

## REDES DE SERVICIOS DE SALUD EN EL CONURBANO BONAERENSE: UNA ESTRATEGIA PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES DEL TERRITORIO

Por Ana Airovich<sup>1</sup> y María Crojethovic<sup>2</sup>



*Las redes de servicios de salud presentan potencialidades que contribuyen a contrarrestar la fragmentación que caracteriza al sistema de salud en general y específicamente al Conurbano Bonaerense. Tienen la capacidad de aglutinarlo y de potenciar políticas y programas a partir de la coordinación continua de servicios en salud, reduciendo la desigualdad en la atención entre territorios.*

---

<sup>1</sup> Investigadora y docente Grupo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (Instituto del Conurbano-UNGS)

<sup>2</sup> Investigadora y docente Grupo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud, y del Observatorio del Conurbano (Instituto del Conurbano-UNGS)

Desde mediados de la década de los '90 los organismos internacionales de salud han comenzado a promover la conformación de redes de servicios de salud en el ámbito regional, para intentar reducir la fragmentación que aqueja a los sistemas de salud en la región y que produce altos [índices de desigualdad en la atención](#), como por ejemplo las brechas de [mortalidad infantil](#) que se producen entre municipios. La Organización Mundial de Salud (OMS) sostiene que las Redes Integradas de Servicios (RIS) y los Sistemas Integrados de Servicios de Salud (SISS) posibilitan la gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema (OMS, 2008). Estas dos propuestas articulan de manera estratégica servicios con distinta jerarquía y nivel de complejidad en el territorio, a la vez que otorgan a la atención primaria de salud (APS) un papel central como coordinadora para garantizar la continuidad de la atención a la comunidad <sup>3</sup>. Por este motivo, las redes de servicios cobran relevancia como estrategia para mejorar el acceso, la cobertura y los beneficios prestacionales en calidad y cantidad.

En este sentido, articulan prestaciones y recursos para una población definida, con el propósito de mejorar tanto el alcance como la eficiencia de las intervenciones sanitarias.

En la Argentina y específicamente en el Conurbano Bonaerense, la potencialidad de las redes de servicios de salud se traduce en la capacidad organizacional para aglutinar al sistema y potenciar las intervenciones sanitarias (políticas y programas), a partir de la coordinación continua de servicios en salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos) para un territorio y población definida<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Harzheim, 2011.

<sup>4</sup> Shortell et al, 1993; Dabas, E. y Perrone, 1999; Vázquez Navarrete y Vargas Lorenzo, 2006; Mendes, 2013.

## El sistema de salud en el Conurbano Bonaerense

Si bien en la Argentina el sector salud está integrado por tres subsectores con escasa interacción -el estatal, el de la seguridad social y el privado-, éste se encuentra asentado sobre la provisión pública a la que tienen derecho todos los habitantes con independencia de la posesión de algún tipo de aseguramiento social o privado. Mientras que los trabajadores formales estatales o privados cuentan con una cobertura adicional proporcionada por instituciones de la seguridad social denominadas obras sociales, los empleados de organismos públicos provinciales están asegurados en las obras sociales provinciales. Este esquema se completa con prestadores de servicios asistenciales, financiadores o empresas de seguros médicos, laboratorios de especialidades médicas y empresas de equipamiento e insumos médicos que conforman el subsector privado. Finalmente, siguiendo los principios del sistema federal del país, las responsabilidades en salud están compartidas entre el Estado Nacional y los gobiernos provinciales dentro del ámbito estatal<sup>5</sup>.

En la Provincia de Buenos Aires el subsector público se fue constituyendo por una progresiva transferencia de establecimientos desde la jurisdicción nacional hacia las provincias y, tras la aguda descentralización de las décadas pasadas, por la transferencia de los centros de salud provinciales a la órbita de los municipios<sup>6</sup>. Este proceso no estuvo acompañado por la definición de las responsabilidades a cumplir por cada nivel gubernamental; paralelamente, operó sobre municipios con capacidades institucionales y recursos heterogéneos, dando lugar a brechas considerables entre los territorios locales en el acceso a los servicios y en las modalidades de la atención<sup>7</sup>. Otro rasgo de la conformación del subsector público bonaerense es la organización territorial de la política de salud en doce regiones sanitarias<sup>8</sup>, cada una de las cuales representa un espacio desconcentrado

5 Cetrángolo, 2011.

6 Acuña y Chudnosvky 2002, Maceira 2005, Cetrángolo 2011

7 Chiara et al, 2010.

8 Ley 7016 del año 1965, reglamentada por decreto 805/67.

del estado provincial para la coordinación técnico administrativa de la política sanitaria<sup>9</sup>.

En consecuencia, en el territorio bonaerense la gestión y la prestación de servicios transcurre en un escenario fuertemente fragmentado entre los tres subsectores. A su vez, al interior de la esfera estatal, el diseño de las políticas y la provisión de servicios descansan en una estructura organizativa en la que se combinan desarticuladamente los niveles nacional, provincial y municipal de gobierno con fuertes consecuencias en el acceso, la cobertura y la calidad de la atención.

El primer nivel de atención está compuesto por 887 establecimientos sin internación, casi en su totalidad municipales. Contrariamente, el segundo nivel de atención dispone de 72 establecimientos con internación (hospitales) que si bien dependen de las diferentes jurisdicciones son mayoritariamente provinciales (9.618 camas totales distribuidas en 482 nacionales, 5.755 provinciales y 3.381 municipales); a este mapa de establecimientos se suman las 13 nuevas Unidades de Pronta Atención (UPAS) exclusivamente provinciales<sup>10</sup>.

## Las redes de servicios de salud en el Conurbano Bonaerense

Los análisis que se despliegan a continuación se basan en el estudio sobre las redes de servicios de salud en el Conurbano Bonaerense realizados en las regiones sanitarias V, VI, VII y XII, por el Grupo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud, del Instituto del Conurbano (UNGS)<sup>11</sup>.

En relación a su dimensión estructural, las redes de servicios de salud están

<sup>9</sup> Chiara et al., 2011

<sup>10</sup> Fuente: Series 2000-2015, base de datos del Grupo de diseño y gestión de políticas de salud, en base a datos DEIS 2015, para los 24 partidos del conurbano.

<sup>11</sup> El estudio se enmarca en el proyecto PICT-2014-0693 - cobertura universal de salud y redes de servicios: encuentros y desencuentros entre la macro y la meso gestión. Un estudio de caso en el conurbano bonaerense 2008/2015.

compuestas en su generalidad por establecimientos del subsector estatal, permitiendo cierta articulación en términos de recursos profesionales, insumos, información, tecnologías, etc. No obstante, la relación con las instituciones privadas -con y sin fines de lucro-, es casi inexistente.

Entre los prestadores que integran las redes encontramos hospitales públicos de jurisdicción provincial y municipal; en cambio, son menos las que involucran también hospitales nacionales. En algunos casos, contemplan también centros de atención primaria para abordar problemáticas que demandan mayor interacción con la población local (por ejemplo, las redes de Salud Sexual y Reproductiva o las de Enfermedades Crónicas No Transmisibles). Al interior de cada red, los equipos profesionales están orientados al trabajo interdisciplinario con el propósito de complementarse para aprovechar las facilidades de la especialización.

Otra de las variables relevadas en torno a la estructura buscó dar cuenta de la articulación con programas nacionales y/o provinciales, debido a la relevancia que esto adquiere para reducir la fragmentación del sector en los procesos de atención de la población. Casi la totalidad de las redes mostró una interacción con alguno de los programas previamente implementados desde el nivel central o provincial, permitiendo así optimizar recursos e insumos para la atención de cada problemática y mejorar el acceso, la cobertura y los beneficios brindados.

La siguiente tabla muestra como todas las redes estudiadas articulan al menos con un programa u organismo público para su desempeño, y como aquellas que requieren de mayor contacto con el primer nivel articulan con varios programas a la vez.

Tabla 1. Articulación entre las redes y los programas

Tipo de Red	Programas u organismos Nacionales y Provinciales
Hemoterapia	Instituto Provincial de Hemoterapia
	INCUCAI
Cardiopatías Congénitas	Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas
	Programa de Materno Infantil de la Provincia
Enfermedades Crónicas no Transmisibles	Programa de Prevención de Epilepsia (PROEPI)
	Prevención del Asma Infantil (PROBAS), Remediar
Salud Sexual y Reproductiva	Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
	Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino
	Programa Nacional Salud y Adolescencia
	Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)
	Programa Nacional de Asistencia para medicamentos y reactivos SIDA
	Plan Nacional para la reducción de la mortalidad materno infantil, de las mujeres y las adolescentes
	Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable
	Dirección Provincial de Atención a las Adicciones
	Programa Materno Infantil de la Provincia
	Programa de Prevención de Cáncer Genito-mamario (PROGEMA)
Programa Provincial de VIH-SIDA, ITS y Hepatitis Virales	
HIV	Dirección Nacional de SIDA y ETS
	Programa Provincial de HIV, enfermedades transmisibles y hepatitis viral
Perinatal	Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
	Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable
	HIV/Infecciones de Transmisión Sexual Nación
	Dirección de Materno Infancia de Nación
	Plan Nacional de Reducción de Mortalidad Materno Infantil
	Redes Perinatales de Provincia
Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas (PNCC)	
Nefrología	Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético (PRODIABA)
	Programas locales de hábitos saludables.

Fuente: relevamiento Redes de Servicios de Salud 2015, realizado por el Grupo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO/UNGS)

La amplitud de la red fue una segunda dimensión estudiada, y buscó dar cuenta del territorio comprendido. Identifica si la red comprende un territorio local (municipio), o si compromete a varios territorios alcanzando una escala regional, provincial o nacional. A la vez, indaga en dos subdimensiones: escala jurisdiccional y área programática; para abordar la amplitud de las redes en términos de cobertura ofrecida, el análisis se completó estudiando tanto los servicios y prestaciones brindadas como las problemáticas de salud atendidas.

La tabla 2 presenta cada una de las redes en relación al nivel jurisdiccional al que pertenecen.

**Tabla 2. Pertenencia jurisdiccional de las redes**

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

**Fuente:** relevamiento Redes de Servicios de Salud 2015, realizado por el Grupo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO/UNGS).

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

Todas las redes tienen definidas formalmente sus áreas programáticas. Esto les permite no solo planificar intervenciones adecuadas a las necesidades del territorio, sino también advertir la potencial demanda que tanto ellas

como sus organizaciones tendrán. La definición de las áreas programáticas además posibilita, en términos de Ramírez (2004), analizar el efecto e impacto de un determinado servicio o equipamiento en la población que potencialmente podría emplearlo.

En relación a las prestaciones y servicios encontramos relatos poco homogéneos, tanto entre los referentes de redes que abarcan la misma problemática como al interior de una misma red en los casos nacionales y provinciales; se debe tener en cuenta que los instrumentos recogen relatos, y estos pueden no ser homogéneos. Hecha esta salvedad, el estudio revela que las prestaciones que las redes suelen brindar se orientan fundamentalmente al tratamiento y al diagnóstico (ambos presentes en la gran mayoría de los casos). Paralelamente, muy pocas redes tienen incorporados los cuidados paliativos entre sus servicios. Es llamativa la ausencia de prestaciones de prevención y promoción en la Red Perinatal de la RS V, así como también en la Red de Enfermedades Crónicas no Transmisibles de la RS VII, en especial si se considera la pertinencia de estas actividades tanto en la atención perinatal como en la atención de enfermedades fuertemente vinculadas con los "determinantes sociales de la salud" (enfoque que contempla a los factores económicos, educativos, ambientales, culturales y de género en el abordaje de los procesos de salud enfermedad de una población determinada)<sup>12</sup>.

---

12 OMS (2011). Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro, Brasil, 21 de octubre.

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



Tabla 3. Servicios y prestaciones

Tipo de Red	Promo- ción	Preven- ción	Diag- nóstico	Trata- miento	Rehabili- tación	Palia- tivo	Emer- gencia
Hemoterapia V	X	X	X	X	X	X	X
Hemoterapia VII	X	-	-	X	-	-	X
Cardiopatías Congénitas	-	-	X	X	X	-	-
Enfermedades Crónicas no Transmisibles V	X	X	X	X	X	-	-
Enfermedades Crónicas no Transmisibles VII	-	-	-	X	-	-	-
Enfermedades Crónicas no Transmisibles XII	X	X	X	X	X	-	-
Salud Sexual y Reproductiva V	X	X	X	X	X	X	X
Salud Sexual y Reproductiva VI	X	X	X	X	-	-	-
Salud Sexual y Reproductiva VII	X	X	X	X	-	X	-
Salud Sexual y Reproductiva XII	X	X	X	X	-	-	-
Sistema Integrado de Emergencia Sanitaria	-	-	X	-	-	-	X
HIV	X	X	X	X	-	-	-
Perinatal V	-	-	X	X	-	-	-
Perinatal VI	X	X	X	X	X	X	X
Perinatal VII	X	X	X	X	-	-	-
Perinatal XII	X	X	X	X	-	-	X
Nefrología	X	X	X	X	-	-	-

**Fuente:** relevamiento Redes de Servicios de Salud 2015, realizado por el Grupo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud (ICO/UNGS).

La organización de las redes, a diferencia de las otras dos dimensiones, supone un nodo de coordinación que vincule a las instituciones integrantes. El mismo involucra un grupo de profesionales que desarrollan actividades orientadas a la articulación de tareas, insumos y recursos para optimizar los procesos de atención. Aunque muchas veces dichos profesionales se ven obligados a desarrollar ciertas tareas cotidianas de resolución inmediata para sortear algún obstáculo puntual, más que a tareas de gestión administrativa destinadas al funcionamiento de la red.

Si bien todas las redes gestionan información de tipo financiera, clínica y epidemiológica para analizar casos particulares, resolver situaciones coyunturales y -en algunas ocasiones- para proyectar futuras intervenciones, solo la mitad producen sus propios datos en torno a las problemáticas socio-sanitarias y al perfil epidemiológico de la población que atienden. En esta misma dirección, el uso de un padrón como herramienta para conocer las características y las necesidades de la población es muy importante, aunque sólo sea utilizado por un tercio de las redes.

Salvo excepciones, el proceso de comunicación al interior de las redes no se encuentra informatizado: hay ausencia de historias clínicas informatizadas y/o sistemas informáticos compartidos. Tampoco existe un seguimiento del paciente a través de profesionales específicamente designados por la red.

Finalmente, una peculiaridad que define en gran medida a la organización de las redes es la ausencia de un presupuesto asignado de manera específica. Esto podría ser leído como una limitación para el desarrollo, la autonomía y el propio funcionamiento de las mismas.

## **Desafíos y limitaciones de las redes para la atención de la salud de la población**

Las redes de servicios de salud aparecen como una estrategia del subsector público para contrarrestar la fragmentación y segmentación del sector, con

la finalidad de mejorar el acceso a la atención, la cobertura y los beneficios en salud.

Con este propósito, permiten ampliar las intervenciones en salud ya que facilitan la circulación de insumos e información, vinculando territorios con distintos equipamientos y/o capacidades institucionales y profesionales. Operan así, como un dispositivo organizacional que procura reducir las desigualdades en la atención entre territorios (municipios) diversos.

Coordinan -fundamentalmente- servicios de diagnóstico y tratamiento para mejorar el acceso y proporcionar una atención más integral, tendiendo puentes entre la población y los efectores de salud. Se apoyan en programas nacionales y/o provinciales preexistentes, articulando recursos para que circulen por los distintos establecimientos y/o conectando diferentes niveles jurisdiccionales (vinculando establecimientos nacionales, provinciales y/o municipales).

Aún es un desafío para el desarrollo de esta estrategia la comunicación entre los tres subsectores, ya que las redes están compuestas por instituciones públicas que no se relacionan con las instituciones privadas o de la seguridad social.

A pesar de las propuestas de la OMS y OPS que otorgan a la APS el lugar de coordinación de la atención, las redes reproducen una lógica hospitalocéntrica que quita protagonismo al primer nivel de atención (quién ha sido definido por la literatura primordialmente por su proximidad a la comunidad y a las familias).

Las redes como estrategia han permitido que se avance hacia la identificación de la población beneficiaria, aunque en términos generales se ha dado de manera parcial. En paralelo, la utilización de distintos padrones ha restringido la posibilidad de un registro centralizado o único.

El manejo de la información y la comunicación entre los miembros de la red suceden sin desarrollos ni despliegues tecnológicos que permitan interacciones virtuales -y en tiempo real- para vincular la gestión de las políticas sanitarias con el territorio y una población específica.

Finalmente, son pocas las redes que cuentan con un presupuesto asignado específicamente, esto dificulta el crecimiento de las mismas en términos operativos para cumplir con los objetivos propuestos. Asimismo, plantea limitaciones para una gestión y un desempeño más autónomos, lo que resulta poco virtuoso para la relación entre los establecimientos de salud y las necesidades de salud de la población.

*Invitamos a leer la [entrevista realizada a Mónica Crespo](#), coordinadora de la red perinatal de la Región Sanitaria VII, en la cual se ejemplifican características de las redes señaladas a lo largo de este artículo.*

## Bibliografía

- Acuña, C. y Chudnosky, M. (2002): El Sistema de Salud en la Argentina. Documento N°6. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional. Universidad de San Andrés.
- Cetrángolo, O. (2011): Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2011. PNUD-OPS-CEPAL.
- Cetrángolo, O. (2014): Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el Sistema de Salud Argentino. Rev. de Economía Política de Buenos Aires. Año 8, Vol. 13 (pp. 145-183).
- Chiara, M.; Di Virgilio, M. y Ariovich, A. (2010): La Coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: reflexiones en torno a la política local (2000-2005). SALUD COLECTIVA, 6(1): (47-64).
- Chiara, M.; Moro, J.; Ariovich, A.; Jiménez, C. y Di Virgilio, M. (2011): Lo local y lo regional: tensiones y desafíos para pensar la agenda de la política sanitaria en el Conurbano Bonaerense. En: Chiara, M. y Moro, J. (coord.) Salud en las Metrópolis. Prometeo-UNGS.
- Dabas, E. y Perrone, N. Redes en Salud. 1999. Documento inédito [en línea]. Buenos Aires. Disponible en: <http://www.baemprende.gov.ar/>

[areas/salud/dircap/mat/matbiblio/redes.pdf](#).

- Maceira, D. (2005): Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentino. Documento CEDES. Disponible en: <http://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2014/07/Maceira-Argentina2005final.pdf>.
- Macinko, J.; Montenegro, H.; Nebot A. C.; Etienne, C. y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica. 21(2/3): (73-84).
- Organización Mundial de la Salud (2008): Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de la salud, más necesaria que nunca. Washington D.C.: OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2008): Sistemas Integrados de Servicios de salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington D.C.: OPS/OMS.
- Harzheim, Enro (2011): Atencao primária a saúde e as redes integradas de atencao a saúde. En: Harzheim, E. (ed) Inovando o papel da atencao primaria nas redes de atencao a saude: resultados do laboratorio de inovacao em quatro capitais brasileiras. Brasilia: Organizacao Panamericana da Saúde, Ministerio da Saúde, Conselho Nacional de Secretarios Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretarios Municipais de Saúde.
- Ramírez, L. (2004): Determinación de áreas de influencia hospitalaria mediante análisis espacial en SIG vectorial: un aporte metodológico [en línea]. Buenos Aires: Primer Seminario de Geografía cualitativa, 2004. Disponible en: <http://hum.unne.edu.ar/investigacion/geografia/labtig/publicaciones/public13.pdf>.
- Shortell S, Gillies R, Anderson D, Mitchell J, Morgan K. (1993): Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. Hosp Health Serv Adm. N° 38: 447 – 466.
- Vázquez Navarrete, M.L. y Vargas Lorenzo, I. (2006): Redes integradas de servicios de salud: ¿Solución o problema? Rosario: Universidad Nacional de Rosario. [acceso: 17 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/562/56240101.pdf>.
- Mendes, EV. (2013): Las redes de atención de salud. Ed. en espanhol – Brasilia: Organización Panamericana de la Salud.