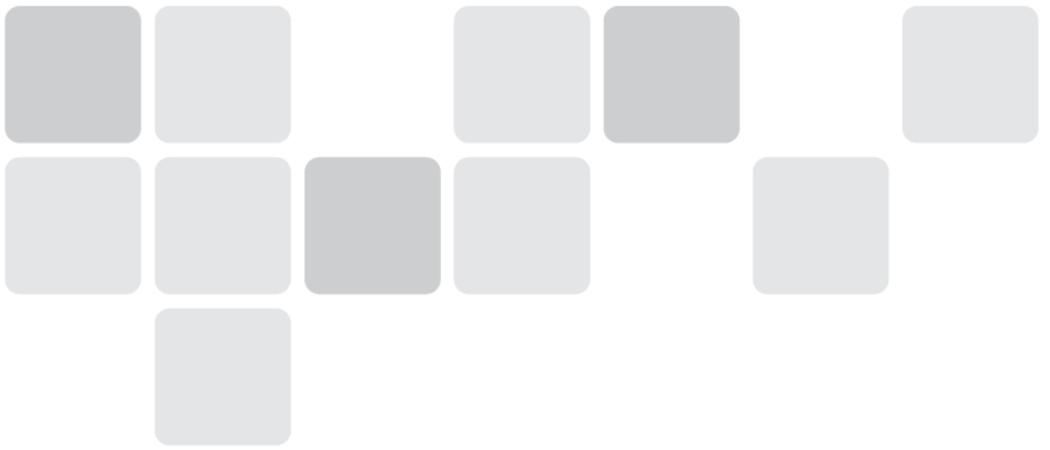
26. Hay que destacar que los documentos de BID; Banco Mundial; Comunidad Económica Europea mencionan la necesidad de que los programas y proyectos "trabajen en redes". Esto funciona como un "mandato": para que un proyecto sea financiado "algo" acerca de redes debe decir .

27. DABAS, E. y PERRONE, N: op. cit

- Si existe y el CS no participa, ¿sería pertinente que aporte de algún modo al funcionamiento de la red? ¿cómo?

Comparta sus reflexiones con sus compañeros de Posgrado y lleven sus conclusiones a la próxima reunión con el tutor.





Unidad 2

Redes en Salud



Introducción

Los primeros trabajos en salud desde el enfoque de Redes Sociales se registran en el campo de la Psiquiatría y Psicología Social a mediados de los años 60 y en la década de los 70. Uno de los pioneros fue Ross Speck, quien frente a la dificultad de ver progresar ciertas terapias familiares por agotamiento de los integrantes o por falta de recursos para ayudar al paciente identificado, convocaba a grandes asambleas de familiares y allegados al mismo.¹

Resulta particularmente interesante que las convocatorias masivas que Speck realizaba las denominaba **intervención en red**, en lugar de terapia de red.

El primer momento de este proceso era llamado "retribalización", en el cual fundamentalmente se trabajaba sobre la conciencia del lazo que unía a los participantes. Dentro de los pasos subsiguientes se destaca la organización de comisiones multirrepresentativas donde se discutía lo más conveniente para la persona afectada, al mismo tiempo que se generaba el "efecto de red", esto es la sensación de dar y recibir, de contar con otros que eventualmente podrían aportar ayuda en otro momento.

Desde esta concepción, que fue generalizada como modalidad de abordaje en situaciones de crisis aguda o de urgencias, fueron surgiendo otros grupos de trabajo, que dieron un marco a esta modalidad ligada a una diversidad de situaciones que intersectaban el campo de la salud mental con lo social, lo político y lo organizacional.

Mencionaremos especialmente al desarrollado por el grupo de Estocolmo, coordinado por Johan Klefbeck² y la perspectiva de red en el tratamiento de problemas tan diversos como migraciones voluntarias y forzadas, tercera edad, problemas escolares, iatrogenia producida por la superposición de múltiples enfoques en el tratamiento de un problema; problemas de violencia en los ámbitos institucionales.

Las "redes" comienzan a cobrar foco, y en el campo de la sociología y de la teoría de las organizaciones surgen diversos intentos de incluir la "modalidad de organización en red" en lugar del clásico abordaje administrativo.

Cuando la perspectiva de Redes comienza a difundirse, asistimos al surgimiento de otras modalidades de intervención pensadas desde este enfoque, como por ejemplo, las comunitarias.

En un plano "entre" la intervención familiar y comunitaria surgen las prácticas de abordaje multifamiliar en el ámbito de salud mental y en el campo de la pediatría, dispositivo que progresivamente se irá incluyendo en prácticas en diversos ámbitos.

1. SPECK, R y ATTEHAVE, C.: Redes Familiares. Editorial Amorrortu. 1973.

2. KLEFBECK, J.: Los conceptos de perspectiva de red, en Dabas y Najmanovich: Redes, el lenguaje de los vínculos, Editorial Paidós. Buenos Aires. 1995.

En la Unidad 1 presentamos un marco conceptual del tema redes en general, en esta Unidad nos centraremos en la caracterización de las redes que existen específicamente en el campo de la salud.

En este sentido los núcleos problemáticos para la Unidad 2 son:

- **¿Qué niveles de abordaje se reconocen en el campo de la salud desde la perspectiva de redes?**
- **¿Cómo se desarrollan, fortalecen y potencian las redes?**
- **¿A través de que procesos se activa una red?**

Objetivos específicos

Al finalizar esta unidad Ud. estará en condiciones de:

- Comprender la importancia de trabajar en salud desde la perspectiva de redes.
- Reconocer y caracterizar los diferentes niveles de redes en salud.
- Analizar diferentes situaciones problemáticas desde la perspectiva de redes.

Actividad Inicial



Antes de iniciar la lectura de la Unidad 2 le proponemos que identifique algunas de las redes que funcionan en su área programática.

- ¿En cuáles de ellas participa su Centro de Salud?
- A su juicio, ¿podría participar en otras? ¿Cuáles?

Comparta sus reflexiones con sus compañeros de posgrado y su tutor.

1. Niveles de abordaje en el campo de la salud

Se pueden reconocer al menos los siguientes niveles de redes:

- Redes personales y familiares
- Redes comunitarias
- Redes institucionales y de servicios
- Redes intersectoriales
- Redes de servicios de salud

A continuación profundizaremos sobre cada uno de estos niveles.

1.1. Redes Personales y Familiares

En el campo de la salud, existe evidencia comprobada de que **una red personal estable, sensible, activa y confiable protege a las personas de las enfermedades, actúa como agente de ayuda y derivación, afecta la pertinencia y la rapidez de la utilización de los servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevida**, es decir, es salutogénica. Podemos afirmar que existe una correlación directa entre calidad de la red social y calidad de la salud. (Sluzki, 1996)

Esto se apoya tanto en la diversidad de las prácticas asistenciales en diferentes países como en una serie de estudios epidemiológicos de tipo prospectivo, que han demostrado que la mortalidad mayor se acumula en los subgrupos con una red social mínima^{3,4}. Al no considerar la perspectiva de red, la calidad⁵, eficacia y eficiencia del nivel promocional y asistencial se ve muchas veces disminuida por situaciones que desde el **sector salud se consideran ajenas y externas al mismo**.

Algunas de estas situaciones son:

- Desconocimiento o ignorancia acerca de situaciones que incrementan el riesgo personal y/o familiar.
- Pérdida de oportunidades de aprendizaje acerca de la salud y de su cuidado dentro del núcleo familiar, de amigos, laboral y de la aplicación de esos conocimientos en su entorno.
- Postergación del inicio oportuno de tratamiento efectivo.
- Dificultad de los pacientes para cumplir con indicaciones terapéuticas. El profesional se encuentra en las consultas siguientes con que las indicaciones proporcionadas, tanto con relación a estudios, medicaciones, curaciones o dietas

3. BERKMAN, L.F. Y SYME, L.: Social Networks, host resistance and mortality: A nine - year follow-up study of Alameda County residents. American Journal of Epidemiology, 109 (2): 186:204. 1979.

4. TIBBLIN, WELMET Y COLS: Capítulos en S.O. Isacsson y J. Janson (comps): Social Support: Health and Disease. Estocolmo, Almqvist & Ewicksell. Pp. 11-19. 1986.

5. Calidad es el cumplimiento de condiciones requeridas o acordadas previamente (estándar)

se han cumplido parcialmente o no se han cumplido.

- Internaciones reiteradas, muchas veces por falta de cuidados adecuados después de un alta.
- Internaciones prolongadas más de lo necesario, por no contar tanto con una red de servicios efectiva como con una red de sostén del paciente o un hogar continente.
- Fuga de internaciones (casos de madres que no tienen o no pueden organizar el cuidado de sus hijos, tanto si son ellas las pacientes como si es uno de los hijos el afectado; falta de contención por parte del equipo de salud).

Sin embargo, muchas de estas cuestiones podrían ser resueltas, y por lo tanto incidir en el incremento de la calidad y la eficiencia de la atención y del cuidado de la salud, si se considerara la perspectiva de red social de inserción de la persona o paciente ya desde su ingreso a la institución y luego en su entorno social.

Este es un enfoque que generalmente no está incluido en la semiología médica. Con suerte en algunos casos, se solicita la intervención de Servicio Social del hospital, pero **desde una visión de derivación y no de articulación**. Este servicio con frecuencia se ve sobrecargado por la demanda.



Desde esta propuesta, la importancia del abordaje radica en la interconexión entre los diversos integrantes del equipo de salud, en forma primordial, y con los integrantes de la red social del paciente, de modo articulado y coherente.

Según C. Sluzki, **la red social personal es la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad.**

Cuando se logra traspasar el límite de considerar al paciente como alguien aislado, descontextualizado, el grupo que se ha privilegiado es el familiar.

La historia clínica del paciente se realiza generalmente en forma individual, centrada en la consulta por patología. Sería importante realizarla en términos de considerar la **red social personal**, lo cual conlleva a la necesidad de armar carpetas familiares y/o por núcleos habitacionales.

La red social personal podría ser registrada mapeando las relaciones en un diagrama construido en interacción del consultante.

La información proporcionada se sistematiza al menos en cuatro campos, aunque en cada situación planteada surge un campo de "otros" que da significatividad y valor al diagrama.

Los **campos básicos** son:

- **Familia:** precisando en este punto no sólo como está compuesta, sino las relaciones que resultan más significativas. Desde este punto de vista, es importante precisar tanto los integrantes de la familia nuclear como la extensa, sin prescindir de aquellas que estén geográficamente distantes.
- **Amistades:** éstas resultan altamente significativas en el caso de migraciones, que determinan una pérdida o disminución de las relaciones familiares de sostén. En este caso, es importante indagar por las relaciones de vecindad, que pueden constituirse en apoyos importantes para la persona.
- **Relaciones laborales o escolares:** muchas veces estas relaciones son las únicas que una persona posee, fuera de su ámbito familiar. La cotidianidad de estos vínculos hace que resulten sumamente importantes tanto para brindar información como para las funciones de acompañamiento y apoyo.
- **Relaciones comunitarias, de servicio o de credo:** pueden conformar un mundo significativo de pertenencia, posible de ser activado en caso de necesidad.

Un aspecto fundamental a considerar es el registro de la densidad de las relaciones, esto es las interacciones establecidas entre los integrantes de la red, independientemente del informante.



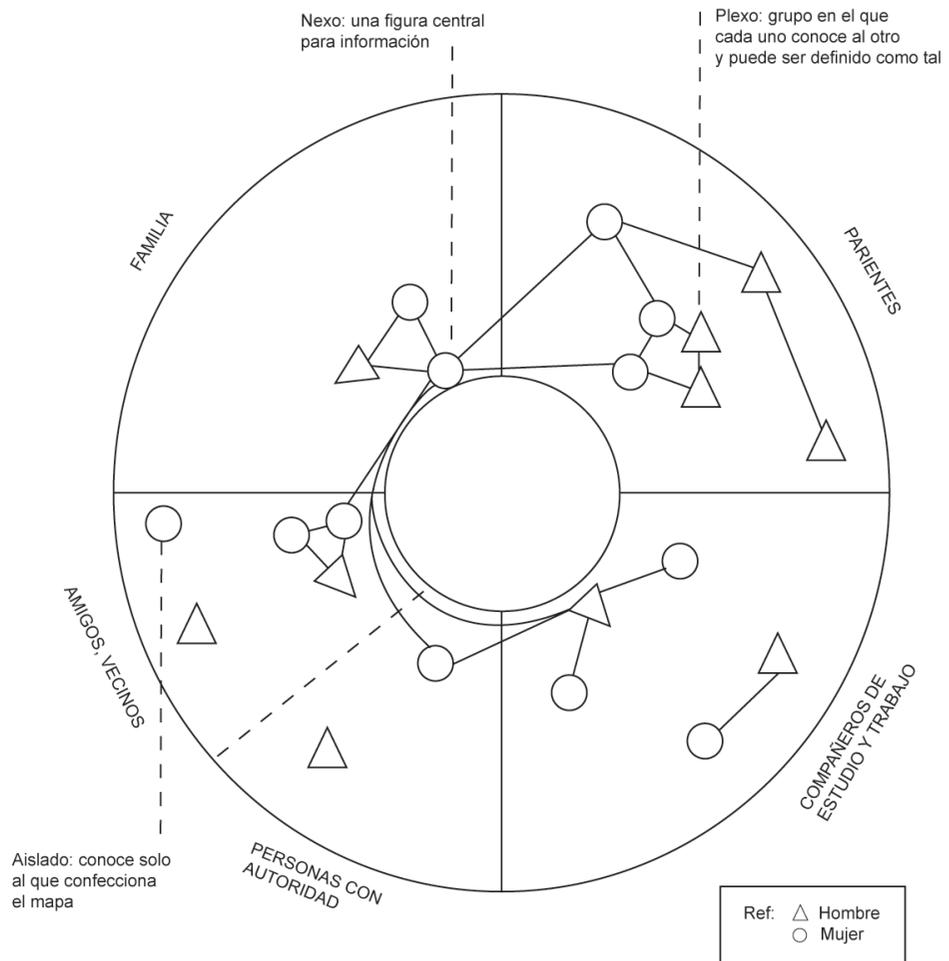
Este mapeo posibilitaría contar con un banco de recursos que puedan operativizar acciones que incluso trascienden el área de la salud. Es importante aclarar que **le trascienden en cuanto a la operación pero no en cuanto a la responsabilidad.**

Por ejemplo, al sistema de salud le resulta difícil el seguimiento de un paciente después de un alta pero su responsabilidad está en asegurar los procedimientos para dicho seguimiento, conociendo la situación socio - familiar de esa persona.

A su vez, a través de la focalización, estimulación y desarrollo de estas redes sociales se pueden establecer relaciones hasta el momento no promovidas que pueden constituir un recurso para otros casos (por ejemplo, asociaciones vecinales).

En el Cuadro 1 se puede observar el diagrama básico que realizamos para mapear la red personal⁶. Para cada persona señalada, se pregunta nombre, eventualmente edad y forma de localizarla.

6. KLEFBECK, J.: Los conceptos de perspectiva de red, en DABAS y NAJMANOVICH: Redes, el lenguaje de los vínculos, Editorial Paidós. Buenos Aires 1995.



Cuadro N°1: Extraído de KLEFBECK, J.: Los conceptos de perspectiva de red, en DABAS y NAJMANOVICH: Redes, el lenguaje de los vínculos, Editorial Paidós. Buenos Aires 1995.



En un Centro de Salud a partir de la revisión de las historias clínicas de personas que son diabéticas se observa que las que más concurren a los controles de rutina son aquellas que viven en un entorno familiar continente.

- ¿Cómo explicaría Ud. la correlación entre el hecho de "vivir en familia" o sostener variados vínculos familiares y el cumplimiento de los controles médicos?
- ¿Cómo opera una red familiar en estos casos?
- ¿Puede reconocer situaciones parecidas en su CS?

Comparta sus reflexiones con sus compañeros de posgrado y el tutor.

A su vez a través de la focalización, estimulación y desarrollo de estas redes sociales se pueden establecer relaciones hasta el momento no promovidas que pueden constituir un recurso para otros casos (por ejemplo, asociaciones vecinales.)

Para poder operar en este nivel de abordaje es necesario:

- **Capacitar al personal de salud en el armado de historias familiares que contemplen la red social personal y de la familia.** Esto se puede hacer fácilmente a través de una red de formadores que puedan replicar esta capacitación por el sistema de multiplicación.
- **Normatizar la lectura conjunta de la carpeta familiares por parte de los equipos de trabajo.** Es el modo de completar información que se halla dispersa en los diversos profesionales y personal técnico actuante. Al mismo tiempo, incrementa el nivel de relacionamiento dentro del propio equipo de trabajo, aumentando la eficacia del mismo.
- **Designar claramente al responsable de la comunicación con los recursos humanos** (amistades, familiares, compañeros de trabajo, miembros de su comunidad, etc.), que no pertenecen al equipo de salud.
- **Generar un sistema de retorno de esa comunicación.** El equipo de salud debe estar al tanto de lo que se acuerda.
- **Definir claramente los términos de la comunicación.** qué se le informa; qué ayuda precisa se le solicita; con quién/es deberá comunicarse; quién lo reemplaza en caso de que tenga algún problema. (investigar su propia red de contención)

1.2. La Red Comunitaria

La estrategia de Atención Primaria de la Salud planteada a principios de los años 70 proponía como sus componentes centrales:

- Constitución del equipo de salud.
- Participación de la población destinataria.
- Generación de modelos de gestión participativos.
- Articulación de necesidades y demanda.
- Propuesta de cobertura total.

Estos componentes por lo general no tuvieron en cuenta la lógica de los **actores sociales**.⁷ Lo central de la participación ha residido en la convocatoria de la gente a una serie de actividades planificadas desde la lógica de los programas. Si bien esta lógica es uno de los componentes centrales de la estrategia de APS, por oposición al modelo de atención centrado en la demanda espontánea e individual por patología, la observación que corresponde realizar es que **la mayoría de los programas han sido bajados desde los niveles centrales en forma vertical y paralela, con una gran desarticulación entre ellos.**

7. El **actor** no es *aquél que actúa conforme al lugar que ocupa en la organización social*, sino el que **modifica el entorno material y sobre todo social** en el que está colocado al transformar la división del trabajo, los modos de decisión, las relaciones de dominación y las orientaciones culturales. Puede tratarse de una persona o de un colectivo" (Bourdieu, P.1993)

He aquí tres problemas en los que focalizar la atención:

- La **cuadrícula de la población** según el predominio de un programa u otro, teniendo muchas veces varios de ellos al mismo destinatario, pero fragmentado desde un problema previamente definido.
- La tergiversación del concepto de participación. Se confunde con estar presente o tener asistencia, quitándole la cualidad de **protagonismo activo**, que es lo que realmente define a la primera.
- La pérdida de **la riqueza de la diversidad**. Al tratar a "la población" como una masa se pierden cualidades organizacionales de los diversos subsistemas que lo componen. En un mismo espacio poblacional hay gente que vive sola y otra en grupos familiares de características disímiles. Algunas de estas familias tienen relación con muchas otras. El miembro de una familia puede participar al mismo tiempo en la asociación vecinal o en la cooperadora de la escuela de su hijo. Sus hijos, a su vez, se relacionan con muchos niños y jóvenes, a través de los cuales se puede llegar a sus familias. Y así, circularmente, de acuerdo a una lógica de relaciones que ya no se conciben secuenciales sino rizomáticas.

Desde la perspectiva de las redes sociales, estos aspectos se replantearían al pensar y operar la estrategia de APS.

Esto implicaría, entre otras actividades:

- **Historizar necesariamente el diagnóstico sanitario.** De este modo, éste se amplía y enriquece, convirtiéndose en un diagnóstico socio-sanitario y ambiental. Toda población ha tenido formas exitosas y fallidas, de haber tratado el problema, dentro de los servicios de salud, comunitariamente o aisladamente; los medios periodísticos han recopilado seguramente información; los servicios de salud acumulan estadísticas, experiencias, percepciones y valoraciones acerca del problema. Toda esta información, que la mayoría de las veces se encuentra dispersa, resulta importante de recolectar y sistematizar, teniendo hoy en día recursos técnicos suficientes para ello.
- **Considerar a la población destinataria como actor social, al igual que al equipo de salud.** Aclaremos previamente que actor social es tanto una persona como un grupo u organización, capaz de transformar activamente su entorno al mismo tiempo que se transforma a sí mismo. Esto implica proponer la articulación constante entre ambos (equipo y población), para que los programas se estructuren en base a un diagnóstico conjunto acerca de los problemas de salud prioritarios a resolver. Este diagnóstico no constituye uno más en la cadena de informes tecnocráticos que engrosan carpetas en los despachos o sirven para la presentación de ponencias en los congresos. Se transforma en un instrumento con el cual operar para cumplir metas fundamentales, como por ejemplo la de **cobertura total**.

Sólo la participación activa de los integrantes de una comunidad (barrio, municipio) junto al equipo de salud, posibilita la construcción de mapas que identifiquen a la totalidad de los destinatarios de la atención. El equipo de salud puede contar con recursos adecuados para lograr mayor efectividad en el armado de estos mapas.

En los últimos años se han comenzado a utilizar los **Sistemas de Información Georreferenciados (SIG)**⁸.

Desde la perspectiva de las redes sociales es imprescindible que la población participe activamente en la gestión de la información, en su sistematización y en el conocimiento que de ella se derive. Pero no es sólo la identificación de información adecuada lo que se posibilita sino una modalidad más eficaz de acercamiento, convocatoria y permanencia en el programa. Estas acciones, al ser realizadas en conjunto con los integrantes de la comunidad, generan la confianza necesaria para sostener la participación en el mismo. Esto redundará, por un lado en el incremento de la eficiencia, y por el otro, en el desarrollo sistemático de un proceso de fortalecimiento de la participación ciudadana a través del área de salud.

- **Confeccionar carpetas de las familias que habitan en el área de responsabilidad del efector.** Éstas reemplazan a la tradicional historia clínica, centrada en el individuo atendido en consultorio por patología. Estas carpetas introducen la visión de la familia en el contexto del programa y posibilita la construcción de un sistema para generar información oportuna, identificar situaciones de riesgo y patologías predominantes, contar con un banco de recursos comunitarios, entre otros. Permite ubicar sectores significativos con los cuales interactuar para optimizar la atención de la salud, organizar acciones de prevención, obtener información sistemática, etc. Es importante destacar que para realizar esta tarea de manera completa y satisfactoria es necesario cambiar el tradicional método de recepcionar al paciente en el servicio de salud por la priorización de la actividad comunitaria y de la visita domiciliaria. Esta última posibilita no sólo captar la información en el contexto sino comenzar a operar en simultáneo sobre problemas detectados a través de la misma, realizando de este modo una *derivación protegida y con turno programado* al centro de referencia de esa familia.
- **Posibilitar la accesibilidad de la población a la información obtenida.** Este procedimiento no sólo constituye una obligación de los efectores hacia un derecho adquirido por la comunidad, sino que contribuye fuertemente a enriquecer la información obtenida a través del análisis compartido y de las correcciones y agregados realizados.



El S.I.G. es un conjunto de herramientas integradas en un sistema automatizado capaz de coleccionar, almacenar, manejar, analizar y visualizar información referenciada geográficamente.

8. El SIG ha sido desarrollado por OPS para el campo de la salud.

■ **Organizar procesos sistemáticos y participativos de monitoreo y evaluación de los programas.**

En los últimos años, se viene considerando que las evaluaciones de los programas sociales con participación comunitaria, están constituyendo verdaderos *observatorios* del avance de la calidad con equidad, tanto en la evaluación continua como final de los proyectos y programas.



Para discutir con su equipo de trabajo.

Lean las siguientes situaciones y luego discutan sobre los interrogantes planteados:

a. En el barrio El Retiro, después de casos repetidos de violencia en varias familias del barrio, las mujeres adoptaron la medida de "golpear cacerolas" cada vez que escucharan algo: como sistema de ayuda para que otros acudieran a socorrer, para que todos supieran de la situación y para que alguien interviniera.

- ¿Considera que esto alcanza para "hablar" de una red? ¿Por qué?
- En este caso de violencia familiar: ¿Cómo pensaría el fortalecimiento de la red?
- ¿Conoce alguna situación parecida? ¿Podría describirla?

b. Varias madres están preocupadas por una "banda" de adolescentes que "golpean" con frecuencia y amenazan a sus hijos y a otros jóvenes a la salida del boliche.

Se juntaron en el CS para discutir sobre el tema y buscar una solución.

Las soluciones planteadas por este grupo de madres fueron las siguientes:

Madre 1: "Creo que deberíamos denunciarlos"

Madre 2: "No, ¿para qué?, si terminan saliendo a los dos días porque son menores"

Madre 3: "Yo creo que habría que hacer una sentada en la casa de esta gente"

Madre 4: "No, yo ni loca, temo a las represalias"

- ¿Creen que el CS debería participar en la búsqueda de una solución? Si considera que si, ¿se podría visualizar una red comunitaria en este caso? ¿de qué manera?

Comparta sus reflexiones con sus compañeros de posgrado y el tutor.

1.3. Redes Institucionales

Las instituciones de salud tienden a ser pensadas desde la perspectiva piramidal, compartimentada por direcciones, departamentos y servicios. La comunicación es concebida en orden descendente y unidireccional. Esta concepción omite las condiciones de contexto y las pautas singulares de organización de cada una de ellas, promovida fundamentalmente por la interacción de los actores sociales que se desempeñan cotidianamente en ella.

La propuesta de una política de salud comunitaria debe replantear el funcionamiento de las instituciones.

Pero desde la perspectiva de las redes sociales la optimización del mismo debe necesariamente contemplar algunos aspectos hasta ahora soslayados.

En primer lugar, sería importante **pensar la formulación de proyectos institucionales al interior de cada organización**. Dichos proyectos deberían contemplar un claro análisis de la demanda (procedencia y características de la población que requiere asistencia, consultas más habituales, servicios más solicitados, derivaciones desde y hacia, etc.) para poder ajustar y formular la oferta de atención de salud más adecuada. Pero al mismo tiempo, **debería proponer para su formulación la participación activa de los distintos sectores que componen la organización**: profesionales, técnicos, administrativos, etc.

En segundo lugar, este proceso conlleva **una promoción e incremento de las relaciones entre los diversos integrantes, ya no sólo a nivel informal** (que van desde conversaciones espontáneas o solicitud personal de un servicio); de interconsulta o académico, **sino en torno al proyecto institucional**, con lo cual se abre una posibilidad de visualizar a éste como del conjunto y de proyectar el sector donde se trabaja en interrelación y reciprocidad con los otros.

Desde esta perspectiva la potenciación de las relaciones al interior de la organización se concientizan como imprescindibles para acceder a la mayor calidad de la prestación del servicio de salud. Esto implica introducir una **"cultura del relacionamiento"** en detrimento del predominio de feudos o de sectores cerrados en sí mismos.

Como todo nuevo aprendizaje, éste requiere de clara intencionalidad desde la dirección institucional, avalada a su vez desde la conducción política del sector. Es fundamental considerar que lo planteado implica un proceso que encontrará logros y obstáculos, y que por lo tanto hay que poder acompañarlo y sostenerlo. Asimismo es importante que los que conducen el proceso puedan establecer normativas claras que apunten al fortalecimiento de procedimientos donde predomine la integración en detrimento del aislamiento.



En tercer lugar, el fortalecimiento de las relaciones en torno a un proyecto común abre una brecha para **la construcción de un campo interdisciplinario**, el cual requiere del desarrollo de redes conceptuales y un alto grado de prácticas interactivas. En este proceso lo que se pone fundamentalmente en relación son primeramente, las personas y luego, las disciplinas. Requiere para su afianzamiento, de la colaboración y de la cooperación. Y éstas serán posibles en la tarea de construcción de un nuevo campo de conocimientos cuando estas conductas formen parte de la lógica de las relaciones en la cotidianidad de la vida organizacional.

En cuarto lugar, la participación en un proyecto institucional abre la posibilidad de **pensar al paciente atendido por la institución y no por una sumatoria de servicios**. En general, es el paciente el que circula por los diversos sectores institucionales, formando parte de un sistema de prácticas y estadísticas fragmentadas y fragmentarias. Sujeto a derivaciones desprotegidas, encuentra a veces barreras infranqueables en los ciento cincuenta metros que separan a un servicio de otro. Esta brecha por lo general se agranda cuando la derivación es desde un centro de atención primaria a un hospital. La estructura organizacional lo cuadricula, y a la vez cuadricula la asistencia en servicios incomunicados, o lo que es más grave, (in)comunicados por breves consideraciones redactadas en la historia clínica, que informan desinformando.

Este proceso de afianzamiento de la red institucional, no solo redundaría en beneficio de la atención del paciente sino que al mismo tiempo mejoraría notablemente las condiciones de trabajo del personal de salud.

Para **poder operar en este nivel de abordaje**, es necesario:

- **Que la conducción de la institución conozca la trayectoria de cada uno de los equipos de trabajo insertos en la misma.** Para lograr esto se puede recurrir, por un lado, a la lectura de los dos últimos informes anuales presentados por el sector y por el otro, a la conversación con algunos integrantes del mismo que ocupen diferentes posiciones y realicen tareas disímiles. Es tan importante la visión y el testimonio del jefe, como la de un profesional, un técnico o un administrativo.
- **Informarse si cada uno de los sectores trabajan con una programación anual de la tarea.** En caso de que así fuera, resulta importante saber quién la realiza (¿la jefatura solamente o todo el equipo, incluyendo diversas profesiones, técnicos, administrativos?). En caso de que no se trabaje con programación, resulta importante conocer sobre qué base se toman las decisiones. ¿Sólo por experiencia, por sentido común, cuando surge un problema, etc.?

El material obtenido en los dos puntos anteriores constituyen la materia prima para la **formulación del proyecto institucional**. Este proceso requiere:

- El establecimiento de una línea de base constituida por la organización de toda la información disponible en cuanto a: características de la población que demanda atención (social, educativa, económica, etárea, cobertura de salud, etc.; principales problemas de consulta) características ambientales, de infraestructura de servicios, de hábitat de la población demandante, tipo de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que se encuentran en el área de influencia. Servicios que prestan datos epidemiológicos existentes.
- La consideración de los proyectos por sector que han obtenido logros en términos de calidad, eficiencia y eficacia. Esto requiere contar con un set de indicadores que permita definir claramente qué implica esta evaluación.
- En las instituciones donde trabajan una gran cantidad de personas, es necesario **conformar un sistema de coordinación y de delegación de tareas**, con claro establecimiento de responsables y plazos para el cumplimiento de la misma. La elaboración de un proyecto institucional no puede durar un año y tampoco puede realizarse en dos días. Es muy importante saber combinar los momentos de trabajo por equipos, por sectores y generales.
Resulta fundamental prever la participación de la mayoría, que todos estén representados y que se asegure la difusión de la información de los temas que se van consensuando.

Le proponemos el análisis de la siguiente situación:

La escuela recurre al CS porque no sabe cómo actuar frente a la falta de interés de varios chicos que cursan en los grados superiores, no quieren participar de ninguna actividad propuesta por los adultos y prácticamente no hablan ni establecen vínculos fuera de su grupo de pares.

- ¿Cree Ud. que el CS podría tener alguna intervención o sugerir alguna estrategia? ¿Cuál/es?
- ¿Podría sugerir la participación de otras instituciones? ¿Cuáles? ¿Para qué?

Comparta sus reflexiones con sus compañeros de posgrado y el tutor.



1.4. Redes de establecimientos y servicios

Este nivel de articulación de Redes es el que posiblemente, se halla más explícitamente instituido.

Si no existiesen o fueran muy débiles, la decisión de establecer un funcionamiento en red en este nivel - por ejemplo, Red de Pediatría, Red de

Servicios de Gerontología, Red de Salud Mental, etc. - debe estar acompañada por una serie de acciones tendientes a fortalecer las vinculaciones, sin dar por hecho que la "resolución de creación" los establece por sí misma.

Cuando hablamos de Redes de establecimientos y servicios, tenemos que reconocer una necesaria articulación tanto entre los subsectores público, de la seguridad social y privado como a nivel local, provincial, regional y nacional.

Esta articulación es una de las más difíciles de lograr, ya que implica cuestiones presupuestarias provinciales y/o municipales, las que a la vez implican políticas de gobierno. Es conocida la preocupación por los pacientes que "cruzan" las fronteras establecidas para recibir atención de salud, ya sea porque como usuario reconoce la mejor calidad del servicio que se presta en una zona diferente a aquella en la cual tiene fijado su domicilio, o porque razones de orden laboral determinan que utilice un servicio fuera de su lugar de residencia.

Hay aquí una contradicción interesante a considerar: entre la decisión y/o posibilidades del usuario y los límites geográficos de las administraciones provinciales y/o municipales. Esto toma un cariz especial en las ciudades o pueblos fronterizos, donde un alto porcentaje de la atención ambulatoria y de las camas para internación son requeridas por usuarios provenientes de países limítrofes. Esta contradicción lleva tanto a un sobreuso de determinados servicios como también a una subutilización de los mismos. Resultaría importante pensar en establecer acuerdos interjurisdiccionales, en el contexto de los mercados comunes.

Las redes habían sido concebidas hasta esa fecha como la articulación entre hospitales clasificados según su nivel de complejidad y vinculados en forma ascendente para la derivación de pacientes desde los puestos y centros de salud a los hospitales más complejos, acompañando los procesos de regionalización provinciales.

La propuesta permite reconocer territorialmente los recursos públicos, de la seguridad social y privados, a la vez que vincula funcionalmente las disponibilidades de los diferentes niveles de atención de las respectivas redes de servicios: pediátrica, perinatólogica, de salud mental, de emergencia, cardiovascular, oncológica, de accidentes, etc., así como de investigación y docencia.

La metodología empleada transita por la definición de actividades por niveles de atención según servicios, **a partir de la recreación con los actores involucrados de los modelos observados y/o percibidos**, para luego elaborar las normas más apropiadas para la operación y el fortalecimiento de las relaciones de la red respectiva. El punto de partida y el énfasis están puestos en las definiciones del **primer nivel de atención**, para luego acceder a requerimientos mayores. Resulta de interés destacar que concomitantemente se consideran las redes complementarias, de

abastecimiento y procesamiento y de administración y conducción, indispensables para el logro de objetivos, completando el espectro global de la trama organizativa requerida para la salud.

Para discutir con su equipo de trabajo.

- ¿Cómo funciona la red de referencia y contrareferencia en su área programática?

Comparta sus reflexiones con sus compañeros de posgrado y el tutor.



1.5. Redes Intersectoriales

En este nivel de constitución de redes, resulta fundamental pensar la complejidad desde la que se considera a la comunidad. Cabe aclarar que con este término nos referimos tanto a lo local, lo regional, lo nacional y/o lo transnacional.

De acuerdo con San Martín (1984)⁹, la comunidad puede considerarse en dos dimensiones:

- Como un lugar donde se toma en cuenta el ambiente físico; como un conjunto de personas, como una población. Las comunidades se diferencian en el tamaño de la población y en las características sociales de sus habitantes, lo que plantea problemas diferentes en cada caso.
- **Como un sistema social;** la comunidad como un sistema puede ser considerada como la totalidad de la interacción entre subsistemas (sanitario, educativo, religioso, económico, familiar y de comunicaciones). Es algo más concreto que la sociedad, con algunos denominadores comunes que la perfilan: organización, interrelación, coexistencia, integración, funcionalidad, conciencia de identidad, alguna común direccionalidad en acciones colectivas. Estos denominadores comunes tienen una condición dinámica, por la cual tienden a su organización y desarrollo local y social, con el objeto de mejorar condiciones de vida.

Ahora bien, la comunidad está constituida por personas que viven solas o en familias de características diversas y por organizaciones que prestan diferentes servicios de acuerdo a las necesidades e intereses de la población.

La conducción política de una comunidad, consciente de la necesidad de prestación de servicios esenciales para la población, estructura una organización dividida por sectores. Esta organización, necesaria como modo de delegación de tareas

9. SAN MARTÍN H, PASTOR V.: Salud comunitaria: teoría y práctica. 1ª ed. Madrid-España: Díaz de Santos, S.A. 1984. p.166.

específicas, transforma generalmente a la comunidad en un damero que convierte a la especificidad de un servicio en patrimonio de un sector, cada uno de los cuales, considera a esa población como única. Resulta difícil visualizar que la población necesitada de la atención a su salud es también una población que utiliza servicios educativos, que viaja en mejores o peores condiciones en medios de transporte, que habita viviendas con o sin cobertura de infraestructura básica, que posee un trabajo estable o se halla en situación de precarización laboral, entre otras situaciones.

Es importante diferenciar acá, por un lado la necesidad de comprensión holística y ecológica - social de la comunidad y de sus integrantes y por el otro, plantearse, a partir de esta perspectiva, la posibilidad de acciones conjuntas.

Esto no se realiza desde proposiciones declarativas sino a partir de problemas concretos que la comunidad necesita y sufre, y que requiere la necesaria articulación entre sectores.

Desde el área de salud, hay experiencias realizadas al respecto pero que carecen de una evaluación del impacto que las mismas han tenido. Tal es el caso de los Programas de Salud Escolar, que se vienen desarrollando en distintas provincias, en un intento más orientado a proveer un servicio al sector de Educación que en articular acciones. Las patologías de fin de siglo: adicciones, depresión, violencia, maltrato y abuso infantil, contaminación, muestran la dificultad de sostener un límite sectorial. La articulación con los sectores de Educación, Justicia, Promoción y Acción Social, Saneamiento Ambiental, entre otros resultan imprescindibles a la hora de definir una política eficiente y eficaz en Salud.

Poner en funcionamiento redes intersectoriales aparece como uno de los niveles más complejos de alcanzar pero también como uno de los de mayor proyección en el momento de considerar su impacto.

Por un lado, realiza una contribución al fortalecimiento de la Sociedad Civil¹⁰, de singular importancia en un país en proceso de consolidación democrática. Las personas, al formar parte de la gestión pública y actuar al mismo tiempo desde el lugar de ciudadanos y / o como integrantes de asociaciones profesionales, gremiales, comunitarias, promueven el desarrollo de la trama social desde su propio accionar. Esto genera no sólo un campo de participación sino también de asunción de responsabilidades.

Al mismo tiempo, este proceso constituido por prácticas interactivas, promueve la "cultura del relacionamiento" que mencionáramos más arriba. Estas prácticas conforman un capital simbólico invaluable que posibilita pensar desde otra perspectiva no sólo el desarrollo de la sociedad sino la adquisición de un entrenamiento social para el abordaje de situaciones críticas, como catástrofes, epidemias o emergencias (Bertucelli, 1994)

10. VÍCTOR PÉREZ DÍAZ (1995) considera a la sociedad civil como "un entramado de instituciones sociopolíticas que incluye un gobierno (o estado) limitado, que opera bajo el imperio de la ley, un conjunto de instituciones sociales tales como mercados (u otros órdenes espontáneos extensos) y asociaciones basadas en acuerdos voluntarios entre agentes autónomos, y una esfera pública en la que estos agentes debaten entre sí y con el Estado acerca de asuntos de interés público y se comprometen en actividades públicas"

La eficacia técnica se potencia con actores sociales comprometidos y conscientes de la importancia de su accionar en la red social. Esto no es azaroso. Para que este accionar sea considerado importante por los propios actores, es necesario prever y promover un lugar claro de inserción en la trama de la sociedad, tareas específicas y una valoración adecuada de las mismas. Asimismo, es necesario considerar, que la instauración y profundización de las prácticas de red requieren de un proceso sistemático y continuo, el cual debe ser evaluado constantemente.

Esta perspectiva de análisis de las redes nos implica la reflexión permanente acerca de la imposibilidad de manejarnos con un pensamiento apriorístico y por lo tanto con herramientas que funcionen como aparatos de captura de lo que es en sí un movimiento dinámico, fluido, (a) sincrónico y multidimensional.

Por esto, desde nuestra perspectiva analizamos las redes en conjunto con los actores involucrados, incluyéndonos no como un observador externo sino presentes en el campo, situacionalmente a tono con el problema necesario de resolver.

Le proponemos el análisis de la situación de emergencia vivida en el año 2001 en la Pcia. de Santa Fe a causa de las inundaciones. (Recuerde que en el módulo 2 trabajamos sobre esta situación. Puede volver a consultar el documento que allí incluimos).

- ¿Cómo cree que se armó la red en esta situación de emergencia? Intente describir los pasos que se siguieron en la construcción de la red.
- ¿Conoce alguna situación parecida? ¿Podría describirla?

Comparta sus reflexiones con sus compañeros de posgrado y el tutor.



1.6. Redes de servicios de salud

1.6.1. Fundamentos de las redes de servicios de salud

La modalidad clásica de organización de los servicios de salud ha tenido una configuración de tipo empírica. Los orígenes de este patrón organizacional se hallan revisando nuestra historia sanitaria.

Los hospitales que surgieron a fines del siglo XIX y principios del siglo XX fueron creados con estructuras pabellonadas donde cada una de ellas era capaz, sin recurrir a otras áreas, de satisfacer las demandas propias.

Era entendible esta organización en épocas de grandes epidemias, donde el control de las infecciones residía más en el aislamiento que en recursos antibióticos inexistentes para la época y donde los procesos involucrados en la atención de los pacientes eran

**Texto del Plan****Federal:**

(...) las redes sanitarias como acuerdo de la colaboración entre los componentes de las organizaciones sanitarias, todas bajo una misma estructura ejecutiva para la promoción y aseguramiento de los cuidados sanitarios en un adecuado marco de calidad (...) Pág. 29

escasos. Estas unidades "aisladas y auto-válidas" persistieron durante mucho tiempo (aun hoy muchos hospitales cuentan con este modelo administrativo). No obstante el avance de los antibióticos y otras tecnologías, y se instalaron como un patrón cultural dominante.

El avance tecnológico especialmente en la informática introdujo el concepto de sistema de redes entendiendo por ello la posibilidad de interconectar distintos recursos disponibles de manera ordenada en sistemas de complejidad creciente con una misma base lógica operativa consensuada y altos niveles de eficiencia y efectividad.

Bajo el enfoque básico de articular una continuidad en los procesos asistenciales, independientemente del lugar donde se presten y concentrando los recursos necesarias para su mejor disponibilidad a los pacientes, es necesario establecer un sistema que permita organizar la gestión de dichos recursos con las mayores cotas de eficiencia posible.

Esa necesidad ha llevado a la aparición de redes sanitarias como acuerdo de colaboración entre los componentes de las organizaciones sanitarias- hospitales, centros de atención primaria, emergencias, centros de diagnóstico, laboratorios, farmacias, atención domiciliaria, etc-, todas bajo una misma estructura ejecutiva para la promoción y aseguramiento de los cuidados sanitarios en un adecuado marco de calidad.



Una organización sanitaria en red se distingue de una organización clásica por la intensidad, densidad, complejidad y reciprocidad de sus enlaces organizativos internos y externos, y por un sistema de valores compartidos que define los roles de las autoridades, responsabilidades y relaciones.

Sus compromisos son no jerarquizados, aunque coordinados, y a largo plazo, mientras que las responsabilidades están distribuidas entre sus múltiples componentes siendo la toma de decisiones independientes pero interdependientes.

Por la característica del sistema de salud, los canales de comunicación deben contemplar la inclusión de datos administrativos, socio-económicos y sanitarios, los cuales pueden incluirse de manera conjunta o secuencial, según las prioridades y objetivos fijados.

Cuando todos ellos se hallan presentes, la conectividad dentro de la red permite reducir los tiempos y los costos administrativos, el acceso a los servicios de salud y a la información clínica a lo largo de todo el proceso asistencial mejorando la calidad

de los cuidados, la elaboración de estudios preventivos y planes integrados de salud, de manera que puedan dirigirse los recursos allí donde más se necesitan.

La misma autopista que permite la transferencia de datos con fines administrativos financieros y sanitarios puede ser además una potente herramienta de capacitación continua y a distancia para todos los integrantes de la red con contenidos específicos según distintos perfiles profesionales del sistema.

Como se comprenderá éstas redes requieren una visión global y de un potente sistema de comunicaciones que conecte a todos y cada uno de los elementos que componen la red, permitiendo a los usuarios acceder mediante las autopistas electrónicas de la información a datos, voz e imagen.

La organización en red de los servicios de atención médica ha mostrado hasta el momento ser el recurso más adecuado para lograr la articulación de los recursos sanitarios disponibles en su conjunto.

Con adecuados sistemas de comunicación y transporte se superan los límites geográficos y las organizaciones administrativas clásicas, permitiendo poner todos los recursos sanitarios disponibles en el territorio nacional a disposición del ciudadano que demanda atención.

Los sistemas de emergencia fueron los primeros en adoptar de manera formal, este sistema organizativo.

Para un país extenso como el nuestro, esta estrategia permite eficientizar recursos y restringir las inversiones a proyectos destinados a resolver problemas estratégicos sectoriales. Las situaciones de emergencia y desastre que ponen en evidencia la necesidad de contar con este tipo de organización y a su vez las que someten a prueba su eficiencia organizativa.

1.6.2. Red de atención médica

Una red se convierte en una estructura u organismo único que tiene diversas responsabilidades, funciones y competencias ubicadas en distintas instancias pero que responden coordinadamente a un ente superior de dirección y control.

En última instancia la red es una modalidad de organización de la oferta de servicios y su criterio central de calidad está dado por la capacidad de conectar y/o planificar con el fin de ordenar o racionalizar la estructura prestacional disponible.

Resulta interesante pensar que la noción de redes tiene aplicación no solo para las organizaciones de la oferta de salud sino también para el término de demanda de la ecuación, expresado en las relaciones de las personas y de la comunidad a la que pertenecen.



Se entiende por red de atención médica al conjunto de prestadores de primer, segundo y/o tercer nivel asistencial distribuidos geográficamente con criterios y vínculos jurídicos de complementariedad y de referencia y contrarreferencia, destinadas a brindar cobertura a una determinada población residente en su área de influencia, bajo normas, procedimientos y criterios programáticos, comunes, controlados y conducidos, en su objetivo específico- el de la red- por una gerencia operativa única.

Es por ello que para el momento aplicativo se consideró conveniente reconocer en salud al menos los niveles de redes que en este apartado fueron descriptos.

1.6.3. Clasificación

Las redes pueden clasificarse:

Según sus actividades:

- Polivalente de atención médica general
- Especializada en medicina laboral
- Especializada en emergencias
- Especializada en pediatría
- Otras especialidades

Según la naturaleza de la provisión de servicios:

- Públicas
- Privadas
- Mixtas

Según su organización administrativa:

- Provinciales
- Regionales
- Nacionales

Según los niveles de complejidad alcanzado se clasifican en:

- De 1 nivel (servicios ambulatorios generales)
- De 2 nivel (servicios especializados y de internación)
- De 3 nivel (alta complejidad y atención de crónicos)
- Combinaciones parciales

Estos niveles deben estar categorizados y organizados de manera creciente generando niveles de interconectividad entre ellos. En este esquema el centro del sistema es el paciente quien demanda servicios de atención médica y el sistema de red es el modelo organizativo que debe dar respuesta.

Las clasificaciones mencionadas suelen ser simplificaciones de naturaleza académica, dado que todas ellas suelen hallarse presentes en las redes asistenciales ya que las mismas contemplan la resolución de todos los eventos posibles y probables dentro del sistema de atención.

1.6.4. Características de las Redes de Atención Médica

Las redes presentan una serie de características que a continuación citamos:

a) Organización:

Los prestadores integrantes de la red aceptan un mínimo de normas comunes, incluyendo procedimientos administrativos, económico-financieros, de accesibilidad de la demanda, y de complementariedad (no solo de referencia y contrarreferencia como es habitualmente, sino también de desarrollo armónico de acuerdo con las necesidades de la población a la que la red asiste).

b) Prestadores:

Son los integrantes de la red que actúan como efectores de prestaciones de atención médica, incluyendo en este concepto desde los médicos trabajando individualmente hasta los hospitales más complejos. Puede tratarse de servicios públicos, privados y/o de la seguridad social, con o sin fines de lucro, sin que esto afecte obligatoriamente el financiamiento de la red.

c) Servicios de atención médica:

Comprenden servicios integrales y/o personales generales y/o especializados, ambulatorios y/o de internación, de ayuda y/o de crónicos.

d) Población definida:

Los servicios que brindan están destinados a una población claramente delimitada ya sea por pertenecer a un área geográfica determinada por medio de uno o múltiples programas de cobertura médica (para atención ciertos grupos de riesgo, como materno infantiles, riesgos de trabajo, etc.) o por compromiso contractual de prestar servicios población cubierta por un financiador en particular.

e) Programas y Objetivos comunes:

Deben tener criterios comunes de complementariedad, de regularización sanitaria y/o de evaluación de la atención médica, basados en la modalidad adoptada por la red para distribuir internamente la atención a la demanda; estas pueden ser cualitativos (por especialización y/o complejidad: se define en cada región o para cada población que establecimientos desarrollarán preferentemente ciertos programas por estar mejor equipados para ello); cuantitativos (por capacidad de producción de servicios y/o distribución geográfica de la demanda, ídem, pero basándose en la carga de trabajo que son capaces de satisfacer).

f) Unidad funcional:

Debe existir un vínculo jurídico común, formal aceptado por todos los prestadores integrantes. Es el conjunto de normas que una vez consensuado y aceptado por todos los integrantes de la Red, transforma en un sistema complejo altamente coordinado.

g) Sistema unificado de información:

Todos los integrantes deben proveer información, la cual debe estar normatizada. La misma debe ser accesible para todos.

h) Énfasis en la promoción y prevención. Participación de los usuarios en el autocuidado.**i) Gestión de los recursos humanos: motivación, incentivos, movilidad y capacitación de todos los recursos humanos.**

1.6.5. Ventajas

- Integración Horizontal.
- Accesibilidad.
- Mejor utilización de infraestructura y personal disponible.
- Mejores condiciones de negociación en los contratos de compra.
- Centralización y organización de todo el soporte de administración en la gestión de recursos humanos, finanzas, legales, informática, administración, etc.
- Reducción de costos.
- Contar con centros de excelencias.
- Racionalización de los recursos.
- Permitir establecer estándares mínimos de atención para todos los integrantes de la red.

Actividad de integración



Le proponemos el análisis del siguiente caso:

María es madre de seis hijos. Su hija mayor tiene 10 años y el sexto acaba de nacer. Su esposo, padre de los niños, es changarín.

Viven en zona rural y el pueblo está a unos 30 minutos caminando. Allí tienen, un CS, una escuela, una Iglesia.

María concurre al CS con una orden que le dieron en la maternidad para darse una vacuna.

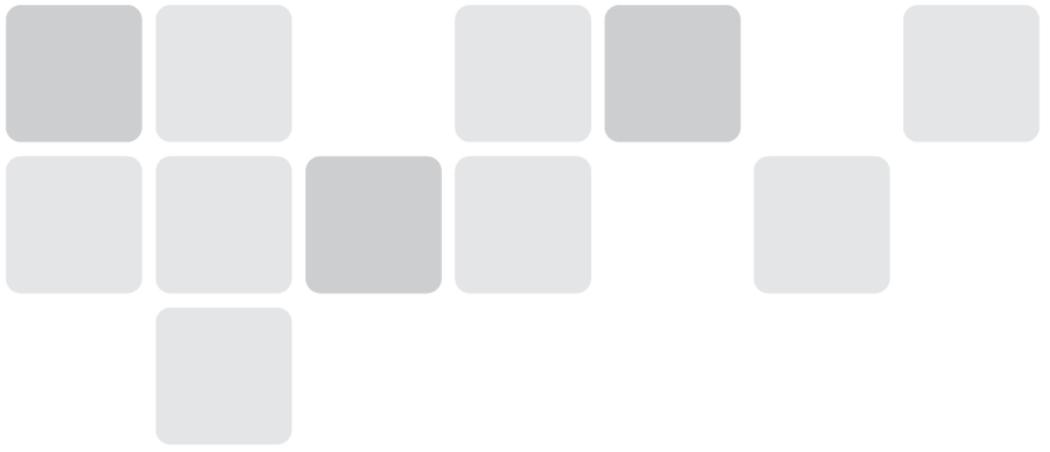
El enfermero que la recibe le pregunta sobre su parto y su bebé. María le cuenta que el niño quedó internado desde hace un mes en neonatología porque nació prematuro y que pronto le darán el alta.

Durante del embarazo María se controló solo 2 veces porque no tenía con quien dejar a sus hijos y además le resultaba muy difícil acercarse caminando hasta el CS.

- ¿Cree Ud. que el funcionamiento de redes personales, familiares, institucionales, comunitarias, etc. hubiesen ayudado a sostener mejor la salud de María y su familia? ¿De qué manera?
- ¿Que propuesta haría en el sistema de referencia y contrarreferencia para optimizar la atención del bebé de María?
- En su área programática: ¿hay pequeñas poblaciones o grupos familiares que se encuentren alejados del CS? ¿Cómo trabaja con ellos o como propondría trabajar pensando en potenciar, fortalecer o enriquecer posibles redes persistentes?

Comparta sus reflexiones con sus compañeros de posgrado y el tutor.





Unidad 3

Herramientas para
trabajar en Red



Introducción

En la Unidad 1 trabajamos sobre el concepto de Redes. En la Unidad 2 analizamos las características y los tipos de Redes con las que tienen contacto los CS. En esta tercera Unidad se profundizará en el abordaje metodológico que permite desarrollar y fortalecer Redes en Salud.

En este sentido los núcleos problemáticos para la Unidad 3 son:

- ¿Cuáles son las herramientas que nos permiten desarrollar y fortalecer una red?
- ¿Qué valor tienen las experiencias de los participantes en la construcción de redes en salud?

Objetivos específicos

Al finalizar esta unidad Ud. estará en condiciones de:

- Conocer herramientas para desarrollar y fortalecer redes.
- Utilizar estas herramientas en ocasión de participar en el desarrollo o fortalecimiento de Redes en Salud.

Actividad Inicial

A continuación se citan fragmentos del artículo "La organización de los responsables locales de salud. Redes nacionales y supranacionales" cuya autora es Hèlene Valentini¹. Le proponemos que lea detenidamente el siguiente texto:

"(...) De lo que voy a hablar es del desarrollo de la Red de los Municipios y Ciudades Saludables en Quebec, de por qué tenemos este tipo de red. Quiero presentar rápidamente esta red y lo que me interesa es mostrar cómo la participación ciudadana a nivel local puede influir a nivel nacional y a nivel internacional. Es una perspectiva de abajo hacia arriba y es una experiencia que me gustaría compartir con ustedes.

El Instituto Nacional de Salud Pública de Quebec fue creado para agrupar todo el conocimiento de la Salud Pública que sirve tanto en Montreal, como en algunos



1. Responsable de la Cooperación Internacional del Instituto Nacional de Salud Pública de Quebec, Canadá. Coordinadora General del III Congreso de Secretarios de Salud de las Américas en Quebec, Canadá.

pueblecitos. Todos los que trabajan en salud pública necesitan los mismos conocimientos y, como integramos una población de "solamente" siete millones de habitantes, realizamos reuniones centrales donde se presenta todo lo que sirve para salud pública en la región. El Instituto Nacional de Salud Pública divulga y recrea los conocimientos que necesitamos en todas las regiones de Quebec. Desde la ciudad más grande que es Montreal, con un millón de habitantes, hasta las localidades más pequeñas, los municipios tienen diferentes responsabilidades de planificación urbana. Pero una cosa importante para que ustedes conozcan, es que no tienen responsabilidad en la salud y en la educación. El nivel es regional. Entonces el trabajo de la red y de los municipios es actuar, no sobre los servicios, sino sobre los determinantes de la salud. Deben actuar antes que la gente se enferme.

Otra cosa importante es que tenemos un sistema de servicios de salud pública con la universalidad, la gratuidad y la accesibilidad garantizadas. (...) Esto no quiere decir que toda la gente tiene buena salud. Hay diferencias muy importantes en el estado de salud de la población que vive en el Este de Montreal. Esta gente tiene una esperanza de vida de casi diez años menos que la otra parte de la población. Entonces pensamos que no es solamente en los servicios donde hay que involucrar a la salud, sino que es muy importante hacerlo también sobre los determinantes de la salud.

¿Por qué tenemos redes en salud? Básicamente porque los problemas de salud son muy complejos. Los determinantes están afuera de la salud. Los más importantes son los sociales y los económicos. Si no trabajamos sobre ellos, no vamos a mejorar el nivel de salud. Entonces el enfoque de trabajo es interdisciplinario y lo que tratamos de hacer para mejorar la salud es practicar una acción intersectorial. Las ventajas de las redes son la sinergia, la movilización y la flexibilidad. Eso es una cosa muy importante en las redes: la adaptación a contextos cambiantes. Desde nuestro punto de vista, una red no es una asociación piramidal. Es un intercambio de personas en donde todos tienen la misma responsabilidad de participar y de ayudar y también de obtener resultados. Aunque la flexibilidad puede ser también una limitante de las redes. Y lo importante que quiero compartir con ustedes es que los resultados de una red no pueden ser atribuidos a una organización específica.

La red nació hace casi veinte años y ahora el cincuenta por ciento de la población participa en la red, pero lo importante es que casi la mitad de los municipios pertenecen a ella. No es una obligación, pero el crecimiento de la red es importante. La red para nosotros es una estrategia de desarrollo social y de promoción de la salud, como también de fortalecimiento de las capacidades de las comunidades que tienen la responsabilidad en la salud. El papel de la red es sensibilizar a los responsables municipales respecto del impacto de sus decisiones

sobre la salud de sus ciudadanos, trabajar con otras partes de la población y de las organizaciones sociales de nuestra sociedad y promover también la cooperación intersectorial, que es algo difícil.(...)

Hay que entender que la red es un medio de comunicación de las organizaciones y está basada en los proyectos municipales que hay en cada municipio (...). Ahora podemos contar con más de mil proyectos que desarrollan los municipios con la participación muy importante de todos los otros sectores del nivel municipal. Pero todos esos proyectos están relacionados de alguna manera con la salud. Y el punto común de todos los proyectos que se realizan a nivel local es realmente la participación de todos los ciudadanos, de muchas instituciones. Son proyectos muy diferentes y comienzan siendo pequeños, estando a cargo de la gente y con muy bajo costo. (...)

Lo que me parece importante aquí es hablar del papel de la salud pública, porque la participación de los ciudadanos es parte de la salud pública, es una estrategia de salud pública ¿De qué manera integramos la participación comunitaria en la salud pública? Nosotros pensamos que la participación es parte de la salud pública porque genera **autonomía**. Es muy difícil, en nuestra manera de trabajar en salud pública, evitar *controlar* el movimiento y los proyectos que las comunidades quieren desarrollar. Queremos ayudar y controlar al mismo tiempo. Los profesionales de salud pública pensamos que lo que tenemos que hacer es respetar el desarrollo de los proyectos y dar lo que podemos dar, contribuir como sabemos hacerlo, dando servicios de epidemiología y de evaluación del desarrollo de las comunidades.

Dar asistencia en el desarrollo de programas, en la gestión de proyectos que conocemos bien, dar animación comunitaria, algo que sabemos hacer. Pero **nunca debemos controlar**. Es un desafío muy importante para nosotros. El desafío de la salud pública es un desafío de la movilización, de la participación ciudadana; también de igualdad entre las comunidades. Hay diferencias que son muy desestructuradas y hay otras estructuradas. ¿Qué hacemos en este contexto?"

1. ¿Qué opina acerca del lugar/rol que la autora propone para el equipo de profesionales del CS en la amplia red de la Salud Pública?
2. Qué reflexión le suscitan estas dos frases:

"(...) el trabajo de la red y de los municipios es actuar, no sobre los servicios, sino sobre los determinantes de la salud. Deben actuar antes que la gente se enferme" y "(...) no es solamente en los servicios donde hay que involucrar a la salud, sino que es muy importante hacerlo también sobre los determinantes de la salud (...)"

- Pensando en los determinantes de la salud que Ud. ha estudiado en los diferentes módulos de este Posgrado y en los diferentes diagnósticos que ha realizado en su área programática/municipio/provincia ¿qué determinantes de salud deberían ser priorizados por el equipo de profesionales de su Centro y en función de ellos, cuáles son las redes a impulsar y/o fortalecer?
 - ¿Cómo imagina la inclusión de los profesionales de su equipo en esas redes (al menos en dos)? Explícite la estrategia de inclusión que utilizaría (si es que existen y no participan actualmente de ellas), o bien, la estrategia que utilizaría para visualizarlas y fortalecerlas.
3. ¿Podría diseñar una estrategia que le permita ampliar o fortalecer redes que operen sobre los determinantes de salud de su área programática/ municipio/ provincia?

Le sugerimos que intercambie sus opiniones y producciones con sus compañeros del Posgrado y lleven sus conclusiones a la próxima reunión con el tutor.

1. Abordaje metodológico para el trabajo en Redes

Tal como venimos postulando, en la medida en que la red -en algún sentido- preexiste, nuestro trabajo debe tornarla visible, potenciarla, fortalecerla, enriquecerla.

Para ello utilizamos lo que llamamos **Trípode Metodológico** del trabajo desde el enfoque de redes. Este trípode se compone de tres herramientas:

- Construcción del problema
- Mapeo de redes
- Recuperación de experiencias

Afirmamos que es un trípode porque en la medida que operamos con cada una de

ellas, vamos incluyendo a las otras dos, si bien podemos diferenciar estrategias diversas para cada una.

Según decíamos en el Módulo 4: Herramientas para la planificación y la programación local *"La realidad social, que es el campo de la salud pública y de la salud comunitaria (...) tiene actores, es decir, sujetos que piensan, toman decisiones, actúan, transforman, oponen resistencia (...). Y esos actores se desenvuelven según diversos intereses cambiantes relacionados unos con otros (...)"*. Y, *"La resolución de un problema depende en parte de que los actores sociales lo reconozcan como tal (...)"*

En el mismo Módulo se presentaron diversas técnicas para la identificación de un problema, entre ellas: las entrevistas a informantes claves o calificados, los talleres grupales o foros comunitarios y la observación.

Cuando de lo que se trata es de reflejar los problemas definidos por la población involucrada y sus respectivos intentos de solución, es importante que estos queden validados y enriquecidos no solo con aportes técnicos sino con el reconocimiento de las necesidades, intereses y posibilidades de los actores.



1. 1. Consideraciones previas a la utilización de herramientas para el trabajo en red

Como se acaba de mencionar el establecimiento de problemas o diagnóstico situacional requiere transitar el territorio extramuros, la comunidad, visitar a sus integrantes y establecer con ellos fuertes vínculos de trabajo basados en la confianza.

1.1.1. Establecimiento de vínculos de confianza

Para poder desarrollar acciones cooperativas y asociadas, es necesaria la **generación de vínculos de confianza** entre el equipo de salud, los pobladores y las diversas organizaciones de la comunidad.

En el establecimiento de este tipo de vínculos es muy importante que los primeros contactos sean motivados por interés genuino de conocer la visión que los integrantes de la comunidad tienen de su situación de salud.

Para ello **es importante que toda visita se organice respetando el encuadre que los miembros de la localidad formulan para el trabajo**. Este encuadre seguramente será explicitado por las organizaciones barriales cuando son éstas las



Le sugerimos que revise la formulación y jerarquización de problemas trabajada en la Unidad 2 del Módulo 4: Herramientas para la planificación y la programación local. Asimismo, puede revisar las recomendaciones para el relevamiento y diagnóstico ambiental local realizado en el Módulo 3: Salud y Ambiente.

que *abren la puerta* para poder recorrer el territorio. De lo contrario, es bueno contar con el apoyo de algún miembro de la comunidad que *ayude* a comprender los códigos comunitarios.

Para el equipo de salud, una forma conocida de contactar las opiniones de los miembros de la comunidad es la realización de **reuniones o talleres**.

Este dispositivo es sumamente importante ya que posibilita, a través de los relatos y conversaciones reflexionar sobre las acciones de todos los días y compartir puntos de vista diferentes. Puesto en escena en las localidades puede ser un buen marco para continuar vinculaciones iniciadas en otros ámbitos más informales. También ayuda a que los miembros de diversas organizaciones no vivan como una "intromisión" la entrada en los lugares específicos de trabajo.

Otros dispositivos posibles para llevar a cabo la tarea de relevamiento de información y diagnóstico pueden ser:

- recorridas por la localidad
- observaciones de actividades
- conversaciones informales con vecinos
- entrevistas programadas, entre otras



Teniendo en cuenta que en una primera etapa lo más importante es instalar un vínculo de confianza, no es aconsejable proponer cambios o emitir juicios de valor que puedan afectar esa relación en construcción.

1.1.2. Las visitas al terreno

Sabemos que toda presencia desconocida o *ajena* produce modificaciones en el escenario cotidiano. Por lo tanto, postulamos que es imposible pensar en una observación *no participante*. El observador siempre modifica de algún modo el escenario que observa, con su sola presencia. El desafío, por lo tanto, es observar con una mirada amplia, pero no ajena, tratando de influir o condicionar lo menos posible el escenario a observar y la observación misma.

Por lo tanto, es importante frente a una observación no resultar un extraño (presentarse a cada una de las personas que se encuentran en el sitio visitado y explicitar qué es lo que el observador está haciendo).

Ahora bien, ya hemos trabajado en el Módulo 4 sobre la observación, pero ante cada nueva situación reaparece la pregunta: **¿qué observar?**

Frente a cada nueva observación se presenta la misma tensión: si elaboramos previamente un instrumento demasiado estructurado, nos perderemos los acontecimientos imprevistos y podemos correr el riesgo de estar muy preocupados por completar el instrumento. Si nos acercamos sin ninguna hipótesis previa, la riqueza de las interacciones y de las prácticas puede perderse.

Una solución posible es que varios miembros del equipo se dividan aspectos a observar.

Por ejemplo: en una misma visita a un comedor en un barrio donde se han detectado muchos niños y niñas desnutridos, uno de los profesionales puede observar la preparación de la comida, clima de trabajo entre quiénes la hacen, cómo se sirve a los niños y niñas, etc. Otro puede observar cómo llegan esos mismos niños; si algún adulto los acompaña, conversar con ellos; que se hace en el "mientras tanto"; si hubiera alguna actividad organizada, observar su desarrollo, etc. Un tercero puede recorrer las cercanías del comedor, conversar con vecinos, observar que otras organizaciones hay en la zona, etc.

Es muy importante que cada uno cuente con un "cuaderno de campo", donde registrar no sólo sus observaciones, sino que en una columna paralela, sus hipótesis y sensaciones. Estos registros se convertirán en una herramienta de incalculable valor a la hora de compartir lo observado con el equipo y diseñar estrategias de trabajo.

Asimismo, estas primeras observaciones se convertirán en **posibles guías para otras visitas y para el proceso de sistematización de la tarea desarrollada.**

Resulta sumamente recomendable **cerrar la visita con una pequeña devolución de lo observado a todos los actores.** Esta devolución puede resaltar alguna práctica positiva, hacer referencia a la importancia de haberlos recibido y dejarlos compartir su espacio, apuntar a que las experiencias compartidas permiten aprender entre todos, etc.

1.2. Trípode metodológico

Como dijimos antes, este trípode se compone de tres herramientas:

- Construcción del problema
- Mapeo de redes
- Recuperación de experiencias

Antes de detenernos en cada una de ellas nos interesa señalar que:

En la medida en que nos posicionamos en que las estrategias pueden ser de todos los que están preocupados por resolver un problema y no pertenecen exclusivamente a los equipos de profesionales de lo que se trata es de identificar aquellas **estrategias que tienen la capacidad de fortalecer la trama social.**

Por ese motivo, es importante conocer y reconocer sistemáticamente el **escenario** que se despliega en un territorio determinado.

Entendemos por escenario el lugar donde acontecen los sucesos². La construcción de un escenario deriva de la toma de conciencia de que, dada la imposibilidad de conocer el futuro, una buena estrategia es aquella que convenga a varios futuros posibles. De este modo podemos conformar diversos escenarios, incluyendo actores, narrativas, problemas, etc.

Construir escenarios de referencia es resaltar fuerzas de gran magnitud que posibilitan movimientos en diferentes direcciones. Se trata de hacer visibles estas fuerzas, posibilitar su reconocimiento. Se trata de ayudar a tomar mejores decisiones hoy para poder seguir tomando decisiones en el futuro.

Construir un escenario potente requiere entonces:

- no establecer fronteras geográficas arbitrarias que desconocen las fronteras establecidas por las relaciones entre las comunidades;
- no ignorar los vínculos preexistentes entre las personas y entre ellas y las organizaciones sociales;
- no separar las necesidades e intereses de los miembros de las comunidades; trabajar de modo interdisciplinario.

Acercarse a cada escenario particular posibilitará conocer las fortalezas y debilidades del trabajo de todos los días.



Desde este enfoque hablamos de itinerarios y no de *pasos* porque aquellos serán contruidos por cada equipo de trabajo en función de vínculos establecidos con la localidad, tiempos personales y de la población, viabilidad de encuentros, observaciones y visitas. La noción de *pasos* nos habla de un camino ya trazado, que hay que recorrer de un modo preestablecido. El itinerario, en cambio, plantea un escenario abierto al futuro.

2. DABAS, E: ¿Quién sostiene a las familias que tienen que sostener a los niños? Trabajo publicado en la revista Terapia y Familia., Vol 16. N°2. Méjico. 2003.

1.2.1. Construcción del problema

Los espacios o escenarios dónde se desarrollan las actividades corresponden a distintos tipos de organizaciones. Pensar en organizaciones, es poder pensar en

movimientos vitales³. La organización es la disposición de relaciones entre componentes o individuos que produce una unidad compleja o sistema, dotado de cualidades desconocidas en el nivel de los componentes o individuos. La organización une⁴ de forma interrelacional elementos o eventos o individuos diversos que a partir de ahí se convierten en los componentes de un todo. **La organización pues, transforma, produce, reúne, mantiene, sostiene.**

En el momento de construcción del problema deben tenerse en cuenta tanto las perspectivas de las **organizaciones** de la comunidad, como las de los **miembros** considerados aisladamente y también las de los **equipos de profesionales** que trabajan compartiendo los problemas y sus soluciones.

Para abordar este punto le proponemos que seleccione algún problema identificado y priorizado anteriormente, puede recurrir por ejemplo al problema priorizado en el módulo 4. Planificación y programación local.

- ¿Cómo definiría el problema ahora?
- ¿Cómo "construiría el problema" para pensar estrategias de abordaje del mismo?

Comparta sus opiniones con los demás compañeros del Posgrado.

Decimos que el momento de construcción de problemas puede también entenderse como un momento de **deconstrucción y construcción de problemas**.

Cuando se pregunta acerca de *problemas* es habitual que estos se expresen en términos de *falta, ausencia o carencia* (de insumos, de personal, de una ambulancia, de presupuesto, etc.). Estos problemas son *reales*, pero se refieren a la falta de un servicio y muchas veces desconocen tanto las causas de esta falta o ausencia como otros recursos alternativos.

Desde el abordaje de redes se intenta **deconstruir** el problema tal como viene planteado desde la carencia para **construir** otro que ponga el acento en los recursos que se poseen, en los logros alcanzados y en acciones que con la suma de otros actores pueden ayudar a encontrar los caminos para resolverlo.

La **deconstrucción-construcción de problemas** resulta solidaria de las estrategias de abordaje desde el enfoque de redes ya que permite:

- recuperar las experiencias que surgen en los relatos de las personas e incluir las sensaciones que viven;
- contribuir a focalizar sobre un tema o problema considerando los criterios que llevan a esta conformarlo como tal: urgencia, accesibilidad, etc.;



3. La noción de organización fue tomada por la biología y está relacionada con la organización viviente

4. Las interrelaciones o uniones pueden ir desde la asociación (unión de elementos o individuos que conservan fuertemente su individualidad) a la combinación (que implica una relación más íntima y más transformacional entre elementos y determina un conjunto más unificado). Las uniones pueden ser aseguradas: * por dependencias fijas y rígidas, * por interrelaciones activas o interacciones organizacionales, * por retroacciones reguladoras, * por comunicaciones informacionales.

- comparar varias dimensiones del problema;
- decidir estrategias de acción en función de lo que los actores participantes consideran necesario y posible a través del consenso.

Dabas (2002) señala⁵:

"...Esta perspectiva de análisis de las redes nos implica la reflexión permanente acerca de la imposibilidad de manejarnos con un pensamiento apriorístico y por lo tanto con herramientas que funcionen como aparatos de captura de lo que es en sí un movimiento dinámico, fluido, asincrónico y multidimensional. Por esto, desde nuestra perspectiva analizamos los problemas en conjunto con los actores involucrados, incluyéndonos no como un observador externo sino presente en el campo de deconstrucción-construcción del problema, situacionalmente a tono con el problema necesario de resolver."

Construir entre todos el problema prioritario, puede estar dado por la puesta en diálogo de los datos y las informaciones recibidas, vinculándolas con percepciones de los actores sociales e incluyendo las propias del equipo de profesionales.



Es muy importante atender a la heterogeneidad de los actores participantes en la construcción y deconstrucción de problemas: vecinos y vecinas, miembros de ONG, técnicos, profesionales, funcionarios, etc. De ese modo se garantiza la diversidad de intereses, vivencias y experiencias.

5. DABAS, E.: Redes sociales: niveles de abordaje en la intervención y organización en red. Inédito.2002.

6. A este mapeo lo asemejamos con la tarea de cartografiar. La cartografía fue definida como el arte de trazar mapas. Era una tarea que se realizaba en cada ocasión que se quería reconocer un territorio, una ruta o trazar un nuevo camino. Esas cartas servían a otros, quienes le realizaban agregados en la medida que hallaban hitos diferentes en su recorrido

En el proceso de construcción de un problema es útil diferenciar *aquello que es posible de ser abordado de aquello que no es posible o viable* (por ejemplo, no desconocemos que la pobreza, el desempleo o el presupuesto son factores significativos pero nos resultaría imposible de abordar desde nuestra posición).

También es posible utilizar en algún momento la elección de un *foco*. Elegir un foco significa evaluar las condiciones de gobernabilidad de lo propuesto. Es decir, aquel aspecto del problema que se visualiza susceptible a la puesta en marcha de acciones por parte de los participantes que permita resoluciones en un tiempo adecuado.

Estas herramientas dan la posibilidad de seleccionar y utilizar un sistema de prioridades y de criterios de trabajo construidos situacionalmente por los actores locales.

1.2.2. Mapeo

Desde la metodología de trabajo del enfoque de redes hablamos de *ir mapeando*⁶ el territorio en la medida en que se lo recorre, incluyendo las múltiples voces y objetos

que, en ese recorrido adquieren relevancia, ampliando permanentemente el horizonte de sentido y construyendo significaciones conjuntas.

El **mapeo de recursos** con que la comunidad cuenta para realizar adecuadamente prácticas de salud y resolver los problemas que se presentan en su desarrollo, así como la **vinculación** entre los mismos, se transforma en una herramienta eficaz para recuperar las experiencias que resultaron adecuadas, así como plantear nuevas acciones, actores y escenarios.

Este mapeo es una herramienta de trabajo que se construye en conjunto con las personas involucradas en función de un problema, cuya importancia es consensuada entre todos.

No se trata sólo de una representación gráfica de este proceso, porque deviene de una producción colectiva basada en la diagramación según las convenciones propias del colectivo que lo realiza.

El mapeo, es una forma de presentación posible, que pone la mirada en los acontecimientos vinculares, ya sean estos personales u organizacionales.

El sentido del mapeo es *iluminar* ciertas zonas o aspectos del problema referidos principalmente a los vínculos y contactos.

El mapeo se configura a través de un gráfico en el cual simbolizamos las principales vinculaciones de las organizaciones y personas que presentan un problema y/o que trabajan en la posibilidad de resolución del mismo.

Este mapeo se realiza **junto** a la/s persona/s involucrada/s. En primer lugar se les solicita listar aquellas personas u organizaciones que creen puedan ayudar, colaborar o apoyar frente a la situación problema a resolver o abordar (sea porque ya lo estén realizando o porque les gustaría hacerlo en el futuro, aunque actualmente no sea posible). Cuando se trata de organizaciones, se solicita el nombre de una persona con la que habitualmente se contactan.

A partir del listado surgido entre los participantes, se les solicita que agreguen la tarea que ellos mismos realizan. Luego, se solicita se mencione para cada persona u organización el **atributo de ese vínculo**, esto es como vivencian esa relación, éste vínculo se grafica.

Habitualmente, estos atributos para los vínculos se pueden desagregar, en principio, en cuatro indicadores (pero eventualmente, pueden incluirse otros):

- **aceptación:** es decir, mantenerse cerca, mostrar preocupación, colaborar, acompañar, etc., se grafica ➔ ➔ ➔
- **oposición o conflicto:** es decir, situación de disputa o intereses enfrentados, exigencia o reclamo, sobrecarga, etc., se grafica ➔ ➔ ← ➔ ➔

- **indiferencia:** es decir, falta de oposición pero sin apoyo, se grafica $\uparrow\uparrow\uparrow\uparrow\uparrow$
- **distanciamiento:** es decir, inactividad del vínculo por razones diversas (porque hace tiempo que no se ven, cambio de barrio, participación en espacios diferentes, problemas irresueltos, etc), se trate de un distanciamiento en tensión o simplemente un distanciamiento, se grafica $\rightarrow\uparrow\rightarrow\uparrow\rightarrow\uparrow$

Hay veces que los que diagraman el mapa no pueden precisar aún la modalidad del vínculo, por lo cual suelen señalar:

- vínculo establecido, se grafica —————
- vínculo a establecer, se grafica - - - - -

Otras graficaciones de las modalidades vinculares que suelen surgir con frecuencia son:

- DA $\text{—————}\rightarrow$
- RECIBE $\leftarrow\text{—————}$
- INTERCAMBIA $\leftarrow\text{—————}\rightarrow$



A este primer momento de mapeo lo podemos llamar mapeo de recursos, mapeo de toma de conciencia de qué tenemos, mapeo de con qué contamos o con que necesitaríamos contar. Para ello realizamos esta delimitación de territorio, que no se define de antemano por parte del equipo de salud, sino que se diagrama en base al conocimiento que los actores poseen del mismo.

También es interesante en este primer mapeo o en cualquier otra etapa del mismo, la participación de actores diferentes, que necesariamente va a mostrar circulaciones distintas y no necesariamente contradictorias, tal vez complementarias, que luego se pueden retrabajar.

En este primer momento proponemos trabajar con la configuración posible. Es importante la representación que los actores tienen de su espacio social, cómo diagraman los escenarios donde realizan las acciones vinculadas con el problema de salud que queremos o necesitamos trabajar. **Este primer mapeo puede aportarnos un primer listado de personas y organizaciones que estén altamente involucradas en el problema.** Escuchar atentamente qué hacen cotidianamente nos permitirá ubicarnos en el estado actual de la red (p.e.: ¿conocen la situación de las personas del barrio que padecen el problema planteado?, ¿actúan como articulador de servicios o recursos disponibles en la localidad?, ¿reconocen situaciones que es necesario resolver y realizan las articulaciones posibles para que puedan ser abordadas?).

Le proponemos que retome el problema seleccionado en la actividad anterior y luego:

- Realice un mapeo de recursos.
- ¿Lo había realizado en su momento cuando realizó la programación local?
¿Qué tipo de información le brindó o le brindaría realizarlo?



En un segundo foco o momento, continuamos con el mapeo de recursos, vinculando los actores al territorio donde operan. Es aquí donde se torna relevante el trabajo sobre el **mapa catastral**. El elemento fundante es el grado de conocimiento permanente y actualizable que tenemos de los enclaves territoriales desde donde operan las organizaciones.

Para ello, el uso de Sistemas de Información Geográfica, aparece como una herramienta que permite cruzar, por ejemplo, bases de datos de las organizaciones con datos censales para la conformación de áreas prioritarias estratégicas.

La referencia al territorio surge de las representaciones que tienen los actores del mismo y que a menudo no coincide con niveles jurisdiccionales o catastrales que son valorizados por otros actores administrativos, a veces distantes de la dinámica vincular y las prácticas de los habitantes.

La ubicación de las diversas organizaciones se basa en diversas fuentes de información:

- Los **relevamientos sistematizados** de diversos organismos gubernamentales o privados (hay empresas que generan cartografía e información de manera autónoma o co-gestivamente con universidades o municipios, sobre todo cuando escasean datos actualizados)
- La información que proporcionan los **informantes claves** de esa comunidad.

Intentamos trabajar en un segundo momento sobre el mapa catastral y no en el inicio, para ubicar los recursos con que la organización cuenta. De otro modo podemos perder todo el juego de múltiples diseños con el que las personas abordan el espacio que habitan. En ellos ya podemos visualizar mayores cercanías, mayores distancias.

Resulta interesante interrogar sobre la **diversidad de organizaciones y personas incluidas**. Es por ello que planteamos la **importancia de trabajar el mapeo con diversos actores** ya que esto posibilita el surgimiento de visiones complementarias y por lo tanto enriquecedoras.

**Texto del Plan****Federal:**

(...) Una política de reforma primordial se traduce en el diseño de un nuevo modelo sanitario basado en la construcción de redes de atención y reconociendo su base primordial en la estrategia de atención primaria.
(...) Pág. 29

Las diversas circulaciones introducen no solo distintas perspectivas, sino además diferencias en el acceso a una multiplicidad de fuentes de información que son reactivadas por la actitud interrogante del operador.

Surge entonces la posibilidad de trabajar con un **tercer momento o foco**, se trata de identificar las distintas organizaciones con las cuales se ha realizado un contacto o podríamos potencialmente conectarnos, a partir de visualización realizada en el mapa catastral.

En este punto surgen a la luz la *intensidad y valoración del vínculo establecido* (¿cuáles de estas organizaciones y personas se han conectado entre sí?, ¿por qué se han conectado?, ¿qué hicieron en conjunto?)

La valoración del vínculo nos introduce una dimensión importante del trabajo que es la **reciprocidad**. Ya no se trata solo de qué reciben o qué dan, sino qué intercambian.

Al mismo tiempo que se hace visible estamos incluyendo la pregunta sobre la **densidad** de la red, desde la percepción las personas con la que estamos trabajando (¿cuáles de estas otras organizaciones que están en el territorio se conectan entre sí?)

Otro aspecto que también saldrá a la luz es la **accesibilidad**, es decir la posibilidad material u organizacional de activar los vínculos o recursos mapeados (¿que necesitamos, poseemos o carecemos para poder generar los vínculos necesarios?)

Este tercer momento nos permite establecer las **vinculaciones** entre los integrantes en las diversas direcciones antes descriptas (da, recibe, intercambia en forma recíproca, etc.).

Un cuarto foco o momento abre la posibilidad de **trabajar el mapeo institucional desde la lógica de los sujetos que se vinculan entre sí**. Pasamos ahora a ubicar en cada una de las organizaciones visualizadas, a las personas con las que se ha establecido vinculación.



En esta perspectiva, y en función del problema, necesidad y/o interés desde el cual se está mapeando, resulta muy importante incluir el análisis de las alianzas y conflictos actuales o posibles entre los actores señalados.

Desde esta mirada, pasamos de la lógica *relaciones institucionales* a la lógica *vinculación entre personas* que co-habitan las organizaciones, que van creando nuevas prácticas que devienen en posibilidades de incidir en la dinámica organizacional, que poseen diversos intereses y posibilidades de transformarlas,

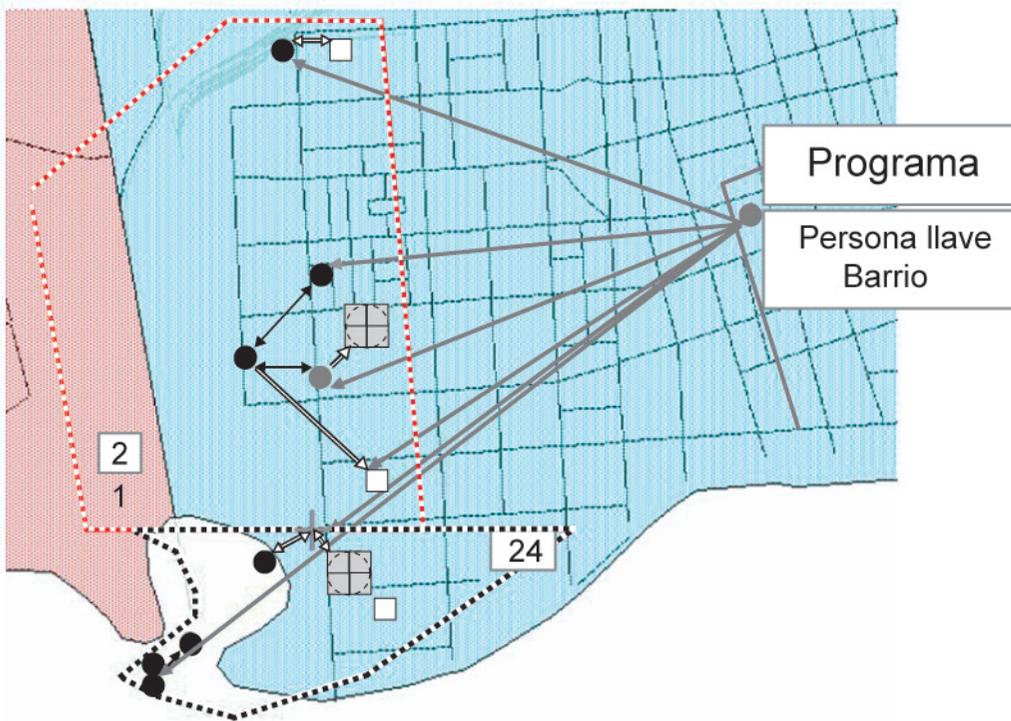
transformando las configuraciones vinculares que se organizan en torno problemas que los convocan.

Así entonces es como hemos llegado a internarnos en el nivel de la cotidianeidad de las relaciones sociales, de los tipos de problemas que emanan de los modos de relacionarse y de las configuraciones vinculares que se van dibujando para abordar a las problemáticas de salud.



En el siguiente mapa observamos como en un mapa catastral de un barrio se ubicaron las redes de vinculación confiables para llegar a trabajar con jóvenes en alta situación de vulnerabilidad en salud y social⁷.

OPERACIÓN COMUNITARIA EN UN BARRIO DE ALTA VULNERABILIDAD (1)
Inserción a la red comunitaria a través de persona llave-clave por medio de relaciones de extrema confianza



Área Estratégica: BARRIO (1)

Llegadas desde el Programa a las familias →
Llegadas por relaciones de parentesco →
Llegadas por relaciones de vecindad →

Personas llave-clave ●
Relaciones con la vecindad ●
Relaciones o parentescos ●
Grupos Vulnerables ●

7. NUÑEZ, R.:
Inmersión en redes
Comunitarias. Trabajo
con jóvenes vulnerables
desde una política
pública., en DABAS, E.:
Viviendo Redes.
Editorial CICCUS.
Buenos Aires. 2005

1.2.3. Recuperación de Experiencias

El proceso que hemos descrito brinda mucha información, pero sobre todo contribuye a la generación de **una historia común**.

El problema que convoca a miembros de la comunidad, organizaciones sociales y equipos de salud se vincula con **mejorar la salud de la comunidad**.

Las diversas miradas, las diferencias de origen familiares, institucionales, de intereses, laborales o educativas, las pérdidas, los logros, etc., enriquecen este proceso. También los resultados obtenidos y los obstáculos encontrados.

Es notable comprobar como de la diversidad de historias y situaciones con que cada uno llega al encuentro de los otros, se va definiendo un **problema común** que es el que le da sentido a ese estar juntos.

Un aspecto importante en este proceso es no dejar de explorar ninguna voz ni perspectiva, recordando que las que hablan son las personas, no las organizaciones. El vecino que no quiere participar en los talleres, el director de escuela que dificulta la participación activa de los padres en la escuela, el médico que no quiere compartir su tarea con profesionales de otras disciplinas, el funcionario que dilata la respuesta que una comunidad necesita, son voces que es necesario incluir de un modo u otro.

Es entonces cuando se puede dar lugar al surgimiento de propuestas para consolidar lo que se viene realizando al mismo tiempo que se posibilitan otras alternativas, potenciando modos diversos de describir y encontrar soluciones.

Sluzki las llama **nuevas historias**, que surgen de las historias alternativas anteriores y señala algunas características de las mismas a tener en cuenta: incluyen una dimensión temporal (marcan aspectos de evolución y cambio, progresión y futuro), implican una actitud constructiva (se basan tanto en los ejemplos de competencias y habilidades previamente demostrados como en la utilización de recursos que se poseen;) y dan intensidad a las conexiones con otras organizaciones del contexto, contienen reglas explícitas e implícitas (respeto por los intereses y necesidades de todos los actores sociales, evitación de la opresión y sufrimiento).



A continuación se presenta una síntesis del proyecto "Hacia una Red de Servicios Perinatal y Pediátrica" impulsada por la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud⁸.

En el marco del Plan Federal de Salud 2004-2007 en un modelo donde uno de los objetivos es que las personas puedan acceder a una red y no a servicios aislados, bajo la estrategia de atención primaria, en la que los distintos componentes actúen en función de las necesidades de los destinatarios, la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud está desarrollando estrategias para cumplir con este objetivo en la atención materno-infantil.

8. Síntesis aportada por la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Nación. 2006.

Los componentes de la red son, en primera instancia, instituciones de gestión pública y complementariamente de gestión privada, organizadas por niveles de atención y localizadas con criterios de necesidad regional.

La incorporación de tecnología, especialmente de la informática, introdujo el concepto de sistema de redes entendiendo por ello la posibilidad de interconectar distintos recursos disponibles de manera ordenada en sistemas de complejidad creciente.

La organización en red de los servicios de atención médica ha demostrado hasta el momento, ser el recurso más adecuado para lograr la articulación de los recursos sanitarios disponibles en un conjunto y mejorar la eficacia de la inversión.

La red nacional perinatal y pediátrica se desarrolla a partir de una serie de procesos y con la necesidad amplia de comunicación, atravesando los distintos niveles de atención desde la atención primaria hasta la alta complejidad. Su organización administrativa es en primer término provincial, el nodo provincial (Hospital Pediátrico o Maternidad) se relaciona con el nodo Nacional. A nivel provincial los hospitales zonales se conectan con los regionales y éstos con los provinciales. Los CAPS se conectarán con los hospitales zonales o regionales según estructura de cada provincia.

Los pacientes ingresan a la red a nivel local (CAP), zonal, regional o nacional según el riesgo o complejidad.

En este diseño la tecnología de la comunicación para la organización de las redes (teléfono, fax, correo electrónico, telemedicina) es el recurso que permite contar con medios inestimables.

Es obvia la importancia de la tecnología, pero es de similar importancia el RRHH (equipos de salud) involucrado para permitir un intercambio oportuno y eficiente, condición indispensable para alcanzar buenos resultados.

La vida de una Red para la Salud está dada por la calidad e intensidad de las interacciones de los distintos actores.

El objetivo se centra en los pacientes quienes a través de la red puedan acceder a derivaciones adecuadas y los profesionales que los asisten puedan realizar las consultas a los centros especializados. Esta modalidad requiere un grado de comunicación eficaz ya que del diálogo entre los protagonistas del sistema depende la calidad de la referencia y contrarreferencia.

Las estrategias para desarrollar esta red son:

- el SISTEMA DE COMUNICACIÓN A DISTANCIA que inició el Hospital Garrahan hace 9 años se va extendiendo como estrategia, al interior de las provincias conectando regiones distantes de los grandes centros urbanos.
- CONSULTORIO DE ALTA CONJUNTA MADRE-NIÑO en las

Maternidades, con auditoría de la historia clínica perinatal (SIP) y contrarreferencia al primer nivel de atención.

Es así que las provincias de Jujuy, Chaco, Catamarca han iniciado este proceso, ingresando paulatinamente otras provincias, Tucumán, Corrientes y Misiones.

Los objetivos de esta red son:

- Solicitar turnos para derivación de pacientes previa consulta con la especialidad para orientarla, dado que una consulta inadecuada es costosa para el paciente y la institución.
- Contrarreferencia de pacientes atendidos en hospitales de mediana o alta complejidad.
- Realizar si es necesario el seguimiento conjunto de pacientes en su lugar de origen con profesionales locales.
- Responder a consultas sobre diagnóstico o tratamiento de pacientes.
- Facilitar y complementar el intercambio sobre diagnóstico, evolución y seguimiento de pacientes.
- Solicitar turnos para Hospital de día o internación en hospitales.

Todo ello evita traslados innecesarios, la duplicación de estudios y de procedimientos, disminuyendo el costo, favoreciendo el uso racional de los recursos y revalorizando el rol de los efectores locales.

- Socializar el conocimiento: propiciando la interacción entre grupos de atención de distintos lugares del país, incrementando las oportunidades de aprendizaje mutuo. En este sentido se incorporará a la RED la Sociedad Argentina de Pediatría, a través de su oficina central y de las filiales del interior del país, instaladas en todas las provincias que facilitará la difusión de los materiales que los distintos Comités y Grupos de trabajo elaboran, consultas y todo aquello que la Sociedad considere de interés para los equipos de salud.

Consigna de trabajo:

- ¿Cuál sería aquí el problema común o la necesidad que es la base de la conformación de la red?
- ¿Cuáles cree que son los beneficios que otorga la conformación de una red de estas características?
- ¿Para la red de atención pediátrica planteada, qué otros nodos visualizaría en el área programática para fortalecerla como una red sociosanitaria materno infantil?
- ¿Qué opina con respecto a la siguiente afirmación?: *La vida de una Red para la Salud está dada por la calidad e intensidad de las interacciones de los distintos actores.*

2. Iniciando Estrategias Conjuntas

Un último momento del abordaje metodológico de las redes en salud está centrado en la consolidación de alternativas.

A veces este momento no recibe la atención debida porque los participantes se entusiasman con los cambios que comienzan a percibirse rápidamente. Sin embargo es fundamental dejar un espacio para este momento. Las personas necesitan confrontar en terreno las nuevas propuestas e historias, introducir las modificaciones necesarias y probar diferentes estrategias, equivocarse en forma compartida, etc.

Desde esta perspectiva de abordaje, resulta muy importante que desde el comienzo se trabaje pensando en qué se dejará instalado en la comunidad como Red. Cuál será la capacidad instalada que permitirá a la red seguir reproduciéndose para afrontar otros problemas.

La red, en algún sentido nos preexiste y en otro sentido, es bueno que exista aún cuando ya no estemos allí.

Pensar en las prácticas de salud desde su dimensión socio-cultural posibilita construir nuevos territorios. Al mismo tiempo modifica nuestra manera de relacionarnos, de pensar nuestra red social y de asumir compromisos.

3. En síntesis ...

Para finalizar nos interesa señalar que el mapeo desde el enfoque de redes sociales permite:

Visibilizar otros mundos que quedan dentro de nuestro propio mundo.	Descubrir modos diferentes de realizar prácticas similares; experiencias que nunca se nos hubieran ocurrido.
Construir escenarios posibles	Un escenario es el lugar donde se desarrolla un suceso. Por ejemplo, la sala de espera de la salita de salud es un lugar donde las mamás conversan entre ellas de distintos temas de crianza y que nosotros podríamos aprovechar para escucharlas e intercambiar opiniones sobre la crianza de sus niños y niñas.

	En muchas ocasiones lo que no sucede fácilmente entre las paredes de un consultorio, acontece en los lugares del "mientras tanto". El escenario es el mejor lugar, con paredes o sin ellas, para realizar actividades que potencien el encuentro entre las personas que tienen un problema similar.
Procurar asociaciones entre diversas organizaciones y personas	Esto posibilita intercambiar recursos y realizar experiencias de conjunto.

Actividad de integración



Como actividad de integración de la Unidad 3 le proponemos que:

a. Busque experiencias de trabajo en red dentro de su área programática y luego conteste a los siguientes interrogantes:

- ¿Participa usted o el CS en estas redes?
- ¿Considera valioso que el equipo de salud de su Centro participe en este tipo de redes? ¿Por qué? ¿Cómo lo haría?

Le sugerimos que comparta sus opiniones con el resto de los compañeros del Posgrado.

b. Piense en un problema actual que les resulte de difícil solución.

- ¿Cómo visualizaría el trabajo en red para colaborar con la solución al problema planteado?
- ¿Cómo utilizaría las herramientas descritas en esta Unidad para promover, desarrollar, fortalecer y sostener en el tiempo una red para seguir trabajando con ese problema?





Evaluación

En esta oportunidad le proponemos una evaluación que consta de dos partes. La primera plantea el análisis de dos situaciones problemáticas y la segunda propone una actividad de reflexión final.

El objetivo es que Ud. pueda articular lo trabajado en este módulo con situaciones de la práctica cotidiana y reflexionar sobre la importancia de trabajar desde la perspectiva de redes.

1. Lea las siguientes situaciones y luego responda a los interrogantes planteados.

Situación problemática 1

En un espacio de capacitación destinado a profesionales de la salud que trabajaban en el primer nivel de atención, se había desarrollado varias clases sobre el tema de redes. Cabe aclarar que si bien la formación estaba promovida por las autoridades sanitarias de la región, la participación en la actividad era voluntaria. De una misma organización podían estar presentes uno o varios integrantes del equipo. Como tarea, los participantes debían diseñar un plan de trabajo desde su organización pensado desde el enfoque que venían aprendiendo. Una de las profesionales participantes realizó el siguiente planteo:

Pr: No puedo diseñar ese plan porque en mi institución estoy sola.

La coordinadora, sorprendida, le pregunta:

C: ¿Dónde queda la Unidad en la que trabajás? (pensando que se hallaba en un medio semirural, o muy alejado)

Pr: En el Barrio 2 de abril, a una cuadra de la ruta (indicaba una zona, que aunque de población en situación de vulnerabilidad, era muy poblada)

C: Entonces, ¿cómo es que estás sola?

Pr: Si, soy la única

C: ¿No hay otras personas? ¿Quiénes más trabajan ahí?

Pr: Bueno, si trabajan otros: un odontólogo; una enfermera; un ginecólogo; la



pediatra se fue y no hubo reemplazo. Ah, y una administrativa.

C: Vuelvo a preguntarte: ¿por qué decís que estás sola?

Pr: Es que soy la única psicóloga

Lo llamativo es que un mes después la profesional realizó un interesante proyecto vinculando la sala de salud con dos escuelas de la zona. El mismo lo diseñó junto con la administrativa, el odontólogo y el promotor de salud del barrio, quiénes fueron los que se entusiasmaron con la propuesta.

- ¿Cuál había sido la representación inicial de la profesional respecto a "equipo de salud"?
- ¿Desde la perspectiva que predominaba en un inicio, cuál sería uno de los obstáculos para el trabajo desde el enfoque de redes?
- ¿Cuáles considera que fueron los factores que llevó a la profesional a cambiar su perspectiva?

Situación problemática 2

Un grupo de adolescentes se "instalan" en la puerta del CS diariamente en los horarios de atención y consumen drogas. Son conocidos por la gente del barrio y suelen delinquir dentro y fuera del barrio.

Frente a esta situación las actitudes que toma la gente del barrio son diversas:

- Un grupo no quiere ir al CS por miedo.
- Otro grupo asiste al CS y cuestiona al equipo del CS la presencia de este grupo.

Por otro lado dentro del equipo del CS también se plantea esta discusión:

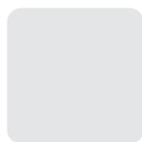
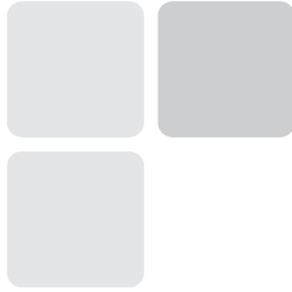
- Algunos de los miembros del equipo creen que no es posible hacer nada.
 - Otros consideran que sí deben actuar.
 - Y a otros ni siquiera les interesa el tema.
-
- Explique cómo abordaría este problema considerando cada uno de los niveles de abordaje trabajados en esta Unidad. (redes personales y familiares, redes comunitarias, redes institucionales, redes intersectoriales, redes de servicios de salud)

2. Piense y describa qué problemáticas dentro de su área programática podrían ser resueltas y por lo tanto incidir en el incremento de la calidad y la eficiencia de la atención y del cuidado de la salud, si se considerara la perspectiva de red social de inserción de la persona o paciente ya desde el ingreso del mismo a la institución o CS y luego en su entorno social.

Una vez finalizada la evaluación, le sugerimos que comparta lo producido con sus compañeros del Posgrado y su tutor. De lo que se trata es de reflexionar y generar hipótesis sobre el beneficio de abordar diversas situaciones desde una mirada diferente.



Bibliografía



Bibliografía utilizada

- CAPRA, F.: *La trama de la vida. Editorial Anagrama. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos.* Editorial Anagrama. Barcelona. 1996.
- DORNELL, T.: *Redes Sociales y participación social. Área Teoría y Metodología de la intervención profesional. Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. 2005.*
- DABAS, E, YANCO, D. Y ROS C.: *La intervención en redes sociales y fortalecimiento de la sociedad civil. Encuentro Redes.* Argentina. 2001.
- ARUGUETE G.: *en Redes Sociales. Una propuesta organizacional alternativa. Jornadas sobre Gestión en Organizaciones del tercer sector.* Bs As. 2001.
- PAKMAN, M: *Una metáfora para la práctica de la intervención social.* Encuentro Argentina. 1993
- DABAS, E: *¿Quién sostiene a las familias que tienen que sostener a los niños? Redes sociales y restitución comunitaria. Revista Terapia y Familia.* Vol 16. N°2. Méjico. 2003.
- NAJMANOVICH, D: *El juego de los vínculos. Subjetividad y redes. Editorial Biblos.* Buenos Aires. 2005.
- MIRES, F.: *La sociedad de redes (o las redes de la sociedad). Chasqui, Quito, N° 67. Septiembre de 1999. Pág. 2. , citado en Arteaga, J., Bernardo, J. y Roa, E.: Redes promocionales de calidad de vida. Ministerio de Salud y Desarrollo Social y Agencia de Cooperación Alemana. 2002.*
- BRONFMAN, M.: *Presencia y ausencia de redes sociales. En M. Bronfman. Como se vive se muere. Familia. Redes sociales y muerte infantil.* México: CRIM; pp: 143-166. 2000.
- ARTEAGA, J., BERNARDO, J. Y ROA, E.: *en Redes promocionales de calidad de vida. Ministerio de Salud y Desarrollo Social y Agencia de Cooperación Alemana, República bolivariana de Venezuela. 2002*
- HABERMAS, J.: *Teoría de la acción comunicativa. Taurus.* Buenos Aires. 1989.
- DABAS, E. Y PERRONE, N.: *Redes en Salud. Parte II. Documento inédito.* 1999.
- SENGE, P.: *La quinta disciplina. Editorial Granica.* Buenos Aires. Barcelona. 1992.
- RADZICKI, MICHAEL: *Institutional Dynamics, Deterministic Chaos and Self- Organizing Systems.* Journal of Economic Issues, 24:57-102. 1990.

- WHEATLEY, MARGARET: *El liderazgo y la nueva ciencia. La organización vista desde las fronteras del siglo XXI*. Editorial Granica. Barcelona-Buenos Aires. 1992.
- ARRÚE, W. Y KALINSKY, B.: *La salud y los caminos de la participación social. Marcas institucionales e históricas*. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires. 1993
- BANYAI, I.: "Zoom" Fondo de Cultura Económica, México.1997.
- BARNES, J.: *Class and committees in a Norwegian island parish*", *Human Relations*, vol. 7, N° 1. 1954.
- BATESON, G.: *Naturaleza y Espiritu" Amorrortu*, Buenos Aires. 1990.
- BATESON, G.: *Pasos hacia una ecología de la mente"*, *Planeta-Lohle*, Buenos Aires. 1990
- VON BERTALANFFY, L.: *Teoría general de sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires. 1988
- VON BERTALANFFY, L.: *Perspectivas en la teoría general de sistemas*, *Alianza*, Madrid. 1982
- VON BERTALANFFY, L., ROSS A, WEINBERG, G.M. Y OTROS.: *Tendencias en la teoría general de sistemas"*, *Alianza*, Madrid. 1987
- CASTELLS M.: *La Era de la Información"*, Tomo I, de "La sociedad en red". *Siglo XXI*, México. 1999.
- DELEUZE, G. Y GUATTARI, F.: "Rizoma" Editorial Pre-textos, Valencia. 1977.
- LATOUR, B.: *Nunca hemos sido modernos. Ensayo de Antropología Simétrica*. Debate, Barcelona. 1994.
- MATURANA, H. Y VARELA F.: *El árbol del conocimiento"*, Editorial Universitaria, Santiago de Chile.1990.
- MOLINA, J. L.: *El análisis de redes sociales*, Ediciones Bellaterra, Barcelona. 2001.
- MORENO, J.: *Fundamentos de sociometría*. Paidós, Buenos Aires. 1976.
- MORIN, E. : *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa. Barcelona. 1994.
- NAJMANOVICH, D.: *Estética del Pensamiento Complejo, en Andamios. Revista de Investigación Social, Año 1, Núm. 2. Colegio de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México*, México. 2005.
- NAJMANOVICH, D.: *Interdisciplina: riesgos y beneficios del arte dialógico. Revista "TRAMAS". Publicación de la Asociación Uruguaya de psicoanálisis de las configuraciones vinculares. Tomo IV, N° 4. 1998.*
- NAJMANOVICH, D.: *O sujeito encarnado. Quesotes para pesquisa no/do cotidiano*, P&A editora, Río de Janeiro. 2001.

- SHELLER, M.: *The Mechanisms of Mobility and Liquidity: Re-thinking the Movement in Social Movements*".
<http://www.comp.lancs.ac.uk/sociology/soc076ms.html>. 2000.
- SPECK, R Y ATTENAVE; C : *Redes Familiares*. Editorial Amorrortu. 1973.
- KLEFBECK, J.: *Los conceptos de perspectiva de red, en Dabas y Najmanovich: Redes, el lenguaje de los vínculos*, Editorial Paidós.1995.
- SLUZKI, C: *La red social, frontera de la práctica sistémica*. Editorial Gedisa.1997.
- KELMANOWICZ, V.: *Problemas escolares: ¿Más de lo mismo o nuevas soluciones?* AZ Editora. 1996.
- DABAS, E: *Redes Sociales, familias y escuela*. Editorial Paidós. 1998.
- AUERSWALD, E.: *Lógicas y lógicas para el trabajo en red, en Dabas, E. Y* 1996.
- RODRÍGUEZ NEBOT, JOAQUÍN : *En la frontera*. Editorial Multiplicidades. Montevideo. 1997.
- RODRÍGUEZ NEBOT, JOAQUÍN: *Violencia y conflicto en los ámbitos escolares. Revista Ensayos y Experiencias. N° 35*. Buenos Aires. 2000.
- ROVERE, M.: *REDES: hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad. Secretaria de Salud Pública. Rosario. 1998*.
- DABAS, E Y PERRONE, N.: *Redes en Salud, en Viviendo Redes*. Editorial CICCUS. Buenos Aires. 1999.
- ELKAIM, M.: *Terapia de red*. Editorial Gedisa. Barcelona. 1990.
- DABAS, E.: *Red de Redes. Las prácticas de intervención en redes sociales*. Editorial Paidós. 1993.
- BACALINI, G.; FERRARIS, S Y OTROS: *Centros educativos para la producción total, en Dabas, E. Y Najmanovich, D: op. Cit. 1995*.
- AMOR, I. Y OTROS: *Organizando redes para acompañar las crisis familiares,. El juez como organizador de redes, en: dabas, E. Y Najmanovich, D.: op.cit. 1995*.
- BERKMAN, L.F. Y SYME, L. : *Social Networks, host resistanse and mortality: A nine - year follow-up study of Alameda County residents. American Journal of Epidemiliogy, 109 (2): 186:204. 1979*.
- OTERO, R.: *ACREDITACIÓN. de redes de servicios de atención médica. Fo: Gestión en Salud; 1 (1):46-51, jul.2001*.

■ Autores

Lic. Elina Dabas

FUNDARED. (Fundación para el Desarrollo y la Promoción de Redes Sociales)

Dr. Pedro Casserly

Prof. Adjunto Depto. de Salud Pública.
Universidad de Buenos Aires (UBA)

Dr. Jorge Daniel Lemus

Director del Depto. de Salud Comunitaria. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales(UCES)

■ Editor

Ministerio de Salud de la Nación

■ Supervisión

Roberto Armagno

Lic. Adriana Sznajder

■ Diseño didáctico

Lic. Eleonora Sansosti

■ Asesoramiento académico

Dra. María Luisa Ageitos

Acad. Abrahaam Sonis

■ Diseño Gráfico

Pablo Fantini

■ Imprenta

Graphicom

■ Agradecimientos

Agradecemos el apoyo y la colaboración brindados por las Lic. Beatriz Onik y Lic. Viviana Pascual - Unidad Ministerio. Ministerio de Salud de la Nación - y los aportes otorgados por el Dr. Ruben Torres - Consultor OPS - OMS. Uruguay.

Registro de la propiedad intelectual:

Módulo 9; Salud y Redes / Elina Dabas ; Pedro Casserly ;
Jorge Lemus ; con colaboración de: Mariela Rossen...[et.al.];
edición literaria a cargo de: Mariela Rossen - 1a ed. 1a reimp. -
Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación, 2010.

96 p. ; 21x30 cm

ISBN 978-950-38-0037-9

1.Salud y Ambiente. I. Casserly Pedro II. Lemus, Jorge III.
Rossen, Mariela, colab. IV. Rossen, Mariela, ed. lit. V. Título

CDD 613

Fecha de catalogación: 19/01/2010

Se terminó de imprimir en