

Luces y sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS/OMS en América Latina*

Lights and shadows on the territory. Reflections
on the planning performed by the PAHO/WHO in Latin America

Magdalena Chiara
Ana Ariovich

Resumen

La incidencia de las variables socio ambientales, las condiciones de localización y los factores movilidad, son problemas que llaman a aproximarnos a la salud desde un enfoque territorial, buscando no sólo localizar los procesos de salud-enfermedad sino también comprender sus relaciones recíprocas. El trabajo recorre las distintas propuestas de la OPS/OMS que orientaron el diseño de política sanitaria en América Latina y el Caribe en las últimas seis décadas destacando sus contribuciones e insuficiencias para pensar la cuestión territorial, haciendo referencia a las políticas implementadas en Argentina y Brasil. El trabajo echa luz sobre las nociones de territorio implícitas en estos planteos bis a bis el papel que cada una de ellas confiere a los actores, mostrando la necesidad de construir un diálogo entre política sanitaria, geografía y análisis de políticas.

Palabras clave: salud; política sanitaria; territorio; OMS/OPS; actores.

Abstract

The impact of social-environmental variants, of location and of mobility factors is a problem that demands an analysis of health according to a territorial approach, in an attempt not only to locate the health-disease processes but also to understand their mutual relations. The study investigates the various proposals of the PAHO / WHO that guided the design of the health policy in Latin America and the Caribbean in the last six decades, highlighting their contributions and shortcomings to reflect on the territorial issue, and referring to the policies implemented in Argentina and Brazil. The study sheds light on the notions of territory implied in these proposals and on the role that each one of them gives to the actors, showing the need to build a dialogue between health policy, geography and policy analysis.

Keywords: health; health policy; territory; WHO/PAHO; actors.

Introducción

Aunque evidente en su materialidad, la relación entre “salud” y “territorio” es una encrucijada que ha sido escasamente visibilizada desde la mirada sectorial, enfrentando el riesgo de opacar matices y obturar nuevas preguntas.

Con el interés de echar luz sobre esta relación, este trabajo hace un recorrido “desde adentro” de la política sanitaria interrogando a las directrices de la OPS/OMS en relación a cómo ha ido apareciendo la cuestión territorial y cuáles han sido los actores jerarquizados en esa construcción. La importancia de este análisis radica en que estas orientaciones expresan modelos descriptivos y normativos que dialogan con las lógicas profesionales y académicas, legitimando prácticas y aportando modos de analizar la política sanitaria y su contexto.

Una mirada apresurada podría concluir que el territorio ha estado ausente en la mirada sectorial; sin embargo, el recorrido realizado en este trabajo muestra la aparición de distintas nociones en estos planteamientos: desde la imagen de “control militar” de mediados del siglo pasado expresado en los programas de erradicación de la viruela y la malaria, hasta conceptos más complejos presentes en las propuestas de redes de servicios de salud, dando cuenta de un proceso de construcción histórica y conceptual que vale la pena interrogar.

El trabajo comienza presentando los hitos más significativos de las propuestas de la OMS/OPS en los últimos sesenta años para, posteriormente, poner el foco en cómo fue emergiendo la cuestión territorial en

las orientaciones de política sanitaria para América Latina y el Caribe, con particulares referencias a las políticas en Brasil y Argentina.

Finaliza el recorrido, con una sistematización de los aportes de estos planteos y la identificación de aquellas insuficiencias que alertan acerca de la necesidad de construir un diálogo entre política sanitaria, geografía y análisis de políticas.

Estrategias y modelos: principales hitos en los planteos de OPS/OMS

Hacia mediados del siglo XX, las Naciones Unidas (ONU) creó la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo responsable de establecer la agenda de investigaciones prioritarias en salud, articular opciones de política, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales, estableciendo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como su oficina regional en las Américas.

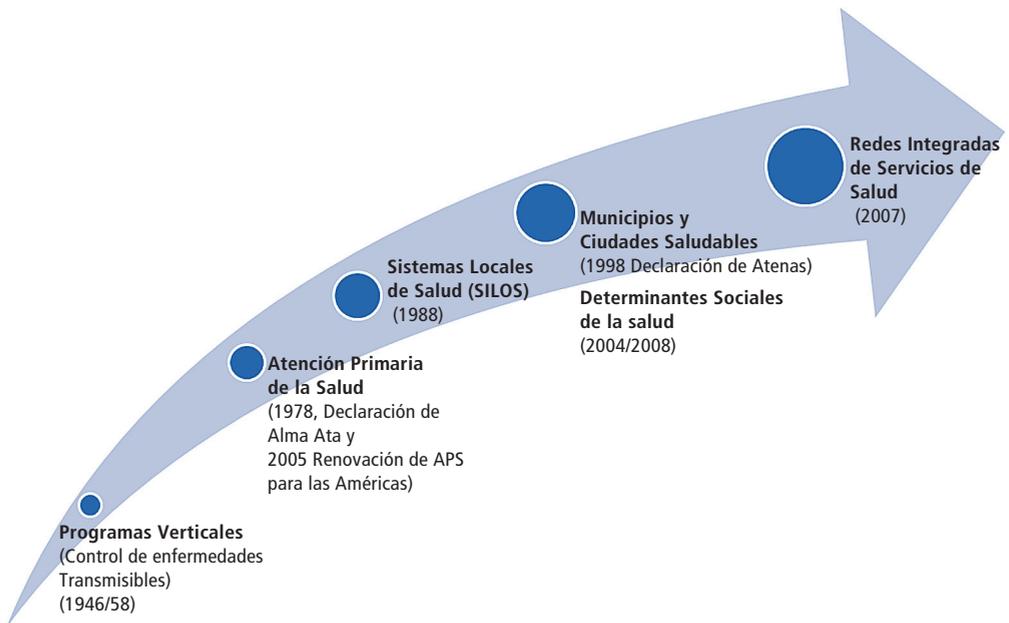
Desde entonces, ambos organismos ocupan un lugar preponderante en la conceptualización de la “cuestión sanitaria”, siendo responsables (a través de sus propuestas y directrices) de la reorganización de los sistemas de salud y de la formulación de políticas en la región. El combate contra las enfermedades transmisibles a través de los “Programas Verticales”, el modelo de la “Atención Primaria de la Salud”, la propuesta de los “Sistemas Locales de Salud”, la estrategia de los “Determinantes Sociales de la Salud”, la propuesta de “Municipios,

Ciudades y Comunidades Saludables” y el modelo de “Redes Integradas de Servicios de Salud”, son los hitos principales en estas seis décadas (Figura 1). Se trata de propuestas, estrategias y/o modelos que presentaron continuidades y rupturas en los modos como conceptualizar el proceso salud-enfermedad, en los instrumentos propuestos y en los actores privilegiados, que estuvieron y están presentes en la arena sectorial con distinta capacidad de orientación de las políticas.

Entre los años 1946 y 1958, el combate de las enfermedades transmisibles (viruela y malaria) organizó el modo de pensar y de hacer política sanitaria. La noción de “erradicación”, fundada en los adelantos científicos como el descubrimiento de vacunas y del DDT (Dicloro

Difenil Tricloroetano), animó la acción de la recientemente creada OPS, identificando a éstas como enfermedades a ser erradicadas. En este contexto se forja el modelo de los “programas verticales” que sigue vigente hasta la actualidad, conviviendo con otras formas de concebir la política sanitaria, denominadas “horizontales” (Tobar et al., 2006, pp. 15-18). Esta forma de organizar la política sanitaria logró la eliminación de la viruela y la declaración de su erradicación en la Asamblea Anual de la Salud de 1980, dejando importantes huellas en la institucionalidad del sector: la creación de las unidades de epidemiología en los ministerios, las rutinas de vigilancia epidemiológica y la aplicación de programas de control de enfermedades transmisibles (OMS, 1974).

Figura 1 – Planteamientos de OPS/OMS (1950 a la actualidad)



Sin embargo, el combate de la malaria fue menos exitoso; la reaparición de casos puso en evidencia otros factores asociados al mosquito, lo cual llevó a reemplazar la política de erradicación por una política de control (Tobar et al., 2006, p. 18). La vigilancia epidemiológica focalizada en grupos y territorios en situación de vulnerabilidad, sentó las bases de las orientaciones que reaparecerían (décadas más tarde) de la mano de los organismos internacionales de crédito en los noventa con la focalización.

Un nuevo planteo, el de las intervenciones horizontales se abrió paso con el modelo de la Atención Primaria de la Salud (APS) en un contexto caracterizado por el progresivo crecimiento de la poblacional mundial y por altas tasas de natalidad y de mortalidad infantil, acompañadas con una expectativa de vida bastante baja. En la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud de Alma Ata desarrollada en el año 1978, la OMS reconoció a la APS como estrategia de atención integral de la salud, basada en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud (OMS, 1978, punto IV). En la amplitud del consenso con el que contó esta estrategia desde aquella declaración, convivieron enfoques diferentes de concebir la APS (Rozenblat, 2007; Forti, 2009).

Dos décadas más tarde y en un intento por consolidar una noción convergente de APS, la OPS propuso la "Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas", como forma de afrontar los nuevos desafíos epidemiológicos y mejorar las persistentes inequidades en la atención. Esta concepción reformulada de APS, recupera integralmente los contenidos presentes en

los distintos enfoques: acceso y cobertura universal; atención integral e integrada; promoción y prevención; orientación familiar y comunitaria; mecanismos de participación activa; políticas y programas pro-equidad; primer contacto; recursos humanos apropiado; recursos físicos adecuados; acciones intersectoriales (OPS, 2005).

Los ejemplos de iniciativas orientadas al fortalecimiento de la APS en la región son abundantes y diversos. En el marco del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil, merece destacarse el Programa Salud de la Familia (PSF)¹ que fue desarrollándose desde 1994 de manera progresiva a partir de experiencias pilotos dispersas, hasta llegar a convertirse en una propuesta de alcance nacional bajo la órbita del Ministerio de Salud (Suárez-Bustamante, 2010; Harzeim, 2011). Basado en Equipos Básicos con población a cargo, el programa busca reorganizar la práctica asistencial centrandó sus acciones en la atención integral de la familia, con especial énfasis en la prevención y promoción (Gomes-do-Espírito-Santo et al., 2008; Schillig Mendoza, 2011).

En el caso argentino, la prioridad sobre la atención primaria de la salud fue establecida más recientemente a través del Plan Federal de Salud (PFS) (2003/7) y se expresó de manera singular en el Programa PROAPS/Remediar (posteriormente sucedido por el FEASP/Remediar+Redes),² el Programa Médicos Comunitarios y, más recientemente, el Plan Nacer (actualmente denominado "Nacer/Sumar"). Los centros de atención primaria de la salud (CAPS) son para estas iniciativas efectores estratégicos a fortalecer a través de la provisión de medicamentos

esenciales (Maceira, Apella y Barbieri, 2005), la incorporación y formación de recursos humanos profesionales en APS (Rossen, 2006) y el aporte de recursos financieros contra cumplimiento de metas sanitarias sobre población en el Plan Nacer (Potenza, 2012).

Si bien la APS fue enérgicamente sostenida hasta la actualidad, convive a su vez con otras estrategias y modelos que fueron apareciendo a partir de mediados de la década de los '80. En la década de los ochenta, el modelo de los "Sistemas Locales de Salud (SILOS)"³ fue concebido por OPS como un camino complementario para alcanzar un uso más eficiente de los recursos en un escenario regional de fuerte crisis económica. Estos sistemas han sido definidos como: "un conjunto interrelacionado de servicios de salud, sectoriales y extrasectoriales, responsable de la salud de una población en una zona específica cuyos límites son casi siempre los de una o varias unidades geopolíticas" (Gutiérrez, 1991, p. 618). En términos generales, los SILOS planteaban la profundización de los principios básicos establecidos por APS, pero enfatizando la jerarquía de la acción local como instancia estratégica para lograr la adecuación de la atención a las demandas y necesidades particulares de los territorios implicados.

La jerarquización de la arena local que expresan estas orientaciones estructuró parte de las reformas del sector en Brasil. Con el proceso de descentralización y municipalización de la atención, los gobiernos locales se convirtieron en actores fundamentales de la provisión universal de servicios sanitarios básicos (Falleti, 2007; D'Ávila Viana et al., 2009). Este proceso se inició a comienzos de la década de los 80' y se consolidó en el año 2000

proveyendo las bases técnicas y operativas sobre las cuales se organizó el SUS, en cuyo contexto la autonomía municipal sobre la atención ambulatoria (bajo ciertas condiciones de regulación) pasó a tener un rol destacado (Arretche, 2003). En la estructura institucional del SUS, los servicios básicos de salud son gestionados por el municipio, mientras que los niveles más complejos de asistencia se prestan por contrato o convenio con la red privada o estatal (Azevedo Mercadante et al., 1994).

A diferencia de lo que sucede en Brasil, el caso argentino no presenta claridad en la distribución de funciones entre niveles de gobierno existiendo distintas realidades provinciales en cuyas historias se fueron forjando estructuras sanitarias con distinta potestad de los municipios sobre los servicios de salud. En algunos casos, esas diferencias se deben a procesos de descentralización hacia los municipios; en otros, se trata de situación de vieja data resultado de la provincialización o municipalización de hospitales originariamente a cargo de instituciones de la beneficencia; las provincias de Córdoba, Corrientes, Buenos Aires y más recientemente Santa Fe y Misiones son ejemplos de esta diversidad.

Saltando las fronteras del sector, la década de los '80 albergó otra propuesta que jerarquizaba el nivel local, enfatizando el desafío de gobernabilidad con que se enfrentaban las ciudades. La iniciativa "Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables" buscó aplicar la promoción de la salud a los contextos locales, adaptándose favorablemente a los escenarios de la descentralización, proceso en curso en los países de América Latina desde los ochenta y que se profundizaría en la década siguiente de

la mano de las reformas neoliberales. Desde esta perspectiva, un municipio o comunidad puede ser “saludable” si presenta una estructura para trabajar por la salud o si comienza un proceso para conseguirlo, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables y creando entornos que los favorezcan. Sin duda, esta iniciativa demanda el desarrollo y fortalecimiento de la acción intersectorial, la participación de la ciudadanía y la gobernanza (conformación y fortalecimiento de las redes) para su implementación.

Pasado el decenio neoliberal, y habida cuenta del desplazamiento que sufrió la OPS/OMS por parte de los organismos multilaterales de crédito, emergió una nueva propuesta que colocó a la problemática de la salud en un contexto más amplio. Reconociendo como principal y más remoto antecedente el Informe Lalonde de 1974, el planteamiento de los “Determinantes Sociales de la Salud (DSS)” fue impulsado desde finales de la primera década de este siglo, con el objetivo de lograr mejores impactos sobre las poblaciones. Desde este abordaje, se buscaba integrar en la perspectiva sectorial a factores económicos, educativos, ambientales, culturales y de género, tradicionalmente considerados como externos al sector, como causas de parte de las desigualdades sanitarias entre países y dentro de cada país (Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud/OMS, 2008, p. 1). Esta forma de concebir los problemas involucra, necesariamente, a otros sectores cuyas acciones tienen impacto directo sobre la situación de salud de una población determinada.

Contemporáneamente con estos debates, la OPS/OMS recupera esta perspectiva

en el análisis de las particularidades que presentan los determinantes sociales en los entornos urbanos, haciendo eje en tres cuestiones: la gobernabilidad, la métrica de los problemas sanitarios urbanos y los determinantes de la salud y la equidad (OPS, 2008). Desde el concepto de “salud urbana” comienza a abrirse una nueva orientación en el enfoque de los determinantes sociales, que pretende analizar cómo se manifiesta en cada ciudad los determinantes de la salud, y cómo el estudio de estos determinantes debe traducirse en acciones multisectoriales y participativas vinculadas con la promoción de la salud y con la formulación de políticas públicas en contextos urbanos (OPS/OMS, 2011a).

Anidando en la propuesta de los SILOS y en el marco de la ya mencionada “Renovación de la APS en las Américas” del año 2005, comenzó a promoverse de forma sistemática el desarrollo y fortalecimiento de redes de atención de salud como respuesta a la fragmentación que se profundizaba en los países de la región. En el marco de la de la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud de 2007 se señaló la importancia y necesidad de desarrollar redes basadas en la atención primaria, financiadas por presupuesto público y que garantizaran una cobertura universal. Recogiendo los problemas emergentes del balance de las reformas neoliberales, se atribuía esta segmentación al predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, la separación de los niveles de atención como producto de la descentralización de los servicios y a los déficits en la cantidad, calidad y distribución de los recursos.

Frente a estos problemas, la conformación de redes fue visualizada como una estrategia de integración de los servicios de salud. Aunque la noción de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) admite múltiples interpretaciones, la OMS (2008) ha formulado una definición amplia, que comprende distintas modalidades de integración: "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" (OPS/OMS, 2008, p. 9).

Nuevamente encontramos en Brasil y en Argentina ejemplos de esta perspectiva aunque con diferente nivel de organicidad. Reconociendo los avances pero también las limitaciones que mostró la estructura municipalizada que resultó de la descentralización del SUS en Brasil, hacia principios de la década del 2000, a través de la Norma Operacional de Asistencia a la Salud (NOAS) se llevó adelante la regionalización como "estrategia necesaria para que el proceso de descentralización se profundizara pari passu la organización de la red de asistencia, dando mejor funcionalidad al sistema y permitiendo una provisión integral de servicios a la población" (Dourado y Mangeon Elías, 2011, p. 207). En ese nuevo contexto institucional, la esfera estadual pasó a ordenar el proceso de regionalización sanitaria con un Plan Director de Regionalización, instrumento que traduciría la planificación regional de

acuerdo a las particularidades de cada estado conforme los recursos disponibles (Dourado y Mangeon Elías, 2011 y Dourado, 2010). El caso argentino muestra experiencias que, recuperando el modelo de redes de servicios, desafían las complejidades de un sistema altamente fragmentado pero universal. Merecen destacarse la experiencia del Hospital El Cruce Alta Complejidad en Red,⁴ el Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas⁵ (incorporado desde hace más de dos años al Plan Nacer) y el Programa FEASP (Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud)/ Remediación+Redes.

El recorrido realizado hasta aquí muestra distintos modelos y estrategias que han coexistido y continúan conviviendo en los planteos de la OPS/OMS. Estas propuestas han interrogado y diagnosticado los problemas, delineando a su vez el diseño de posibles soluciones que se expresan en distintas iniciativas en la región. Esta rápida retrospectiva pone en evidencia continuidades, algunas rupturas e importantes núcleos de complementariedad que podrían ser indagados desde muy diferentes puntos de vista.

En este trabajo nos interesa hacer foco en un aspecto que adquiere particular relevancia para el análisis de la implementación de la política de salud: las distintas nociones de territorio que cobran vida en estos planteos, los actores que se privilegian y que las sostienen y su capacidad de organizar desde las ideas la práctica en la implementación.

La emergencia de la dimensión territorial y sus actores

Desde mediados del siglo pasado, las directrices de la OPS/OMS han modelado la institucionalidad en salud, orientando financiamientos, proponiendo formas de organización, aportando instrumentos, definiendo competencias a desarrollar y difundiendo modos de conceptualizar las políticas.

De las distintas aproximaciones posibles, retomamos una perspectiva del neo-institucionalismo que enfatiza la relevancia que tienen los mapas cognitivos en el modelado de las preferencias de los actores: concepciones particulares del mundo que se encuentran vinculada a los procesos culturales que dan sentido a la acción. Desde esta interpretación,

[...] las instituciones son las convenciones sociales (comprendiendo en éstas a los símbolos, ritos, costumbres y significados) a partir de las cuales los individuos interpretan el mundo que los rodea y crean su concepción de la realidad social. Los individuos son socializados en una cierta perspectiva del mundo, aprenden las convenciones sociales y con ellas construyen una forma aceptada de hacer las cosas; esto uniforma el comportamiento y facilita la interacción social. (Vergara, 2001, p. 2)

Desde esta perspectiva y retomando conceptos de la geografía y del análisis de políticas, resulta interesante interrogar el derrotero que han seguido las conceptualizaciones de la OPS/OMS acerca de la política sanitaria, poniendo el foco en

cómo ha ido apareciendo la cuestión territorial y cuáles han sido los actores jerarquizados en esa construcción. Retomamos, a modo de ejemplo, algunas de las iniciativas de Brasil y Argentina recuperando las nociones de territorio implicadas en la práctica de las políticas.

Los modos de conceptualizar la noción de territorio en el campo de las ciencias sociales han ido progresivamente abandonando visiones espacialistas, moviéndose hacia otras concepciones que dan cuenta de su carácter histórico (Dematteis y Governa, 2005 y Amin, 2005). En esta última perspectiva, que destaca el carácter construido, dinámico, determinante y determinado del espacio por la acción de los actores,

[...] la territorialidad [puede entenderse]... como relación dinámica entre los componentes sociales (economía, cultura, instituciones, poderes) y aquello que de material e inmaterial es propio del territorio donde se habita, se vive, se produce. (Dematteis y Governa, 2005, p. 33)

Esta aproximación jerarquiza aquellos procesos enlazados que se dan entre los actores (y sus relaciones en el entramado) y el territorio, en el seno de los cuales se inscribe el campo de la política sanitaria.

Dado que el territorio es el escenario en el que tiene lugar y se configura la fragmentación y la inequidad de los sistemas sanitarios en América Latina, parece importante interrogar a las propuestas de la OPS/OMS en su potencial para conceptualizar la cuestión territorial, dando cuenta del alcance y de las insuficiencias que presentan para incorporar al territorio en la agenda de salud.

La noción de control epidemiológico

El modelo denominado de “los programas verticales” es quizás uno de los más cuestionados pero paradójicamente aquel que sobrevivió junto a otras orientaciones que se sucedieron, denominadas – en oposición – “aproximaciones horizontales”.

Surgido en la postguerra en el periodo denominado llamamiento regional a las armas contra las enfermedades transmisibles, el modelo de los programas verticales fue tributario de dos procesos: los adelantos científicos como el descubrimiento de las vacunas y del DDT (Tobar et al, 2006, pp. 15-16) y el desarrollo de las instituciones del Estado Social, caracterizado por la creación de una red pública subsidiada por y/o provista por el Estado, pero en el caso de América Latina con fuertes limitaciones territoriales (Andrenacci y Repetto, 2006, p. 10).

Inscripto en una lógica *top-down*, este modelo busca resolver (“erradicar” en el planteo original y más extremo) un problema de salud a través de estrategias independientes que comprenden la fijación de normas de atención, la organización adecuada de los recursos y la racionalización del uso de la tecnología, en el marco de un marco temporal adecuado (Tobar et al., 2006, p. 16).

Estas ideas fuerza se traducen en una concepción mecanicista de la organización sanitaria que jerarquiza el poder central, en tanto responsable del entrenamiento y la gestión de los recursos humanos. La posibilidad de disponer de la tecnología y la vocación por hacerla accesible a la población afectada, convergen con el desarrollo de las instituciones centralizadas del Estado social

en la región, jerarquizando a los Ministerios nacionales.

El territorio aparece en esta perspectiva como objeto de un control político y epidemiológico en el contexto de la expansión y desarrollo de las instituciones centrales del Estado Social en la región; fundado en diagnósticos que están asociados a la tecnología disponible a difundir y en las normas que se deben aplicar. Con relación a esto último, un rasgo merece destacarse: la construcción epidemiológica en función del objetivo de erradicación de una enfermedad tiene como consecuencia un territorio homogéneo, o bien la necesaria (en el contexto de esta forma de pensar la política) simplificación de sus particularidades.

Esta idea tiende a quebrarse con la reaparición de los casos de malaria y la resistencia a las tecnologías conocidas, emergiendo entonces la heterogeneidad del territorio y sus actores en las rutinas y procedimientos. La realización de diagnósticos y encuestas, la delimitación de áreas/ problema, la aplicación de DDT para interrumpir la transmisión, las campañas de prevención y el desarrollo de sistemas de vigilancia epidemiológica, son las rutinas e instrumentos que adoptan estos programas y a través de los cuales se esbozan otras nociones fundadas en la complejidad y singularidad.

La participación como clave

Desde hace más de tres décadas y bajo el lema “salud para todos”, los organismos internacionales de salud han venido sosteniendo que la Atención Primaria de la

Salud (APS) es la herramienta primordial que disponen los gobiernos para mejorar la accesibilidad a la atención y lograr la equidad y la extensión de la cobertura de salud para todas las poblaciones de manera costo efectiva (OMS, 1978).

Sin embargo, la implementación eficiente o eficaz de esta estrategia supone, ya desde el documento de Alma Ata (1978) en adelante, el desarrollo de ciertos requisitos que van más allá de lo estrictamente tecnológico o vinculado con la infraestructura: un enfoque intersectorial y multidisciplinar de la atención, concebida de manera integral, y la participación de la comunidad con un enfoque de derechos (OMS, 1978, punto IV).

Varios años más tarde, La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas (2007) refuerza la necesidad de dotar a la APS de una orientación familiar y comunitaria, acorde a las necesidades de salud de una población definida, mecanismo para afrontar los nuevos desafíos epidemiológicos y mejorar las inequidades persistentes en la atención de la población (OPS, 2007); la APS reorienta la atención desde el tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación hacia procesos que contemplen también estrategias de prevención y promoción de la salud.

En este marco, esta estrategia privilegia dos tipos de actores. Por una parte, jerarquiza el trabajo de los equipos multidisciplinarios del primer nivel, quienes adquieren responsabilidad sobre la población adscripta perteneciente a un territorio geográfico delimitado por la proximidad (OMS, 2008). Por otra parte, jerarquiza la colaboración de nuevos actores en las dinámicas de la atención; desde el primer nivel se convoca

a la participación activa de la familia, la comunidad, los referentes barriales, los agentes y promotores sanitarios, los organismos no gubernamentales y las organizaciones sociales para promover comportamientos y estilos de vida saludables y mitigar los daños socio ambientales sobre la salud.

Este entramado de actores se despliega en un "espacio de proximidad", definido por la poblacional perteneciente al área programática de intervención. Se trata de un territorio vinculado a la noción de "comunidad"; la APS se implementa y se desarrolla como puerta de entrada con vínculo con la familia y la comunidad (OMS, 1978, punto VI): "un ámbito al que las personas pueden llevar toda una serie de problemas de salud" (OMS, 2008, p. 12)

Este "territorio de proximidad" se vuelve estratégico para la implementación, definiendo en simultáneo la demanda de prestaciones y creando posibilidades y condiciones en cuyo contexto cobran vida los procesos de atención integral.

Nuevamente, en la política sanitaria de Brasil y Argentina se encuentran ejemplos de esta perspectiva. En el Programa de Salud Familiar de Brasil, subyace la noción de un territorio "construido desde lo local", de alcance definido y cuya población está adscripta a un equipo básico sanitario responsable del desarrollo de actividades de promoción y prevención (Suárez-Bustamante, 2010; Harzeim, 2011). Un equipo de salud integrado por profesionales y por agentes comunitarios es responsable activo (intra y extramuros de los servicios) de la situación de salud del conjunto de las familias que

habitan ese territorio (Gomes-do-Espírito-Santo et al., 2008; Schillig Mendoza, 2011).

En el contexto argentino, la noción de "proximidad" está también presente en distintas iniciativas enfatizando no sólo el fortalecimiento de los centros de atención primaria de la salud sino también las relaciones con otros actores. Distintos incentivos buscan fortalecer la estrategia de APS en las distintas jurisdicciones a la vez que ordenar la práctica de los equipos municipales y estadauales (provinciales en el caso argentino) hacia la responsabilización nominada de la población en territorios delimitados. En aquellos casos en que los servicios se encuentran municipalizados, el nivel local comienza a jugar en los procesos de gestión interperlando las fronteras de la proximidad y abriéndose a la lógica multi-escalar de la gestión.

La jerarquía del nivel local

En las últimas décadas del siglo XX y principios del siguiente tuvo lugar en la región una revisión profunda de las competencias públicas en el campo de la política social (Andrenacci y Repetto, 2007, p. 9), expresada en el sector salud por procesos de descentralización y de autarquía de los establecimientos que tuvieron lugar en un contexto caracterizado por una franca expansión de la demanda (Almeida, 2002a y 2002b; Fleury, 2001 y 2007; Sojo, 2011).

En el marco general de estas reformas, las iniciativas para la reorganización de los sistemas planteadas por la OPS delimitaron nuevos recortes espaciales para la política sanitaria. Aunque con anclajes diferentes,

las propuestas de los "Sistemas Locales de Salud (SILOS)" y de "Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables", hicieron emerger el "territorio de lo local" trascendiendo así la noción de "proximidad" que jerarquizaba la APS.

La propuesta de los SILOS es la responsable de inaugurar en la región el ingreso de lo local al debate sanitario. En la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS del año 1991, se destacaba "la urgente necesidad de acelerar la transformación de los sistemas nacionales de salud, mediante el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS) como táctica operativa de la estrategia de la atención primaria" (Paganini, 2008, p. 32). Su propósito principal fue impulsar la toma de decisiones en los sitios donde se generan los problemas y, por consiguiente, propiciar la descentralización de facultades y recursos hacia las instancias periféricas. Recuperando trazos de los modelos anteriores, una noción algo más compleja de territorio está presente en la resolución de dicha reunión.⁶

Una primera cuestión a destacar es que la noción del territorio delimitado desde la epidemiología se politiza poniendo el foco en la construcción de una "propuesta geográfica poblacional (...) influenciada por las necesidades de la población definidas en términos de daños y riesgos" (Paganini, 2008, p. 21). El aspecto que diferencia más claramente a los SILOS, es la invitación a dar un "salto" hacia una escala más comprensiva, el "territorio local".

A diferencia de la propuesta de "Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables", la iniciativa de los SILOS busca

mantener la especificidad sectorial, con foco en la atención. Pivoteando sobre el rol del Municipio como coordinador de distinto tipo de articulaciones intrasectoriales entre niveles y con otros subsectores, e intersectoriales con otras áreas gubernamentales y con el sector privado (Paganini, 1999, p. 21). Aunque manteniendo un recorte sectorial, esta propuesta conceptualiza el territorio desde otras dimensiones: la cuestión del poder, del Estado, del financiamiento y de la coordinación intergubernamental, se suman a la noción de "proximidad" y sus actores, complejizando así el concepto de territorio.

Acorde al clima descentralizador de la época en América Latina, la propuesta apuesta a que las instituciones locales asuman un papel estructurante de los SILOS. El territorio para esta propuesta es "o local; sin embargo, los documentos refieren al espacio de actuación de los SILOS y llaman la atención acerca de la necesidad trascender las fronteras de lo municipal para dar cuenta de la densidad de los actores que juegan en esa arena (Paganini, 2008, p. 33) así como la pertenencia orgánica a un sistema nacional de salud como entidad global y la articulación en red de servicios interrelacionados (Paganini, 1999, p. 22)

Con el foco puesto en la gobernabilidad, la iniciativa "Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables" (MCCS) aporta una noción de territorio más comprensiva tomando distancia de las cuestiones más duras del sector. Adaptándose⁷ a los escenarios de la descentralización en América Latina, la propuesta busca aplicar la promoción de la salud a los contextos locales, jerarquizando los procesos a través de los cuales es posible alcanzar una mejora en las condiciones de vida

desde múltiples dominios de la vida social: saneamiento, educación, trabajo, modos de vida, ambiente. En la complejidad de los factores comprendidos en esta perspectiva, la acción intersectorial y la participación ciudadana son rasgos que distinguen el modo de acción de la estrategia en el territorio local. En esta perspectiva, el territorio se construye política y socialmente con los ciudadanos, a través de la gestión democrática y del fortalecimiento de la participación como elementos esenciales.

En un esfuerzo por operacionalizar el concepto de entorno saludable de cara a rescatar las contribuciones de esta estrategia para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (OPM),⁸ la propuesta de MCCS retorna a los espacios de proximidad y aparecen la vivienda, la escuela, los mercados y el trabajo, como entornos saludables desde los cuales actuar e integrar sinérgicamente (OPS/OMS, 2006, p. 39).

A diferencia de la propuesta de los SILOS, las referencias al contexto del sistema sanitario tanto nacional como de otros subsectores, están ausentes en la estrategia MCCS; lo mismo sucede con los Estados nacionales. Los actores jerarquizados son los gobiernos locales (con referencias explícitas a los alcaldes) y las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y Organizaciones Sociales Comunitarias (OSC). La delimitación de actores está hablando de una aproximación a la gobernanza de las ciudades haciendo foco en el papel del municipio cooperando en redes con otros actores gubernamentales y de la sociedad.

En ambas propuestas, el territorio ingresa a la agenda sanitaria jerarquizando lo local, aunque con recortes diferentes tanto en

relación a los dominios de la vida social como a las escalas de análisis.

Estos planteos han permeado de diferente modo a las políticas en los países de la región; los contrapuntos entre Brasil y Argentina vuelven a mostrar diferencias. La descentralización y municipalización de la salud pública en Brasil da cuenta de la jerarquización de los espacios locales, que comienzan a expresarse como territorios complejos y con mayores niveles de autonomía en articulación directa con los actores e instituciones sanitarias de la esfera regional. Se trata de un territorio local fortalecido, pero cuya planificación y funcionamiento se ensambla – intrasectorialmente – con el ámbito regional, a la vez que armoniza con los lineamientos generales y las regulaciones que le confiere la institucionalidad del federalismo en el marco del SUS (Arretche, 2003; D'Ávila Viana et al., 2009). En Argentina, las experiencias de municipalización de los servicios de salud muestran la complejidad del territorio local no sólo en la dinámica política sino también en las dificultades para delimitar sus fronteras: desde fuera del ámbito local, actores del subsector público intervienen y condicionan las acciones de los denominados “actores locales” junto al sector privado y de la seguridad social. La diversidad de experiencias descentralizadoras y la ausencia de una política ordenadora desde el nivel nacional han dado lugar a importantes disparidades regionales, encontrándose una multiplicación de respuestas locales de distinta calidad, eficiencia y equidad en el acceso a los servicios (Chiara, Moro, Di Virgilio, Ariovich y Jiménez, 2011).

Delimitando desde los problemas sociales

Las dinámicas sociales que caracterizan al nuevo siglo imprimen una complejidad social, económica, demográfica y ambiental sin precedentes, generando importantes desafíos a la gestión de las políticas de salud, que se vuelven más dramáticos en los países más pobres. Factores como el envejecimiento de importantes sectores de la población, el progresivo incremento de las enfermedades crónicas en detrimento de las infectocontagiosas, la incorporación de tecnologías diagnósticas y terapéuticas más sofisticadas y costosas, impactan diferencialmente en los sistemas sanitarios de acuerdo a sus recursos, siendo fuente de importantes inequidades. Esta forma de concebir el contexto en el cual la población experimenta sus problemas sanitarios, abre una nueva perspectiva que enfatiza la influencia de los determinantes sociales en la configuración del proceso de salud enfermedad (OMS, 2011, p. 2).

Aunque los documentos relativos a la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) no hagan referencias explícitas, el territorio se expresa a través de la enunciación de los factores sociales, económicos y políticos que impactan en los perfiles epidemiológicos de las poblaciones. La preocupación por la desigualdad remite a un espacio donde se hacen visibles la desigualdad en las condiciones de vida de la población en general y las condiciones de salud-enfermedad en particular, así como también la desigual

distribución de los recursos (Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud, 2005, p. 10)

Acorde con esta mirada estructural de los problemas que demarcan y jerarquizan el territorio, los responsables de priorizar estas recomendaciones son quienes formulan e implementan políticas de salud a escala nacional.

El núcleo de reflexiones, aportes y estudios en torno a la "salud urbana" avanza de un modo más explícito en el análisis de las particularidades que imprime el territorio en la salud de los distintos entornos urbanos. Este recorte historiza y localiza en el espacio el debate sobre la equidad, haciendo eje en las brechas y en los circuitos de reproducción de la desigualdad en el territorio: "El enfoque de la equidad en salud urbana implica orientar los esfuerzos hacia la reducción de las diferencias en resultados y riesgos de salud entre diferentes áreas urbanas y los grupos humanos que las habitan" (OPS, 2008, p. 40). Este enfoque recupera y problematiza la dimensión política del territorio como determinante en la cuestión sanitaria e incorpora a sus actores y a las relaciones sociales que allí se despliegan:

Estos marcos reconocen la complejidad del proceso multinivel por medio del cual los determinantes y los distintos actores juegan un papel crítico en la determinación de salud de los residentes urbanos (...). Se incluye aquí la forma en que los niveles de participación y descentralización, las innovaciones sociales y los intereses de los diversos actores afectan la salud urbana. (OPS, 2008, p. 39)

Desde una visión topológica

Tras las reformas neoliberales, los primeros años de esta década renovaron en la región la expectativa acerca del rol de las instituciones estatales en los distintos sectores; la intervención del Estado nacional a través de políticas y programas con impacto en la calidad de vida de la población y destinadas a resolver las inequidades y desigualdades sociales, se hizo cada vez más frecuente en el conjunto de los países latinoamericanos (Gudynas et al., 2008; Danani, 2009).

En este escenario, el desarrollo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) se introduce como un instrumento para que los Estados puedan asegurar una atención más integrada, eficiente y equitativa frente a los altos niveles de fragmentación de sus sistemas de salud. El diagnóstico de partida de estas propuestas avanzaba sobre distintos factores, pero básicamente hacía eje en las consecuencias de las reformas neoliberales: el predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas; la segmentación de los niveles de atención como consecuencia de la descentralización de los servicios; los problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos; y la existencia de culturas organizacionales contrarias a la integración (OMS, 2007; OPS/OMS, 2008). Este diagnóstico desafiaba a su vez las autoridades sanitarias a resolver las tensiones e ineficiencias resultantes de la coexistencia (desarticulada) de las clásicas intervenciones verticales con aquellas horizontales animadas por el modelo de la APS.

Si bien las propuestas orientadas a la conformación de redes alcanzan distintas escalas, subyace en ellas una noción del territorio orientada por propósitos casi exclusivamente sanitarios, desde la cual se integran (desde una lógica reticular) distintos ámbitos locales. Esta aproximación busca racionalizar y optimizar los recursos disponibles en cada región (frecuentemente escasos) para maximizar resultados.

Las redes de servicios dan lugar así a una nueva noción de territorio para diseñar e implementar las intervenciones sanitarias que estructura en un mismo entramado a un conjunto disperso de efectores para interrelacionar servicios con distinto nivel de complejidad. Se trata de un territorio que presenta una lógica topológica, en donde los flujos y las redes de interacción surcan el espacio regional y conectan "a distancia", permitiendo la continuidad de los recursos y las prestaciones en una escala mayor. Las redes posibilitan así –siguiendo a Dematteis (2002)– la coordinación, la colaboración y el diálogo con la globalidad, desde las coordenadas propias y las necesidades específicas de cada comunidad local.

También en este caso las políticas nacionales son caja de resonancia de estos planteos a la vez que espacios de reformulación desde la práctica. Partiendo de una propuesta orgánica y con alcance nacional, la regionalización del SUS de Brasil supone la necesidad de integración de los distintos componentes del sector para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud en todo el país. En esta propuesta, la regionalización

de los servicios de salud es uno de los fines de la política que se ve condicionada por la singularidad del sistema federal y la trama de las relaciones intergubernamentales, factores que configuran la complejidad del territorio desde el plano político institucional (Dourado y Mangeon Elías, 2011).

Aún sin tener cobertura nacional, la noción de "territorio en red" comienza a permear distintas iniciativas de la política sanitaria también en el caso argentino. Las experiencias presentadas en el apartado anterior abonan (desde la inversión en equipamiento, el pago por práctica médica, la mejora en infraestructura y el desarrollo de sistemas de información) a la articulación de los servicios de salud independientemente de la jurisdicción responsable de la gestión (nacional, estadual/provincial como municipal). El Hospital El Cruce Alta Complejidad en Red coordina desde los servicios de alta complejidad a cinco hospitales y a 152 centros de salud en cuatro municipios del sur del Gran Buenos Aires, mientras que, con alcance nacional, los Programas de Cardiopatías Congénitas y Remediar+Redes buscan construir un territorio de la nodalidad confiriendo distinta jerarquía al nivel estadual (denominado provincial en el caso argentino).

Este recorrido muestra que el territorio ha estado y está presente en las orientaciones y prescripciones de la política sanitaria, aunque con ciertas insuficiencias para describir y analizar la complejidad de la relación de mutuo condicionamiento que tiene lugar entre el territorio y los procesos de toma de decisiones de la política sanitaria.

Un intento por recapitular avances e insuficiencias

Tal como se viene analizando, los distintos planteamientos que ha aportado la OPS/OMS sobre los problemas de salud y las respuestas desde la política sanitaria, llevaron implícitas distintas nociones de territorio operando como “anteojos conceptuales” al momento de su implementación.

El recorrido realizado descompone la complejidad de la cuestión territorial en distintos aspectos que son enfatizados diferencialmente por las estrategias y modelos: la noción de control epidemiológico presente en los programas verticales, la participación como uno de los emergentes más evidentes de la crisis de aquel modelo y la constitución de la APS como paradigma de intervención, la jerarquía del nivel local enfatizada en la propuesta de los SILOS y de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables, la delimitación del territorio desde los problemas expresado en el enfoque de los determinantes sociales de salud y en las especificidades de la salud urbana y, más recientemente, la visión topológica del territorio, presente en la propuesta de Redes Integradas de Servicios de Salud.

Estas nociones que devuelven las orientaciones de la política sanitaria son aportes que resulta necesario recuperar para pensar la relación entre política sanitaria y territorio, detectando a su vez las insuficiencias que llaman a la necesidad de profundizar su conceptualización.

Los límites del esfuerzo por simplificar la complejidad

El aspecto más destacado de esta forma concebir el territorio de la acción sanitaria se relaciona con su capacidad para simplificar la complejidad. Dos caminos novedosos se abren desde esta perspectiva.

El primero, tiene que ver con que la política sanitaria deja de ser cuestión de expertos para convertirse en un conjunto de procedimientos a ser cumplidos por actores diversos ampliando así el alcance territorial de la acción. En segundo lugar, esta forma de recuperar el territorio permite construir y delimitar las fronteras a partir de un determinado problema sanitario, pasible de ser resuelto a través de la tecnología disponible.

El potencial simplificador de la complejidad del territorio que subyace a esta noción de territorio debe ser matizado en el plano empírico. Lo que es percibido como fortaleza desde el diseño en los niveles centrales con altos niveles de especialización, resulta insuficiente en el nivel de la implementación donde la especialización es mucho menor y la complejidad y multiplicidad de actores y sectores involucrados se hace evidente.

En la implementación, los problemas “saltan las fronteras” del sector y ponen en cuestión a las variables epidemiológicas como criterio exclusivo de delimitación de los territorios objeto de políticas.

Sobre la necesidad de dar cuenta de las distintas escalas de la participación

En la atención primaria de la salud, el territorio ingresa a la gestión de la política sanitaria a partir de la delimitación de un área programática que recoge, por un lado, las demandas particulares de las familias y, por el otro, convoca a la participación activa de la comunidad. El territorio se define como un espacio físico de continuidad, donde los vínculos se determinan por relaciones de proximidad.

La escala espacial de lo local sobre la que descansa esta propuesta es la que posibilita los contactos y la cooperación entre los actores involucrados en los procesos de la atención de la salud; la dimensión territorial emerge como una herramienta que permite a las comunidades definir sus necesidades y derechos.

No obstante su utilidad y pertinencia, un recorte circunscripto a lo próximo y que presupone la interacción fluida entre actores (o potenciales actores) en presencia de un conjunto dado de recursos locales, corre el riesgo de aislar a la comunidad del contexto mayor y desatender a la incidencia de otros actores (cuya acción no necesariamente está localizada en el territorio de proximidad) pero que también intervienen en el desenlace de la política sanitaria.

Cabe resaltar además, que si bien la inclusión de la familia y la comunidad como un actor clave del territorio en los procesos de atención primaria es – sin dudas – un aporte novedoso y valioso de la propuesta de la APS, esta premisa ha derivado en las versiones más

restringidas (caras al paradigma neoliberal) que pueden conducir a una peligrosa auto responsabilización de la población local acerca de los éxitos o fracasos en torno al acceso a la atención, omitiendo otras escalas en las que se despliegan importantes articulaciones del entramado de actores.

El desafío de politizar lo local

Lo local aparece en la agenda sanitaria como una perspectiva que integra por primera vez en las propuestas de OPS/OMS, distintos aspectos de la cuestión territorial. Sin abandonar la especificidad sanitaria, la propuesta de los SILOS lleva de manera bastante explícita una noción de territorio que parte de una mirada epidemiológica y la puebla de actores, jerarquizando el papel de coordinación del gobierno local en un espacio que necesariamente debe trascender la escala de proximidad. La noción de territorio implícita en la estrategia de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables (MCCS) es más amplia y está asociada al concepto de promoción de la salud.

Ambas propuestas comparten la noción de lo local como el lugar de realización de las necesidades de la población y de consenso entre los actores. Sin embargo, una mirada atenta acerca del entramado que constituye al territorio permite reconocer – en estas propuestas – distintas formas de conceptualizarlo. En un caso, la propuesta de los SILOS pone el foco en la responsabilidad sanitaria y establece un recorte sectorial más preciso, recuperando la complejidad de las relaciones entre subsectores y con el

conjunto del sistema nacional de salud, que operan en un territorio. En el segundo caso, la noción de local que dibuja la estrategia de MCCA es más comprensiva y menos sectorial al tiempo que se permite realizar un recorte más nítido de lo local y sus actores, con escasa problematización de las otras escalas que operan en un territorio.

Sin desconocer la significativa contribución de estas propuestas para pensar la cuestión territorial en la política sanitaria, quedan planteadas algunas cuestiones de las cuales dar cuenta en el análisis de lo local y que aluden a cómo se juegan las relaciones intergubernamentales en el territorio, si la escala de los actores se corresponde con la escala de la representación ciudadana, cuál es el rol de las instituciones estatales por sobre el municipio para garantizar el ejercicio efectivo del rol de coordinación. Sin duda se trata de preguntas que trascienden a la cuestión territorial pero que pueden ser ocultadas por estereotipos excesivamente optimistas que jerarquizan lo local sin problematizar las complejas relaciones entre escalas que en estos espacios tienen lugar.

Actores difusos en un escenario complejo

La propuesta de los determinantes sociales focaliza su atención en las condiciones sociales y estructurales que determinan la salud de las personas en los distintos territorios, dejando en un segundo plano los factores de riesgo individual.

Si bien desde este planteo se da cuenta de la complejidad inherente a las cuestiones

sanitarias en los territorios particulares, no se jerarquiza el rol de los actores que intervienen más activamente. De los documentos se desprende una noción de territorio sin actores explícitos, ya que no hay mención específica a autoridades locales responsables o referencias al sector salud y a sus efectores locales, como así tampoco a sujetos de la comunidad sino que la equidad sanitaria es una responsabilidad compartida (OMS, 2011, p. 1).

Destacando el salto a la complejidad que esta perspectiva supone para el análisis, define una agenda demasiado abierta en la que las responsabilidades de los distintos actores del sector quedan diluidas en el conjunto de los determinantes. Los desafíos pasan por la agenda de la coordinación, interjurisdiccionalidad e intersectorialidad en tanto medios para una integralidad de abordaje que la perspectiva de los determinantes demanda.

La virtualidad del territorio en la búsqueda de instrumentos de políticas

La iniciativa en torno al establecimiento de redes de servicios de salud adopta una visión más sistémica y menos fragmentada del territorio, donde distintos flujos de interacción y complementariedad vinculan y articulan un conjunto disperso de servicios y prestaciones de diferente complejidad y/o especialización en un mismo espacio, que esta vez alcanza una escala regional.

En este esquema se resignifica la jerarquía del hospital en su papel para articular y articularse en el conjunto de la red, en cuya

dinámica se cualifica a un territorio más amplio que recoge la existencia de distintas escalas.

La APS se convierte en la estrategia desde la cual las autoridades regionales y centrales pueden lograr una integración funcional del territorio para las intervenciones sanitarias (OPS/OMS, 2011b).

En esta propuesta el territorio se transforma – siguiendo a Brugué et al. (2002) – en un complejo espacio virtual y dinámico, flexible a los intercambios. Las distancias físicas y operativas se relativizan, posibilitando una continuidad adecuada a las necesidades de los procesos de atención de la salud y a una mayor racionalización y optimización de los recursos disponibles.

En esta propuesta los desafíos son menos conceptuales que operativos. Pensar las acciones en salud desde esta perspectiva supone orientar la implementación, el diseño de los instrumentos y las inversiones, considerando al territorio configurado por las redes como unidad de intervención.

Finalizando, los modos de conceptualizar la noción de territorio en el campo de las ciencias sociales fue abandonando visiones

espacialistas, proponiendo concepciones que dan cuenta de su carácter histórico. Sin embargo, la sola invitación a desnaturalizar el carácter meramente espacial y dado del territorio no parece ser suficiente para hacerlo operativo como dimensión en el análisis de la política sanitaria.

La revisión realizada en este trabajo fue recuperando las nociones de territorio que subyacen a los planteos de la OPS/OMS, organismo que orientó parte de las políticas en la región. Con distinto énfasis y delimitación, estas nociones han buscado poner el foco en los procesos enlazados que se dan entre los actores, la estructura social y el territorio, en cuyo contexto se inscribe la política sanitaria.

Aún destacando el aporte de cada perspectiva, el recorrido realizado en este trabajo muestra también las insuficiencias de estos planteos y la necesidad de construir un marco conceptual que, abrevando también en la geografía y en el análisis de políticas públicas, pueda dar cuenta de la especificidad sanitaria de esta articulación entre actores, estructura social y territorio.

Magdalena Chiara

Licenciada en Ciencias Antropológicas y doctoranda en Ciencias Sociales. Docente Investigadora Asociada del Área de Política Social del Instituto del Conurbano UNGS. Los Polvorines/Provincia de Buenos Aires, Argentina.

magda.chiara@gmail.com

Ana Ariovich

Máster en Sociología Económica, Docente Investigadora Asistente del Área de Política Social del Instituto del Conurbano – UNGS. Los Polvorines/Provincia de Buenos Aires, Argentina.

anariovich@yahoo.com

Notas

- (*) El trabajo se realiza en el marco de la investigación colectiva “El territorio en la agenda sanitaria: instrumentos y modos de articulación en el subsector público en el Gran Buenos Aires” que comenzó a desarrollarse en el Instituto del Conurbano de la UNGS en el año 2010.
- (1) www.saude.gov.br/atencaprimaria
- (2) <http://www.remEDIAR.gov.ar/>
- (3) La descripción de la propuesta de los Sistemas Locales de Salud está realizada con base a Paganini, 1999.
- (4) <http://www.hospitalelcruce.org/pdf/planestrategico.pdf>
- (5) <http://www.plannacer.msal.gov.ar/index.php/pages/incorporacion-de-cirugias-de-cardiopatias-congenitas>
- (6) Resolución de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de OPS/OMS del año 1991, titulada “Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, SILOS-10”.
- (7) Esta estrategia reconoce como antecedente el Movimiento Europeo de Ciudades Saludables Medios de mediados de la década de los 80, particularmente importante en el proceso de recuperación de los Ayuntamientos Democráticos en España. Constituyó una forma de operacionalizar la “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud” de 1984 y se formalizó en 1998 en la Declaración de Atenas para las Ciudades Saludables. Declaración del Director Regional de la OMS para Europa (Llorca, 2010).
- (8) Se trata de un conjunto de ocho propósitos de desarrollo humano que en el año 2000, los 192 países miembros de las Naciones Unidas acordaron alcanzar para 2015. Dada la naturaleza del acuerdo, interpelaron a los distintos organismos de las UN y a sus estrategias.

Referencias

- ALMEIDA, C. (2002a). O SUS que queremos: sistema nacional de saúde ou subsector público para pobres? *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 4, pp. 417- 437.
- _____ (2002b). Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 18 (suplemento), pp. 23-36.
- _____ (2008). “La implementación de la reforma en Brasil. La dinámica del Sistema Único de Salud y algunos resultados”. En: CHIARA, M.; DI VIRGILIO, M. M. y MIRAGLIA, M. *Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias*. Los Polvorines, UNGS.
- AMIN, A. (2005). Regiones sin fronteras: hacia una nueva política del lugar. *Ekonomiaz*, n. 58.
- ANDRENACCI, L. y REPETTO, F. (2007). *Universalismo, Ciudadanía y Estado en la Política Social Latinoamericana*. Mimeo.

- ARRETCHE, M. (2003). Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, pp. 331-345.
- AZEVEDO MERCADANTE, O.; YUNES, J. e CHORNY, A. (1994). Descentralización y municipalización de los servicios de salud en São Paulo, Brasil. *Bol. Oficiaria Saint Panam*, v. 116, n. 5.
- BLANCO RESTREPO, J. e MEJÍA, M. (2006). Administración de servicios de salud. Corporación para Investigaciones Biológicas.
- BRUGUÉ, Q.; GOMÁ, R. e SUBIRATS, J. (2002). "Conclusiones". In: SUBIRATS, J. (coord.). *Territorio y Gobierno. Nuevas respuestas locales a los retos de la globalización*. Barcelona, Diputació de Barcelona.
- CHIARA, M. (2012). "¿Restricciones o incentivos? Revisando las tensiones del contexto desde una caracterización del Régimen de Implementación". In: CHIARA, M. (comp.). *La política sanitaria en clave local. Estudios de caso en el Gran Buenos Aires 2001/2007*. UNGS, Los Polvorines.
- CHIARA, M.; MORO, J.; DI VIRGILIO, M.; ARIOVICH, A. e JIMÉNEZ, C. (2011). "Lo local y lo regional: tensiones y desafíos para pensar la agenda de la política sanitaria en el conurbano bonaerense". In: CHIARA, M. e MORO, J. (comp.) *Salud en las metrópolis. Desafíos en el conurbano bonaerense*. Buenos Aires, Ed. Prometeo-UNGS.
- COMISIÓN SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD/OMS (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra.
- DANANI, C. (2009). Tiempos normales, tiempos de crisis: notas urgentes para el largo plazo. *Revista Escenarios*, n. 14.
- D'ÁVILA VIANA, A. L. e VIEIRA MACHADO, C. (2009). "Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, pp. 807-817.
- DEMATTEIS, G. (2002) "De las regiones-área a las regiones-red. Formas emergentes de gobernabilidad regional". En: SUBIRATS, J. (ed). *Territorio y Gobierno. Nuevas respuestas locales a los retos de la globalización*. Barcelona, Diputació de Barcelona.
- DEMATTEIS, G. e GOVERNA, F. (2005). Territorio y territorialidad en el desarrollo local. La contribución del Modelo SLOT. *Boletín de la A. G. E.*, n. 39.
- DOURADO, D. (2010). *Regionalização e federalismo santiário no Brasil*. Dissertação de mestrado. São Paulo, Universidade de Sao Paulo.
- DOURADO, D. e MANGEON ELIAS, P. (2011). Regionalização e dinâmica política do federalismo santiário brasileiro. *Revista Saúde Pública*, v. 45, n. 1, pp. 204-211.
- EQUIPO DE EQUIDAD EN SALUD DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2005). *Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para al acción*.
- FALLETI, T. (2007). Local and Universal: Institutional Changes in Health Care and Federalism in Brazil. Paper Prepared for the Conference EXPLAINING INSTITUTIONAL CHANGE: AMBIGUITY, AGENCY, AND POWER IN HISTORICAL INSTITUTIONALISM. Northwestern University, Evanston, IL, out 26-27.
- FLEURY, S. (2001). "¿Universal o dual? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia". In: MOLINA, C. e NUÑEZ DEL ARCO, J.(org). *Servicios de Salud en América Latina y Asia*. Washington DC, BID.

- FLEURY, S. (2009). Salud y democracia en Brasil. Valor público y Capital Institucional en el Sistema Único de Salud. *Salud Colectiva*. Buenos Aires, v. 3, n. 2, pp. 147-157.
- FORTI, S. (2009). *La APS como ordenadora del sistema de salud: ventajas y desventajas de una puerta preferencial*. Intercambio EUROSOCIAL Salud III.
- GOMES-DO-ESPÍRITO-SANTO, A. C. e NASCIMENTO-FERNANDO, V. (2008): "La experiencia brasileña en salud de la familia: avances, límites y desafíos". *MPA e-Journal Med Fam & At Prim Int*. v. 2, n. 2, pp. 119-28.
- GUDYNAS, E.; GUEVARA, R. e ROQUE, F. (2008). "Un nuevo contexto político". En: GUDYNAS, E.; GUEVARA, R. e ROQUE, F. (coords.). *Heterodoxos. Tensiones y posibilidades de las políticas sociales en los países progresistas de América del Sur*. Montevideo, CLAES (Centro Latinoamericano de Ecología Social).
- GUTIÉRREZ, G. (1991). Los sistemas locales de salud: una transición de la respuesta social organizada. *Salud Pública De México*, v. 33, n. 6, pp. 617-22.
- HARZHEIM, E. (2011a). "Apresentação". In: HARZHEIM, E. (coord.). Inovando o papel da atencao primária nas redes de atención a saúde. Resultado do laboratorio de Inovacao em quatro capitais brasileiras. *Navegadorsus. Serie Técnica Redes Integradas de Atencao à Saúde*. Brasília –DF.
- _____ (2011b). "Atencao primária à saúde e as redes integradas de atención à saúde". In: HARZHEIM E. (coordinador) Inovando o papel da atencao primária nas redes de atención a saúde. Resultado do laboratorio de Inovacao em quatro capitais brasileiras. *Navegadorsus. Serie Técnica Redes Integradas de Atencao à Saúde*. Brasília –DF. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv24n6/editorial.pdf>
- LAIONDE, M.(1981). *A New Perspective on the Health of Canadians. Minister of National Health and Welfare*. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- LLORCA, E.; AMOR, M.; MERINO, B.; MÁRQUEZ, F.; GÓMEZ, F. e RAMIREZ, R. (2010). Ciudades saludables: Una estrategia de referencia en las políticas locales de salud pública. *Gaceta Sanitaria Barcelona*. Espanha, v. 24, n. 6, pp. 435-436.
- MACEIRA, D.; APELLA, I. e BARBIERI, E. (2005). Necesidades de la demanda y subsidios de medicamentos: La experiencia del programa remediar en Argentina. *Nuevos Documentos Cedex*, n. 51/2008
- OMS (1974). *27ª Asamblea Mundial de la salud*, mayo.
- _____ (1978). *Declaración de Alma Ata*. Conferencia internacional sobre Atención primaria de salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre.
- _____ (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de la salud, más necesaria que nunca*.
- _____ (2011). *Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud*. Río de Janeiro, Brasil, 21 de outubro.
- OPS (2003). *Seminario-taller Internacional sobre Atención Primaria de Salud: a 25 años de Alma Ata*.
- _____ (2005). *Renovación de la Atención Primaria de la Salud en Las Américas*. Washington D.C.
- _____ (2007). *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington D.C.

- OPS (2008). *Primera Reunión del Foro Regional de Salud Urbana de la OPS. Hacia un marco conceptual de salud urbana y agenda para la acción en las Américas*. México DF.
- OPS/OMS (1991). *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, SILOS-10*. Resolución XV-XXXIII Consejo Directivo
- _____ (2005). *Municipios, ciudades y comunidades saludables. Recomendaciones para la evaluación dirigidas a los responsables de las políticas en las Américas*. Unidad de Entornos Saludables Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental.
- _____ (2006). *Hoja de Ruta para contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en los Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables*.
- _____ (2008). *Sistemas Integrados de Servicios de salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington D.C.
- _____ (2011a). *Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana*. 148 Sesión del Comité Ejecutivo, Washington, D. C.
- _____ (2011b). *Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde*.
- PAGANINI, J. (1999). "Los sistemas locales de salud: una estrategia para favorecer la cobertura y la equidad en salud". En: BENGUGUI, Y; LAND, S; PAGANINI, J.M. e YUNES, J. *Acciones de salud maternoinfantil a nivel local: según las metas de la Cumbre Mundial en favor de la infancia*. Washington DC, OPS.
- _____ (2008). "La gestión local, la descentralización y los Sistemas Locales de Salud". En: CHIARA, M.; DIVIRGILIO, M. e MIRAGLIA, M. (org.). *Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias*. Los Polvorines, UNGS.
- PAGANINI, J. e PRACILIO, H. (2000). *Los sistemas locales de salud: un camino hacia la equidad*. La Plata, MGF21. *Publicación INUS*, Facultad de Ciencias Médicas, UNLP.
- POTENZA DAL MASETTO, F. (2012). *La implementación del Plan Nacer en ámbitos subnacionales*. DOCUMENTO DE TRABAJO N°82 MARZO, CIPPEC, Programa de Protección Social, Área de Desarrollo Social.
- ROSSEN, M. (2006) "Un nuevo modelo para la gestión de recursos humanos en salud". Ponencia presentada en el XI CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. Ciudad de Guatemala, 7-10 de noviembre.
- ROZENBLAT, E. (2007). "Atención Primaria de la salud y gestión. Un enfoque de integración y acción". En: MACEIRA, D. (compilador). *Atención Primaria en Salud. Enfoques interdisciplinarios*. CEDES/PAIDOS.
- SCHILLIG MENDOZA, C. (2011): "Sistema Único de Saúde: um sistema de saúde orientado pela atencao primária". In: HARZEHIM E. (coord.). *Inovando o papel da atencao primária nas redes de atenção a saúde. Resultado do laboratorio de Inovacao em quatro capitais brasileiras. Navegadorsus. Serie Técnica Redes Integradas de Atencao à Saúde*. Brasília –DF.
- SOJO, A. (2011). Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. *Ciencia & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, pp. 2673-2685.
- SUÁREZ-BUSTAMANTE, M. A. (2010). "Los Modelos de Reforma de Salud Familiar en América Latina". *MPA e-Journal Med. Fam. & At. Prim. Int.* v. 4, n. 1, pp. 61-69.

- TOBAR, F. e ANIGSTEIN, C. (2008). *Hacia una nueva teoría de los Municipios y Comunidades Saludables*. Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud - Universidad ISALUD.
- TOBAR, F.; GÜRTLER, R.; YADÓN, Z. e MEDICI, A. (2006). "Introducción". En: YADÓN, Z.; GÜRTLER, R.; TOBAR, F. e MÉDICI, A. *Descentralización y gestión del control de las enfermedades transmisibles en América Latina*. Buenos Aires, OPS.
- VERGARA, R. (2000). Instituciones y políticas de gobierno: una mirada al caso de las políticas contra la pobreza en México. V CONGRESO CLAD, Sto. Domingo.
- _____ (2001). Instituciones y política social en México: una explicación de los procesos de cambio en la política social desde la perspectiva institucional. Ponencia presentada en el VI CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD. Buenos Aires.

Texto recebido em 14/set/2012
Texto aprovado em 20/nov/2012