

## TECNOLOGÍA: ENSAYO

### **Las redes: un modelo organizativo para contrarrestar la fragmentación institucional del sistema de salud en la Argentina.**

Networks: an organizational model to counteract institutional fragmentation of the health system in Argentina.

**Edición Nº 24 – Noviembre de 2015**

Artículo Recibido: Septiembre 08 de 2015

Aprobado: Noviembre 14 de 2015

#### **AUTORAS**

María Crojethovic  
Dra. Investigadora-Docente, Instituto del Conurbano, Universidad Nacional General Sarmiento.  
Los Polvorines, Argentina.  
Correo electrónico: mcroje@gmail.com

Ana Ariovich  
Mgter. Investigadora-Docente, Instituto del Conurbano, Universidad Nacional General Sarmiento.  
Los Polvorines, Argentina.  
Correo electrónico: anariovich@yahoo.com.ar

#### **Resumen**

La noción de redes de servicios ingresa al campo de la salud a mediados de los 90 para superar la fragmentación de los sistemas de atención. No obstante, la elaboración de un desarrollo teórico e instrumental que permita abordar a las redes de salud dando cuenta de la complejidad de las organizaciones que las integran, parece estar aún pendiente. El trabajo elabora un instrumento que permite relevar las redes de organizaciones complejas de salud y analizar su alcance y cobertura, en un escenario local. Para ello, se revisa críticamente y se articula la perspectiva de las Organizaciones Complejas con la de las Redes Organizacionales, ambas enmarcadas en la Teoría de las Organizaciones.

**Palabras Claves:** Redes, Salud, Organizaciones, Instrumento metodológico.

### **Abstract**

The concept of policy networks was introduced in the health field in the mid 90's to overcome the fragmentation of the care system. However, making a theoretical and instrumental development to address the health networks, according the complexity of organizations, is still pending. This work provides an instrument to reveal and study the networks of complex health organizations by analyzing their scope and coverage in a local context. For this reason, it is critically reviewed and articulated the perspective of Complex Organizations with the Organizational Networks, both framed within the Organizational Theory.

**Keywords:** Networks, Health, Organizations, methodological tool.

### **Introducción**

#### **Los debates de las redes de servicios en el campo de la salud**

Dos grandes tradiciones teóricas -una europea y otra norteamericana- han liderado los desarrollos conceptuales sobre redes de políticas: la teoría en subsistemas y comunidades políticas y la teoría inter organizacional. La primera pertenece al campo de la ciencia política y alberga distintas perspectivas: desde aquella que considera a las redes como un “modelo estratégico de gestión de políticas” (1) a la que las concibe como un “modelo de gobernabilidad” (2). La teoría inter organizacional, en cambio, se enmarca dentro de la sociología organizacional y se centra en las relaciones entre las organizaciones (3).

Ambas corrientes coinciden en identificar ciertos atributos como fundamentales en la conformación de redes de políticas públicas: una diversidad de actores con estrategias y metas propias, intereses comunes en referencia a una política y vínculos complejos de interdependencia. En consonancia con esta definición, las dos escuelas han articulado postulados de la “teoría de la elección racional” con supuestos “institucionalistas” para explicar el funcionamiento de tales redes, destacando factores como las reglas, las rutinas

informales, los intercambios de recursos y los vínculos organizacionales que estructuran las interacciones (3, 4).

Las redes suponen además, un modelo organizativo multistitucional que presenta ciertas particularidades (5). La estructura organizativa se basa en mecanismos contractuales entre instituciones que se integran como corresponsables en procesos de trabajo destinados a satisfacer necesidades de terceros; contando con nodos, en los que circula la información y decisión necesaria, articulan relaciones contractuales y técnicas. En línea con esta argumentación, las redes pueden ser especializada o redundantes descentralizadas: mientras que en las primeras los actores acuerdan complementarse y aprovechar las facilidades de la especialización de cada parte, en las segundas coexisten actores institucionales que producen los mismos productos o servicios de manera simultánea para reducir riesgos (5).

En el ámbito de la Salud, la noción de redes ingresa como estrategia de manera más reciente, recuperando los planteos más generales acerca de la formación y gestión de las “redes de políticas. La primera referencia en la literatura la encontramos en el trabajo de Shortell et al. (6), quienes propusieron superar la fragmentación de los sistemas de atención de salud norteamericanos mediante el desarrollo de sistemas integrados de servicios de salud que configuraran un continuo coordinado de servicios para una población definida.

En la región iberoamericana, particular resonancia ha alcanzado la propuesta de un grupo de expertos de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. Desde una perspectiva procesual, estos especialistas plantean un gradiente fragmentación-integración entre los servicios sanitarios con la eficiencia y efectividad aceptables para determinado momento tecnológico e histórico social: a medida que un sistema se aproxime a la integración, se hace posible la gestión y entrega de servicios de promoción, de prevención, de diagnóstico, de curación, de rehabilitación y de reinserción social a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles (7). En una dirección similar, Vázquez Navarrete y Vargas Lorenzo (8) presentan a las redes como un modelo de articulación de esfuerzos de distintas organizaciones para ofrecer un continuo de servicios a una población definida,

con el objetivo de incrementar la eficiencia y la efectividad en la provisión de prestaciones, mejorar el acceso a los servicios y alcanzar una integración asistencial.

La temática de redes en salud ha recibido un tratamiento sistemático también en el ámbito más local. Luego de un análisis crítico de la fragmentación del sistema público brasileño, Mendes (9) propuso la construcción de sistemas integrados de salud para articular los territorios sanitarios y la gestión de la clínica, estructurados en base a ciertos elementos: economía de escala, calidad, acceso, integración horizontal y coordinación de los distintos niveles por la atención primaria. Con el foco puesto en las relaciones sociales, Rovere (10) desarrolla -en cambio- un concepto vincular en el que las redes de salud constituyen formas de articulación multicéntrica que conectan a las personas a través de vínculos solidarios, atendiendo a la heterogeneidad. De manera similar, enfatizando las dimensiones sociales en las redes de salud, Dabas y Perrone (11) las plantean como sistemas abiertos, multicéntricos y heterárquicos que permiten interacciones dinámicas entre integrantes de un determinado colectivo y los pertenecientes a otros colectivos; potenciando recursos y la creación de alternativas novedosas, estas redes facilitan la resolución de problemas y la satisfacción de necesidades.

Por último, hay que destacar que los organismos internacionales de salud han comenzado a promover la conformación de redes desde mediados de la década pasada. En este marco, la Organización Mundial de Salud (OMS) sostiene que las Redes Integradas de Servicios (RIS) posibilitan la "...gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud" (12). Una mayor complejidad asignan la OMS y la OPS a la conformación de Sistema Integrados de Servicios de Salud (SISS), ya que éstos involucran -además de redes- atributos sistémicos como gobernanza, financiamiento y mecanismos de pago, sin restringirse únicamente a cuestiones vinculadas a la prestación de servicios (13).

Tanto las RIS como los SISS articulan de manera estratégica servicios con distinta jerarquía y nivel de complejidad en el territorio (14), Otorgando a la atención primaria (APS) un papel central como coordinadora de una respuesta amplia para garantizar la continuidad de las prestaciones en una escala mayor -mejorando relaciones de costo beneficio-.

## **Problematizando la noción de redes de servicios de salud**

Para captar el fenómeno de estudio de forma holística, y que esto se vea reflejado en la elaboración del instrumento, es preciso realizar una revisión crítica de los principales componentes de las redes: sus organizaciones.

Las organizaciones de salud se diferencian de las otras por su tipo de *estructura compleja*, por un lado están atravesadas por una maquinaria burocrática (15), por el otro, presentan una vasta variedad de profesionales. Estos últimos realizan actividades coordinadas por una estructura administrativa secundaria -no por ello menos importante- capaz de otorgar libertad de acción a esos profesionales (16, 17, 18); cabe aclarar que la fuente de esta autonomía está estructurada por las asociaciones de profesionales (16). En esta composición –a veces incompatible- radica para Etzioni la complejidad (19), debido a que la sobrevivencia de las organizaciones en salud depende de la combinación del comportamiento administrativo y del conocimiento y habilidades de los profesionales (18).

Otro aspecto particular en estas organizaciones refiere a su estructura de control: dentro de la dimensión administrativa viene dado por la estructura formal y las normas de autoridad, mientras que en el grupo de profesionales son los mismos colegas quienes generan un tipo de control autorregulado. Paralelamente, el tipo de poder y autoridad que los profesionales portan no es otorgado por la estructura jerárquica organizacional, sino que proviene “del saber experto” o “conocimiento específico” que emana de las tareas que desarrollan (15).

Freidson a su vez, añade complejidad a las organizaciones de salud al comparar las líneas de autoridad que albergan. Cuando se requiere un trabajo experto (y creativo) no hay una sola línea de autoridad, ya que los médicos pueden intervenir en muchas áreas del hospital a pesar de que no tienen jurisdicción administrativa formal o autoridad (17). La autoridad es más bien de naturaleza compartida, por un lado, está el poder del profesional o “el experto”, por el otro, está el poder del político administrativo, y muchas veces el profesional también puede ser administrador.

Por otra parte, en estas estructuras el núcleo de operaciones (es decir los profesionales o expertos) es el soporte de la organización, mientras que la tecno-estructura y la línea media (control administrativo) no están muy elaboradas. Surge a menudo, entonces, la

convivencia de dos tipos de jerarquías administrativas paralelas: una democrática ascendente para los profesionales -encarnada en la ley de los profesionales de la carrera hospitalaria- y otra burocrática maquinal, descendente, para el staff administrativo que responde a la tecno-estructura -encarnada en la ley de los trabajadores de la carrera de personal del Estado- (18). Si bien estas organizaciones están atravesadas por dicho poder ascendente y descendente, también presentan un poder lateral u horizontal que ejercen los miembros de la organización que no poseen una posición de poder definida formalmente; es decir, todos sus actores tienen algún nivel de poder y la capacidad de influir en el desarrollo de la organización (20).

En suma, las organizaciones de salud involucran en su estructura a un conjunto de actores con conocimientos, habilidades y actividades muy específicos (médicos, profesionales de la salud, enfermeros, técnicos y administrativos), dando lugar a dinámicas de poder, jerarquías, líneas de autoridad y márgenes de autonomía muy diversas; estos factores convierten -sin duda- a estas entidades en organizaciones verdaderamente complejas.

Son estas complejas organizaciones las que se articulan estratégicamente en redes de salud para brindar un continuo de prestaciones integrales a una población definida, estableciendo relaciones contractuales y técnicas entre sí. Por lo tanto, su creación y mantenimiento presenta diversos desafíos para su gestión. Los más importantes están vinculados al establecimiento de reglas de actuación, a la distribución de recursos, a la definición de prioridades, a la necesidad de generar procesos de negociación y consenso y a la construcción de mecanismos colectivos de decisión (13).

También resulta clave el análisis de las características del entorno socio-territorial de las redes, ya que permite identificar factores y procesos críticos para su funcionamiento como así también racionalizar y optimizar recursos disponibles en cada contexto (23). Los dispositivos de participación comunitaria para recoger demandas o necesidades y para definir mecanismos de comunicación con la población pueden jugar aquí un papel importante (11).

Finalmente, la posibilidad de establecer redes que vinculen estrechamente la gestión de las políticas sanitarias con el territorio y una población específica, está fuertemente

condicionada por el desarrollo tecnológico de comunicaciones que facilite las interacciones virtuales en tiempo real, sorteando las barreras espaciales y la fricción de la distancia en los territorios comprometidos.

### **Instrumento teórico metodológico para el análisis de las redes de servicios de salud**

La fragmentación institucional que registra el sistema de salud en la Argentina conduce a intervenciones segmentadas y parciales (21, 22, 23). Esta fragmentación, sumado a la complejidad de factores que afectan la calidad de vida de la población, define desiguales condiciones de acceso a la atención (24). La potencialidad de las redes de servicios de salud aparece entonces como aquello capaz de aglutinar al sistema y mejorar el alcance de las acciones en salud.

Con el propósito de arribar a un instrumento que permita analizar las redes de servicios y prestaciones de salud, se recuperan y articulan en este apartado los aportes de las perspectivas de las Organizaciones Complejas (revisadas con anterioridad), ambas enmarcadas en la Teoría de las Organizaciones. Paralelamente, se retoman las propuestas conceptuales de la literatura especializada en redes de salud.

*A partir de la revisión crítica y la articulación teórica desarrollada, se define a las redes de salud como un continuo coordinado de servicios de promoción y prevención, de diagnóstico, de tratamiento, de rehabilitación y de cuidados paliativos para una población y territorios definidos. Con este propósito las redes articulan estratégicamente y de manera cooperativa, a través de relaciones contractuales y técnicas, un conjunto de complejas organizaciones que albergan particulares dinámicas de control, poder y autonomía entre sus actores.*

En esta línea, se proponen una serie de variables que permiten ponderar la complejidad de las redes y sus organizaciones en el análisis del alcance y cobertura de las mismas. Las variables se agrupan en tres grandes dimensiones (estructural, ramificación y organizacional); éstas, a su vez, se desagregan en dos niveles distintos.

La dimensión estructural da cuenta de la naturaleza de la red, ya que recoge el tipo de organizaciones que la integran o la combinación que supone (organizaciones públicas de salud, organizaciones privadas de salud o aseguradoras de la salud) (25), a la vez que

registra la cantidad de organizaciones comprometidas y algunas de sus características: tipo de efector (centros de salud, hospitales o clínicas privadas) o establecimiento y tipo de acreditaciones requeridas; en el caso de contar con aseguradoras de salud, especifica si son obras sociales o prepagas. Además, la estructura permite conocer si la integración que ofrece la red entre establecimientos y/o servicios y/o prestaciones es vertical, horizontal o ambas; la integración horizontal es la que se organiza dentro del mismo nivel de atención, mientras que la vertical implica un continuo asistencial entre los distintos niveles de complejidad. Por último, esta dimensión verifica la articulación con programas y determina si la red cuenta con actores que acuerdan para complementarse y aprovechar las facilidades de la especialización de las partes involucradas (posibilitando la cooperación), o si los actores institucionales implicados producen los mismos productos o servicios con el fin de reducir los riesgos.

La amplitud de la red, en cambio, da cuenta del alcance de la misma. Identifica si la red comprende un territorio local (municipio), o si compromete a varios territorios alcanzando una escala regional. Busca identificar también factores y procesos socio territoriales críticos del entorno y describir la cobertura brindada (prestaciones, servicios y población destinataria).

Finalmente, la dimensión organizacional explicita las características que asumen variables como: a) la infraestructura de la red (presupuestaria, tecnológica y de personal); b) los nodos articuladores, identificando la cantidad (redes multinodales o mononodales), la infraestructura disponible en cada uno (recursos humanos, recursos físicos, etc.) y las tecnologías utilizadas por cada nodo para coordinar la gestión de los servicios de la red (sistema de información integrado, sistema de gestión administrativa y logística); c) los mecanismos de coordinación expresados en las modalidades contractuales (administrativa, de gestión, clínica, informática, financiera), en la formalización de las normas para articular la red (leyes, decretos, resoluciones, ordenanzas, acuerdos) y en los protocolos de ingreso y de registro de los pacientes y en los de referencia y contrarreferencia; y d) los mecanismos de participación comunitaria promovidos por la red. Esta dimensión también recoge información sobre la antigüedad del vínculo entre las organizaciones de la red y la periodicidad con la que se producen las relaciones, e información para analizar los márgenes de autonomía en las decisiones/acciones



presupuestarias y operativas de los distintos actores de la red (tanto de las organizaciones como de los profesionales y técnico-administrativos que las integran).

**Figura 1: Esquema del Instrumento para el Análisis de Redes**

Dimensión	VARIABLES 1er nivel	VARIABLES 2do nivel
<b>Dimensión estructural</b>	Naturaleza de la red	
	Organizaciones comprometidas	Cantidad
		Tipo de efector o establecimiento
		Tipo de acreditación requerida
	Integración (vertical/horizontal/ambas)	
	Red especializada o redundante	
	Articulación con programas	
<b>Amplitud de la red</b>	Escala territorial	
	Factores del entorno socio-territorial	
	Cobertura	Población destinataria
		Prestaciones
Servicios		
<b>Dimensión organizacional</b>	Infraestructura	Presupuesto específico
		Personal
		Tecnologías
	Nodos	Cantidad
		Infraestructura
		Tecnologías
	Mecanismos de coordinación de la red	Modalidad contractual
		Formalización de las normas de articulación
		Protocolo de ingreso y de registro de pacientes
		Protocolo de referencia y contrarreferencia

	Mecanismos de participación comunitaria	
	Vínculo entre las organizaciones	Antigüedad
		Periodicidad de las relaciones
	Autonomía de los actores involucrados	Toma de decisiones / acciones presupuestarias
		Toma de decisiones / acciones operativas

Fuente: elaboración propia.

### Reflexiones Finales

Tanto académicos como administradores han considerado a las redes como instrumentos estratégicos para gestionar las políticas públicas en los nuevos escenarios políticos y sociales, en donde los problemas se expresan con una complejidad creciente. En las redes, los actores pueden complementarse y aprovechar las facilidades de la especialización de cada parte de la red, o pueden coexistir produciendo los mismos productos o servicios de manera simultánea con el propósito de reducir riesgos.

Ciertos atributos parecen ser centrales a la composición y funcionamiento de tales redes, como los intercambios de recursos, los vínculos de interdependencia (26) entre actores diversos (con metas propias pero con intereses comunes) y las reglas, mecanismos y modalidades que estructuran los procesos y el estilo de las interacciones. Las redes suponen además, un modelo organizativo multi-institucional que cuenta con *nodos* en los que circula la información y decisión necesaria para articular relaciones contractuales y técnicas.

En el campo de la salud, las organizaciones son de tipo complejas debido a que están atravesadas por una maquinaria burocrática, pero además cuentan con una variedad de profesionales que poseen cierta autonomía para desarrollar sus habilidades y sus conocimientos operativos. Partiendo de esta premisa, se debe pensar que las redes de salud absorben dicha complejidad y presentan una estructura organizacional que involucra a un conjunto de actores con conocimientos específicos, dando lugar a dinámicas de poder y autoridad, jerarquías y márgenes de autonomía muy diferentes a los de otros modelos organizacionales con grupos más homogéneos.

La innovación más relevante que propone el modelo de atención basado en redes de salud es el desarrollo estratégico de mecanismos de cooperación entre un conjunto de organizaciones que albergan dicha dinámica. El horizonte de esta coordinación es superar los problemas de fragmentación, propios de sistemas organizados a partir de procesos de atención médica fuertemente segmentados.

Las redes emergen entonces como herramientas que permiten integrar al sistema y mejorar el alcance y la calidad de las intervenciones en salud. En este marco, es que resulta importante conocer su alcance y su especificidad, recuperando la complejidad de las mismas.

### Referencias Bibliográficas

- (1) Mandell M. 1990. Network Management: Strategic Behavior in the Public Sector. En: Gage R, Mandell M, editores. Strategies for Managing Intergovernmental Policies and Network. New York: Praeger.
- (2) Rhodes R A. 1986. European Policy-Making, implementation and subcentral governments: a survey. Maastricht: European Institute of Public Administration.
- (3) Klijn E. 1998. Policy Networks: An Overview. In: Kickert W. J. M, Koppenjan J F, editors. Managing Complex Networks. Sage, London: Sage.
- (4) Zurbriggen, C. 2003. Las redes de políticas públicas. Una revisión teórica; [acceso: 17 de mayo de 2015]. Disponible en [http://www.iigov.org/documentos/?p=1\\_0105](http://www.iigov.org/documentos/?p=1_0105).
- (5) Hintze J. 2009. Modelos organizativos para la gestión social y sus lógicas. En: Chiara M, Di Virgilio M, editores. Gestión de Política Social. Conceptos y Herramientas. Buenos Aires, Argentina: Prometeo/UNGS.
- (6) Shortell S, Gillies R, Anderson D, Mitchell J, Morgan K. 1993. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hosp Health Serv Adm.* N° 38: 447 – 466.
- (7) López Puig P, Morales Suárez I, Menchaca SL, Martínez Trujillo N, Lau López S, Soler Cárdenas SF. 2009. Las Redes Integradas de Servicios de Salud desde la realidad cubana. *Revista Cubana de Salud Pública.* N° 35 (4): 33-34.

- (8) Vázquez Navarrete, M.L. y Vargas Lorenzo, I. 2006. Redes integradas de servicios de salud: ¿Solución o problema?. Rosario: Universidad Nacional de Rosario. [acceso: 17 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/562/56240101.pdf>.
- (9) Mendes EV. 2013. Las redes de atención de salud. Ed. en español – Brasilia: Organización Panamericana de la Salud.
- (10) Rovere M. Redes En Salud. 1999. Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión).
- (11) Dabas, E. y Perrone, N. 1999. Redes en Salud. Documento inédito. Buenos Aires; [acceso: 27 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.baemprende.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/redes.pdf>.
- (12) Organización Mundial de la Salud. 2008. Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de la salud, más necesaria que nunca. Washington D.C.: OPS/OMS.
- (13) Organización Panamericana de la Salud. 2008. Sistemas Integrados de Servicios de salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington D.C.: OPS/OMS.
- (14) Harzheim E. 2011. Atencao primária a saúde e as redes integradas de atencao a saúde. En: Harzheim E, editores. Inovando o papel da atencao primaria nas redes de atencao a saude: resultados do laboratorio de inovacao em quatro capitais brasileiras. Brasilla: Organizacao Panamericana da Saúde, Ministerio da Saúde, Conselho Nacional de Secretarios Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretarios Municipais de Saúde.
- (15) Blau P, Scott RW. 2003. Formal Organizations: A Comparative Approach. Stanford, CA: Stanford University Press.
- (16) Etzioni A. 1975. Organizaciones Modernas. Capital Federal, Argentina: UTHEA 2ª reimpresión.
- (17) Freidson E. 1988. Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge. Chicago: University of Chicago Press.
- (18) Mintzberg H. 2005. La estructuración de las organizaciones. España: Ariel.
- (19) Darkenwald Gordon G. 1971. Organizational Conflict in Colleges and Universities. Administratives Sciences Quarterly. 16, 407- 412.

- (20) Ramió Matas C. 1999. Teoría de la Organización y de la Administración Pública. Temas de Gestión y de Administración Pública. Madrid: Tecnos.
- (21) Tobar F. 2006. La red Pública de Atención Primaria de la Salud. Informe de investigación realizado como subsidio para la discusión y formulación de una Política Nacional de APS. Buenos Aires; [acceso: 6 de abril de 2015]. Disponible en: [http://www.federicotobar.com.ar/nf\\_pdf5/La\\_Red\\_Publica.pdf](http://www.federicotobar.com.ar/nf_pdf5/La_Red_Publica.pdf)
- (22) Programa Naciones Unidas para el Desarrollo. 2011. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros / 1a ed. - Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo.
- (23) Chiara M, Ariovich A. 2013. Luces y sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS /OMS en América Latina. Revista Cadernos Metropole, São Paulo, jan/jun; Nº 29 (15): 99-122.
- (24) Chiara M, Di Virgilio M, Moro J. 2009. Inequidad (es) en la atención de la salud en el Gran Buenos Aires, Argentina. Una mirada desde la gestión local. Revista Postdata. Revista de Reflexión y Análisis Político. SAAP. Nro. 14: 97-128.
- (25) La naturaleza de la red permite identificar el tipo red considerando: i) sistemas que integran organizaciones públicas de salud; ii) sistemas que integran organizaciones públicas y privadas de salud; iii) sistemas que integran organizaciones públicas de salud y aseguradoras de la salud; y iv) sistemas que integran organizaciones públicas y privadas de salud, y aseguradoras de la salud.
- (26) Los actores son dependientes de los demás en tanto que necesitan los recursos de los demás para alcanzar sus metas. Esta idea de interacción estratégica que conlleva a procesos de negociación es central en la mayoría de las teorías de redes (3).