

# «REGIONALIZACIÓN PERINATAL» Y «REDES»: EL CASO DE UNA REGIÓN SANITARIA BONAERENSE Y SUS CAPACIDADES ESTATALES

«REGIONALIZATION OF PERINATAL ATTENTION»  
AND «NETWORKS»: THE CASE OF A HEALTH REGION  
IN BUENOS AIRES AND ITS STATE CAPABILITIES

CLARA PIERINI ·

Universidad Nacional de General Sarmiento, Instituto  
del Conurbano (Argentina)  
email: clara.pierini@gmail.com

## Resumen

El artículo aborda la «Regionalización de la Atención Perinatal» en el conurbano bonaerense. Analiza las capacidades estatales de las Regiones Sanitarias (RS) frente al desafío de la coordinación y articulación del trabajo regionalizado y en red, con énfasis en la RS VII. La estrategia metodológica es cualitativa. La RS muestra debilidades en términos de instituciones formales y recursos, como también al observar aristas vinculadas al diseño de la política y la relación con el nivel nacional. Entre los avances, se evidencia que existen ideas orientadoras compartidas entre los actores acerca de cuál es el problema por enfrentar y qué hacer, y la existencia de cierta conciencia de red. Sobresalen las capacidades individuales de los gestores para establecer vínculos informales y alcanzar soluciones caso por caso.

## Registro bibliográfico

PIERINI, CLARA «Regionalización perinatal» y «redes»: el caso de una región sanitaria bonaerense y sus capacidades estatales», en: ESTUDIOS SOCIALES, revista universitaria semestral, año XXX, n° 59, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, julio-diciembre, 2020, pp. 259-283.

## Abstract

This paper addresses the «Regionalization of Perinatal Attention» in the Greater Buenos Aires. It analyses the state capabilities of Health Regions (HR) facing the challenge of coordinating work within regional health care/service networks, with emphasis in the HR 7. The methodological strategy is qualitative. The HR shows weaknesses in terms of formal institutions and resources, as well as by observing aspects related to the design of the policy and the relationship with the national level. Among the advances, this article shows that there are shared guiding ideas among the actors about what is the problem they need to address and how to do it, and that a certain network conscience exists. It emphasizes the importance of the individual abilities of managers to establish informal links and solutions case by case.

## Descriptorios · Describers

redes de servicios de salud / regionalización de la atención / atención perinatal / conurbano bonaerense / capacidades estatales  
health service networks / regionalization of attention / perinatal attention / greater Buenos Aires metropolitan area / state capabilities

**Recibido:** 17 / 01 / 2019 **Aprobado:** 21 / 10 / 2019

## I. INTRODUCCIÓN

Este artículo aborda la «Regionalización de la Atención Perinatal» (RAP) en el conurbano bonaerense<sup>1</sup> (Provincia de Buenos Aires, Argentina). Esta estrategia, promovida a partir de 2010 por un Plan nacional («Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las adolescentes»), constituye un elemento clave para el desarrollo de redes de servicios de salud orientadas a la atención perinatal.

La RAP asignó un lugar central a los territorios regionales. En consecuencia, se pone el foco en el análisis de las capacidades estatales de las Regiones Sanitarias (RS) frente al desafío de la coordinación y articulación del trabajo regionalizado y en red, con énfasis en la RS VII.

## II. ACLARACIONES METODOLÓGICAS

La elección de tomar a una Región Sanitaria como unidad de estudio responde a que, en la Provincia de Buenos Aires, éstas constituyen espacios descentralizados del Estado provincial en materia salud; son espacios de decisión técnico-política encargados de la planificación, gestión y/o articulación de políticas sanitarias desde una perspectiva regional. La elección de la RS VII refiere a intereses que exceden los objetivos de este trabajo<sup>2</sup>. Resumidamente, resulta de interés como caso porque su territorio posee las siguientes particularidades: buena presencia de establecimientos de los tres niveles de atención, la existencia de efectores de las tres jurisdicciones (Nación, provincia, municipios), el funcionamiento de un hospital la más alta complejidad (Hospital Posadas) y la implementación del proceso de RAP. Además, presenta alta densidad poblacional y un elevado porcentaje de nacimientos sobre el total provincial y del conurbano<sup>3</sup>.

La RS VII está integrada por los municipios de General Las Heras, General Rodríguez, Luján, Marcos Paz, Merlo, Hurlingham, Ituzaingó, Morón, Tres de Febrero y Moreno. Los municipios de General Las Heras, General Rodríguez,

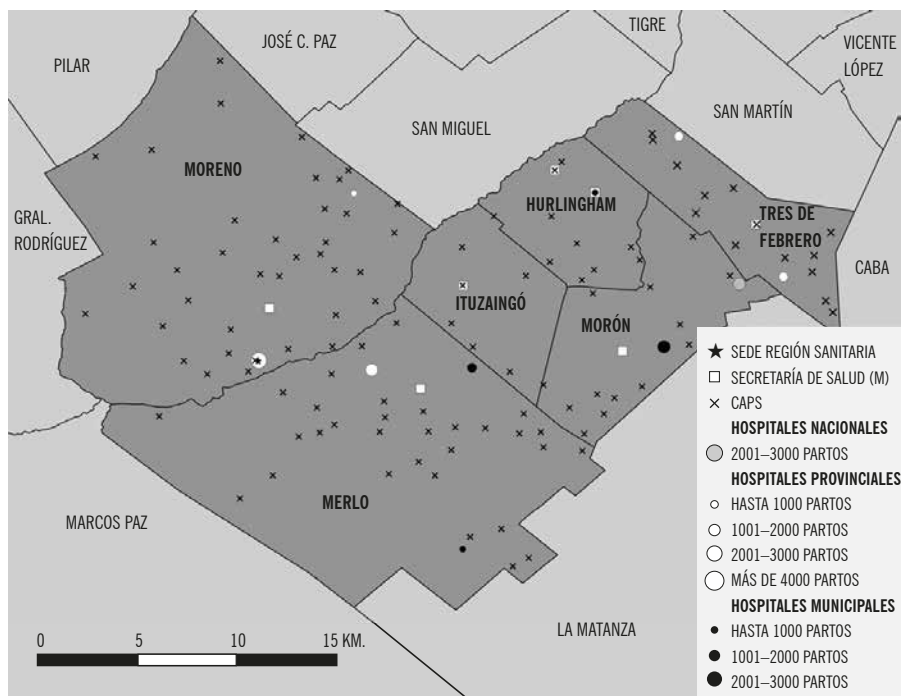
1] Refiere a los 24 municipios que rodean a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

2] Alude a la investigación doctoral de la autora.

3] En 2010, el porcentaje de nacimientos de la RS VII sobre total provincial corresponde al 15 % y sobre el conurbano al 22 % —esta cifra excluye a los partidos de la RS que no pertenecen al conurbano—. Los porcentajes refieren al sector público y son una elaboración propia, a partir de los datos del Ministerio de Salud provincial.

Luján y Marcos Paz no forman parte del conurbano, por lo que fueron excluidos de este estudio. La RS tiene una población de 2 253 772 habitantes y los seis partidos que forman parte del conurbano alcanzan los 1 991 244 habitantes, es decir, 19,41 % de la población de los 24 partidos del Gran Buenos Aires (CENSO 2010). En 2015, la red perinatal estatal de estos seis partidos estaba compuesta por un hospital nacional, 5 hospitales provinciales y 4 hospitales municipales.

MAPA 1:  
LA RED PERINATAL ESTATAL DE LA RS VII. AÑO 2015



FUENTE: elaboración propia en base a datos del Min. de Salud de la Pcia. de Buenos Aires (MSP, 2012; DIS-MSP, 2015).

El recorte temporal se extiende entre el año 2008 y 2018. Su inicio corresponde con el comienzo del trabajo en RAP a nivel nacional y provincial. La estrategia metodológica es cualitativa. Incluye el relevamiento y sistematización de datos secundarios y la elaboración y análisis de datos primarios.

La búsqueda de información secundaria contempló el relevamiento de normativa vinculada a la gestión de la atención perinatal en sus distintos niveles (nacional, provincial y municipal) y a la organización de los servicios de salud. Además, involucró la sistematización de documentos de planes y programas referidos a la atención materno–infantil, informes de gestión, protocolos y guías de procedimientos específicos a la red estudiada.

La realización de entrevistas de carácter semiestructurado, a informantes vinculados a la gestión de la atención materno–infantil, procuró reconstruir la experiencia de la RAP. Se analizaron 15 entrevistas a referentes de la macro y meso gestión del nivel nacional, provincial, regional, municipal y de los establecimientos (dos fueron realizadas en la RS VI, en vistas a realizar contrapuntos). El trabajo de campo tuvo lugar entre junio de 2017 y abril de 2018.

TABLA 1:  
ENTREVISTAS REALIZADAS

ENTREVISTA	FECHA DE REALIZACIÓN	ID
FUNCIONARIA DEL MINISTERIO DE SALUD PROVINCIAL 2007–2015	12/06/2017	A
FUNCIONARIO DE LA RS VI 2010–2015	11/07/2017	B
DIRECTORA DE MATERNIDAD PROVINCIAL EN LA RS VII 2015–2017	15/07/2017	C
SECRETARIO DE SALUD MUNICIPAL DE LA RS VI 2014–2018	17/08/2017	D
PROFESIONAL DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DE UN HOSPITAL DE LA RS VII DURANTE TODO EL PERÍODO ESTUDIADO	29/08/2017	E
FUNCIONARIA DE SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL 2016–2018	08/09/2017	F
PROFESIONAL DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (MSAL) DURANTE TODO EL PERÍODO ESTUDIADO	20/09/2017	G
FUNCIONARIA DEL MSAL 2009–2015 <sup>4</sup>	10/10/2017	H
PROFESIONAL DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE LA RS VII DURANTE TODO EL PERÍODO BAJO ESTUDIO	17/11/2017	I
FUNCIONARIO DE SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL 2008–2018	12/12/2017	J
REFERENTE RAP DEL MSAL DURANTE TODO EL PERÍODO ESTUDIADO	15/12/2017	K
DIRECTOR DE CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (CAPS) DURANTE 2012	20/02/2018	L
FUNCIONARIO DE SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL 2008–2014	22/02/2018	M
JEFE DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE LA RS VII DURANTE TODO EL PERÍODO BAJO ESTUDIO	14/03/2018	N
FUNCIONARIA DE LA RS VII DURANTE TODO EL PERÍODO ESTUDIADO	18/04/2018	O

FUENTE: elaboración propia.

4] La entrevista fue realizada junto a Magdalena Chiara en el marco del PICT 693/ 2014.

### III. LA REGIONALIZACIÓN PERINATAL EN EL CONURBANO BONAERENSE

#### 1. Los conceptos de «redes de servicios de salud», «regionalización de la atención» y «regionalización de la atención perinatal»

Las redes de servicios de salud refieren a una articulación de organizaciones (públicas, privadas, sociedad civil) que brindan un continuo coordinado e integral de servicios de salud para una población y territorio específicos; están a cargo de los costos y resultados (clínicos, económicos y del estado de salud de la población) y deben poder rendir cuentas por ellos. En Latinoamérica y Argentina (en el subsector estatal), estas redes se implementaron como una estrategia para garantizar el acceso de la población a la atención integrando los distintos niveles de complejidad. Organizadas a partir de la Atención Primaria de la Salud (APS), sostienen modelos productivos que concentran ciertos servicios (hospitales, establecimientos especializados) y favorecen la dispersión de otros (CAPS) (VILAÇA MENDES, 2013; ARIOVICH Y CROJETHOVIC, 2015).

La regionalización de la atención ha sido planteada como una estrategia para garantizar el derecho a la salud y ampliar la cobertura, vinculada a los procesos de descentralización. Supone el contacto entre autoridades con recursos diversos y dotadas de diferente poder y legitimidad, ya que busca integrar los componentes que forman parte del sistema sanitario a través de arreglos interinstitucionales (FERNANDES DA SILVA, 2011; DÍAZ DE LIMA *ET AL.*, 2012). Con estos fines, propone la organización de acciones y servicios de salud con una lógica regional. Plantea la creación de figuras regionales, entendidas como instancias administrativas no necesariamente coincidentes con los estados subnacionales. Este esfuerzo otorga centralidad a la existencia de incentivos financieros para cumplir estas funciones (DOURADO Y ELIAS, 2011).

La estrategia establece como directriz las redes de asistencia integral (regionalizadas) por considerar ambos esfuerzos como complementarios. Su éxito depende de la existencia de una red que garantice el acceso a los servicios en cualquier nivel de atención a toda la población; esta debe fundamentarse en sistemas funcionales y resolutivos, en la organización jerarquizada de los servicios y en el establecimiento de mecanismos de referencia y contrarreferencia a nivel local (DOURADO Y ELIAS, 2011; FERNANDES DA SILVA, 2011; DÍAZ DE LIMA *ET AL.*, 2012; SIMIONI *ET AL.*, 2017).

Desde la literatura brasilera y argentina, se propone que la regionalización debe atender a las particularidades de los territorios, sus recursos y dinámicas, por la diversidad de elementos que los caracterizan y sus posibilidades de negociación en

relación con los mismos. Así, es importante considerar su poder político, el número de habitantes y/o la situación económica (DOURADO Y ELIAS, 2011; BERNZTEIN *ET AL.*, 2012; SIMIONI *ET AL.*, 2017). DÍAZ DE LIMA *ET AL.* (2012: 1904) proponen:

«[...] frente a la concentración geográfica de los servicios de mayor complejidad, las diferencias en términos de población y las condiciones político–institucionales de los entes federativos de Brasil, apareció la necesidad de conformar arreglos regionalizados de atención de la salud que no se restrinjan a los límites administrativos, siendo la interdependencia entre los gobiernos bastante significativa. Admitiendo múltiples participantes, la regionalización de la salud es un proceso político, condicionado por las relaciones establecidas entre diferentes actores sociales (gobiernos, organizaciones, ciudadanos) en el espacio geográfico. Incluye, también, el desenvolvimiento de estrategias e instrumentos de planificación, integración, gestión, regulación y financiamiento de una red de acciones y servicios en el territorio» (Traducción propia).

La «Regionalización de la Atención Perinatal» refiere al desarrollo, en un área geográfica determinada, de un sistema materno infantil coordinado y cooperativo. Cada una de las instituciones que integran este sistema tiene un nivel de complejidad específico, definido mediante acuerdos entre los establecimientos y equipos, y con relación a las necesidades de la población. Supone la conformación de una red de prestadores de complejidad creciente y corredores sanitarios con necesidades organizativas particulares: un primer nivel de atención fuerte y capacitado para asignar a las usuarias el nivel de atención que les corresponda según el riesgo; buenos dispositivos de comunicación; y un sistema de traslados organizado y centralizado que permita la movilidad de embarazadas y recién nacidos. Su fin es garantizar partos seguros y calidad en la atención para todas las personas gestantes y sus hijos, y lograr la utilización apropiada de la tecnología y del personal a un costo/efectividad razonable (MSAL, 2010; SCHWARCZ, 2011; SIMIONI *ET AL.*, 2017). Respecto al personal, promueve la contratación de un número inferior de médicos especializados para la atención de los recién nacidos críticos (en comparación con países que no han regionalizado la atención) y un fortalecimiento del rol de las enfermeras (SCHWARCZ, 2011).

## **2. Iniciativas del nivel nacional: el «Plan Operativo» y la «Regionalización de la Atención Perinatal»**

El «Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las adolescentes» (PO) fue una iniciativa del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) de 2010, que tuvo entre sus prioridades reducir la mortalidad infantil, de las adolescentes y materna, disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino, y eliminar las barreras de acceso a la salud sexual y a la procreación responsable. Entre sus intervenciones se destacan: la capacitación en servicio, la regionalización perinatal, la participación comunitaria y la comunicación. Estas intervenciones incluyen el fortalecimiento de los servicios en red, reformas en todos los niveles de atención, incorporación de nuevas tecnologías y capacitación. También, el PO propone fortalecer la estrategia de APS, que no refiere sólo al primer nivel de atención, sino que considera todos los niveles (en la RAP adquiere relevancia la alta complejidad) (MSAL, 2010).

Dada la organización federal de la Argentina, el PO propuso el establecimiento de «acuerdos políticos» en las provincias donde se detectara «voluntad política de cambio». Estos acuerdos suponían la definición, a nivel provincial, de metas y un plan de trabajo. El plan se definía con los actores involucrados a partir de un diagnóstico local (en un taller inicial) e incluía una serie de estrategias relacionadas con los servicios y el sistema, que fueron agrupadas en cuatro ejes: nivel central, primer nivel de atención, nivel hospitalario y referencia y contrarreferencia. Particularmente, se focalizó en procesos de gestión, recursos humanos, infraestructura e insumos. El PO no definió una fecha de finalización, aunque sus metas fueron establecidas para 2011 (MSAL, 2010).

Los criterios considerados para la selección de jurisdicciones donde empezar a trabajar fueron: mayor mortalidad materno-infantil en valores absolutos, el caso de la Provincia de Buenos Aires; y altas tasas con mayor inequidad, como las provincias del noreste y noroeste del país (MSAL, 2010). Los entrevistados mencionaron que en 2010 inició la labor en el conurbano.

Los objetivos del PO, en materia de RAP, fueron: reducir la morbimortalidad materno infantil, disminuir los costos del sistema de salud y resolver nudos críticos. El PO hace referencia al beneficio de la creación de sistemas regionalizados para la atención perinatal organizados por niveles de complejidad. Indica la necesidad de definir un territorio y población específicos, como también el organismo que lo llevara adelante y la financiación. Respecto al trabajo regionalizado, sostiene

la importancia de definir el riesgo materno y neonatal antes del nacimiento, para que sean atendidos con la complejidad que requieran. Enfatiza la importancia de la coordinación de acciones y recursos y, también, en el lugar central que asume el servicio de traslados de pacientes. Además, hace referencia a la necesidad de fortalecer el número de enfermeras por paciente crítico (y no de médicos especializados) y menciona el beneficio de trabajar con profesionales con dedicación completa (MSAL, 2010).

Para lograr estos objetivos, el PO formuló actividades organizadas en cuatro dimensiones. La dimensión política, refiere a la necesidad de debatir en el máximo nivel de compromiso político, construir acuerdos políticos, describir y convocar a los actores involucrados en cada región, establecer metas y compromisos, y estimar presupuestos; para luego integrar a los equipos del MSAL con la contraparte provincial. Respecto de la dimensión social, señaló la importancia de comunicar los beneficios y dificultades de la RAP a todos los actores involucrados y a la comunidad. La dimensión económica incluyó definir un modelo de financiamiento y establecer un sistema de incentivos vinculados a resultados, que privilegie la realización de partos según el riesgo (Plan Nacer<sup>5</sup>, seguros provinciales). Finalmente, la dimensión sanitaria planteó: realizar un diagnóstico de la situación perinatal, que incluya el funcionamiento de las redes perinatales y la categorización de los servicios obstétricos y neonatales; definir un modelo organizacional y administrativo; elaborar normativa; definir unidades geográficas; establecer funciones y responsabilidades en cada nivel; realizar un mapeo de actores y de requerimientos; identificar necesidades de capacitación; garantizar el transporte obstétrico y neonatal; efectivizar el funcionamiento de la referencia y contrarreferencia; lograr la captación temprana de las mujeres y su seguimiento; crear una red de comunicaciones; implementar sistemas de información y empadronar a la población objetivo (MSAL, 2010: 56–58).

Por último, se destaca que las responsabilidades del nivel nacional en la RAP fueron: brindar asistencia técnica, elaborar un marco normativo; realizar, implementar y difundir protocolos y guías de práctica clínica; implementar sistemas de información; y efectuar evaluaciones y monitoreos (MSAL, 2010: 57).

5] El Plan Nacer fue implementado, desde 2005, por el MSAL y refiere a Seguros Públicos de Salud provinciales para la población materno–infantil sin obra social. Este Plan luego amplió la población destinataria y devino en el Programa Sumar.



### 3. La regionalización perinatal en el conurbano y la Región Sanitaria VII

La RAP, implementada desde el Estado provincial, a partir de la iniciativa del gobierno nacional y con su apoyo, otorgó un papel central a las Regiones Sanitarias y propició el fortalecimiento de las redes de servicios en distintos territorios regionales. Como han señalado algunos entrevistados y la literatura revisada, la regionalización y las redes aparecen como estrategias fuertemente entrelazadas e interdependientes. Si bien las redes perinatales tenían existencia anterior a la RAP, éstas se potencian luego de 2010, cuando toma fuerza la estrategia.

La Provincia de Buenos Aires fue una de las regiones seleccionadas para iniciar el trabajo de la RAP. Vale mencionar que los esfuerzos estuvieron concentrados en el conurbano. Con relación a este territorio, dos entrevistados (implicados en la gestión provincial) señalaron como un hito, que también marcó el inicio de la labor, los resultados de la Encuesta Perinatal de 2008 (SCHWARCZ *ET AL.*, 2009).

Luego de firmado el convenio entre Nación y Provincia, se comenzó a trabajar en el conurbano desde las RS y se promovió su rol como guías del proceso e interlocutoras con los territorios locales. Específicamente, desde el nivel nacional se asignaron y financiaron recursos para trabajar a nivel regional. Bernztein *et al.* (2012), como algunos informantes, destacan que la RAP en el conurbano fue coordinada por una «pareja perinatal» (un representante del área neonatal y otro de obstetricia), que desde la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (DINAMI) del MSAL coordinaban el trabajo en las distintas RS y que en cada Región se designaron entre dos y tres «coordinadores perinatales». Estos coordinadores, cercanos al territorio y a los establecimientos, conocían la situación de camas (vinculadas a la atención perinatal), intervenían en la referencia y contrarreferencia y en las situaciones críticas.

«Esta pareja, digamos, perinatal, se ocupó de coordinar un grupo de gente de cada una de las regiones, para evaluar la situación de las maternidades y para definir cómo mejorar lo que les estaba pasando; poner todas las fuerzas en un par de maternidades por Región. Entonces, mejorarlo con capacitación, mejorarlo con horas, porque lo que pasaba era el tema de los pagos, gente que va un rato y se va, que hay poca gente que quiere ir a trabajar al conurbano. [...] se definió que para Neonatología se necesitaban más horas de trabajo, y desde acá se empezaron a financiar horas de trabajo para recurso humano que trabaja en las maternidades, en las principales maternidades. En el caso de la VII, fue el Mariano y Luciano, el Héroes de Malvinas, fueron como los dos más fuertes. Y a partir de ahí teníamos reuniones periódicas, a nivel de la Región,

con la gente de la Región, con los equipos que nosotros financiábamos y con la gente de la provincia, el Responsable de Hospitales, el Materno–Infantil, para ver con qué problemas nos encontrábamos, cómo avanzar. Así estuvimos trabajando bastantes años, casi te diría que hasta el cambio de gestión» (Entrevista ID H).

La pareja perinatal, junto con trabajadores de las RS, participaron de la evaluación y categorización de las maternidades. Esta fue una de las primeras tareas propuestas por el PO–RAP que se desarrolló en las RS y que permitió armar un mapa de la red y definir los hospitales de alta complejidad que se fortalecerían en primera instancia, dado el rol central que ocuparían en la red.

«Primero se evaluaron las CONE<sup>6</sup> en todas las maternidades, que son las Condiciones Obstétricas. Después, se categorizaron todas las maternidades, que esto también es un proceso, tampoco tan chiquito porque son un montón y hay que ir [...] y ahí, con el recurso y una categorización que tuvo sus sesgos, fue muy centrada en neonatología más que en obstetricia, esta categorización permitía, ahí, armar la red acorde a la complejidad» (Entrevista ID A).

En relación con la categorización de maternidades y la selección de establecimientos a fortalecer, interesa hacer dos menciones. Primero, Bernztein *et al.* (2012: 52) destacan que el conurbano tiene más de 25 establecimientos categorizados como complejos y que se estima que, de acuerdo con la cantidad de partos, con 14 se podría dar respuesta a la demanda (si fueran fortalecidos en materia de recursos humanos, capacitación y estructura edilicia). Así, el diagnóstico dio cuenta de la necesidad de regionalizar. Además, se planteó la necesidad de que obstétricas, enfermeras y pediatras se ocupen de la atención del recién nacido normal, para sumar horas de neonatólogos en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Por otra parte, tres interlocutores han destacado un «sesgo neonatal» en la elección de los establecimientos a fortalecer a través de la RAP. Estos fueron elegidos de acuerdo con su Unidad de Terapia Intensiva Neonatal y en vistas a fortalecer su capacidad de resolución. Los funcionarios destacan la necesidad de apuntalar asimismo el trabajo en el primer nivel de atención (CAPS) y en lo prenatal, e indican que desde

6] Las CONE refieren a las «Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales», establecidas por la Organización Mundial de la Salud y ratificadas por el MSAL.

la Provincia se trabajó en este sentido con un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo, aunque sus logros fueron de menor alcance.

Además de estos avances (evaluación y categorización de establecimientos, definición de líneas de trabajo), Bernztein *et al.* (2012) y nuestros entrevistados destacan la incorporación de neonatólogos y obstetras en algunos hospitales provinciales, de enfermeras especializadas en cuidados neonatales, y la realización de capacitaciones en servicio.

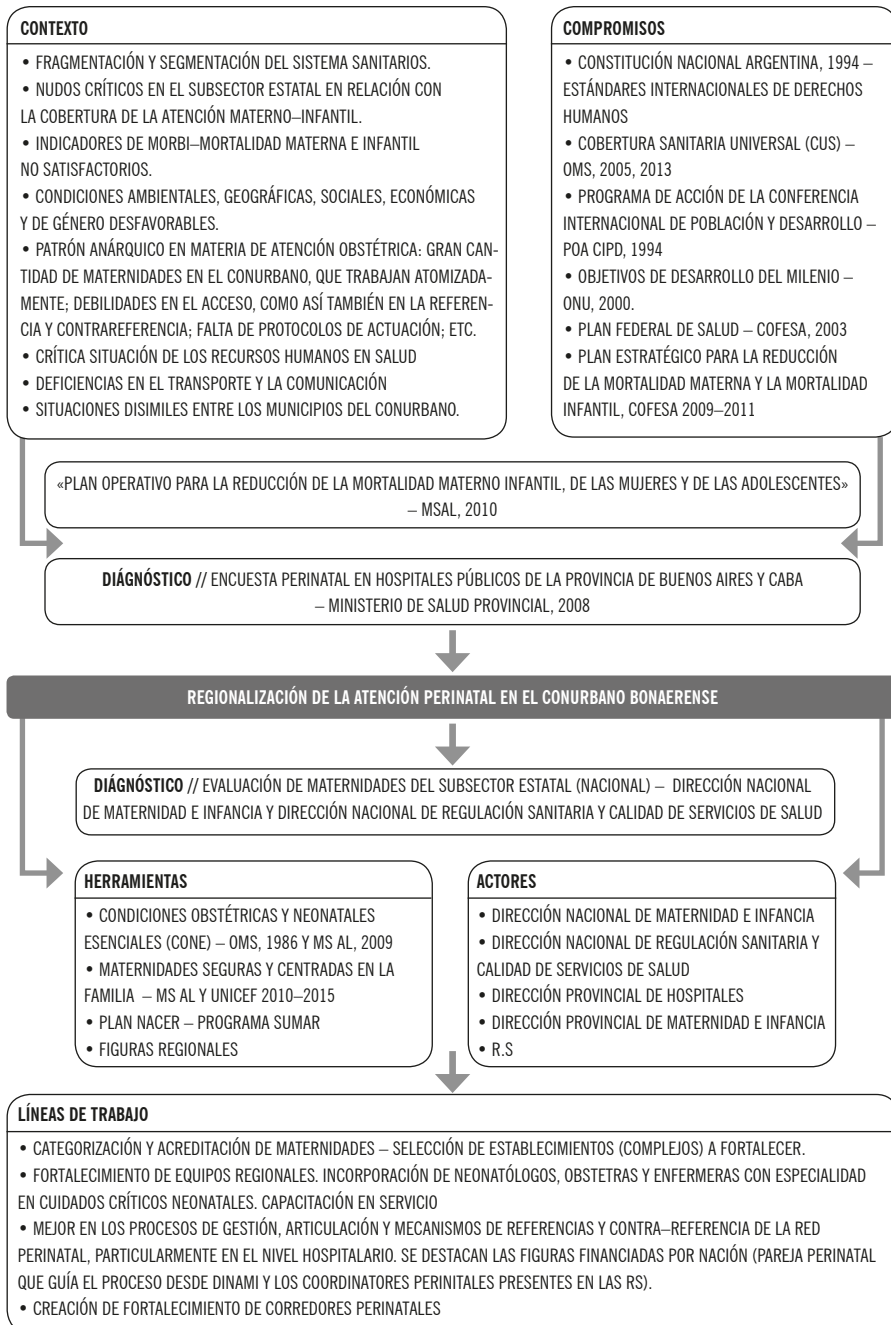
El informe de Bernztein *et al.* (2012), indica que los avances no fueron iguales en todas las RS del conurbano, sino que se avanzó más en XII y en parte de la V y, después, en la VI y VII. Menciona que se habla más de «rescate de las embarazadas de riesgo y neonatos» que de RAP, ya que aún persisten importantes problemas. Entre las dificultades compartidas por los diversos territorios, destaca la falta de profesionales y de personal de enfermería, insuficiencias en la red de transportes y comunicación, como la necesidad de profundizar e institucionalizar los cambios iniciados y otros limitantes vinculados a intereses políticos y cuestiones culturales.

Respecto a los avances en la RS VII, Bernztein *et al.* (2012: 52) destacaron que «se incorporó y capacitó enfermeras en el Hospital Héroes de Malvinas [Merlo], descendiendo la mortalidad neonatal; en el Mariano y Luciano de la Vega, de Moreno, se incorporaron médicos de planta con horas cátedra, descendiendo la mortalidad materna y neonatal». También los interlocutores consultados han destacado el trabajo en los hospitales provinciales de Moreno y Merlo. Además, han puesto énfasis en el fortalecimiento del corredor de Moreno, que incluye a la Maternidad provincial Carlotto, el Hospital provincial de la Vega y al Hospital Nacional Posadas.

Las RS se dividen en diversos servicios, entre ellos se destaca el materno–infantil. En la RS VII, hay un área de perinatología dentro del servicio materno–infantil. Esta área, hasta el cambio de gestión nacional y provincial de 2015, tuvo a su cargo dos líneas de trabajo: la coordinación de la tarea de la regionalización en su territorio y, consecuentemente, de la red perinatal; y, por otra parte, la coordinación de la red de obstétricas regional (que continúa hasta la actualidad). En el eje de RAP, desarrollaron su tarea los coordinadores perinatales.

El lugar que fue asignado a la RS en el proceso regionalización cobró diversas formas según el territorio y estuvo vinculado en el lugar que ocuparon en la red perinatal regional, no sólo la RS y el responsable del área materno–infantil regional, sino también el resto de los actores (por ejemplo, de la Dirección de Maternidad e Infancia provincial o nacional). El rol de las RS no fue siempre el mismo a lo largo

FIGURA 1:  
CUADRO–RESUMEN SOBRE LA RAP EN EL CONURBANO



FUENTE: elaboración propia.

del tiempo, incluso varios interlocutores destacaron que se desdibujó su injerencia luego de los cambios de gestión de 2015.

Por último, se destaca que el nivel provincial organizaba reuniones regionales para trabajar sobre las dificultades que presentaba avanzar en la RAP. Allí participaban el nivel regional, la DINAMI, la Dirección provincial de Hospitales (los interlocutores destacan un rol central por sus capacidades y el lugar que otorgó la RAP al nivel hospitalario), la Dirección provincial de Maternidad e Infancia, los jefes de servicio de Obstetricia y Neonatología de los hospitales, Secretarios de Salud y referentes materno–infantiles municipales. Su frecuencia varió: durante los primeros años tuvieron mayor periodicidad y en 2015 cesaron. En la RS VII, los relatos indican grandes reuniones con amplias posibilidades de participación: «venían todos los que tenían algo que decir [...] jefes de servicio, médicos de planta, obstétricas, enfermeras, direcciones de atención primaria» (Entrevista ID 0).

#### **IV. UN ACERCAMIENTO AL ROL DE LAS REGIONES SANITARIAS COMO COORDINADORAS DE LA REGIONALIZACIÓN PERINATAL**

En el conurbano la creación de las Regiones Sanitarias data de la década de 1960 (Ley 7016/66 y Decreto 805/67), pero la puesta en marcha de una gestión regionalizada ha sido débil (CHIARA, DI VIRGILIO Y MORO, 2009). Adquiere relevancia que la RAP propuso nuevas responsabilidades y algunos recursos para las RS, al menos en el área materno–infantil, y revalorizó este nivel.

En consecuencia, la coordinación y articulación del trabajo regionalizado y en red para la atención perinatal cobra centralidad en el análisis de este apartado, con énfasis en la RS VII. Se indaga sobre las capacidades estatales de las RS para la implementación y gestión de la regionalización perinatal, atendiendo a las habilidades y limitaciones que presentan para la coordinación interorganizacional e interjurisdiccional de la red de servicios (ISUANI, 2007).

##### **1. Las capacidades estatales para la coordinación interorganizacional de una red de servicios**

El concepto de capacidades estatales refiere al papel del Estado en el desempeño de políticas, a las habilidades y recursos desplegados para lograr sus objetivos. Su

análisis se detiene en las prácticas de quienes ejercen la capacidad estatal y considera cómo se desarrollan sus actividades y para qué (TOBELEM, 1993; REPETTO, 2003; ANDRENACCI Y REPETTO, 2005; ISUANI, 2007). Esta propuesta atiende al marco institucional, entendido como el conjunto de reglas que orientan y rigen la acción de los gestores (REPETTO, 2003; ANDRENACCI Y REPETTO, 2005). Según Repetto (2003), el rol de las instituciones con relación a la capacidad estatal es doble, no sólo enmarca el accionar de los actores, sino que también cristaliza diversas formas de sus dos componentes más importantes: la capacidad administrativa (la habilidad de asignar bienes y servicios oportunamente y en la cantidad necesaria) y la capacidad política (la posibilidad de tomar decisiones que representen a la población).

En este análisis cobra centralidad la propuesta teórica de Isuani (2007) sobre las capacidades estatales, ya que su objeto de estudio se encuentra íntimamente vinculado al proceso de regionalización y a la conformación de las redes. El autor propone una definición operativa de las capacidades desplegadas en la implementación interorganizacional de políticas públicas: «entenderemos por capacidades estatales a la habilidad del Estado para coordinar el trabajo de diversas organizaciones semiautónomas, o parte de ellas, y para desempeñar de manera eficaz las funciones gerenciales desplegadas en el marco del proceso de implementación de una política pública» (ISUANI, 2007: 6).

Isuani explica que hay dos grandes capacidades que se ponen en juego: la capacidad de coordinar los esfuerzos del conjunto de los actores involucrados y la capacidad para desempeñar las funciones gerenciales, y que sobre ambas pesan una serie de condicionantes. Además, entiende que el desarrollo de capacidades de coordinación y gerenciales supone habilidades técnicas y políticas por parte de los actores involucrados —en consonancia con Repetto (REPETTO, 2003). Respecto a los condicionantes de la coordinación, menciona al entramado institucional, el poder, las estructuras y los instrumentos; frente a los condicionantes de las funciones gerenciales destaca el diseño, los acontecimientos inmediatos y el contexto.

La existencia de una coordinación interorganizacional posibilita que las distintas organizaciones involucradas se constituyan como un todo coherente y organicen sus esfuerzos hacia un objetivo común. Dado la dificultad de la creación y el sostenimiento de este tipo de esfuerzos, se espera que esta coordinación establezca roles, tareas y aportes para los involucrados, como también los mecanismos de resolución de conflictos (ISUANI, 2007). Así, el fortalecimiento de la coordinación se vincula a importantes desafíos con relación a la gestión de redes: el establecimiento de

reglas de actuación, la distribución de recursos y la elaboración de mecanismos de decisión colectivos (FLEURY, 2002).

Debido al rol de las Regiones Sanitarias en el proceso de RAP, la definición de Isuani (2007) permite poner a jugar en el análisis de las capacidades estatales algunos atributos necesarios para el éxito de los procesos de regionalización y gestión en red dentro del sector. Ambas iniciativas buscan la articulación de organizaciones para brindar un continuo coordinado e integral de atención para una población y territorio específicos; sus desafíos en términos de coordinación son amplios, dado que deben articular distintos niveles de complejidad, establecimientos de diversas jurisdicciones y territorios disímiles.

En relación con los fines propuestos, se estudian los condicionantes de la coordinación y de las funciones gerenciales de manera conjunta dado su entrecruzamiento al considerar las capacidades regionales en el proceso de RAP. Si bien se establece como punto de partida la propuesta de Isuani (2007), se seleccionaron sólo dos de sus ejes para el análisis: «diseño» y «poder». Respecto del diseño, el análisis se detendrá en las ideas orientadoras; es decir, aquellas compartidas por los funcionarios sobre el problema social considerado, las intervenciones necesarias, la forma de trabajo más adecuada y las responsabilidades. También, en este punto, se consideran los dispositivos organizacionales, definidos como «instancias organizacionales y reglas que regulan la intervención de los distintos actores implicados en el proceso de toma de decisión» (ISUANI, 2007: 8), y los eventos estructurados que moldean la experiencia que tienen los actores.

La cuestión del poder y el conflicto ocupan un lugar central en la gestión de las redes, ya que las tensiones y negociaciones son inevitables en el trabajo entre organizaciones con diversos intereses (FLEURY, 2002). Consecuentemente, se atiende a los recursos que asignan poder a los responsables de la coordinación del proceso bajo análisis: a) recursos políticos (autoridad y liderazgo formal e informal, capacidades individuales de los gestores, apoyo de actores relevantes); b) recursos económicos (presupuesto, recursos financieros para llevar adelante las tareas); y c) recursos administrativos (mandato legal, organización y distribución de tareas, conocimiento técnico, habilidades individuales). Si bien se presenta a estos recursos separadamente, en la práctica se solapan (TOBELEM, 1993; ISUANI, 2007).

## **2. Las capacidades regionales en foco: los condicionantes sobre la coordinación y el gerenciamiento en el proceso de RAP**

Primeramente, se exploran los condicionantes vinculados al eje «diseño». En esta línea, los interlocutores fundamentan serias dificultades para trabajar regionalizadamente y en red en atención perinatal en el conurbano. Sus relatos dan cuenta de ciertas ideas orientadoras (ISUANI, 2007) compartidas acerca del problema a enfrentar, de cómo intervenir sobre el mismo y del modo de organización y trabajo adecuado. Las ideas coinciden con las propuestas del PO en su eje sobre RAP, a la vez que condensan preocupaciones y temáticas que ingresaron en la agenda de gobierno en la década de 2000<sup>7</sup>.

Entre sus ideas orientadoras se destacan: la importancia de que los actores involucrados sigan los mismos lineamientos (PO–RAP) y que todos los establecimientos hospitalarios cumplan las CONE, estén categorizados y trabajen de acuerdo a la complejidad que les corresponde; la necesidad de valorizar todos los niveles de atención (ser más complejo no significa ser mejor) y que el riesgo obstétrico se defina en el primer nivel (para que cada mujer sea atendida de acuerdo los requerimientos de su caso); el reconocimiento del problema de la fragmentación y segmentación en el sector salud como de la crisis de recursos humanos y la importancia de regionalizar para hacerles frente; el desafío de que las líneas de trabajo se mantengan a lo largo del tiempo.

«El mayor desafío es llegar a establecer acuerdos, ¿no? Porque cuando vos decís que regionalizar implica que cada niño nazca donde merece nacer, en función de la calidad de atención, y del nivel de complejidad que requiere, estás diciendo que no todos los lugares están preparados para todo. Y en esto hay como cierta dificultad en los equipos, de asumir que quizás si hay dos maternidades a diez cuadras de diferencia, hay que elegir dónde vamos a poner toda la fuerza y toda la complejidad, y que la otra no es que va a perder valor, sino que va a ser una buena nivel 2 [...] Otro es la fragmentación [...] vos tenés: Nación, Provincia, Regiones Sanitarias, Municipios. Y en un mismo efector trabaja gente financiada por Nación, financiada por Provincia,

7] El acceso y la cobertura de salud en la atención perinatal entraron en la agenda como resultado de compromisos internacionales («cobertura sanitaria universal» y Objetivos de Desarrollo del Milenio), y experiencias internacionales exitosas en RAP.



financiada por los Municipios, que responden a jefes diferentes en este punto. Eso mismo genera un nivel de complejidad que, para avanzar también es un gran desafío: poder alinearnos todos» (Entrevista ID G).

Asimismo, los avances destacados en términos de RAP (mencionados por los entrevistados), se miden en función de las premisas orientadoras del proceso: 1) una mejora en los indicadores materno–infantiles; 2) el fortalecimiento en los Servicios de Neonatología; 3) la difusión de la estrategia de RAP entre los equipos de trabajo y el reconocimiento por parte de cada establecimiento de su nivel de complejidad (situación que mejoró la atención y aumentó la conciencia de red).

Por otra parte, y también en relación con el eje «diseño», se destacan las reuniones regionales de la red perinatal convocadas desde el Ministerio de Salud provincial. Se trata de eventos estructurados (ISUANI, 2007) que dan cuenta del diseño de la iniciativa y donde se ponen en juego los recursos políticos y administrativos de los actores. En los relatos de los entrevistados no queda clara una centralidad del nivel de gestión regional en estos encuentros, sino más bien de la Nación y la Provincia, que podría explicarse con relación al lugar que adquirió el nivel hospitalario en el esfuerzo de regionalización perinatal (los hospitales no dependen de las RS). Por momentos la RS aparece como el recorte territorial de la política, más que como la instancia de gestión a cargo del proceso o de la que se precisa fortalecer sus capacidades. También, se destaca que las reuniones no tuvieron la misma frecuencia durante todo el período y que dejaron de mantenerse luego del cambio de gestión nacional y provincial de 2015.

«Y a partir de ahí teníamos reuniones periódicas, a nivel de la Región, con la gente de la región, con los equipos que nosotros financiábamos y con la gente de la provincia, el Responsable de Hospitales, el Materno–Infantil, para ver con qué problemas nos encontrábamos, cómo avanzar. Así estuvimos trabajando bastantes años, casi te diría que hasta el cambio de gestión [...] Esas reuniones, durante bastante tiempo se hicieron mensuales, después bimensuales, bimestrales, y a partir de ahí algunas decisiones se tomaban, pasaba que por momentos había más presencia del Nivel Central de Provincia, por momentos no, digamos... Tuvo como sus subidas y bajadas» (Entrevista ID G).

Con relación a los condicionantes vinculados al «poder», interesa destacar que la red perinatal regional estudiada no está definida como órgano de gestión

(tampoco el resto de las redes perinatales en el conurbano) y que su coordinación no tiene una designación formal, lo que trae aparejado limitaciones en términos de recursos políticos, administrativos y financieros, además de una sobrecarga del funcionario a cargo. Los interlocutores dejaron ver que esta situación define restricciones a la hora de trabajar regionalizadamente y en red. Entre las principales limitaciones mencionaron: la falta de presupuesto y recursos regionales, la carencia de autoridad sobre los recursos presentes en la RS, la debilidad de sus herramientas de gestión de red (por ejemplo: no pueden designar ni «mover» capital humano) y la imposibilidad de dar respuestas propias.

«La Región Sanitaria no está formalmente identificada o mejor dicho designada como un órgano de gestión de la red. Es como que lo hacemos oficiosamente pero no tenemos elementos concretos de gestión, no podemos definir movilidad de personal, por ejemplo, o de otro tipo de recursos, de un lugar a otro, porque desde la gestión de la red nosotros entendemos que eso está mejor en otro lugar. [...] este lugar de la mesogestión, desde donde estamos nosotros en la Región, se la tiene que ver con todos los problemas que te tira la gente. Los tira directamente sin ninguna posibilidad de respuesta propia; yo no puedo prometer nada por mí mismo que no sea ir a hablar con alguien, ir a presionar o a hacer lobby» (Entrevista ID B).

Una funcionaria de la RS VII indicó, por ejemplo, que desde el nivel regional se instó a los municipios a firmar un compromiso de gestión para vehicular las propuestas de la red perinatal que, si bien orientó el trabajo, no quedó clara su obligatoriedad. Esta situación da cuenta de una restricción en términos de recursos políticos. El compromiso proponía que todos los municipios utilizaran la misma guía de procedimientos (elaborada desde la cartera sanitaria provincial) y que se respetaran las categorizaciones de los hospitales.

A pesar de la ausencia de normativa que respalde el trabajo de la Región Sanitaria en la RAP y la inexistencia de la red como órgano de gestión, mediante reglas no formales (basadas en la confianza entre los actores que conforman la red) se han logrado avances en términos de corredores y respuestas a situaciones críticas que aparecen en los territorios locales.

«Ituzaingó fue muy interesante, porque hubo que fabricarle el corredor sí o sí. No fabricarle el corredor, sino orientar mejor lo que ellos tenían ya como demanda propia.

O sea, las pacientes que estaban cerca de San Antonio de Padua se iban al Chutro; las que estaban cerca de Morón—Castelar se iban a Morón [...] Pero, ¿qué pasaba? Tenías unidades sanitarias de Ituzaingó, que por ahí 5 o 10 minutos de colectivo, les quedaba más cerca la Carlotto que el Hospital de Morón, que se tenían que cruzar todo el partido. Entonces ahí se firmó un compromiso de gestión en el cual las pacientes de estas unidades sanitarias, y que después se amplió a todo Ituzaingó, se hacían el primer control en la Maternidad Carlotto donde se les hace todo el triage y toda la detección de riesgo. Si eran pacientes de riesgo, se las derivaba al Posadas y continuaban su atención en el Posadas. Porque geográficamente a Ituzaingó le queda mejor el Posadas. Si eran pacientes de bajo riesgo, continuaban la atención en las salitas de Ituzaingó, salitas del barrio, y después iban a atender a sus bebés en la Maternidad Carlotto. [...] Lo mismo se hizo con el Hospital Chutro de Merlo» (Entrevista ID O).

También, un funcionario municipal mencionó que si bien el lugar de las RS es complicado (por su falta de rectoría, de herramientas para conducir procesos y de presupuesto), en algunas situaciones se trabajaba articuladamente. «Teníamos muchas dificultades con lo de que cuando hacés una consejería tenés que hacer una interrupción [legal del embarazo], en qué hospital. También algún apoyo teníamos, en ese momento estaba Sofía, que era la de Salud Sexual, nos recontra bancaba» (Entrevista ID M).

Estas situaciones cristalizan ciertas habilidades de la RS en términos de recursos políticos y administrativos, como también ciertas dificultades. La RS goza de cierta autoridad informal, ya que puede dar respuestas caso por caso; pero carece de capacidad para establecer reglas de actuación (y esto da cuenta de su baja autoridad formal). Sin restar importancia al avance que significan estos acuerdos en términos de resolución de problemas, preocupa su sostenibilidad (REPETTO, 2003). Su autoridad informal, asociada en gran parte a las capacidades individuales de los gestores, explica que algunos actores desestimen su rol y otros los valoricen, como dan cuenta los relatos de algunos trabajadores del nivel hospitalario y municipal (a continuación). En el caso de la RS VII, la referente perinatal se desempeña en este nivel de gestión desde hace muchos años, lo cual ha dado estabilidad a la red de obstétricas regional y, además, permite que los actores locales estén al tanto su trabajo y lo reconozcan.

Respecto del análisis del poder y el conflicto, sobresale que algunos interlocutores del nivel hospitalario consultados desconocen la autoridad de este nivel de gestión, así como los beneficios de una coordinación regional. Estos explican que la situación

no se debe a las habilidades de sus gestores, sino a la ausencia de una agenda de trabajo y a las posibilidades que institucionalmente permite este nivel de gestión.

Por el contrario, llamó la atención los posicionamientos de los referentes municipales con relación al rol de la RS. Si bien reconocen limitaciones en las capacidades de este nivel de gestión (entre las que indican una agenda vertical y debilidades para ejercer rectoría), todos destacan articulación con la RS y contribuciones en términos de: definición de lineamientos, espacios de capacitación, convocatoria para análisis de causa-raíz, encuentros para el armado y sostenimiento de salas de situación, generación de articulaciones informales entre distintos nodos de la red, apoyo de las decisiones municipales y provisión de insumos.

Específicamente en relación con los insumos provinciales, hay que señalar que éstos llegan a los municipios a través de la RS y que esto favorece vínculos más sólidos y estables entre los dos niveles. Los hospitales provinciales, contrariamente, articulan directamente con el nivel central provincial por recursos, lo cual explica el escaso desarrollo de las relaciones entre el nivel regional y los hospitales y que no se identifiquen vínculos de trabajo.

### **3. Las capacidades regionales y el vínculo con el nivel nacional**

Este apartado profundiza sobre cómo el vínculo de las RS con el nivel nacional limitó o fortaleció las capacidades estatales regionales. Asimismo, ahonda en las tensiones que aparecen en la relación Región-Nación<sup>8</sup>.

El nivel nacional brindó recursos técnico-administrativos que dieron cierta visibilidad al nivel regional, ya que fortalecieron la organización del territorio regionalizado y su capacidad técnico-profesional; algunos ejemplos son el financiamiento de los coordinadores perinatales y de «horas» de profesionales en los Servicios de Neonatología de ciertos establecimientos. También, desde el Plan Nacer/ Programa Sumar, Nación procuró —a través de sus incentivos— fortalecer decisiones y prácticas que hacen al trabajo regionalizado y en red. Sin embargo, los relatos de los interlocutores dejan ver que en el proceso de la RAP han aparecido tensiones entre el nivel nacional y regional.

8] Resulta difícil escribir estas páginas a pocos meses de la degradación del MSAL a Secretaría de gobierno (09/2018). En los siguientes párrafos se analiza el rol de la cartera sanitaria nacional durante la RAP y la amplitud de sus funciones en detrimento de la RS. Esto no significa pormenorizar su rol, que fue central y necesario en el proceso analizado.

Un funcionario regional destacó desencuentros con el nivel nacional, que muchas veces intervino en el territorio de la Región Sanitaria sin consultar o por encima del nivel regional (Entrevista ID B). Por otra parte, un interlocutor del nivel nacional explicó que las figuras de los coordinadores perinatales habilitaban a la Nación intervenir a nivel de la RS, ya que la contratación dependía de su financiamiento. Además, estas figuras permitían al nivel nacional profundizar los vínculos con la RS y conocer lo que sucedía en el territorio regional.

«Teníamos vínculo con la Región porque teníamos tres tipos en cada región. Y los directores cambiaban por política, pero sobre todo en la VII fue donde más cambiaba. Pero el de Maternidad e Infancia de cada región recurría a nosotros, porque le habíamos puesto tres personas que le resolvían en cada región. Pero en la Provincia, Maternidad e Infancia, no resolvió. De hecho, resolvía Nación» (Entrevista ID K).

Estos párrafos muestran que los roles en materia de coordinación de la RAP no estuvieron claramente definidos. La Nación tuvo una fuerte injerencia en términos de financiamiento, ya que solventó coordinadores perinatales, recursos humanos a nivel de los servicios y capacitaciones. Esto le confirió tanto centralidad en el proceso como amplias funciones (que excedieron a las indicadas en el PO). No obstante, en ocasiones, esta centralidad fue en detrimento de las capacidades de la RS. Por ejemplo, en una entrevista a un jefe de servicio de un hospital municipal, se menciona como se «negociaban» las camas destinadas a la regionalización con referentes del nivel nacional (donde, además, influían los vínculos personales con los mismos y su trayectoria de trabajo en el área). Este punto también apareció mencionado por los trabajadores del MSAL consultados.

La figura de los coordinadores perinatales situó al nivel de la RS nuevas capacidades de coordinación, no sólo por la presencia de nuevos recursos técnico-administrativos, sino como dispositivo organizacional para la gestión en red. Sus tareas apuntaron los mecanismos de coordinación de las interacciones entre los diversos actores de la red, apoyados en la acreditación y categorización de maternidades realizada previamente. No debe perderse de vista que estas figuras no respondían al nivel regional, sino que más bien fortalecieron las capacidades del nivel nacional para coordinar el trabajo de regionalización y tener cierta injerencia en los territorios regionales y locales. Paralelamente, si bien el nivel nacional operó sin pasar por alto a las RS, tampoco les otorgó completa autonomía. La falta de

presupuesto y de potestad para designar recursos, definir el trabajo y organizar a los coordinadores perinatales dan señales de esta tendencia.

Algunos referentes de la macrogestión provincial y nacional destacan los aportes del trabajo de categorización y acreditación de maternidades y del Plan Nacer / Programa Sumar (PN) vinculados al fortalecimiento de la coordinación entre las organizaciones que forman la red. Específicamente, indican que el PN (a través de ciertos instrumentos normativos y, especialmente, financieros) promovió que cada establecimiento cumpla las CONE (no pagaba partos en Maternidades que no las cumplían), trabaje según su nivel de complejidad (solo financiaba prácticas complejas en servicios con alta complejidad), mejoró la disposición de información perinatal actualizada (exigía poseer el Sistema de Información Perinatal al día), brindó equipamiento, otorgó incentivos al trabajo en alta complejidad neonatal y promovió algunas prestaciones novedosas. Estas acciones fortalecieron significativamente el trabajo regionalizado y en red.

«El Sumar también ha sido un actor en un momento que trabajó con nosotros porque, en realidad, el Sumar es también un financiador de las prácticas materno–infantiles. Entonces, nosotros acordamos con el Sumar que se pagara la correcta derivación. Y eso, de algún modo, apuntaba a mejorar la cuestión de la regionalización. Y que se pagara un paquete neonatal importante para que las 3B [maternidades complejas] tuvieran un dinero aparte para poder sostenerse y crecer. Entonces hubo varias de las prestaciones que financia el Sumar, se acordaron con Maternidad e Infancia en este sentido de poder impulsar también la regionalización desde ahí» (Entrevista ID G).

Por otra parte, algunos interlocutores del nivel regional y de los servicios, muestran una mirada matizada de los beneficios del PN. Mencionan varias limitaciones, entre las que se destacan que los aportes favorecen principalmente prácticas complejas, que el dinero no llega al servicio que realizó la práctica sino al establecimiento y que algunos de los recursos no fueron utilizados adecuadamente.

El recorrido realizado da cuenta de que los roles de coordinación en el proceso de RAP no estuvieron claramente definidos. La RS no siempre ocupa un lugar central a la hora de tomar decisiones relativas al territorio a su cargo; además, no dispone de todos los recursos presentes allí. Las intervenciones del nivel central tuvieron efectos limitados en el fortalecimiento de las capacidades de la RS para ejercer funciones de coordinación y gerenciales, particularmente los avances se evidencian

en el eje «diseño». No hay duda de que el recorte territorial (en términos de RS) se vio favorecido con estas intervenciones, como así también la estructura y dinámica de la red (define quienes participan, cómo deben ser los intercambios). Sin embargo, al ser las capacidades de la RS limitadas, no queda claro quién gobierna la red regional y esto trae aparejado dificultades en términos de organización de trabajo. Por último, surge como interrogante si la fuerte dependencia del nivel nacional no conlleva cierta debilidad para captar las demandas del territorio (por ejemplo: fortalecimiento del primer nivel).

## V. CONCLUSIONES

El recorrido da cuenta de importantes limitaciones de la RS VII en términos de coordinación y gerenciamiento del proceso de RAP, como así también algunos logros. El rol de la RS aparece desdibujado al observar algunas aristas vinculadas al diseño de la política (como las reuniones regionales), los recursos que hacen al poder de este nivel de gestión o la relación con el nivel nacional. La RS muestra debilidades en términos de instituciones formales y recursos: no está definida como órgano de gestión, su coordinación no tiene una designación formal, no posee presupuesto propio y su gobierno sobre los recursos regionales es bajo (se enfatizó en el caso de los hospitales provinciales). Además, en ciertas situaciones el nivel nacional tiene mayor injerencia en las decisiones debido a su papel de financiador y a la baja autonomía de la RS. Por momentos la RS aparece como el recorte territorial de la política, más que como la instancia de gestión a cargo del proceso o de la que se precisa fortalecer sus capacidades.

Frente a estas limitantes, el análisis de las capacidades regionales en la RS VII destaca que existen ideas orientadoras compartidas entre los actores involucrados acerca de cuál es el problema para enfrentar, qué hay que hacer y la importancia del rol de la RS. Aunque no se correspondan estrictamente en la práctica, aparecen como metas en sus relatos y fueron consideradas a la hora de indicar logros y dificultades de la RAP. Además, sobresalen las capacidades individuales de los gestores, particularmente en términos de recursos políticos y administrativos, para establecer vínculos informales y soluciones caso por caso (que les otorga cierta autonomía de trabajo respecto del nivel nacional y provincial). Los esfuerzos, en materia de RAP, han sido informales y dependientes de las capacidades individuales,

por lo que preocupa la sostenibilidad de estas intervenciones. Aun así, el nivel de gestión regional se vio favorecido y convocado por la estrategia. Particularmente, se fortaleció la mirada regional, una conciencia de red y ciertas ideas orientadoras del trabajo. Por último, llama la atención el vínculo de la RS con los gobiernos municipales, ya que (con limitaciones) es de mayor cotidianeidad y confianza; además este vínculo antecedió a los esfuerzos en RAP y prosiguió después de ellos.

Con la concentración de las decisiones en el nivel central provincial y el fin de la financiación nacional a fines de 2015, el trabajo regional en atención perinatal se desdibuja y la RS queda con reducidas capacidades y posibilidades de intervención. Preocupa el detenimiento del trabajo, dado que la situación de la salud materno–infantil en el conurbano aún muestra indicadores preocupantes y su organización no ha mostrado grandes cambios.

### Referencias bibliográficas

ARIOVICH, ANA Y CROJETHOVIC, MARÍA. (2015): «Las redes: un modelo organizativo para contrarrestar la fragmentación institucional del sistema de salud en la Argentina», en: *Revista Gestión de las Personas y Tecnología*, nº 24, pp. 38–50.

BERNZTEIN, RICARDO, MICELI, ALDO, DRAKE, IGNACIO, LEVCOVICH, MÓNICA, GRAU, GUADALUPE, MARZO, SILVIA, PIANESI, JORGE, BORSELLINO, SILVIA, ATENCIO, ANA, KAMIYA, MARYS Y ORTIZ, CLARA (2012): Implementación del Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de la Adolescente en Argentina, 2009–2011. Evaluación de medio término, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación.

CHIARA, MAGDALENA, DI VIRGILIO, MARÍA MERCEDES Y MORO, JAVIER (2009): «Inequidad (es) en la atención de la salud en el gran Buenos Aires: Una mirada desde la gestión local», en: *Postdata*, vol. 14, nº 1, pp. 97–128.

DÍAZ DE LIMA, LUCIANA, DE QUEIROZ, LUCÍA, VIERA MACHADO, CRISTIANI, Y D'AVILA VIANA, ANA LUIZA (2012): «Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil», en: *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 17.7, pp. 1903–1914.

DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (DIS–MSP) (2015): «Partos, cesáreas y su relación porcentual según dependencia por Región Sanitaria y establecimiento». Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/infoensalud/estadistica/recursos-y-servicios-de-salud/> (último ingreso 08/07/2019).

DOURADO, DANIEL Y ELIAS, PAULO EDUARDO MANGEON (2011): Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro», en: *Revista de Saúde Pública*, vol. 45, pp. 204–211.

FERNANDES DA SILVA, SILVIO (2011): «Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção



- à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)», en: *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 16, pp. 2753–2762.
- FLEURY, SONIA (2002): «El desafío de la gestión de las redes de políticas», en: *Revista Instituciones y Desarrollo*, vol. 17.
- ISUANI, FERNANDO (2007): «Capacidades Estatales para Implementación Interorganizacional de Políticas Públicas», en: *IV Congreso de Administración Pública*, Buenos Aires, 22 al 25 de agosto.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2010): *Plan para la reducción de la mortalidad materno infantil, de las mujeres y de las adolescentes*, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (MSP) (2012): «Guía de establecimientos asistenciales». Disponible en: <https://www.mpba.gov.ar/files/content/guia-establecimientosvamiliar.pdf> (último ingreso 08/07/2019).
- REPETTO, FABIÁN (2003): «Capacidad Estatal: requisito para el mejoramiento de la Política Social en América Latina», en: *VIII Congreso del Clad sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Panamá, 28 al 31 de octubre.
- REPETTO, FABIÁN Y ANDRENACCI, LUCIANO (2005): «Ciudadanía y capacidad estatal: dilemas presentes en la reconstrucción de la política social argentina», en: ANDRENACCI, LUCIANO Y ABRAMOVICH, ANA LUZ. (comps.). *Problemas de política social en la Argentina contemporánea*, Los Polvorines, Universidad Nacional de General Sarmiento/Prometeo.
- SCHWARCZ, ALBERTO (2011): «Regionalización de la Atención Perinatal», en: Organización Panamericana de la Salud – Ministerio de Salud de la Nación, *Regionalización de la Atención Perinatal. Documentos*, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud / Ministerio de Salud de la Nación.
- SCHWARCZ, ALBERTO; KAROLINSKI, ARIEL; BONOTTI, ANA MARÍA, Y CHUJMAN, LIDIA (2009): Encuesta Perinatal 2008: Resultados en Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, La Plata, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- SIMIONI, ALBERTO, LLANOS, ORALDO, ROMERO, MARIANA, RAMOS, SILVINA, BRIZUELA, VANESSA Y ABALOS, EDGARDO (2017): «Regionalización de la atención materna perinatal en la provincia de Santa Fe, Argentina», en: *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 41.
- TOBELEM, ALAIN (1993): *Sistema de Análisis y Desarrollo de la Capacidad Institucional (SADCI). Manual de Operaciones*, Publicaciones Ocasionales de la División de Administración del Sector Público del Departamento Técnico de la Región América Latina y Caribe del Banco Mundial, n° 9.
- VILACA MENDES, EUGENIO (2013): *Las redes de atención de salud*, Brasilia, Organización Panamericana de la Salud – Representación Brasil.