

“Teorías y Prácticas para la construcción de conocimientos sobre redes y en redes de salud”

Daniela Alvarez



**“Teorías y Prácticas para la producción de conocimientos
sobre Redes y en Redes de Salud”**

Daniela Alvarez

1. Introducción: redes, teorías y prácticas.

Se propone recorrer algunas de las perspectivas conceptuales, enfoques y prácticas que intervienen en la producción de conocimientos **sobre redes y en redes de salud**.

Se presentarán, en el plano teórico, los principales ejes que componen al paradigma de la complejidad y al enfoque rizomático, en tanto estos constituyen modelos conceptuales apropiados para el análisis de redes, por su fecundidad para la producción de categorías teóricas que posibiliten interpretaciones de las prácticas.

Reflexionando sobre esta trama conceptual, se identificarán los debates acerca de la producción de conocimientos sobre sistemas y redes de salud, particularmente acerca del rol de la investigación (aplicada, contextual) como actividad estratégica de interface entre el conocimiento académico y los procesos de planificación y gestión de la salud.

Fundamentalmente, este escrito plantea dos potencialidades claves que tienen las redes de salud desde la lógica de la producción de conocimientos: representan relevantes objetos de estudio para los análisis de los sistemas de salud (investigación *sobre* redes), y constituyen, a la vez, estratégicos canales interdisciplinarios de generación y circulación de dichos conocimientos en el plano de la implementación y de las prácticas (investigación *en* redes).

El mapeo de estas tramas teóricas, metodológicas y operativas interpela la necesidad de desarrollar renovadas epistemologías al momento de abordar la producción de saberes sobre redes y en redes de salud, desde la territorialidad de nuestros contextos.

2. Enfoques conceptuales de redes: perspectivas desde el campo de la salud.

Reflexionar desde perspectivas conceptuales, con la mirada puesta en nuestras realidades, posibilita enriquecer y formular renovadas categorías de análisis para ambos espacios. Asumiendo esto, las redes de servicios de salud no puede conceptualizarse escindidas de los procesos históricos, políticos y sociales que le dan basamento, y en este sentido avanzar en modelos de planificación en red para la salud conlleva al desafío de superar esquemas teóricos vacíos (o “vaciados”) de los determinantes del contexto, de las particularidades de nuestra región y sus prioridades. El trabajo en red es precisamente, como expresan Dabas y Vasconcello (1999) sinergia de competencias, recursos y memorias, frutos y matrices del conocimiento *colectivamente producido* por sus sujetos históricos.

Para comenzar a transitar estos nexos entre teorías, redes y prácticas se propone partir de una ilustrativa analogía que Brehil (1998)¹ presenta a cerca del proceso de construcción de conocimientos:

“(…) el desarrollo científico no es fruto simplemente de las innovaciones tecnológicas o de los instrumentos, la base de las revoluciones científicas han sido las ideas renovadoras, la revolución científica y filosófica de Galileo no se hizo posible por el uso del telescopio, sino por el empleo de un marco teórico revolucionario como el de Copérnico, que permitió una nueva mirada con el telescopio”.

Interpretar esta cita desde el campo de la salud y su gestión, y trasladarla al desarrollo de renovados paradigmas para el trabajo en red, conlleva a reflexionar sobre algunas de funciones que las teorías debieran aportar a la gestión del campo sanitario:

¹Brehil se refiere así a la modernidad y la nueva epidemiología citando esta frase, originalmente de Cohen B. en *Revolution in science*. Cambridge: Harvard University Press; 1985.

- ✓ En primer lugar, la reflexión teórica sobre la gestión, y la recuperación de la mirada histórica que esta implicaría, posibilita construir nuevas miradas, resignificar las prácticas y superar enfoques pragmáticos e instrumentales que despojan a los actores (decisiones, profesionales, investigadores, ciudadanos) de una visión integral de la salud, de sus políticas y de su organización como sistema sanitario.
- ✓ En segundo lugar, producir articulaciones entre enfoques teóricos y procesos de gestión en salud implica dar lugar a la función “*desnaturalizadora*” que tiene la teoría. Bourdieu (1973, 1975, 2008) desarrolla el concepto de *ruptura epistemológica* en el sentido del abandono necesario de aquellas ideas preconcebidas y propias del sentido común, siendo la teoría, precisamente, quien tendría como función primordial asegurar dicha ruptura y proveer a las prácticas marcos de referencia que las sustenten. Como define Rovere (2004), esta desnaturalización implica no solo un distanciamiento, una interpelación a la realidad dada, sino fundamentalmente un cuestionamiento, una tarea de develamiento de las operatorias de poder que han cristalizado dicho objeto (las prácticas, las formas de gestión) como “naturales” y por fuera de su devenir histórico-social.

El valor de la teoría, tomando estas dos funciones presentadas, supone un desafío estratégico para la gestión de la salud y para la consolidación de redes, particularmente porque abre la posibilidad de **producir innovadores y propios modelos conceptuales**, que dando cuenta de la imposibilidad de pensar a la teoría separada de la práctica y viceversa, posibiliten interpretar, analizar y planificar nuestro contexto sanitario. En relación a esto, cabe entonces plantear tres ideas-fuerza que resultan claves para pensar las redes, las teorías, las prácticas y las políticas en salud:

- ✓ Que el modelo de gestión de la salud en red constituye una estrategia inscripta dentro de un modelo político sanitario que propone avanzar en un esquema integrado e integrador (del derecho a la salud, de la accesibilidad a los servicios, de los procesos de atención, de los recursos)

- ✓ Que las teorías sobre las organizaciones de salud y sobre la gestión de dichas organizaciones no pueden formularse (ni aplicarse) desprovistas de la perspectiva política, histórica y contextual, dicho de otro modo, “por fuera” de los mismos espacios territoriales e institucionales en los cuales serán puestas en práctica, y en este punto cabe reconocer la referida función desnaturalizadora, mediante la cual es posible interpelar modelos instalados acríticamente.
- ✓ Y, en relación a lo anterior, que el modelo de redes de salud resulta de la conjunción de la teoría, en tanto conocimiento en salud colectivamente producido, y de las prácticas, que representan su traducción operativa y su despliegue dentro de las políticas sanitarias que las sustentan.

En este sentido, planificar la salud pública desde un modelo de redes implica asumir a este modelo como una estrategia que solo puede desarrollarse dentro de una matriz política que le otorgue factibilidad: material, tecnológica, social, económica, jurídica. El trabajo en red en el campo de la salud es sustantivo para la meta de cobertura universal, en tanto da cuenta de tres factores claves para la planificación sanitaria y sus prácticas: su anclaje territorial, su vinculación por niveles de atención, y su potencial articulador interjurisdiccional (de recursos asistenciales, profesionales, tecnológicos, de gestión de conocimientos e información).

Esta correspondencia entre el desarrollo de redes y la consolidación de los espacios locales se relaciona con el surgimiento de estructuras de tipo multicéntricas que configuran nuevos espacios públicos en los cuales el poder local asume el protagonismo en la unión entre las organizaciones y las jurisdicciones gubernamentales (Fleury, 2002). En el marco de estas lógicas, la jerarquización de los sistemas locales y su apuntalamiento como espacios políticos-sanitarios para la coordinación en red de la salud resultan procesos estratégicos en un escenario en el cual se asume la capacidad redistributiva que tiene la salud dentro de la matriz de las políticas públicas.

Asumiendo estas premisas las redes en salud representan una matriz de políticas sanitarias que encuentra en el espacio local su basamento, y se expresan en una dinámica de interacciones vinculantes que fortalecen el rol de los sujetos históricos y colectivos, en tanto den cuenta del sistema de relaciones que las contextualizan y de la *totalidad compleja*², sistémica, que atraviesa a esas relaciones, tanto en el escenario de la planificación como en el de las prácticas.

El concepto de redes, y sus aplicaciones en salud, ha cobrado centralidad en el marco de la **teoría de la complejidad**, en tanto las redes constituyen ejes de renovación paradigmática que representan un enorme potencial para el avance en la producción del conocimiento científico y de desarrollo tecnológico en el área de la salud (Almeida-Filho, 2006). El pensamiento complejo (Morín 1990, 2003) considera en un solo tiempo la unidad y la diversidad, y desde la epistemología de la salud se han desarrollado, a partir de estas concepciones, fructíferas propuestas conceptuales para su aplicación en este campo. La atribución de complejidad implica que un objeto *es un objeto modelo sistémico* que forma parte de un sistema de totalidades parciales y a la vez puede ser comprendido él mismo como un sistema que incluye a otras totalidades parciales.

Siguiendo las ricas aportaciones de Almeida Filho (2006), podemos plantear que el modelo de redes, desde este paradigma, posee la capacidad de dar cuenta de la complejidad de los fenómenos de salud, y dicha complejidad no es posible abordarla solo desde miradas *múltiples pero fraccionadas*, sino que es preciso *descubrir la unidad en esa inmensa diversidad compleja, de objetos, miradores y miradas*.

En el plano de la gestión, y desde el marco de la complejidad, la organización es visualizada como una red de relaciones entre las distintas partes que la conforman, donde: cada parte conoce a cada una de las otras, el significado de las partes está determinado por el conocimiento previo del todo, y *el todo está en cada parte y éstas a la vez están en el todo*, lo conocen y pueden reproducirlo. (Dabas 1999)

² El término de “totalidad compleja” es presentado por Samaja (2005) en su epistemología de la salud.

Estos conceptos dan cuenta de la fecundidad del paradigma de la complejidad para aportar al modelo de redes un núcleo teórico y conceptual que nos posibilita pensarlas como estructuras matriciales que se despliegan, configuran y reconfiguran en múltiples escenarios, en tanto representa un modelo epistémico que reconoce los múltiples determinantes y entrecruzamientos que configuran al campo sanitario y que son inherente a los procesos concretos de la naturaleza, de la sociedad y de la historia.^{3 4}

Reflexionar acerca de los procesos de consolidación de redes en salud desde esta perspectiva nos remite, una vez más, a la idea de “ lo nuevo a partir de lo existente”,⁵ premisa que deviene del paradigma de la complejidad y que nos convoca a la inclusión de la perspectiva histórica para analizar toda producción social y colectiva como es el campo sanitario. La perspectiva de la complejidad, y las redes como dinámicas vinculantes, suponen concebir a la salud como un despliegue de estratos integrados/agregados que también conforman redes ancladas en diversos niveles. Dabas (1999) propone reconocer en la salud al menos cinco niveles de redes: red personal, red comunitaria, red institucional, red de servicios y red intersectorial, entendiendo que no se trata de segmentaciones, sino por el contrario de una dinámica en donde cada nivel se construye a partir de las innumerables relaciones interactivas que establece con los otros.

Siguiendo esta trama conceptual, otra posible sistematización que dé cuenta de la agregación de niveles que hacen a la complejidad de la salud, y que también asume estructura de red en la cual sus componentes/unidades se organizan en distintos núcleos de unión e interacción, estaría dada por establecer, a los fines del análisis y no en forma taxativa, dos dimensiones del campo sanitario: la salud en su dimensión individual (como proceso biológico, como de objeto de investigación , como proceso de atención) y la salud en su dimensión política-sanitaria.

³ Almeida-Filho, Silva Paim, 1999, Samaja 2005 representan los mayores exponentes de los desarrollos epistémicos sobre la salud en nuestra región.

⁴ Al contrario del abordaje reduccionista del positivismo, que tiene como objetivo una simplificación de la realidad

⁵ Morin habla de esto como una paradoja (deseable) de la complejidad y se relaciona con la dialéctica histórica.

La salud como proceso biológico y como objeto de investigación y de atención, tomando la tipología planteada por Frenkel (1993), transita también por niveles de complejidades agregadas: subindividuales, individuales, poblacionales, y sistémicos/organizacionales. Al nivel subindividual corresponde lo biomédico (procesos biológicos básicos, estructura y funciones del cuerpo humano); al nivel individual corresponden los procesos de atención y asistencia; al nivel poblacional corresponde la epidemiología, que estudia en poblaciones la distribución y frecuencia de las enfermedades y sus determinantes; y al nivel sistémico corresponden las respuestas organizadas que el sistema de salud formula, aplica y regula. De este modo, el campo de la salud puede entenderse desde una dinámica con diferentes niveles interconectados, vinculados unos con otros, y es precisamente en esa vinculación (desde los niveles subindividuales, individuales, poblacionales y organizacionales) donde reside su complejidad y la necesidad de desarrollar procesos de atención, de investigación y de gestión que se fundamenten en cada uno de los conocimientos que se construyen en estos niveles y, simultáneamente, con capacidad de interrelacionarlos en redes que den cuenta de ellos.

La segunda dimensión propuesta, la salud en su dimensión política-sanitaria, también se organiza en estratos agregados y nos remite, en este esquema, a las complejidades territoriales: locales-municipales, provinciales, nacionales y regionales. Los procesos de atención, de regulación, de formulación de políticas y de establecimiento de prioridades alcanzan un modelo de red al vincularse y superar fragmentaciones jurisdiccionales, lo cual implica ineludiblemente la recuperación del rol del Estado como actor clave. Superar el concepto de fragmentación por el de complejidad a la vez dependerá del efectivo despliegue de una red integrada y del fortalecimiento de sus nodos. Ejemplo de esto es, como se ha señalado, el anclaje territorial que tienen las redes de servicios de salud en los espacios locales, constituyéndose éstos como núcleos básicos para la integración de políticas y programas entre niveles jurisdiccionales. Otro ejemplo de integraciones político-territoriales en modelo de red, en este caso a nivel Regional y que da también cuenta de la complejidad del campo sanitario, está dado por los proyectos de salud en el

marco de organismos internacionales como MERCOSUR, UNASUR, CELAC que tienen entre sus objetivos promover políticas comunes, actividades coordinadas de cooperación entre los países, el fortalecimiento de los ministerios de salud, la identificación de determinantes sociales críticos para la salud de las poblaciones de la Región, el abordaje común de los problemas ambientales y de recursos naturales, y la promoción del desarrollo de redes de trabajo para la investigación, para la gestión de la salud, para la homologación de regulaciones sanitarias y para la creación de sistemas de información y comunicación integrales.

Estas dos dimensiones referidas y los ejemplos propuestos refuerzan la concepción misma de la salud como objeto complejo, matriz de multi-organizaciones (biológicas y sociales) que se articulan en redes en las cuales intervienen, como especifica Samaja (2005) todos los estratos que se ponen en juego en la vida humana: molecular, celular, tisular, anatómico-clínico, organísmico-individual; grupal, institucional, societal y global, componentes agregados que dan cuenta del carácter complejo de la realidad.

Las vinculaciones entre el paradigma de la complejidad y las estrategias integradas de redes de salud aportan una diversidad de analogías, posibles fundamentalmente porque las redes se construyen y organizan a partir de la complejidad asumida, explícita o implícitamente, que tiene el campo sanitario en todas sus dimensiones.

Vinculado al paradigma de la complejidad, el **modelo rizomático**⁶ nos provee también elementos conceptuales y analogías en relación a las redes de salud. En la teoría filosófica de Gilles Deleuze y Félix Guattari (1977), un rizoma es un modelo epistemológico articulado según los principios de conexión y heterogeneidad, y en este sentido, cualquier punto del rizoma puede vincularse a otro, ya que su dinámica remite a la multiplicidad (Díaz, 2007). Este marco conceptual también han sido aplicado para analizar las dinámicas de las redes, ya que estas, como el rizoma, atraviesan estratos, crean nuevos dominios de

⁶ Este término originalmente proviene de la botánica y refiere a un tipo de tallo horizontal que produce raíces que a su vez producen otras raíces

experiencia, proveen múltiples itinerarios e implican una geometría variable con un alto grado de interconexión (Najmanovich 2005).

Junto con los principios de conexión y heterogeneidad que caracterizan al modelo rizomático, y que posibilitan la formulación de analogías con las redes de salud, hay un tercer principio del modelo que también contribuye al poder pensar en redes desde esta teoría, y es el denominado “principio de ruptura asignificante”, el cual postula que un rizoma puede ser roto, interrumpido en cualquier parte, pero siempre recomienza sin perder la totalidad ni la dinámica del conjunto.

Si desde estos postulados de la teoría del rizoma (conexión, heterogeneidad, ruptura asignificante) recuperamos categorías de análisis para pensar en redes de salud, podríamos establecer que las vinculaciones entre sus nodos (jurisdicciones, servicios) remiten a los principios de conexión y heterogeneidad, en vista de la diversidad de organizaciones y niveles que interactúan, y que el principio de ruptura asignificante remite a la sustentabilidad estructural y estructurante en el plano del territorio, relativa a la capacidad de adecuación que tengan las redes para dar respuesta los problemas en el marco de las políticas que las legitiman.

Por último, un cuarto principio de este esquema teórico: el “principio de cartografía”, que establece que un rizoma se caracteriza por tener siempre múltiples entradas, en donde cada núcleo produce su significado (su identidad, su rol) y a la vez resignifica al conjunto, claramente otra analogía aplicable a las redes de servicios de salud,.

Hay, completando esta exploración de la teoría rizomática y sus vinculaciones con las redes, una particular característica que distingue al rizoma y que se manifiesta precisamente en la parte que no se hace explícitamente visible: por debajo del suelo *también* hay una estructura (Almirón 2008). Esa estructura, en las redes de salud, como en toda red social, está dada por las vinculaciones que se establecen entre los actores, individuales y colectivos, y que conforman el entramado que sustenta cada nodo de la red y a la vez el mapa complejo de las relaciones que la configuran. En este plano entran en

juego los valores simbólicos de los vínculos entre los sujetos, determinados por los nexos, la red de relaciones interpersonales y el estado de los otros miembros, de esta forma en la estructura de red también se integra la red de relaciones percibidas y no solamente realidades físicas (Dabas 1998). Entonces, las redes de servicios de salud no son solamente un ordenamiento para vincularse externamente (otros servicios, otras organizaciones), sino también para construir renovadas dinámicas vinculares hacia adentro bajo la forma de redes intrainstitucionales (Rovere 1999).

Pensar a las redes en salud desde esta propuesta rizomática, nos remite nuevamente a la polisemia del campo sanitario, y también a la construcción histórica y territorial de sus modos de organización. Desde una mirada analógica, las redes, como el rizoma, toman la forma de su territorio, expresan su diversidad de necesidades y proponen respuestas adecuadas para sus prioridades, cada parte es el todo y el todo da cuenta de las partes, en la multiplicidad está la unidad. Las redes “forman” el contexto en el que tiene lugar el proceso político y a la vez “toman forma” alrededor de los problemas, en el marco de su contexto y las políticas (Klijin 1998).

3. Produciendo conocimiento sobre sistemas y redes de salud: El rol de la investigación, discusiones y consensos.

En tanto los marcos conceptuales, como los que se han presentado, nos proveen categorías de análisis para reflexionar acerca de la dinámica de redes, la investigación sobre políticas y gestión de redes de servicios de salud, fundamentada en esos basamentos, se constituye en una herramienta clave para la producción del conocimientos que abonen tanto a la trama teórica como al espacio de las prácticas. La investigación sobre redes de salud toma como objeto de estudio general al sistema sanitario, focalizándose en su estructura, modelos de atención, recursos y capacidad resolutive para la coordinación de niveles asistenciales en red. Estas dimensiones estructurantes de la salud en el territorio determinan como está establecida la respuesta del sistema de salud,

incluyendo la disponibilidad de recursos (volumen y tipo de recursos existentes ya sea humanos, tecnológicos, de infraestructura, económicos), la planificación estratégica y sus herramientas, los modelos de financiamiento, los procesos técnicos administrativos y las relaciones que establecen los servicios para asegurar cobertura y continuidad de la atención. En esta lógica, las redes de salud constituyen un conjunto de servicios asistenciales organizados por niveles de complejidad, que configuran unidades locales con determinada población bajo cobertura en un espacio geográfico determinado. La regionalización y el establecimiento de un adecuado sistema de gestión entre niveles resultan dos condiciones inaudibles para la configuración de una red de servicios integrados que respondan a las necesidades de la población a los que están destinados.

Considerando estas definiciones, la investigación que se produce sobre políticas y gestión de redes de servicios de salud se caracteriza por ser interdisciplinaria (por su estrategia metodológica y sus categorías de análisis), por estar definida temáticamente por prioridades sociosanitarias ajustadas al contexto (y construyendo en función de éste su objeto de estudio) y por estar orientada a generar conocimientos relevantes para su ámbito de aplicación. Este tipo de investigaciones, que profundizan sobre los propios contextos de producción y aplicación de conocimientos y resultados, buscan contribuir a reducir los desfases entre la teoría y las prácticas, considerando que el nivel local y sus servicios representan el espacio de construcción territorial de la salud, y que este requiere de la generación de conocimientos multisectoriales aplicables a la formulación de estrategias programáticas de gestión sanitaria que den cuenta de las realidades que lo atraviesan. Desde estas perspectivas, **la investigación aplicada a sistemas, organizaciones y servicios de salud en red constituye en sí misma una herramienta de conocimiento para la gestión.**

Este tipo de investigaciones requieren del desarrollo de enfoques metodológicos interdisciplinarios que permitan el abordaje del objeto de estudio en su complejidad. En este sentido, Pesse y De Paepe (2000) sostienen que lo sanitario constituye un campo de conocimiento que utiliza métodos de distintas disciplinas como ser las ciencias de la salud y

las ciencias sociales, y Silva Paim (2001), señala que es precisamente en ese encuentro interdisciplinario donde reside la potencialidad de este campo para generar conocimientos y orientar prácticas integradoras para avanzar en servicios de salud también integrados. Así, estas convergencias, incluyendo marcos conceptuales, metodologías de análisis y estrategias de investigación y vinculación que resultan de la interacción y cooperación interdisciplinar, posibilitan construir enfoques adecuados a la complejidad del campo sanitario.

A la vez, y en relación a esa complejidad temática, pueden identificarse **dos perspectivas de análisis** también confluyentes al momento de desarrollar investigaciones sobre sistemas de salud y servicios en red:

- ✓ **Perspectivas a nivel macro sistema de las políticas y redes de salud**, centradas en los procesos sanitarios-epidemiológicos, histórico-políticos, regulatorios, sociales y económicos que determinan la formulación, implementación e impacto de las políticas sanitarias en los espacios locales, nacionales y regionales,
- ✓ **Perspectivas a nivel organizacional de servicios de salud y redes**, centradas en las instituciones, sus recursos, procesos y herramientas de gestión, evaluaciones de calidad, sistemas de costos y tecnologías de información aplicadas a los procesos de atención, entre otros componentes que hacen a las dinámicas de las organizaciones sanitarias y sus fases operativas para el trabajo en red.

Ambas perspectivas dan lugar a procesos contextualizados de investigación, ya que resultan dimensiones estructurantes de la salud en el territorio en tanto determinan como está planificado el sistema de salud y como se materializan sus modelos de atención, de gestión y financiamiento. Así también dan cuenta de las relaciones que establecen los servicios y equipos de salud para la cobertura, el acceso y la continuidad de la atención.

Respecto a la utilización y diseminación de resultados, existe consenso en que este tipo de investigación resulta fundamental para la gestión, con sus potenciales aportes orientados a la resolución de problemas y la toma de decisiones fundamentadas. La Organización

Mundial de la Salud (OMS), en el Informe Mundial sobre la Investigación Sanitaria a Nivel Global (2004), manifiesta la necesidad de emprender investigaciones que traduzcan los conocimientos en acción. En este informe de la OMS se sostiene que la investigación en sistemas, organizaciones y redes de servicios de salud puede generar evidencias para la planificación sanitaria, el establecimiento de prioridades, la asignación de recursos, la evaluación de las repercusiones de las intervenciones y programas sanitarios y para la mejora de los procesos asistenciales y de gestión.

Carvalho (1994), C.Almeida (2001) puntualizan los principales atributos de este tipo de investigación:

- ✓ Estar vinculada a la acción concreta e incluir en los procesos investigativos la visión de aquellos actores envueltos en la problemática y que serán claves en la implementación de los resultados (investigantes) y,
- ✓ Estar orientada por prioridades y promover la utilización práctica de los conocimientos que se generen.

Sin embargo, pese a estas potencialidades, los antecedentes disponibles y experiencias plantean el persistente problema de las **escasas relaciones que se establecen en la práctica entre la investigación y la aplicación de sus resultados** en la planificación o evaluación sanitaria, es decir entre el ámbito académico y los servicios de salud. Sonis (1989) problematiza acerca de dos áreas coexistentes (y muchas veces divididas) en el desarrollo de la investigación en salud: una académica, relacionada a la generación de conocimientos, y otra estratégica, centrada fundamentalmente en la solución de problemas concretos. No obstante, plantea que esta “división” carecería de fundamentos, ya que la investigación académica rigurosa y confiable solo podría desarrollarse si se articula con el ámbito del sistema y los servicios de salud y los problemas trascendentes de éstos, y por otra parte, la solución a problemas concretos que tienen su punto de partida en el ámbito del sistema y servicios de salud, si carecen del soporte de una estructura conceptual basada en la investigación, quedarían reducidos a una mera actividad empírica sin sustentos validados. Respecto a esto, existe entonces consenso que

la investigación académica debiera contribuir a la solución de problemas prioritarios y enfocar sus propuestas dentro de perspectivas sociales y de viabilidad en ciertos contextos (Souza Minayo, Goncalvez, Ramos Souza, 2005).

Frente a estas perspectivas, sin embargo, resulta significativa la persistencia de “vacíos críticos” en materia de conocimientos consolidados y estudios sistematizados sobre políticas, sistemas de salud y procesos de gestión en redes (OMS, 2015). Acerca de esta situación, en sus recientes documentos la OMS plantea que la investigación sobre políticas y sistemas de salud tiene un papel clave que desempeñar en la mejora de los sistemas de salud, pero aunque ha sido reconocida como un elemento importante para el fortalecimiento sanitario, hay una relativa falta de sistematización de sus productos, generando un vacío crítico que se advierte, por ejemplo, tomando como indicador las escasas publicaciones científicas que dan cuenta de estudios sobre estas áreas. La OMS sostiene en los referidos documentos, que si bien en los últimos 15 años ha habido un crecimiento del corpus conceptual y metodológico de los estudios sobre sistemas, servicios y redes de salud, los enfoques acerca de los nexos entre la investigación, la política de salud y las prácticas de gestión se encuentran descuidados, particularmente en lo que atañe a la incorporación de modelos de análisis sobre cómo las políticas se configuran, se formulan y se implementan. De este modo, en las investigaciones sobre sistemas de salud prevalece la atención sobre los contenidos formales y los instrumentos que operativizan las políticas en su fase de aplicación, pero resultando escasos los análisis sobre las fuerzas que influyen en la toma de decisiones: los actores, el poder, las instituciones, los intereses y las ideas que se tensionan en determinado contexto histórico y que influyen en las agendas y prioridades. En resumen, concluye, los análisis acerca de políticas de salud se encuentran todavía en una fase de desarrollo temprano, siendo necesario mejorar las capacidades de estudio sobre estas temáticas.

4. ¿Saldando brechas? La potencialidad de las redes: redes de salud como objeto de conocimiento y redes de salud como estrategia interacción y de diseminación.

Los estudios sobre el sistema de salud y las políticas sanitarias con centralidad en los enfoques de modelos de gestión en red, poseen una potencialidad intrínseca para el ciclo de producción de conocimientos-vinculación-implementación, en tanto las redes de servicios **constituyen tanto un objeto de conocimiento como un proceso de interacción** para la circulación y diseminación del mismo:

- ✓ **Las redes de salud como objeto de conocimiento**, se conceptualizan como un conjunto de servicios asistenciales organizados por niveles de complejidad, que configuran unidades/nodos con determinada población bajo cobertura en un espacio geográfico determinado, donde la regionalización y el establecimiento de un adecuado sistema de gestión entre niveles resultan dos condiciones inaudibles para la configuración de una red de servicios integrados que respondan a las necesidades de la población a los que están destinados.
- ✓ **Las redes de salud como procesos de interacción**, territorializados en servicios, constituyen soportes para la vinculación de equipos de salud, investigadores, equipos académicos, actores políticos sanitarios y poblaciones, lo cual es clave para comprender los modos en que se genera conocimiento sobre la salud y sus aplicaciones concretas en procesos de atención, programas y políticas sanitarias. En este marco, la dinámica del trabajo en red se caracteriza por su potencialidad redistributiva de saberes y experiencias, en tanto puede canalizar la vinculación entre los organismos científico-tecnológicos, los espacios académicos, las políticas y los servicios de salud, contribuyendo a la gestión de conocimientos y su implementación.

En este esquema, las investigaciones **sobre redes y en red** representan una estrategia clave a promover para **saldar brechas entre producción y aplicación de conocimientos**,

considerando que la dinámica del trabajo en red se caracteriza por su potencialidad redistributiva de saberes y experiencias, en tanto canaliza la vinculación entre los organismos científico-tecnológicos, los espacios académicos, las políticas de salud, los servicios de salud y las poblaciones, y a la vez contribuye a la gestión de conocimientos y su aplicación. En años recientes, algunos trabajos han señalado la naturaleza multifacética de las relaciones entre organizaciones de investigación y sectores sociales (Estébanez, Korsunsky, 2003). Estos estudios han identificado una variedad de "canales" o "mecanismos" que funcionarían como "puentes de comunicación e interacción social" (Valderrama, 2005) a través de los cuales se intercambia y coproduce conocimiento científico y tecnológico en red: entre los centros de investigación, universidades y ámbitos externos al mundo académico. Asimismo, la investigación **sobre redes y en red** posibilita incluir en los procesos de investigación la visión de aquellos actores directamente envueltos en la problemática objeto de la investigación, estrechando las distancias entre el conocimiento científico puro y el aplicado u operacional, y entre investigadores formados como tales (académicos), trabajadores de servicios de salud y tomadores de decisión (Almeida C., Phang Romero C., Fontes Texiera, 2001)

Recuperando la idea que se presentó en el inicio de este apartado: **redes (de salud) como objeto de conocimiento/ redes (de salud) como proceso de interacción**, podemos ensayar algunas respuestas acerca de las contribuciones potenciales de las investigaciones **sobre redes y en red**, por ejemplo que:

- ✓ Contribuyen con su dinámica a reducir las brechas entre los espacios de producción de conocimiento, los espacios de aplicación y las prácticas de los actores.
- ✓ Democratizan saberes y producen condiciones de equidad en su distribución⁷, vinculando el conocimiento con el contexto de aplicación, incluyendo las perspectivas del mapa de actores y posibilitan la replicación y diseminación de dicho conocimiento (resultados).

⁷ Rovere refiere a la equidad en la distribución del saber y del poder en salud en su libro: *Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*, Rosario:1999. Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión)

- ✓ Facilitan la identificación de necesidades de investigación en base a problemáticas sanitarias emergentes y relevantes en nuestras regiones y sus servicios de salud y la construcción colectiva de respuestas/soluciones.
- ✓ Materializan la integración de dominios clínicos y dominios de investigación biomédica, y la conjunción de la investigación básica, clínica y sobre políticas para intentar la solución de problemas de salud relevantes.
- ✓ Fortalecen la calidad de resultados y avances, en tanto puedan establecerse aéreas temáticas y de expertise entre líneas de investigación específicas de cada nodo de la red (diversificación)
- ✓ Promueven el intercambio de información sobre actividades relacionadas a la política científica nacional y sus herramientas de financiamiento y facilitan el acceso a nuevas investigaciones y publicaciones.
- ✓ Posibilitan aportar y validar evidencias para el conocimiento en salud.
- ✓ Generan espacios de intercambio entre distintos tipos de investigación en salud (básica, clínica, epidemiológica, traslacional, político-sanitaria) y los diversos equipos científico-técnicos y/o académicos que trabajan cada especialidad.
- ✓ Promueven la construcción interdisciplinaria del conocimiento en salud

5. A modo de balance, reflexiones.

Las reflexiones acerca de la producción de conocimientos en salud, particularmente **sobre redes y en redes**, de acuerdo a la propuesta de este trabajo nos vincula al rol estratégico que puede desempeñar la investigación, ya no restringida al ámbito académico sino contextualizada en prácticas que generen saberes en los mismos espacios en que potencialmente pueden ser aplicados. Esto implica recrear categorías conceptuales y teóricas, como la complejidad y los rizomas, y que estas se conjuguen en escenarios reales del quehacer sanitario y sus procesos de gestión. Como fue señalado, la función

desnaturalizadora de los modelos conceptuales orientan prácticas, las enriquecen e iluminan, a la vez que dichas prácticas contribuyen a la validación de los enfoques teóricos, haciéndolos relevantes en los contextos sociales, institucionales y territoriales reales.

Desde estas perspectivas, podemos plantear el objetivo científico, social y político que debiera asumir la investigación en salud, en tanto herramienta de gestión que integra las miradas y saberes de los actores del sistema: investigadores/investigantes, productores/usuarios de conocimientos, relaciones dialógicas en permanente interacción.

Estos vínculos interpelan dos cuestiones claves para la construcción de conocimiento *sobre redes y en redes*: en primer lugar la necesidad de pensar desde innovadoras epistemologías interdisciplinarias, y en segundo lugar, consecuentemente, la necesidad de desarrollar metodologías amplias cuya rigurosidad esté dada ya no por las restricciones formales, sino precisamente por su capacidad de abordar la complejidad de los contextos multidimensionales.

Por último, interesa destacar la capacidad transformadora que deben tener los conocimientos y la responsabilidad social que corresponde a todo proceso investigativo, y en este caso las redes de salud proveen un andamiaje estratégico para producir-circular-aplicar saberes, evidencias y aprendizajes devenidos de las experiencias.

BIBLIOGRAFÍA:

Almeida-Filho, N (2006) Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. Revista Salud Colectiva. Buenos Aires, 2(2): 123-146, Mayo - Agosto, 2006

Almeida C., Phang Romero C., Fontes Texiera. (2001) Investigación en sistemas y servicios de salud: estado del arte y necesidades de capacitación en Brasil, Argentina Uruguay y Paraguay. En: Investigación en sistemas y servicios de salud. Cuadernos para la discusión. Río de Janeiro: Red de Investigaciones del Cono Sur .2001 p: 75-160

Breilh, J. (2003). Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial SA

- Bourdieu P. (2008) “El oficio del sociólogo”. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. 2008. 423p.
- Bourdieu, P (1988): Cosas Dichas. Editorial Gedisa. Barcelona
- Dabas, E y Perrone N (1999) Redes en Salud, en Viviendo Redes. Editorial CICCUS. Buenos Aires.
- Dabas, E y Perrone N (1999) Redes en Salud. Parte II. Documento inédito.
- Dabas E Najmanovich D (2001): Una dos muchas redes Itinerarios y afluentes del abordaje en redes (Mimeo)
- Díaz, E (2007) Entre la tecnociencia y el deseo. El conocimiento científico en las postrimerías de la modernidad, Buenos Aires, Biblos.
- Estébanez, M y Korsunsky (2003) Medición de actividades de vinculación y transferencia de conocimientos científicos y tecnológicos. Buenos Aires: Red Iberoamericana de Indicadores de Ciencia y Tecnología (RICYT): El Estado de Ciencia.
- Fleury S (2002) El desafío de la gestión de políticas públicas. Revista de institucionalidad y desarrollo nº 12-13; 222-247. Instituto Internacional de Gobernabilidad de Catalunya. Barcelona.
- Frenkel J. (1992) La nueva salud pública. México: Fondo de Cultura Económica. Colección Ciencia para Todos.
- Klijin (1998) Redes de Políticas Públicas.Mimeo
- Morin, E. (1994): Introducción al pensamiento complejo. Gedisa. Barcelona.
- Najmanovich D (2005). El juego de los vínculos. Subjetividad y redes. Biblos Buenos Aires. 2005.
- Organización Mundial de la Salud **(2015)**: Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Tipo: Perspectives. Where is the policy in health policy and systems research agenda? Alianza para la Política de Salud y Sistemas de Investigación, Organización Mundial de la Salud, Ginebra. 2015
- Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre la Investigación Sanitaria a nivel global. Washington DC: 2004
- Organización Panamericana (2010) de la Salud Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS, © 2010
- Rovere, M. (1999) Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario. Editorial de la Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.
- Samaja J. (2005) Epistemología de la Salud. Buenos Aires. Lugar Editorial
- Sonis A. (1998) Investigación en Servicios de Salud”. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
- Souza Minayo, Soimone Goncalvez,(2005) Ramos Souza Evaluación por triangulación de métodos. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Valderrama, L J. et al (2009) Vinculación y transferencia de conocimiento de los investigadores de Sonora: un enfoque basado en la importancia de los factores individuales Región y sociedad, México, v. 21, n.45. 2009 Disponible en <<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script>

“Teorías y Prácticas para la construcción de conocimientos sobre redes y en redes de salud”

Daniela Alvarez