

I. FUNDAMENTACIÓN ACERCA DE NUESTRA EPOCA Y LAS REDES SOCIALES

El pensamiento de la Modernidad

La modernidad nos demostró la existencia de un conocimiento que nos posibilitaba acceder al reino de la verdad. Contaba para ello con una herramienta fundamental: la razón. Ésta posibilitaba conocer el mundo a través del conocimiento científico y organizarlo a través de leyes racionales. El hombre contemplaba la creación y así descubría su funcionamiento. La vida del hombre se hallaba regida por las leyes de la ciencia y del aparato jurídico. Se esperaba que fuera objetivo, que observara al mundo desde afuera de sí mismo, que cumpliera las reglas.

Esta realidad tomada como la verdadera, dio lugar a lo que la epistemología cartesiana llamó *conocimiento objetivo*. Este conocimiento priorizó los estándares; las grillas explicativas que posibilitaban ordenar la realidad; valorizó lo cuantitativo, construyendo instrumentos de medida para evaluar y juzgar lo que sucede. Las emociones y la pasión, al igual que la intuición y lo artístico fueron considerados productos menores y por lo tanto desvalorizados, sin que por ello se resten méritos a las contribuciones que el pensamiento positivo aportó al desarrollo de la ciencia.

Al referirse al paradigma de la modernidad, D. Najmanovich plantea que la transposición de la física newtoniana concibe a la organización social como un mecanismo, una máquina que funciona de acuerdo a un modelo técnico, racional y lógico, que define para dicha máquina una estructura formal. Desde esta perspectiva, el que opera en lo social es un planificador que sabe a priori lo que va a producirse al final. Las acciones están vistas como programas prefijados. Este es un modelo que produce eficiencia, la que es monodimensional y lineal y por lo tanto sólo tiene sentido en contextos estables. (Najmanovich, 1995)

La influencia de la postguerra

Después de la Segunda Guerra Mundial surge con mayor intensidad la divergencia con respecto a esta mirada del "mundo tal cual es". Pareciera que cuando la humanidad toca límites que plantean su posibilidad de destrucción comienza a replantearse hacia dónde marcha su destino. Fueron muchas las líneas de pensamiento que se replantearon, cada una desde su campo de problemas. La concepción sistémico cibernética, la epistemología genética, la semiótica, la filosofía del lenguaje, la neurofisiología comienzan a plantear la perspectiva del "**conocimiento del conocimiento**".

El cambio de un pensamiento lineal centrado en la razón, a **un pensamiento complejo** abre la inclusión de la historicidad, el valor de los afectos, de las percepciones. Es decir, se introduce **una racionalidad diferente**.

Comienza a resaltarse la importancia de reconstruir lógicamente un lazo de **relaciones auto-organizadoras**²: el lazo biocultural que surge del lazo biosocial. Las aproximaciones genéticas, neu-

¹ Material elaborado con el apoyo de FUNCER.

² El concepto de **autoorganización** se refiere a la capacidad de los sistemas para modificar sus estructuras cuando se producen cambios en su medio, logrando un mayor nivel de complejidad durante dicho proceso y potenciando sus posibilidades de supervivencia. Dichos cambios mantienen tanto la estabilidad lograda como desarrollan modalidades organizacionales novedosas (Dabas, 1993). Asimismo este concepto está ligado con el de autonomía. Un sistema auto-organizado debe trabajar para construir y reconstruir su capacidad autónoma. Pero se habla de autonomía no en el sentido clásico de la libertad sino, por el contrario, de una profunda dependencia energética, informativa y organizativa con respecto al mundo exterior. Esta capacidad de autorregenerar-

rológicas, antropológicas, psicológicas, pedagógicas, ecológicas, sociológicas, históricas, entre otras, convergen para dar consistencia y enriquecer a la vez la idea de la unidad y de la diversidad humanas. Surge con fuerza la característica de la organización del sistema humano: la generación de grandes variedades de comportamientos y de relaciones sociales. Se comienza a ver un sistema humano multidimensional resultante de interacciones organizacionales, que presentan caracteres muy diversos.

Abandonada la posibilidad de lo inmutable, comienza a pensarse en el **cambio** como un proceso que se da en forma discontinua a través de **sistemas autoorganizados**. Estos nuevos desarrollos nos llevan a tratar de entender sistemas desde el interrogante de **cómo generamos nosotros ese sistema**.

Dichos cambios al mismo tiempo que mantienen una estabilidad lograda con anterioridad, desarrollan modalidades organizacionales novedosas.

Si entendemos a los sistemas sociales como sistemas autoorganizados podemos plantear que el cambio introduce un nuevo orden a partir del orden anterior, del desorden y de la capacidad de actuar como un seleccionador de elementos útiles para su estructura. El lenguaje tiene una central importancia en el proceso multidimensional del fenómeno cognitivo-perceptivo, ya que el lenguaje construye el mundo.

Pensando en redes

La entrada en esta cultura de la complejidad nos lleva a **visualizar el universo como una red de interacciones**. La epistemología clásica nos legó la metáfora piramidal. Esta pirámide poseía en la cúspide un centro de poder del cual dependían las decisiones, al igual que lo que se debía saber y decir. No sólo creímos en esta metáfora sino que contribuimos a sostenerla con nuestro accionar. Como ejemplo, la creencia sostenida de que las instituciones, entre ellas el hospital, funcionan porque el director está en su puesto a las ocho de la mañana, en lugar de pensar que su funcionamiento depende de la responsabilidad de cada uno de los que la integran, incluido el director. Pero sucede que frente al pensamiento jerárquico, aparece la posibilidad de buscar las pautas de conexión.

Surgen, entonces, **otras formas de concebir la relación entre las personas : las redes y las concepciones heterárquicas**³ (Von Foerster, 1990; Najmanovich, 1995). Esta concepción nos aleja de las formas jerárquicas, que tratan de imponer la autoridad de la verdad única. Desde esta nueva perspectiva, el conocimiento es el producto de la forma singular de la relación entre las personas y su mundo. Es el resultado de la interacción global del hombre con el mundo al que pertenece, el mundo de la diversidad donde la "integración" sólo puede aspirar a legalizar la legitimidad de las diferencias, reconocerle el territorio de lo polimorfo, de lo multiforme, la diversidad de sentidos.

La metáfora de la red nos ubica en **que las singularidades no son las partes que se suman para obtener un todo sino que construyen significaciones en la interacción; en que una organización compleja es un sistema abierto de altísima interacción con el medio; donde el universo es un entramado relacional. El conocimiento ya no busca la certeza sino la creatividad; la comprensión resulta más importante que la predicción; se revaloriza la intuición y la innovación.**

La mirada sobre las organizaciones sociales desde esta perspectiva permite pensarlas como **redes sociales**, dentro de una concepción que concibe la realidad en términos de relaciones, de pautas que conectan. En ese sentido las redes sociales han existido desde siempre dentro de una realidad dinámica y cambiante, asumiendo diferentes formas de relación, interacción, comunicación e inten-

se y autorrepararse es denominada organización recursiva (Morin, 1994)

³ El concepto de 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.

cionalidad. Lo importante es que los propios actores involucrados en esas organizaciones tomen conciencia de la existencia de esas redes, al igual que los administradores que generan intervenciones para su mayor efectividad.

Debe tenerse sin embargo en cuenta que **los cambios no suceden de un día para otro**. Se trata de un proceso que ya está iniciado, que tiene avances y retrocesos, que implica una **migración epistemológica**. Ésta no se produce abruptamente; está acompañada por momentos de entusiasmo por lo nuevo; otros, de miedo por lo que se dejó; algunos, en que lo diferente a emprender resulta difícil de realizar y por lo tanto nos tienta a regresar a las formas conocidas.

El punto clave de este modo de pensar el mundo es el de reflexionar permanentemente con otros; replantearnos nuestra propia red de relaciones para no padecer la paradoja de "querer trabajar en redes mientras vivimos aislados"

Reconociendo las redes sociales

Vale a esta altura detenerse en la noción de **red social**, que incluye a la **red vincular** y la **red nocional**. **La red vincular está constituida por las múltiples relaciones que cada persona establece** (red de vínculos). D. Najmanovich (1995) plantea que los seres humanos convivimos en un universo vincular en evolución y nos relacionamos con él atravesados por la emoción. Esto nos permite crear el mundo con otros y construir significados diversos según el contexto. Al mismo tiempo **la red nocional posibilita contar con un soporte que posibilita enmarcar nuestro accionar a través de "esto quiere decir lo mismo para ambos"** (red de nociones). No se trata solamente del marco teórico en el cual los profesionales respaldan su accionar. Muchas veces éste se constituye en la repetición de una construcción realizada por otro. En cambio la red nocional, basada en diversos marcos teóricos, es una coconstrucción peculiar, modificable y factible de enriquecerse permanentemente.

La noción de red social *implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo. Es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes 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 la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos.* (Dabas, 1998)

La red como sistema abierto, implica que admite el ingreso y el egreso de las singularidades que lo componen así como la posibilidad de cambios en las funciones que éstas desempeñan. 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 pueda luego recibir una derivación contrarrefeida. Esta característica hace que la red rechace a la compartimentación.

La multicentralidad de la red modifica el paradigma de la pirámide, donde todo debía converger *a y partir de* un centro único. También cuestiona el *paradigma del archipiélago*, según el cual cada unidad, aislada de otra, funciona por sí misma sin ninguna conexión entre sí. La propuesta no es la de poner orden al caos, o de dejar librada la organización a su suerte, y lo que es más grave a los recursos y capacidades de cada uno, sino la de pensar una *organización en red*, la cual remite a la noción de heterarquía anteriormente mencionada. Debemos entonces remarcar que la red apela permanentemente a la *reciprocidad*; esto es, 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 será también solicitada.

Una vez adentrados en la noción de red social surge el gran interrogante: ¿ cómo trabajar en las redes, cómo fortalecerlas, como reconocerlas, cómo definir las?

La búsqueda de la fórmula para crear ese escenario transformador hace que muchas veces no se aprovechen las oportunidades que los ámbitos de trabajo: el hospital, el centro de salud, el consultorio, la comunidad, nos brindan.

Si bien existen recursos metodológicos para implementar una estrategia de trabajo en red, las mejores intervenciones se realizan cuando se produce una opción sobre articulaciones y vínculos pre-existentes. Se habla así de descubrir y apelar a las redes y de reconocer su preexistencia a nuestra mirada y en tal sentido los administradores debieran aguzar su capacidad de observación y plantear sobre los senderos transitados, los ejes organizadores de la tarea. **Desde esta perspectiva nuestro accionar hará que su funcionamiento se promueva y se potencie, incrementando indudablemente la calidad, eficacia y la eficiencia de su gestión.**

II. ADMINISTRACIÓN, GERENCIA Y REDES

La administración transitó a lo largo de este siglo por diferentes enfoques que dieron a las organizaciones objetos de estudio, sus particulares concepciones y levantaron para su mejor comprensión distintos aspectos y dimensiones de análisis, que funcionaron a modo de hipótesis explicativas de sus desempeños.

Estos enfoques guardan un carácter científico, en tanto surgen de observaciones sistemáticas y se expresan en modelos coherentes, aunque sean limitados y aproximativos.

El pensamiento positivo dejó la impronta de las organizaciones como estructuras rígidas, en las se reparte el poder y la autoridad verticalmente entre distintos niveles jerárquicos, a la vez que se divide el trabajo a realizar según criterios de especialización.

El pensamiento del siglo XX aportó otras concepciones que deben ser capitalizadas como conquistas en materia de administración y gerencia, las que culminan al cierre de la centuria con las propuestas de nuevos paradigmas, materializados en buena medida en la visión de **las organizaciones como redes y trabajando en red.**

Algunas de las ideas expresadas en el acápite anterior han impactado directamente en el campo de la administración y gerencia y han contribuido a la construcción del pensamiento que sustenta el enfoque de redes :

- La visión clásica hacía pensar a la administración como racional, ordenada según criterios previos y respondiendo a normas, en tanto hoy se vive a las organizaciones como una realidad caótica y compleja, donde la razón no alcanza, ni tampoco el conocimiento técnico. Hay que poner intuición y emoción en lo que se hace. Muchas respuestas gerenciales son con frecuencia el resultado de presiones interactivas ilógicas e irracionales de la vida organizacional o del contexto.
- Es relativamente sencillo entender y aceptar las organizaciones modernas como entidades complejas y dinámicas, pero conducir y hacer en la complejidad y el dinamismo no resulta fácil ni habitual. Hay que estar prevenido contra los engaños de la racionalización, el sentido común, las analogías, lo obvio, las tramas del poder. Para actuar frente a la complejidad y el dinamismo, es necesario incorporar otras visiones, hay que hacer nuevos amigos, hay que traer otras disciplinas al análisis de la realidad. Hay que aprender a diferenciar, hay que precisar y no sólo medir. Debe comprenderse que lo bueno y lo malo no van en bloques tan diferenciados, y que hay fortalezas y debilidades concomitantes. Es menester asumir la imprevisibilidad, reducir los horizontes de tiempo, aceptar nuevas demandas, aceptar la sorpresa tecnológica, someter las decisiones a criterios sociales. Todo ello requiere flexibilidad, esto es aceptar la imposibilidad de consensos absolutos; admitir futuros alternativos; aceptar las contradicciones, comprenderlas y convivir; saber y

hacer en el desorden; tener contención ante los problemas.

- La formación de los administradores debe ser vista como un proceso para ampliar sus enfoques, para pensar mejor, para abrir caminos, para incorporar nuevas ideas y comprometerse con nuevos valores y con los cambios requeridos, para la mejor comprensión del mundo actual, para su mejor capacidad de acción, más que para conseguir un “producto técnico eficiente” en el manejo institucional.
- Todos los líderes y el propio personal de las instituciones son vitales para el logro de objetivos, más allá de las condiciones individuales de quien dirige. En consecuencia la capacitación estará dirigida no tan sólo a los gerentes superiores sino a al personal en su totalidad, en particular los que lideran los cambios y a sus grupos en la propia línea de producción.
- La gerencia requiere de otros enfoques, particularmente por los cambios que se vienen produciendo en la atomización de las organizaciones, producto en buena medida de la descentralización. La organización atomizada y holográfica surge de los nuevos paradigmas. La imagen holográfica, representación fotográfica en tres dimensiones obtenida con el rayo laser, guarda todas las informaciones del todo en cada una de sus partes.

La organización es visualizada como una red compleja de relaciones entre las distintas partes que la conforman. Cada parte conoce dinámicamente a cada una de las otras. El valor de un elemento lo determinan los nexos, la red de relaciones y el estado de los otros miembros. Las estructuras son objeto de percepción, red de relaciones percibidas y no realidades físicas. El significado de las partes está determinado por el conocimiento previo del todo. El todo está en cada parte y éstas a la vez están en el todo, lo conocen y pueden reproducirlo. La organización se transforma en un conjunto de pequeñas organizaciones, administradas con un máximo de interdependencia. La conexión de las partes está dada por un intenso sistema de comunicación, en el que todas las informaciones son distribuidas igualmente por todos los sectores. Cada una de las partes sabe bien que pasa en las otras. Las personas forman parte de un sistema social común, comparten ideas y objetivos, tienen polivalencia funcional y sentimiento de pertenencia, sin forzar la conformidad. Se reduce la gerencia intermedia. Los liderazgos son alternativos y variables y aún voluntarios.

- ”Lo que parece estar emergiendo no es un futuro dominado por una corporación o un gobierno global, sino un sistema mucho más complejo, similar a la organización en matrices, que se ha visto surgir en ciertas industrias avanzadas. Más que a unas cuantas burocracias globales, piramidales, se están tejiendo redes o matrices que enlazan diferentes clases de organizaciones con intereses comunes, un sistema reticular abierto, en lugar de un sistema cerrado.” (Alvin Toffler)
- Los **códigos básicos** de los nuevos enfoques de la administración tienen mejor cabida en las redes y el trabajo en red:
 - Diversidad, pluralidad, inclusión, interacción, dinámica, complementariedad, interdisciplina, flexibilidad, compatibilización, negociación
 - Democracia, convocatoria, aproximación, participación, influencia, objetivos comunes, equidad, solidaridad, sustentabilidad, aceptabilidad moral, compromiso, nueva relación, cooperación, colaboración, comunicación, transparencia, satisfacción, creatividad, innovación, cambio

Caracterización del trabajo en red en el campo administrativo

La **administración** en su afán por crear instrumentos sociales con fines determinados, **adoptó el enfoque de redes para diseñar organizaciones utilitarias** en el campo de la producción de bienes y servicios.

El trabajo en red es una **estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio** entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes. Para actuar hoy en los sistemas así establecidos es necesario comprender y vivenciar esta nueva forma de actuación.

La red es el resultado de esa estrategia y constituye una **modalidad organizativa y de gestión**, que adoptan los miembros que deciden esa vinculación, cuyas características dominantes son : **la adaptabilidad, la flexibilidad, la apertura, la horizontalidad, la fluidez y la espontaneidad de las relaciones**. La Real Academia define a las redes, entre sus acepciones, como un conjunto y trabazón de cosas que obran a favor o en contra de un fin o de un intento.

La esencia del trabajo en red es la **decisión voluntaria** de dos 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.

El **vínculo** así generado tiene **carácter horizontal**, de **relación entre pares**, acotado por los acuerdos normativos que entre ellos establezcan, por fuera de las regulaciones burocráticas de las respectivas instituciones a las que pertenecen o puedan pertenecer.

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 a criterio de sus miembros y de los acuerdos que entre ellos establezcan, el dimensionamiento y la conformación última de la red.

La modalidad de gestión en red constituye un importante cambio en el paradigma acerca de la **administración de sistemas**, superador del anterior ya que resulta inclusivo de la participación, la interdisciplina y la articulación intersectorial. En muchos países y en particular en Argentina, el desarrollo histórico de los sistemas de salud generó formas administrativas mixtas o plurales con organizaciones dependientes del subsector público estatal, de la seguridad social y del ámbito privado, conformando subsistemas de servicios cuyos relacionamientos están fuertemente restringidos por las propias normativas de las respectivas dependencias subsectoriales, afectando la efectividad y la eficiencia global. Reconciliar reglas y circuitos puede resultar muy difícil, no obstante la buena voluntad, en tanto que la red ofrece un camino simplificado de superación.

Finalidades del trabajo en red

Para la generación de una red es imprescindible que exista una finalidad explícita, de interés 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.*

Los fines pueden ser muy disímiles, algunas redes son de defensa de derechos, otras son utilitarias para mejorar la producción de bienes o servicios, otras para el intercambio, por citar algunos ejemplos. Algunas pertenecen al campo de la educación, otras de la salud, o de la comunicación; algunas vinculan centros de investigación y la excelencia de las ciencias y otras al mundo del arte, estableciendo incluso entre ellas nexos hasta ahora inimaginados. En nuestros días, muchas de ellas funcionan apoyadas en la cibernética.

La intención del trabajo en red es aunar esfuerzos, evitar duplicaciones, alcanzar por complementariedad una mayor capacidad resolutoria, ser más eficaces y eficientes en lo que se hace como producto del intercambio y la colaboración. Casi todas las redes en salud tienen entre sus fines la actualización, la nivelación y la educación continua de 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”. (Reunión de Puebla, México, Red PROASA, Programa de Administración de Salud, Fundación W. K. Kellogg).

Una advertencia de los administradores respecto de la construcción de **organizaciones en redes** que se procure **no normatizarlas ni regularlas demasiado**, a fin de no caer nuevamente en esquemas burocráticos rígidos, perdiendo las cualidades de la flexibilidad y la voluntariedad que caracteriza a las redes.

Con frecuencia el trabajo en red se orienta al mediano o largo plazo, aunque siempre atento a los problemas de la coyuntura. La propia consolidación de una red requiere tiempos prolongados más allá de las urgencias. Sin embargo las redes responden con prontitud a los hechos que las provocan o demandan su respuesta, visualizándose en oportunidades y por este mecanismo en la plenitud de su presencia, como puede verse por ejemplo en las redes de defensa de derechos.

III. DIVERSOS NIVELES DE ABORDAJE

Tradicionalmente cuando se habla de redes en salud se piensa en la red de establecimientos “como sistemas escalonados de complejidad creciente” o en el hospital como red “expresada en las interacciones de sus estructuras formales”. Se trata por lo tanto de cambiar estas concepciones con un nuevo sentido, expresado en la noción de red como fuera anteriormente definida.

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

Es por ello que para el momento aplicativo se consideró conveniente reconocer en salud al menos los siguientes niveles de redes:

- **Red personal**
- **Red comunitaria**
- **Red institucional**
- **Red de servicios**
- **Red intersectorial**

No obstante, debe tenerse en cuenta que estos “recortes” se consideran sólo a los fines de exposición, en el entendimiento de las innumerables relaciones interactivas que se dan entre ellos y a la posibilidad de haber escogido otras delimitaciones operativas.

La red personal

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 sobrevivencia, 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 los diferentes países como en una serie de estudios epidemiológicos de tipo prospectivo, que han demostrado que la mortali-

dad mayor se acumula en los subgrupos con una red social mínima (Berkman y Syme, 1979) (Tibblin y col, 1986)

Al no considerar la perspectiva de red, la calidad⁴, eficacia y eficiencia⁵ 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 de riesgo personal, grupal, 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 en relación a estudios, medicaciones, curaciones o dietas 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 quien cuide a 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 el ingreso del mismo 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, pero desde una visión de derivación y no de articulación.

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.**

La admisión es una situación clave para interrogar acerca de su red de inserción, la cual debería formar parte de su historia clínica. Cabe aclarar que el interrogatorio sobre la red no se limita a preguntar y registrar un listado de nombres. La red no es un catálogo. Por ejemplo, en el caso del grupo familiar del paciente interesa conocer cuáles son las relaciones más significativas, ya que preguntando solamente por la composición del mismo no es posible conocer las relaciones que podrían constituirse en ayuda y sostén en una situación de necesidad.

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.** *Esta red contribuye sustancialmente a su reconocimiento como individuo y constituye una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad y adaptación a una crisis.* (Sluzki, 1996)

⁴ Calidad es el cumplimiento de condiciones requeridas o acordadas previamente (estandar)

⁵ En la implementación de Programas Sociales cobra especial relevancia la preocupación por aumentar la eficiencia en la utilización de los recursos que estén disponibles e incrementar la eficacia en alcanzar los objetivos de los proyectos que se financian con ellos (Cohen, E. Y Franco, R. (1996).

La importancia de los distintos grupos de relaciones intenta focalizar sobre una situación que no ha sido considerada sistemáticamente por los prestadores de salud. Cuando se logra traspasar el límite de considerar al paciente como alguien aislado, descontextualizado, el grupo que se ha privilegiado es el familiar. La importancia central que nuestra sociedad ha dado a cosanguinidad, ha llevado a que en situaciones en que ésta se halla debilitada, no puedan considerarse la importancia de otros lazos que poseen los mismos atributos que los vínculos familiares. En situaciones tales como migraciones adquieren una importancia central.

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 en forma de un mapa, construido con la interacción del consultante.

La información proporcionada se sistematiza en cuatro grupos, a saber:

- **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

Este mapeo posibilitaría, por un lado, contar con un banco de recursos que puedan operativizar acciones que 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.

Por el otro 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:

1. 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.
2. normatizar la lectura conjunta de la carpetas 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
3. 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
4. generar un sistema de retorno de esa comunicación. El equipo de salud debe estar al tanto de lo que se acuerda
 5. 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)

La Red Comunitaria

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

- **la constitución del equipo de salud**
- **la participación de la población destinataria.**
- **la generación de modelos de gestión participativos**
- **la articulación de necesidades y demanda**
- **la propuesta de cobertura total**

Estos componentes por lo general no tuvieron en cuenta la lógica de los *actores sociales*.⁶ *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.**

He aquí tres problemas en los que focalizar la atención:

- La **cuadriculación 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 cooperativa 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 estra-

⁶ 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)

tegia 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.** Aclaramos 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)**. 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. 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 comparativo y de las correcciones y agregados realizados.

▪ **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, en las que se cumplen múltiples funciones:

a. En sociedades poco experimentadas en la evaluación sistemática de sus prácticas, uno de los roles más importantes es el de promover la **internalización de la cultura de la evaluación**. La continuidad que han tenido en distintos países las experiencias de evaluación, está permitiendo la construcción de la “cultura evaluativa” como un valor social, más allá de los resultados obtenidos en los distintos operativos. Esta cultura evaluativa resulta fundamental a la hora de pensar en procesos de fortalecimiento de la sociedad civil.

b. Una segunda función, asociada a la anterior, es la **difusión democrática de los logros y obstáculos** de los programas sociales, alentando la reflexión de todos los sectores, para que cada uno pueda conocer su propia implicancia en los resultados obtenidos.

c. La tercera es la función más tradicional de la evaluación y la más importante en el sentido de la gestión y está relacionada con **la capacidad que posee para aportar información relevante a los distintos niveles de decisión en materia de políticas públicas**.

De esta manera, en el marco internacional, se ha ampliado el horizonte en cuanto a los sentidos otorgados a la evaluación. La tercera función es considerada, en la actualidad, como una de las más relevantes que deben cumplir los procesos de evaluación, pero no como la única.

Un punto importante considerado desde esta práctica, es la **difusión de sus resultados**. Los diferentes sectores y niveles del sistema de salud -nacional, jurisdiccional, local o los mismos establecimientos asistenciales-, tienen el derecho de acceder a la información que aporte al mejoramiento de la calidad, eficiencia y eficacia de la gestión. Esto implica a la vez, de parte de estos sectores y niveles, el compromiso de generar, utilizar y proporcionar información relevante, produciéndose así un importante incremento del monto de información disponible.

Por lo tanto, habrá distintas necesidades de información en función de las responsabilidades y las tareas que cada uno de estos actores debe desarrollar.

Esto se extiende a los resultados de las acciones evaluativas, ya que **“la utilidad de una evaluación es en buena medida la que de ella extraigan (...) las distintas audiencias”** (Tiana Ferrer, 1995).

De manera especial, cabe resaltar la importancia de que los resultados de las evaluaciones lleguen a manos de la población destinataria, convertidos en información ágil, clara y precisa, proporcionando elementos que les posibiliten reformular y enriquecer tanto su participación como el cuidado de la salud.

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 clara y definida es fundamental a la hora de pensar el funcionamiento de las instituciones. Pero desde la perspectiva de las redes sociales la optimización de su funcionamiento 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 planeado 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 abren 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 perverso 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 salud a un hospital. La estructura organizacional lo cuadrícula, y a la vez cuadrícula 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 perso-*

nal de salud

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

1. 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.
2. 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.?
3. el material obtenido en los puntos 1 y 2 constituyen la materia prima para la formulación del proyecto institucional. Este proceso requiere:
 - a) el establecimiento de una línea de base constituida por la organización de toda la información disponible en cuanto a:
 - i. características de la población que demanda atención (social, educativa, económica, etárea, cobertura de salud, etc.; principales problemas de consulta)
 - ii. características ambientales, de infraestructura de servicios, de habitat de la población demandante
 - iii. tipo de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que se encuentran en el área de influencia. Servicios que prestan
 - iv. datos epidemiológicos existentes
 - b) 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
 - c) 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

Redes de establecimientos y servicios

Este nivel de articulación de Redes es el que posiblemente, se halla más explícitamente instituido. En el caso de que la oportunidad política recomiende la decisión de establecerlas, sería adecuado considerar que no es la decisión misma las que las pone en movimiento sino que ésta debe insertarse en un itinerario de relacionamientos que tiene una historia previa a esa decisión. **Si tales relacionamientos 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 los relacionamientos, 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.

Cabe destacar que el proceso referente a la conformación de **Redes de Salud** tuvo un particular empuje y un cambio cualitativo a partir de la propuesta de la Secretaría de Salud de la MCBA “Todos Juntos por una Ciudad Saludable”, que fuera elaborada por el **CIRFS - Centro de Investigación del Recurso Físico en Salud** -, a inicios de 1992.

Las redes habían sido concebidas hasta esa fecha como la articulación entre hospitales clasificados según su nivel de complejidad y vinculados predominantemente 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.

El **nuevo enfoque propuesto por el CIRFS** presenta un marco conceptual dinámico, concibiendo las redes en el escenario metropolitano. El enfoque parte de la caracterización de los servicios y los recursos y genera una metodología apoyada en un conjunto de instrumentos, inclusiva de los requerimientos de las grandes ciudades (Sistemas Urbanos de Salud - SUS) y de los sistemas locales de salud.

El modelo 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, perinatológica, 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. **El enfoque del CIRFS mantiene total vigencia.**

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 a San Martín (1988), la comunidad puede considerarse en dos dimensiones: a) 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, b) **como un sistema social**; la comunidad como un sistema puede ser considerado 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 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 Civil ⁷, 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 rela-

⁷ 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"

cionamiento” 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)

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.

BIBLIOGRAFÍA

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

Bertucelli, Sebastián (1997)(comp): Redes Comunitarias en Salud Pública. La experiencia de Río Tercero. Editorial Fundación Banco de Río Tercero. Córdoba

Bertucelli, Sebastián (1998) (comp): Redes Comunitarias en Salud Pública. La experiencia de Santa Rosa de Río Primero (Córdoba). Universidad del Aconcagua. Mendoza.

Bourdieu, Pierre (1988): Cosas Dichas. Editorial Gedisa. Barcelona

CIRFS - Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Universidad de Buenos Aires. (1980 y 1981): Atención de salud en Grandes Ciudades.

Cohen, Rolando y Franco, Ernesto (1996): Evaluación de Proyectos Sociales. Editorial Siglo XXI Editores. 3° edición. Méjico.

Dabas, Elina (1988): Los Contextos del Aprendizaje. Situaciones socio-psico-pedagógicas. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires.

Dabas, Elina (1993): Red de Redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Dabas, E. Y Najmanovich, D. (comp.) 1996: Redes, el lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y fortalecimiento de la Sociedad Civil. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Dabas, Elina (1998): Redes Sociales, familias y Escuela. Colección Cuestiones de Educación. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Martín, A., Chacón F. y Martínez M. (1988) Psicología comunitaria, Madrid, Editorial Visor

Morin, Edgard (1994): La noción de sujeto, en Fried - Schnitman Dora (comp): Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Morin, Edgard (1994): Epistemología de la Complejidad, en op. cit.

Najmanovich, Denise (1995): De la independencia absoluta a la autonomía relativa, en Dabas, E. y Najmanovich, D., op. cit.

Pérez Díaz, Víctor(1995) : La primacía de la Sociedad Civil. Editorial Ariel. Buenos Aires

Perrone, N. y Nirenberg, O.: Notas para el trabajo en red en el área de Salud. Cuadernos de Ceadel N° 14.

Piaget, Jean (1972): Psicología y epistemología. Editorial Emecé. Buenos Aires. Capítulo II y IV.

Sluzki, Carlos: La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica. Editorial Granica. Barcelona. 1996

Tibblin, Welmet y col (1986) : Capítulos en S.O. Isacson y J. Janzon (comps): Social Support: Health and disease. Estocolmo, Almqvist & Ewksell. Pp. 11-19

Tiana Ferrer, Alejandro: "Tratamiento y usos de la información en evaluación"
Documentos Vol. I Programa "Evaluación de la Calidad de la Educación" de la Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno. OEI

Toffler, Alvin : El Cambio del Poder. 1990. Plaza y Janes Ed.

Von Foerster, Heinz(1991) : Las Semillas de la Cibernética. Editorial Gedisa. Barcelona.

OBJETIVOS OPERATIVOS DE ESTRUCTURA Y PROCESOS PARA EL DEDESARROLLO DE REDES DE SALUD

| Propósito | Actividades para lograr objetivos de Procesos | Actividades para lograr objetivos de Estructura |
|---------------------|--|---|
| Red Personal | <ul style="list-style-type: none"> . Confeccionar carpetas de las familias que habitan en el área de responsabilidad del efector. . Incorporar a la anamnesis la red personal . Normatizar la lectura conjunta de la carpetas familiares por parte de los equipos de trabajo . Designar claramente al responsable de la comunicación con los miembros del entorno (amistades, familiares, compañeros de trabajo, miembros de su comunidad, etc) . 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) . Promover la derivación protegida y el turno programado al centro de referencia . Generar un sistema de retorno de esa comunicación para el equipo de salud que debe | <ul style="list-style-type: none"> . Sensibilizar al equipo de salud del 1er nivel en torno a la red personal Propiciar la programación de la actividad . Capacitar al personal de salud en el armado de historias familiares que contemplen la red social personal y de la familia . . Organizar una red de formadores que puedan replicar esta capacitación por el sistema Propiciar la evaluación de los resultados |

| | | |
|--|-------------------------------------|--|
| | estar al tanto de lo que se acuerda | |
|--|-------------------------------------|--|

| Propósito | Actividades para lograr Objetivos de Procesos | Actividades para lograr Objetivos de Estructura |
|------------------------|--|--|
| Red Comunitaria | <ul style="list-style-type: none"> . Identificar las principales organizaciones e instituciones de la Sociedad Civil existentes en el área de responsabilidad. . Idem respecto a líderes reales y potenciales en materia social y de salud . Conformar un fichero / directorio dinámico con información particularizada acerca de fortalezas, intenciones, objetivos, etc. de las instituciones y líderes identificados . Activar contactos entre personas, grupos u organizaciones, por complementariedad o similitud, para el desarrollo de tareas, actividades, proyectos . Historizar el diagnóstico socio sanitario del área y propiciar el armado de una red manifiesta con ideario compartido . Propiciar reuniones de los miembros de la red (administrativas, de coordinación, académicas, etc.) y encuentros para identificar intereses o posibles metas a compartir | <ul style="list-style-type: none"> . Generar algún nivel de coordinación general para dinamizar y sostener la red . Desarrollar sistemas e infraestructura de información y comunicación aptos para el intercambio y la interconexión . Generar bancos de información sobre recursos, publicaciones, agencias de financiamiento, etc. . Difundir aspectos relativos a las instituciones miembros de la red Promover actividades de capacitación y asistencia técnica a la red Desarrollar actividades para la sustentabilidad de la red . Organizar procesos sistemáticos y participativos de monitoreo y evaluación de las actividades de la red . Sistematizar las experiencias y difundir en forma democrática de los logros y dificultades |

| Propósito | Actividades para lograr Objetivos de Procesos | Actividades para lograr Objetivos de Estructura |
|--------------------------|---|---|
| Red Institucional | <ul style="list-style-type: none"> . Acordar el proyecto institucional compartido (contextuado en la comunidad) . Promover el desarrollo de los proyectos de las unidades en torno al proyecto institucional . Propiciar la interdisciplina y la multiprofesión en torno a las interrelaciones clave de las unidades, pensando al paciente | <ul style="list-style-type: none"> . Identificar las unidades constitutivas de la institución (sectorización) . Identificar liderazgos personales y grupales (y carencias) . Sensibilizar a la conducción y a los líderes acerca del trabajo en red . Conformar un sistema de coordinación y de delegación |

| | | |
|--|--|------------------|
| | <p>te y a la comunidad atendidos por la institución y no por una sumatoria de servicios o de profesionales</p> <ul style="list-style-type: none"> . Generar espacios reales y simbólicos para desencadenar una cultura de relacionamientos y evaluativa en torno al proyecto institucional <p>Desarrollar el programa de reuniones periódicas de la institución</p> | <p>de tareas</p> |
|--|--|------------------|

| Propósito | Actividades para lograr Objetivos de Procesos | Actividades para lograr Objetivos de Estructura |
|--------------------------------|---|--|
| <p>Red de Servicios</p> | <ul style="list-style-type: none"> . Definición de actividades por niveles de atención según servicios, a partir de las actividades del primer nivel de atención, para luego proceder a identificar procedimientos mayores en otros niveles de atención . Elaboración de las normas más apropiadas para la operación y el fortalecimiento de las relaciones de la red respectiva . Diseño y organización de las redes complementarias indispensables para una atención integral . Adecuación de los diferentes niveles para desempeñarse de acuerdo a diseño . Amplia difusión institucional y pública de los acuerdos respecto de la red diseñada | <ul style="list-style-type: none"> . Reconocer territorialmente los recursos estatales, de la seguridad social y privados existentes en el sistema urbano o local . Reconocimiento de los servicios existentes, de su desarrollo actual en los diferentes establecimientos y de los vínculos existentes (modelos observados / percibidos) . Identificación y convocatoria de los líderes e instancias respectivas |