



Sistemas redes y las nuevas arquitecturas organizacionales territoriales para la universalización de bienes colectivos, integrales e interdependientes *

Network Systems and New Territorial Organizational Architectures for the Universalization Of Collective, Comprehensive, and Interdependent Goods

Sistemas em rede e as novas arquiteturas organizacionais territoriais para a universalização de bens coletivos, integrais e interdependentes

Recibido: 05 de octubre de 2024. **Aceptado:** 24 de noviembre de 2024. **Publicado:** 30 de diciembre de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps23.srna>

Antonio Alberto Hernández Reyes^a

Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, El Salvador

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-1357-5379>

Adelyne Maria Mendes Pereira

Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, El Salvador

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2497-9861>

Cómo citar Hernández Reyes, A. A. y Mendes Pereira, A. M. (2024) Sistemas redes y las nuevas arquitecturas organizacionales territoriales para la universalización de bienes colectivos, integrales e interdependientes. *Gerencia y Políticas de Salud*, 23. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps23.srna>

^a Autor de correspondencia: antoniohernandezreyes@gmail.com

Resumen

Frente al marco teórico epistémico de la refundación de los sistemas de salud, se proponen los “sistemas redes” como una nueva arquitectura organizacional territorial para la universalización de bienes colectivos, integrales e interdependientes. Se hizo una reflexión crítica acerca de tres ejes: a) la influencia de las teorías burocráticas en los sistemas de salud latinoamericanos y caribeños; b) las trayectorias en la construcción de las redes sanitarias en América Latina y el Caribe (ALC), y c) las redes de salud en el siglo XXI. Como resultados se destacan: a) los efectos de los modos de producción taylorista y fordista sobre la salud, presentes en la jerarquización de los niveles sanitarios, funcionamiento tipo archipiélago, departamentalización en los hospitales, establecimiento de líneas de montaje con intensa división de actividades y el incremento industrial de los procesos de trabajo con la consiguiente deshumanización en la atención; b) la determinación de las trayectorias de las redes de salud en ALC por las desigualdades que se expresan en las condiciones estructurales e institucionales de los sistemas de salud (fragmentación, segmentación en el acceso, separación de funciones e intermediación en la gestión y provisión), y c) la caracterización de los sistemas redes por redes integradas de salud abiertas, heterogéneas, simétricas, que permiten ‘reciudadanizar’ por inclusión a partir del territorio y la territorialidad, bajo un nuevo paradigma decolonial que permita visibilizar las interseccionalidades de las opresiones en los modos de vida.

Palabras clave: salud pública, sistema de salud, refundación de los sistemas, modelo de organización.

Abstract

Within the epistemic theoretical framework of the refoundation of health systems, “network systems” are proposed as a new territorial organizational architecture for the universalization of collective, comprehensive, and interdependent goods. A critical reflection was conducted on three axes: a) the influence of bureaucratic theories on Latin American and Caribbean health systems; b) the trajectories in the construction of health networks in Latin America and the Caribbean (LAC), and c) health networks in the 21st century. The main results highlight: a) the effects of Taylorist and Fordist modes of production on health, reflected in the hierarchization of health levels, archipelago-type functioning, hospital departmentalization, establishment of assembly lines with intense division of activities, and the industrial increase of work processes, leading to the dehumanization of care; b) the determination of health network trajectories in LAC by inequalities expressed in the structural and institutional conditions of health systems (fragmentation, segmentation in access, separation of functions, and intermediation in management and provision), and c) the characterization of network systems by integrated health networks that are open, heterogeneous, and symmetrical, allowing for the “recitization” through inclusion based on territory and territoriality, under a new decolonial paradigm that reveals the intersectionalities of oppression in ways of life.

Keywords: Public Health, Health System, Refoundation of Systems, Organizational Model.

Resumo

Diante do marco teórico epistêmico da refundação dos sistemas de saúde, propõem-se os “sistemas em rede” como uma nova arquitetura organizacional territorial para a universalização de bens coletivos, integrais e interdependentes. Foi realizada uma reflexão crítica sobre três eixos: a) a influência das teorias burocráticas nos sistemas de saúde da América Latina e do Caribe; b) as trajetórias na construção das redes de saúde na América Latina e no Caribe (ALC), e c) as redes de saúde no século XXI. Os principais resultados destacam: a) os efeitos dos modos de produção taylorista e fordista sobre a saúde, presentes na hierarquização dos níveis de saúde, funcionamento tipo arquipélago, departamentalização nos hospitais, estabelecimento de linhas de montagem com intensa divisão de atividades e o incremento industrial dos processos de trabalho, resultando na desumanização do atendimento; b) a determinação das trajetórias das redes de saúde na ALC pelas desigualdades expressas nas condições estruturais e institucionais dos sistemas de saúde (fragmentação, segmentação no acesso, separação de funções e intermediação na gestão e prestação), e c) a caracterização dos sistemas em rede por redes integradas de saúde abertas, heterogêneas e simétricas, que permitem a “reciudadanização” por inclusão a partir do território e da territorialidade, sob um novo paradigma decolonial que torna visíveis as interseccionalidades das opressões nos modos de vida.

Palavras-chave: saúde pública, sistema de saúde, refundação dos sistemas, modelo organizacional.



Introducción

Los sistemas de salud han sido erigidos sobre una base histórica social donde se han ido incorporando las formas y maneras de funcionar de los estados feudales hasta los Estados nación que se conocen hoy en día. Esta herencia institucional ha acompañado las prácticas del ejercicio de la medicina y la manera en que se organizan los servicios para resolver los problemas de salud.

Uno de los problemas crónicos que adolecen los sistemas de salud latinoamericanos y caribeños es la fragmentación. Hay distintas causas asociadas a la fragmentación: las desigualdades estructurales y la inadecuada financiación de los sistemas de salud en la región; la organización piramidal de las instituciones, compartimentada por direcciones, departamentos y servicios, y las prácticas de cuidado médico-centradas predominantes en muchos servicios (1, 2).

La propuesta de redes de atención se destacó en las políticas y literatura especializada del área de la salud, en la última década, como camino frente a la fragmentación. Pero, se puede preguntar: ¿Qué redes son estas? ¿A qué modelo conceptual y objetivos responden estas redes? Esto porque hay una disputa epistémica sobre la concepción de redes. Por un lado, van las propuestas de las redes regionalizadas en el marco de los sistemas públicos; y por otro, está la idea de integración en red presente en modelos privados de prestación de servicios de salud (3, 4, 5).

La conformación de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) impulsada por OPS (6) pretendió ser la estrategia planteada para resolver la fragmentación de los sistemas y servicios de salud en ALC. Sin embargo, el primer error que se comete es considerarla una meta y no un proceso (7).

Las propuestas de redes abiertas y flexibles, que permiten el intercambio e interdependencia de objetivos, informaciones, compromisos y resultados ganaron espacio (8). A pesar de ello, en el campo de la salud es mucho más complejo, por lo que transitar de un concepto de *sistema de salud* a un concepto de *redes en salud* implica comprender que los territorios y territorialidades presentan singularidades y, por tanto, al hablar de redes se asume la heterogeneidad y se comprende que pueden existir heterogeneidades organizadas (9). En cada país, según su contexto y realidad particular, la organización y características de las redes será diferente.

En ese sentido, las evaluaciones realizadas a los modelos de organización basados en las redes adolecen de un funcionalismo que no identifica elementos más allá de la conformación propia de los servicios de salud. Este funcionalismo mantiene un énfasis en los límites y composición de las redes, y no es capaz de responder a la complejidad del proceso salud-enfermedad-cuidados en el siglo XXI.

En la búsqueda de contribuir a este debate, este artículo está basado en tres argumentos-clave. Primero, la comprensión de cómo las teorías burocráticas han permeado la gestión de los sistemas de salud permite analizar las dinámicas de organización y atención de los pacientes, la

jerarquización de los niveles de atención en los sistemas sanitarios, y los efectos en la cultura organizacional actual tan centrada en la enfermedad, la inequidad y el lucro.

Segundo, las trayectorias del desarrollo de las redes en la región pueden evidenciar los elementos de su configuración y los mecanismos por los que replican los esquemas de dominación y control en la sociedad.

Y tercero, una nueva arquitectura de la organización sanitaria necesita de otro marco epistémico. Uno que caracterice la realidad y aplique nuevas metodologías y formas de abordar el territorio y la territorialidad, no solamente como un ejercicio académico, sino con un sentido de transformación del sistema sanitario.

Así, este artículo de reflexión tiene como objetivos: a) Caracterizar la influencia de las teorías burocráticas en los sistemas sanitarios de gestión; b) Identificar la trayectoria de construcción de las redes en América Latina y el Caribe, y c) Enunciar una aproximación desde la salud del siglo XXI para las redes de salud, en clave de refundación de los sistemas de salud.

Métodos

Este artículo de reflexión realiza un análisis del modelo de redes de atención a la salud y la propuesta de nuevas arquitecturas organizacionales territoriales para la universalización de bienes colectivos, integrales e interdependientes. El referente analítico es el pensamiento crítico en salud, que enfoca las determinaciones sociales de la salud y la vida y proporciona elementos para la teoría de refundación de los sistemas de salud (10, 11).

Desde esta perspectiva teórico-analítica, los ejes de análisis fueron: 1. La influencia de las teorías burocráticas en los sistemas de salud latinoamericanos y caribeños; 2. Trayectorias en la construcción de las redes sanitarias en América Latina y el Caribe, y 3. Las redes de salud en el siglo XXI así como la propuesta de los sistemas-redes.

Para el primero: “La influencia de las teorías burocráticas en los sistemas de salud Latinoamericanos y caribeños”, se hizo una revisión y análisis bibliográfico de las teorías clásicas de la administración, la conformación del aparato burocrático institucional y su incorporación en los sistemas de salud.

Para el segundo eje: “Trayectorias en la construcción de las redes sanitarias en América Latina y el Caribe”, se seleccionaron informes institucionales y se revisaron bases de datos de organismos regionales que señalan el origen y construcción de las redes de salud en la región y se contrastó la teoría del desarrollo y el modelo biomédico de salud enfermedad con distintas teorías críticas como la teoría decolonial, la teoría de la dependencia y el paradigma de la determinación social de la salud.



Para el tercer eje: “Las redes de salud en el siglo XXI y la propuesta de los sistemas-redes”, se hizo una revisión y análisis bibliográfico sobre las categorías de territorio y territorialidad, así como una revisión de la teoría de refundación de los sistemas de salud, que permitió construir una aproximación metodológica en clave de refundación de los sistemas de salud para la organización sanitaria denominada sistemas-redes.

Para construir los análisis, se realizó una revisión integradora a partir de publicaciones relativas al período de 2010 al 2023 identificadas en las bases de datos Lilacs, SciELO y Web of Science entre enero y mayo de 2023. El corpus incluyó 28 manuscritos, siendo libros, capítulos, artículos y documentos de órganos internacionales sobre los temas de estudio en cada eje. Los procesos de selección e inclusión se muestran en la tabla 1.

Tabla 1.Procedimientos para la selección de documentos

Referente analítico	Pensamiento crítico en salud
Ejes de análisis	1. La influencia de las teorías burocráticas en los sistemas de salud latinoamericanos y caribeños 2. Trayectorias en la construcción de las redes sanitarias en América Latina y el Caribe (ALyC) 3. Las redes de salud en el siglo XXI y la propuesta de los sistemas-redes
Criterios de inclusión de documentos	- Libros, capítulos de libros y artículos científicos publicados entre 2010 y 2023 que constituyan ensayos teóricos o evaluaciones sobre las redes sanitarias en ALyC - Informes institucionales con directrices y recomendaciones que ofrezcan orientaciones y evaluaciones sobre la implementación de las redes integradas de servicios de salud en ALyC
Criterios de exclusión de documentos	- Libros, capítulos de libros y artículos científicos publicados fuera del período de análisis, que no traten centralmente de las redes sanitarias en ALyC o que aborden casos subnacionales - Informes institucionales publicados fuera del período de análisis y que no traten centralmente de las redes integradas de servicios de salud en ALyC
Período de búsqueda	Enero a mayo de 2023
Sitios de búsqueda	• Lilacs • SciELO • Web of Science • Organización Panamericana de Salud (OPS) • Banco Mundial • Banco Interamericano de Desarrollo
Términos/expresiones de búsqueda	Sistemas de salud (and) administración (and) “aparato burocrático institucional” (and) América Latina y el Caribe Sistemas de salud (or) Redes de salud (and) América Latina y el Caribe Sistemas de salud (or) Redes de salud (and) Territorio (or) territorialidad (or) territorialización (and) refundación de los sistemas de salud (and) América Latina y el Caribe

Fuente: elaboración propia.

Resultados y discusión

1. La influencia de las teorías burocráticas en los sistemas de salud Latinoamericanos y caribeños

La arquitectura territorial de los sistemas de salud se construyó sobre la base de la lógica piramidal jerárquica heredada desde los sistemas feudales, a partir de su modelo burocrático



amalgamado con el posterior pensamiento positivista, generando estructuras rígidas, verticales, jerarquizadas, centradas en el hospital como cenit del conocimiento y la división del trabajo especializado.

1.1 Desarrollo del modelo jerárquico burocrático

El modelo jerárquico burocrático nace a partir de la experiencia ampliamente difundida por el famoso ejército prusiano de Federico II que se constituyó en un modelo de disciplina prusiana combinando técnicas militares de adiestramiento con actividad física diaria y que lograría una perfección mostrando una disciplina corporal del soldado, y que posteriormente se constituyó en un modelo para otras disciplinas (12).

Este modelo se fue replicando en otras esferas para pasar a constituir lo que ahora conocemos como el Estado burocrático moderno, incluso Federico II, se llamó a sí mismo el “primer funcionario” del Estado (13). Para ese momento, las actividades administrativas del Estado se fueron separando de la concepción de la administración privada, hasta el punto en que dentro de su presupuesto se incluyeron todos los gastos administrativos y la delegación de autoridades de menor rango con responsabilidades de pagos ordinarios normados y controlados por aquél. Todos los progresos de la organización administrativa prusiana fueron progresos del principio burocrático, y fundamentalmente monocrático (13).

1.2 La herencia del taylorismo y el fayolismo en los sistemas sanitarios

La Teoría General de Administración (14, 15) desde una concepción taylorista del gobierno de las organizaciones se impuso como forma de gestión en las fábricas, empresas y también en las instituciones de salud como los hospitales. Estas formas produjeron un evidente modo de administrar las personas como si fueran instrumentos, objetos y recursos, despojados de toda subjetividad, produciendo un alto grado de alienación en los trabajadores, y en particular en los del campo de la salud.

Aunque en los últimos años se han incorporado conceptos como el de inter/transdisciplina en las escuelas de administración (exportándose también estos conceptos a las de gerencia en salud pública) junto con los de complementariedad, trabajo en equipo, involucramiento de los profesionales de salud, y otros; aún en la gestión de las organizaciones sanitarias perduran lógicas individuales estructuradas por departamentos, unidades o secciones, separados cada uno por profesionales: médicos/as de especialidad, servicios de enfermería, de asistencia social, de nutrición, etc., es decir, divididos en áreas independientes.

Esta burocratización moderna de las instituciones sanitarias parte de las escuelas de administración fusionando el pensamiento de la organización del ejército prusiano y del pensamiento burocrático. Esto resulta en la metáfora de la institucionalidad como una pirámide, vinculando así los postulados organizacionales de Fayol y Taylor.

Las características del taylorismo, sintetizando los principios anteriores y de la obra publicada por Taylor (14) en 1911, se resumen en los siguientes enunciados:

- Producir más con menor coste a través del aumento de la productividad de la mano de obra.
- Producir en grandes cantidades.
- Estandarizar los procesos de producción.
- Analizar todos los procesos para mejorar su eficiencia al máximo.
- Asegurar el correcto funcionamiento de los procesos a través de la planificación y la supervisión.
- Fomentar la motivación de los trabajadores mediante el pago de primas asociadas al rendimiento.

Frecuentemente, estos principios se encuentran en la base de la lógica jerárquica burocrática de las instituciones sanitarias, donde el hospital es el centro de toda la actividad del sistema de salud y prima la producción antes que los trabajadores, la eficiencia antes que la calidez, y el mando y jerarquía antes que la razón y el diálogo.

1.3 El diseño fordista de los servicios hospitalarios y su deshumanización

Desde que las instituciones han sido configuradas con un modelo jerárquico burocrático, se ha sumado la influencia fabril del fordismo con su producción en serie replicando una lógica de “fábrica-atención hospitalaria”, perfeccionando una máquina en línea de producción donde cada departamento, servicio y área del hospital se piensa de manera aislada. El fin último es producir.

Este diseño basado en la teoría de administración de organizaciones empresariales (14, 15) de principios del siglo XX sirvió como un molde utilizado para confeccionar la idea de *sistema de salud*. Así, este se entendió como un aparato burocrático-administrativo que se autoconcibe como un centro de producción de servicios de “salud”, sin comprender las dinámicas sociales vinculadas al proceso salud enfermedad.

El diseño fordista generó cambios estructurales en la manera que se entregaban los servicios hasta en su arquitectura sanitaria (16). Durante este período, una de las profesiones que tuvo más cambios estructurales fue la de enfermería (17), ya que se configuró como una línea de montaje con intensa división de actividades en pequeñas tareas, y se aplicaron estudios de eficacia y



efectividad a las operaciones realizadas en la labor asistencial de enfermería. Esto supuso un aumento significativo en el ritmo de trabajo a escala industrial (18).

La concepción taylorista y fordista en el ámbito de las instituciones de salud llevó a una cosificación de las personas, es decir a una deshumanización de los profesionales de la salud en medio de una “cadena de producción”. Muchos procesos de formación de los profesionales de salud no favorecen la ruptura con el modelo burocrático jerárquico, manteniendo su lógica de reproducción.

Los servicios de salud continúan siendo gobernados por lógicas del taylorismo donde: a) se ejerce la gerencia con el poder centralizado en los jefes; b) se tiene un control directo sobre la realización de procedimientos clínicos (productividad por disciplina de la salud); c) se tiene control sobre el comportamiento laboral formal de los trabajadores sanitarios (cumplimiento de horarios, informes, evaluaciones, entre otros); d) se elaboran centralizadamente programas y normas reguladoras de la atención, y e) se sustrae, casi por completo, la comunicación ya sea entre servicios en relación horizontal de poder, como entre los distintos niveles jerárquico. En contrapunto, Sousa Campos (19) señala que cada institución de salud debe de realizar un doble propósito:

Asegurar el cumplimiento del objetivo primario de cada organización -producir salud, educar, etc.-; y por otro, al mismo tiempo, permitir y estimular a los trabajadores a ampliar su capacidad de reflexión, de cogestión, y en consecuencia, de realización profesional y personal (19).

Queda entonces a la vista la dicotomía de los sistemas jerárquicos burocráticos que, por una parte, pretenden potenciar las capacidades de su personal y administrar eficientemente los recursos con medidas de control; y por otra, deshumanizan al personal impactando en la calidez de la atención y en la satisfacción de los pacientes.

La deshumanización de los sistemas de salud es, en parte, resultado de este aparato burocrático asistencial-curativo desvinculado de la sociedad, las comunidades o los territorios, el cual está gobernado por una salud pública estatal de especialistas de la enfermología pública (20). Allí los servicios de salud se jerarquizaron y verticalizaron organizándose en líneas de producción en masa para la atención hospitalaria y demás establecimientos sanitarios. A pesar de contar con un primer nivel de atención que provee acciones preventivas y de promoción de la salud, prima la lógica fragmentaria, piramidal, burocrática y hospitalocéntrica, con una población como objeto que solo distingue la distribución, la atención de enfermedad y la muerte.

2. Trayectorias en la construcción de las redes sanitarias en América Latina y el Caribe

A lo largo del siglo pasado, el aparato burocrático administrativo en salud que se había ido configurando, se fue condensando con una colonialidad (21) sanitaria que se reproducía y se fundamentaba en las propuestas sobre sistemas de salud procedentes del norte global como horizonte epistémico y metodológico (22). Este se combinó con los modelos eurocéntricos de

protección social y políticas desarrollistas y/o neoliberales del siglo XX y XXI (23), a ello se sumó la dependencia científico-sanitaria de un modelo médico hegemónico (24) que se legitimaba a través de postulados biomedicalizados y positivistas, que alimentaron sistemas de salud pública funcionalistas que se han ido sedimentando tras décadas de reformas sanitarias.

Durante la primera oleada de reformas al Estado en los años ochenta y noventa, al calor del Consenso de Washington, se impulsa el ajuste estructural con minimización del Estado social, la privatización de los bienes públicos con transferencia de responsabilidades a la sociedad. El Banco Mundial (BM), a través de su informe anual denominado “Invertir en salud” (25), promovió el asistencialismo focalizado, la autogestión hospitalaria, el *management care*, el desfinanciamiento de la salud pública por ajuste estructural, y la pérdida de capacidades de los servicios públicos con la consiguiente fragilización de los sistemas sanitarios en Latinoamérica y el Caribe, generando crisis institucionales, producto del desastre neoliberal de los años noventa (26). Esto llevó a que los gobiernos, los organismos regionales y los bancos multilaterales buscaran alternativas para paliar la crisis social existente (27).

Después de esta primera oleada de reformas, se produjo una segunda a partir de los inicios de los años dos mil, con los principios propuestos por el pluralismo estructurado (28) que inspiraron la estrategia de la Cobertura Universal de Salud (CUS). Según Basile (10), allí se fue estableciendo una:

geopolítica de dependencia sanitaria a una agenda del norte global que instaló la hoja de ruta y las recetas *fast food* de políticas basadas en evidencias ‘a la carta’ producidas por las propias tecnocracias sanitarias liberales del BM y el BID en la región.

Esta dependencia y herencia del panamericanismo sanitario (29) explica el nivel de influencia que han tenido los bancos multilaterales y los organismos técnicos en salud en la región. Para el caso de las redes de salud, durante la reunión de Estados miembros de la OPS en 2005, en el marco del proceso de renovación de la atención primaria en salud (APS), se estableció como objetivo el organizar estos servicios como niveles de atención integrados y descentralizados (30-35), estableciendo, en la Declaración de Montevideo (36), que “los modelos de atención de salud deben [...] fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención”.

Sin embargo, la metáfora piramidal que se había construido en torno a los servicios de salud había consolidado una cúspide como centro de poder en la cual se definen las decisiones y todo el quehacer institucional. Esta visión de estructura jerárquica, prevalente en los sistemas de salud fragmentados, está definida por niveles de complejidades crecientes pero también con relaciones de orden y grados de importancia entre los diferentes niveles, característicos de una jerarquía (8).



Se han propuesto otras formas de concebir la relación entre las personas, Von Foerster (37), por ejemplo, propone las redes y las concepciones heterárquicas como una forma de deshacerse de las formas jerárquicas, y enuncian al conocimiento como el producto de la forma singular de la relación entre las personas y su mundo; el resultado es que los esquemas paradigmáticos se reconstruyen y acaban replicando el modelo jerárquico hegemónico.

En cambio, la metáfora de la *red* cambia la perspectiva. El todo no se considera la suma de las singularidades, sino que estas construyen significaciones en la interacción. Las organizaciones complejas son un sistema abierto de muy alta interacción con el medio; por tanto, el conocimiento ya no busca la certeza sino la creatividad, la comprensión resulta más importante que la predicción y se le asigna un nuevo valor a la intuición y la innovación (2).

2.1 Antecedentes de la estrategia de Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS)

Se ha demostrado que la fragmentación de los servicios de salud genera dificultades en el acceso a los servicios, sumado a la baja calidad técnica para la prestación de estos, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, así como un incremento innecesario de los costos de producción que repercuten en una baja satisfacción de la ciudadanía en torno a los servicios recibidos (6).

Esta fragmentación que se encuentra en los sistemas de salud latinoamericanos y caribeños descansa sobre la base de las desigualdades sociales. El tipo y la calidad de los servicios a los que accede la ciudadanía dependen en gran medida de la clase social a la que se pertenezca. Mientras unos son cubiertos por la caridad, otros pueden acceder a dos o más subsistemas incluyendo el sector privado (26).

Aunado a ello, la construcción de los IDS en EE. UU. (4) permitieron sistematizar experiencias y estructurar elementos del norte global para elaborar una propuesta sobre redes sanitarias para la región que influyeron, al igual que otras experiencias, en el “Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca” publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (38). Este informe propuso reorganizar los servicios sanitarios convencionales en vehículos para la atención primaria en salud (APS). Para esto requería: a) Trasladar los puntos de acceso a los servicios de salud más cercanos, b) Asignar población definida a equipos de salud sin excepciones y c) Reforzar el papel de los proveedores de APS como coordinadores de las aportaciones de otros niveles de atención.

Esta estrategia necesitaba una gran dosis de liderazgo y una enérgica gestión del cambio en los sistemas de salud para establecer acciones de promoción y prevención rompiendo una lógica asistencialista, “obligando” a los equipos de atención primaria a salir de las cuatro paredes del consultorio y establecer contacto con individuos y organizaciones dentro de la comunidad (38). Si bien es cierto que esta estrategia de redes de salud colaboraría en la reducción de varias barreras para el acceso a los servicios de salud (39) e incidiría en la fragmentación, su principal meta sería impulsar la agenda de la CUS en la región, con dos grandes objetivos (40): a) La

ampliación de cobertura vía el desarrollo y fortalecimiento de la atención primaria en salud para los pobres y b) La unificación de los subsectores del sistema sanitario, que se denominó: “Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)”.

Es así como el 2 de octubre del 2009, en el 49° Consejo Directivo de la OPS se aprobó la Resolución CD49 R22 (41) sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en la APS. Allí se insta a los Estados miembros a que tomen conciencia sobre la fragmentación y establezcan como estrategia las redes integradas de servicios de salud con un enfoque de salud familiar y comunitario como modalidad preferencial de prestación de servicios de salud dentro del país.

Shortell (5) citado por OPS (6) define a la RISS como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve” (p. 9). La OPS considera que las RISS son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud.

Se critica el concepto de “red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar” ya que mantiene o abre la posibilidad para la separación de funciones, piedra angular del pluralismo estructurado, y la intermediación en salud, que no es más que la delegación de la gestión del ámbito sanitario al libre mercado.

Por otra parte, esta definición reduce el sentido de las redes en los servicios de salud, limitándolas a una expresión asistencial, reforzando la lógica taylorista y fordista de productividad, dejando a un lado la amplitud de interacciones que pueden existir entre los distintos nodos/actores de la red.

La estrategia de las RISS, impulsadas por OPS, encontró diversas dificultades en su desarrollo. La mayoría de los sistemas no pudieron dismantelar totalmente sus estructuras y reemplazarlas de forma inmediata con nuevas estructuras compatibles con las RISS. Por lo tanto, los esfuerzos de reestructuración debieron comenzar desde las estructuras existentes (42,43).

Sin embargo, al analizar las agendas de cooperación y financiamiento de los bancos y OPS, se observa que a partir del 2010 el impulso para el desarrollo del modelo de RISS en la región fue un elemento central (Tabla 2). A la cabeza, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) es el que ha desarrollado más iniciativas relacionadas con la construcción y fortalecimiento de las redes de salud en la región, seguido por el BM y luego la OPS sumando a la cooperación al desarrollo de países del norte global.



Tabla 2.Recopilación de programas, proyectos y préstamos hechos por el Banco Mundial, la OPS y el BID vinculados a la instalación de las redes de salud en Latinoamérica y el Caribe

Agencia	Año	País	Programa/ Proyecto/Préstamo
Banco Mundial	2011	El Salvador	Fortaleciendo el Sistema de Salud Pública de El Salvador
	2016	Costa Rica	Programa Por Resultados para el Fortalecimiento del Seguro Universal de Salud de la Caja costarricense del Seguro Social
	2018	Bolivia	Proyecto de Redes de Servicios de Salud
	2021	Perú	Proyecto de Creación de Redes Integrales de Salud
OPS	2021	Honduras	Fortaleciendo la respuesta a la Pandemia de COVID-19 en Honduras
	2023	República Dominicana	Proyecto Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud
Banco Interamericano de Desarrollo	2010	El Salvador	Proyecto Red Integrada de Servicios de Salud en El Salvador
	2015	El Salvador	Proyecto Fortalecimiento de los servicios de salud y la construcción de dos hospitales en El Salvador.
	2015	Panamá	Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud
	2018	El Salvador	Programa Integrado de Salud II
	2018	Perú	Programa de Creación de Redes Integradas de Salud
	2019	Argentina	Programa de Fortalecimiento e Integración de Redes de Salud
	2020	Paraguay	Proyecto de mejoramiento de la calidad de atención de la red de servicios de salud
	2020	Guatemala	Programa de fortalecimiento de la red institucional de servicios de salud.
	2021	Argentina	Estudio de Diagnóstico para la conformación de la Red de Salud Renal
	2021	Perú	Proyecto Modernización del sistema de salud pública
	2023	Honduras	Proyecto Fortalecimiento y ampliación de la Red Hospitalaria en Honduras

Fuente: elaboración propia con datos de los sitios web del BM (44), OPS (45) y BID (46).

Este tipo de hallazgos deja al descubierto la agenda de la salud global liberal (28) que implica la funcionalización de la salud pública hacia los espacios de acumulación del mercado, sumado a las confluencias complementarias entre la OMS y la OPS, el Banco Mundial, el BID, entre otros (23).

2.2 ¿Redes de salud o redes de enfermedad?

Desarrollar un modelo de organización a través de RISS es un camino que no es único, ni tiene fórmulas mágicas. De hecho, Fleury y Ouverney (47) reconocían que ciertas características de las redes limitan su eficacia o crean dificultades para su gestión: la participación de numerosos

actores dificulta la rendición de cuentas (*accountability*); el proceso de negociación y de formación de consensos puede ser lento; la dilución de responsabilidades puede afectar el alcance de los objetivos; puede ocurrir la exclusión de actores sociales o regiones importantes en función de la fragilidad de los criterios de participación, y las dificultades de control y coordinación de las interdependencias tienden a generar problemas en la gestión.

El diseño e implementación de un modelo de gestión basado en las RISS está destinado al fracaso si dos condiciones fundamentales no se alteran: (a) su configuración está limitada a los servicios de salud que replican los vicios de los sistemas fragmentados, y (b) la participación social contemplada en la red no visibiliza los recursos de la territorialidad ni las posibilidades de la incorporación de otros actores a la red. Y así progresivamente, sin el acompañamiento de la población ni de otros sectores, poco a poco se configuran nuevamente en estructuras de mando, organizadas verticalmente a partir de lineamientos (decretos) generando una nueva jerarquía que implica, para los actores sociales, como diría Bang y Stolkiner (48) encontrarse en “una red por una adscripción nominada por otros y vaciada de contenido”.

Este fenómeno de vaciamiento de la participación social en las redes de salud ocurre en parte porque las convocatorias para la gente suelen ser para una serie de actividades planificadas desde la lógica de los programas sanitarios (2). Si bien estos mecanismos se constituyen en un avance en oposición al modelo asistencialista centrado en la demanda espontánea e individual por patología, la mayoría de los programas sanitarios intervienen desde los niveles centrales en forma vertical y paralela, sin coordinación entre ellos.

Haciendo el paralelismo con un texto de Granda (20), donde denomina irónicamente a la salud pública como “enfermología pública”, pues su quehacer gira en torno al riesgo de enfermedad por lo que debe vigilarla y controlarla, se puede decir que estas redes de servicios de salud no son propiamente redes de salud, sino de enfermedad por cuanto replican barreras institucionales, reproducen esquemas sexistas y racistas, y operan con mecanismos de exclusión y de inequidad.

Profundizar en el desarrollo de una nueva *red tipo* comprendería integrar la noción de *red social*, la cual implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo. Dentro de sus características, se encuentra ser un sistema abierto, multicéntrico, que permite un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo y con integrantes de otros, posibilita la sinergia de recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Las interacciones entre los miembros del colectivo les enriquecen, optimizando los aprendizajes al ser estos socialmente compartidos (49).

Una nueva red tipo debe de abarcar más allá de la sociedad, debe incluir a la naturaleza. Esto como resultado de la interacción global del hombre con el mundo al que pertenece. Debe de ir más allá de la uniformidad, hasta el mundo de la diversidad donde la integración solo alcanza



para aceptar la legitimidad de las diferencias, reconocerle el territorio de lo polimorfo, de lo multiforme y la diversidad de sentidos.

En el ámbito sanitario, una 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 estas desempeñan. Alguien que cuida es en otra situación el paciente; alguien que enseña puede, en otro momento, ser alguien que aprende y alguien que refiere puede luego ser contrarreferido (2).

2.3 La universalización de bienes colectivos, integrales e interdependientes

Los procesos de acumulación y aceleración del capitalismo han acentuado la desigualdad en Latinoamérica y el Caribe, instalando procesos de “desciudadanización” (29,50) creciente en grandes conjuntos sociales de la sociedad.

Esta *desciudadanización* se genera, entre otras causas, por desposesión. Es decir, se dio un despojo de grandes conjuntos y clases sociales subalternas de las sociedades excluyentes latinoamericanas y caribeñas que, nunca o casi nunca, tuvieron acceso efectivo a bienes públicos y sociales para la vida; Por tanto, su relación con los bienes sociales es a través del clientelismo político partidario patrimonializado en el gobierno del Estado o la caridad y beneficencia de los incluidos de la sociedad y/o de la demostración de ser pobre para conseguir el beneficio social del gerenciamiento del riesgo.

La discusión sobre las redes regionalizadas en el marco de los sistemas universales es parte del debate de cómo lograr la universalización de los bienes colectivos. El modelo de redes que se ha desarrollado en varios países en ALC, como programa social, ha priorizado establecerse inicialmente en los sectores pobres o excluidos de los sistemas de seguridad social con el propósito de hacer llegar servicios desde lo público y facilitar el acceso a derechos.

Sin embargo, la focalización de los programas sociales han encontrado varios problemas, entre ellas se menciona: a) La segregación de la población según el beneficio de un programa u otro, teniendo muchas veces varios de ellos al mismo destinatario, pero fragmentado desde un problema previamente definido; b) La tergiversación de la participación, que va desde la comprensión equivocada del concepto (solo registrar asistencias) hasta la participación utilitarista; c) La pérdida de la riqueza de la diversidad, al uniformar a “la población” como una masa se pierden cualidades organizacionales de los diversos subsistemas que lo componen. Las complejidades de esta diversidad ya no se conciben secuenciales sino rizomáticas.

Las redes de salud podrían convertirse en una nueva manera de universalizar los bienes colectivos siempre y cuando contribuyan a la integralidad e interdependencia de ellos y a que, así como los sujetos sociales pasaron de ser ciudadanos a consumidores y clientes, se logre revertir esta condición y estos regresen a su condición de ciudadanos.

3. Las redes de salud en el siglo XXI: sistemas redes

¿Qué se necesita para la construcción de redes de salud en el siglo XXI? A partir del debate que se ha desarrollado, está claro que la solución no es corregir el diseño de las RISS, ni enunciar solo una nueva teoría al respecto, sino que será imprescindible impulsar procesos decoloniales y espacios de construcción de conocimiento crítico que resulten sustanciales para fortalecer capacidades de actores clave tanto en el Estado como en los movimientos sociales e instituciones académicas y universidades capaces de generar otra epistemología y hegemonía (29).

Por lo tanto, a partir de una nueva epistemología comparada se puede desarrollar una comprensión y explicación conceptual metodológica que permita identificar y desmontar las falacias de la propuesta hegemónica de las redes de salud y, especialmente, realizar propuestas alternativas de un modelo de organización en el marco de la refundación de los sistemas de salud (10) para la calidad de vida saludable y el vivir bien en las sociedades del Sur.

La intención epistémico-teórica no se limita a copiar categorías o conceptos, sino que intenta hacer una incorporación problematizadora en un nuevo corpus categorial. Es una discusión sobre los paradigmas anteriores en contraste con los nuevos desde el sur y para el sur (27). En ese sentido, se propone como una alternativa al modelo de organización de redes de salud, los *sistemas redes*.

3.1 Refundación, nueva territorialidad y cartografía social de los sistemas sanitarios

La perspectiva epistemológica de la refundación de los sistemas de salud permite la resignificación de las teorías y políticas sobre los sistemas de salud para América Latina y el Caribe. No significa la eliminación de los sistemas de salud vigentes, sino que presupone reconocer capacidades de reingeniería y arquitectura institucional organizacional que fundamenten la refundación de la esfera pública y, en este caso, la (re)construcción de sistemas sanitarios para los desafíos del siglo XXI (23).

Se propone un repensar categorial para las redes a partir de una nueva arquitectura y cartografía. Implicará retomar las redes a partir de la universalidad/diversalidad, integralidad e interdependencia de los bienes públicos, colectivos y comunes, que incluyan la participación social en salud y la intersectorialidad, con una nueva geografía social donde los sistemas sanitarios se produzcan y construyan como una trama de territorialidad, territorios y dinámicas sociales locales con diversidad. Esta nueva arquitectura denominada *sistemas redes* se expresan en redes integradas de salud abiertas, heterogéneas, simétricas, con tramas de institucionalidad y territorialidades de cuidado y protección colectiva no solo articuladas, sino mancomunadas en estrategias de vivir bien y calidad de vida saludable; bajo un nuevo paradigma decolonial que permita visibilizar las interseccionalidades de las opresiones en los modos de vida.



Hablar de universalidad/diversidad se refiere a gestionar la contradicción de una propuesta que sea para todas y todos en un amplio sentido; pero a la vez, generar un espacio para aportar creatividad, para la reflexión y ampliar el conocimiento de lo diverso.

Asimismo, es preciso comprender la trama de territorio/territorialidad/territorialización en la que no se definen necesariamente como antagónicos, sino que los tres términos se entienden sobre la materialidad de un espacio/espacialidad que responde a interacciones sociales.

La categoría de territorio se explica en función de relaciones de poder que han supuesto la imposición de dinámicas de expropiación y sometimiento de unas poblaciones por otras. Sin embargo, el territorio es prioritariamente materialidad que implica la reproducción de estructuras clasistas. En cambio, la territorialización se refiere la acción humana que se basa en un sistema de valores para producir un territorio (51).

Para Herrera y Herrera (52) la noción de territorialidad supone desterritorialización y reterritorialización, desde lo alternativo, promoviendo multiplicidades y relacionamientos que contribuyen a procesos de equidad y emancipación.

El territorio, la territorialidad y la territorialización se dan de forma simultánea (Figura 1), al presentarse la necesidad material e intelectual de contar con un espacio físico de significación.

Tomando en cuenta estos elementos, para la construcción de los *sistemas redes* será necesario cartografiar las dinámicas sociales haciendo uso de una nueva geografía social que no se limite únicamente a describir los riesgos y recursos, sino que incorpore análisis de las dinámicas sociales locales e información sobre la diversidad en la territorialidad.

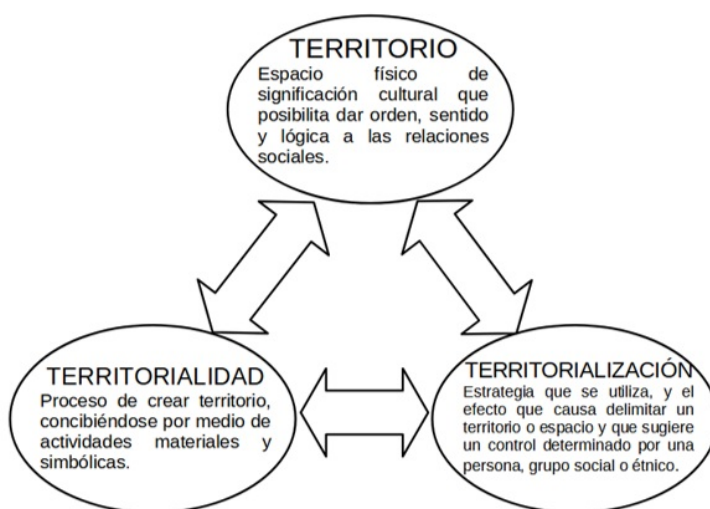


Figura 1. Relaciones conceptuales entre territorio, territorialidad y territorialización

Fuente: elaboración propia a partir de Monnet (51) y Herrera y Herrera (52).

3.2 Sistema redes como espacio de ciudadanía local y regional

Los *sistemas redes* como nueva arquitectura sanitaria proporcionan una oportunidad para reconstruir espacios de ciudadanía local y regional. Son sistemas que visibilizan y abordan la colonialidad y el patriarcado que tradicionalmente se replican en los sistemas de salud y en las redes de salud.

Este modelo debe procurar fortalecer lo público desde los territorios y contribuir a la resolución de la materialidad de la vida de las personas. Para eso, requerirán la incorporación de otros campos del conocimiento que contribuyan a una mirada transdisciplinar y la participación significativa de la ciudadanía, sin obviar el tejido social y las redes comunitarias existentes.

Habrà que superar el fraccionamiento entre la biología, la subjetividad y la sociabilidad, trabajándose sobre una base de cuidados integrales en salud, con objetivos claros y técnicas de acción profesional y reconociendo un papel activo para el expaciente, para el enfermo en lucha y en defensa de su salud, en general, íntimamente vinculado con la salud de los otros.

La reciudadanización por inclusión en los espacios locales y regionales a partir de la toma de decisiones en los *sistemas redes* es posible si la nueva arquitectura organizacional es coherente con el reconocimiento del valor de las interacciones de cada uno de los actores de la red y facilita la construcción de una salud colectiva. De esta forma, se logrará establecer una nueva intersectorialidad que promocióne la salud y contribuya al abordaje de la determinación social de la salud.

3.3 Los sistemas redes como nueva arquitectura organizacional territorial en el siglo XXI

La apuesta para una nueva arquitectura organizacional territorial en el siglo XXI se encuentra en los *sistemas redes*. Su capacidad para partir desde los territorios y la territorialidad, le permite tener una visión más amplia del proceso salud-enfermedad-cuidados e inclusive constituirse en un enclave para la reciudadanización y la intersectorialidad.

Los sistemas redes cuentan con los siguientes atributos:

- Diversalidad, con el pleno reconocimiento del otro
- Pluralidad e interculturalidad
- Integración de actores sociales y colectivos
- Interdisciplinariedad



- Flexibilidad
- Democracia y acción deliberativa
- Solidaridad y cooperación
- Participación y transparencia
- Creatividad e innovación
- Cultura de comunicación

Es sustancialmente importante que los *sistemas redes* no cuenten con un marco normativo o regulatorio rígido y extenso, a fin de no replicar los esquemas burocráticos anteriores, perdiendo las cualidades de la flexibilidad y la voluntariedad que caracteriza a las redes.

Para su implementación, las organizaciones sanitarias deberán destronar el modelo médico hegemónico poniendo en discusión los históricos métodos y maneras de brindar asistencia. Los equipos de salud deben afrontar con humildad la incorporación de otras voces que intervengan en el abordaje de los problemas comunitarios, aunque esto represente cuestionamientos a los paradigmas que poseen.

Se debe establecer una gestión colegiada para las distintas complejidades de los servicios de salud en unidades sanitarias integradas por equipos multiprofesionales donde existan condiciones institucionales favorables para la transferencia de conocimientos, intercambio de información y experiencias, así como para la construcción colectiva de los proyectos terapéuticos. Dicha construcción colectiva evitará que se diluyan responsabilidades y la omisión frente a lo desconocido o lo itinerante.

Posteriormente, estos equipos multiprofesionales se articularán a las nociones de equipo clínico de referencia (que es de carácter vertical) con aquel de apoyo especializado (organizado de carácter horizontal), en donde se han mezclado la especialización con la interdisciplinariedad. De esta manera, se tienen especialistas apoyando el trabajo del clínico de referencia conforme al proyecto terapéutico, coordinado por la referencia adecuada, pero elaborado en permanente negociación con el equipo involucrado en la atención en red.

Finalmente, a partir de la propuesta de refundación de los sistemas de salud, los sistemas redes desplazarán la cartografía institucional-burocrática asistencial hacia una nueva geografía social donde los sistemas sanitarios se definan y construyan como una trama de territorialidad, territorios y dinámicas sociales locales con diversidad; expresados en redes de salud abiertas, heterogéneas, simétricas, con protección y cuidado colectivo de una manera mancomunadas en estrategias de vivir bien y calidad de vida saludable.

Conclusiones

Los sistemas de salud se fueron configurando históricamente sobre la base de un modelo jerárquico burocrático heredado, en parte, por el ejército prusiano de Federico II y, que a finales del siglo XIX y principios del XX, fueron incorporando las teorías administrativas de Taylor y Fayol que fueron moldeando la forma en que se organizan los servicios de salud colocando en el centro a los hospitales; lo que finalmente se terminó de amoldar a partir del fordismo y toda la inspiración fabril que se incorporó a las lógicas de los servicios sanitarios.

Esto marcó el inicio de la jerarquización de los niveles sanitarios, el funcionamiento tipo archipiélago, la separación por departamentos, unidades y áreas en los hospitales, el establecimiento de líneas de montaje con intensa división de actividades en pequeñas tareas, los ajustes a la arquitectura sanitaria y el incremento industrial de la producción de los servicios con la consiguiente deshumanización en la atención.

Este aparato burocrático institucional se fue condensando con la colonialidad sanitaria y los modelos eurocéntricos de protección social y políticas desarrollistas del siglo pasado, sumado a la dependencia del modelo médico hegemónico configurando un sistema de salud que reproduce las inequidades y alimenta las brechas sanitarias.

Las RISS se convirtieron en la estrategia por medio del cual la OMS/OPS junto con el BM y el BID financiaron, en el marco de las reformas al Estado a principios del siglo XXI, modelos de organización basados en la APS que buscaron impulsar la estrategia de la CUS en la región. Sin embargo, las RISS han demostrado que su configuración sigue siendo altamente burocrática, limitada al ámbito de los servicios de salud y que no logran dar respuestas a las necesidades de la población a la que sirven.

Las RISS replican barreras institucionales, reproducen esquemas sexistas y racistas, y operan con mecanismos de exclusión y de inequidad siendo incapaces de universalizar bienes colectivos contribuyendo a la *desciudadanización* por desposesión característica de los Estados neoliberales.

El marco teórico epistémico de refundación de los sistemas de salud posibilita la propuesta de los *sistemas redes* como una apuesta categorial novedosa que se expresa en redes integradas de salud abiertas, heterogéneas, simétricas, que permiten reciudadanizar por inclusión a partir del territorio y territorialidad del cuidado y protección colectiva. Estos sistemas redes están articulados bajo un nuevo paradigma decolonial que permite visibilizar las interseccionalidades de las opresiones en los modos de vida.



Referencias

1. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(4). <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400002>
2. Dabas E, Perrone N. Redes en Salud [Internet]. 1999 [citado 2 jul 2023]. http://www.iin.oas.org/Cursos_a_distancia/explotacion_sexual/Lectura19.Red.pdf
3. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>
4. Greenberg W, Goldberg LG. The determinants of hospital and HMO vertically integrated delivery systems in a competitive health care sector. *Int J Health Care Finance Econ*. 2002;2(1):51-68.
5. Shortell S, Gillies R, Anderson D. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff*. 1994;13:46-54.
6. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opiniones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4. Washington, DC: OPS; 2010.
7. López-Puigl P, Morales-Suárez I, Lara-Menchaca S, Martínez-Trujillo N, Lau-López S, Soler-Cárdenas S. Las Redes Integradas de Servicios de Salud desde la realidad cubana. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2009 [citado 1 jul 2023];35(4):34-43. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400005
8. Vilaça-Mendes E. Las redes de atención de salud. Brasília: OPS; 2013. 549 p.
9. Rovere M. Redes en salud; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Ed. Secretaria de Salud Pública/AMR, Instituto Llazarte; 1999. 113 p.
10. Basile G. Refundación de los sistemas de salud en latinoamérica y el caribe: apuntes para repensar y descolonizar las teorías y políticas. En: Basile G, Hernández Reyes A, et al. Refundación de los sistemas de salud en latinoamérica y el caribe: descolonizar las teorías y políticas. 1ra Ed. Digital. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; 2021. p. 64-97. <https://bit.ly/LibroRefundacionSistemasdeSalud>
11. Breilh J. Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar/Corporación Editora Nacional; 2010.
12. Foucault M. Las redes del poder. Buenos Aires: Prometeo Libros; 2014. 112 p.
13. Weber M. ¿Qué es la burocracia? Buenos Aires: Libros Tauro; 1991. 120 p.
14. Taylor FW. Principios de la Administración Científica. Buenos Aires: Editorial Ateneo; 1973.
15. Fayol H, et al. Administración industrial y general. Principios de la administración científica. Buenos Aires: El Ateneo; 1969.
16. Ahuja NK. Fordism in the Hospital: Albert Kahn and the Design of Old Main, 1917-25. *J Hist Med Allied Sci* [Internet]. 2012 [citado 12 jul 2023];67(3):398-427. <https://dx.doi.org/10.1093/jhmas/jrr030>

17. Wagner D. The Proletarianization of Nursing in the United States, 1932–1946. *Int J Heal Serv* [Internet]. 1980 [citado 14 jul 2023];10(2):271-90. <https://dx.doi.org.br/10.2190/JY5F-VFQC-Y699-CJ6E>
18. Silva RN, Ferreira MA. Nursing and society: Evolution of Nursing and of capitalism in the 200 years of Florence Nightingale. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2021 [citado 12 jul 2023];29:e3425. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4482.3425>
19. De Sousa-Campos GW. El Anti-Taylor: sobre la invención de un método para cogobernar instituciones de salud produciendo libertad y compromiso [Internet]. 1997 [citado 11 jul 2023]. <https://comisionestadoca.files.wordpress.com/2012/06/texto-4-de-souza-campos-antitaylor-cogobernar-instituciones.pdf>
20. Granda E. ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2004 [citado 8 jul 2023];30(2). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21430209>
21. Quijano A. Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina. *Dispositio*. 1999;24(51):137-48.
22. Basile G. La Salud Colonizada por el Desarrollo: América Latina y el Caribe entre el Panamericanismo y la Soberanía Sanitaria Regional. En: Ojeda T, Villareal M, editores. *Pensamiento crítico latinoamericano sobre desarrollo*. Madrid: Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación - Los Libros de la Catarata; 2020. p. 203-21.
23. Menéndez E. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva* [Internet]. 2020 [citado 10 nov 2023];16:e2615. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
24. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1997.
25. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.
26. Hernández-Reyes A. La atención primaria de salud como fundamento de la reforma de salud salvadoreña. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2018;42. <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2018.130>
27. World Bank. Supporting EUHC in Argentina (P163345) [Internet]. *Worldbank.org*. 2018 [citado 12 nov 2023]. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099340010062221769/pdf/P163345018a1990120b1ac0e45093abd498.pdf>
28. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Washington, DC: Inter-American Development Bank, Office of the Chief Economist; 1997.
29. Basile G. Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro descolonial y epistemológico. En: *II Dossier de Salud Internacional Sur Sur*. CLACSO; 2018. p. 40.
30. Giovanella LA. Atenção Primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(5):951-63.



31. Homedes N, Ugalde A. Human resources: the Cinderella of health sector reform in America. Hum Resour Health [Internet]. 2005 [citado 10 jul 2023];3(1). <http://www.human-resources-health.com/content/3/1/1>
32. Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. Bull World Health Organ. 2000;78(6):717-31.
33. Fritzen SA. Strategic management of the health workforce in developing countries: what have we learned? Hum Resour Health [Internet]. 2007 [citado 10 jul 2023];5(4). <http://www.human-resources-health.com/content/5/1/4>
34. Glendinning C, Rummery K, Clarke R. From collaboration to commissioning: developing relationships between primary health and social services. BMJ. 1998;317(11):122-5.
35. Lethbridge J. Public sector reform and demand for human resources for health. Hum Resour Health [Internet]. 2004 [citado 12 jul 2023];2(5). <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/15>
36. Consulta regional sobre la renovación de la atención primaria de salud (APS) en Las Américas. Montevideo, Uruguay: OPS/OMS; 2005 [Internet]. [citado 10 jul 2023]. <https://www.paho.org/es/node/38482>
37. Von Foerster H. Las Semillas de la Cibernética. Barcelona: Editorial Gedisa; 1991. 2013 p.
38. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.
39. Hernández-Reyes A. La atención primaria de salud como fundamento de la reforma de salud salvadoreña. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2018;42. <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2018.130>
40. World Bank. Supporting EUHC in Argentina (P163345) [Internet]. Worldbank.org. 2018 [citado 12 nov 2023]. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099340010062221769/pdf/P163345018a1990120b1ac0e45093abd498.pdf>
41. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud basadas en Atención Primaria de Salud. Washington: OPS; 2009. CD49.R22.
42. Gillies RR, Shortell SM, Young GJ. Best practices in managing organized delivery systems. Hosp Health Serv Adm. 1997;42(3):299-321.
43. Gillies RR, Shortell SM, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. Hosp Health Serv Adm. 1993;38(4):467-89.
44. Banco Mundial. Desarrollo sostenible, resiliencia y crecimiento económico [Internet]. World Bank. [citado 9 nov 2023]. <https://www.bancomundial.org/es/home>
45. OPS/OMS [Internet]. Paho.org. [citado 9 nov 2023]. <https://www.paho.org/es>
46. Banco Interamericano de Desarrollo [Internet]. Banco Interamericano de Desarrollo. [citado 9 nov 2023]. <https://www.iadb.org/es>
47. Fleury S, Ouverney AM. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007.

48. Bang C, Stolkiner A. Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes. Cienc Doc Tecnol [Internet]. 2013 [citado 9 jul 2023] ;(46):123-46. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17162013000100005
49. Dabas E. Redes sociales, familias y escuela. 1ª ed. 1ª reimp. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2003. 25 p.
50. Fleury S. Construcción de ciudadanía en entornos de desigualdad. Escola Brasileira de Administração Pública e Empresas (EBAPE). Fundación Getúlio Vargas; 1999. 35 p.
51. Monnet J. El territorio reticular. En: Nates B, ed. Enfoques y métodos en estudios territoriales. Manizales: RETEC/Doctorado de estudios territoriales de la Universidad de Caldas; 2013. p. 137-67. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00533584v2>
52. Herrera-Montero LA, Herrera-Montero L. Territorio y territorialidad: teorías en confluencia y refutación. Universitas [Internet]. 2020 [citado 7 jul 2023];(32):99-120. <https://doi.org/10.17163/uni.n32.2020.05>

Notas

- * Artículo de investigación

