

CUADERNO DE TRABAJO

Gestión territorial integrada para el sector salud



Magdalena Chiara
(compiladora)

Federico Tobar
Andrea Catenazzi
María Mercedes Di Virgilio
Javier Moro
Ana Ariovich
Magdalena Chiara



Universidad
Nacional de
General
Sarmiento

CUADERNO DE TRABAJO

**Gestión territorial
integrada para
el sector salud**

CUADERNO DE TRABAJO

**Gestión territorial
integrada para
el sector salud**

**Magdalena Chiara
(compiladora)**

Federico Tobar

Andrea Catenazzi

María Mercedes Di Virgilio

Javier Moro

Ana Ariovich

Magdalena Chiara



Universidad
Nacional de
General
Sarmiento

Gestión territorial integrada para el sector salud /

Magdalena Chiara ... [et.al.] ; compilado por Magdalena Chiara. - 1a ed. - Los Polvorines :
Universidad Nacional de General Sarmiento, 2015.

E-Book.

ISBN 978-987-630-198-5

1. Salud. 2. Gestion. 3. Política Social. I. Chiara, Magdalena II. Chiara, Magdalena,
comp.

CDD 320.6

Fecha de catalogación: 13/03/2015

© Universidad Nacional de General Sarmiento, 2015

J. M. Gutiérrez 1150, Los Polvorines (B1613GSX)

Prov. de Buenos Aires, Argentina

Tel.: (54 11) 4469-7578

ediciones@ungs.edu.ar

www.ungs.edu.ar/ediciones

Diseño gráfico: Daniel Vidable - Ediciones UNGS

Corrección: Gustavo Castaño

Fotografías cedidas por la Sociedad de Fomento del Video Alternativo - SOFOVIAL

Hecho el depósito que marca la Ley 11.723

Prohibida su reproducción total o parcial

Derechos reservados

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
PARTE I	
La política sanitaria	9
Módulo 1	
Salud y cuestión social	
<i>Federico Tobar</i>	11
Módulo 2	
Modelos de organización de los sistemas de salud	
<i>Federico Tobar</i>	23
PARTE II	
Salud y territorio	35
Módulo 3	
Para conceptualizar el territorio en salud	
<i>Andrea Catenazzi</i>	37
Módulo 4	
La dimensión territorial de la política sanitaria	
<i>María Mercedes Di Virgilio</i>	47
PARTE III	
Conceptualizando la gestión	63
Módulo 5	
Actores e involucrados en la gestión de la salud en el territorio	
<i>Javier Moro</i>	65
Módulo 6	
Aproximaciones a los planteamientos de los organismos de salud	
<i>María Mercedes Di Virgilio</i>	77
Módulo 7	
La dimensión institucional de la gestión	
<i>Javier Moro</i>	91

PARTE IV

Los desafíos de la gestión integral en salud103

Módulo 8

Las articulaciones intersectoriales desde la perspectiva de salud

Javier Moro105

Módulo 9

El abordaje integral de la atención. Una aproximación a la estrategia de la atención primaria de la salud (APS)

Ana Ariovich115

Módulo 10

La coordinación como camino hacia la integralidad. Conceptos y problemas de la práctica

Magdalena Chiara125

ESTUDIO DE CASO

La gestión del programa “Salud para la materno-infancia” (SAMI).

¿Cómo articular demandas sectoriales y condiciones territoriales?

María Mercedes Di Virgilio139

Los autores172

Presentación

Las desiguales condiciones de vida, los factores de riesgo ambiental, la movilidad, el acceso a los servicios y las relaciones entre servicios y establecimientos son algunos de los problemas que ponen en evidencia la relevancia de la dimensión territorial en la política sanitaria.

Estos problemas (que enfrentan cotidianamente los gestores) son abordados desde distintos campos disciplinares y de formación: las políticas públicas, la epidemiología, la geografía y el urbanismo son algunos de ellos. Sin pretender abordar en toda su complejidad la encrucijada entre salud y territorio, este cuaderno de trabajo busca aportar conceptos que ayuden a los responsables de los niveles intermedios de la gestión a echar luz sobre las relaciones de mutuo condicionamiento entre territorio y política sanitaria, con el propósito de ayudar a comprender las dinámicas particulares de la gestión del sector salud en el territorio y sus articulaciones con otras áreas de la política social en contextos institucionales complejos.

Este propósito orientó la selección y organización de los contenidos. Se trata de módulos breves que sistematizan aportes diversos de la literatura para iluminar y comprender los desafíos que enfrentan las políticas en los territorios: la convivencia de distintos modelos de políticas, la determinación de las características del territorio, la relevancia de los actores y el contexto institucional en el que estos interactúan, entre otros.

Los trabajos están organizados en cuatro partes. Una primera parte, a car-

go de Federico Tobar, precisa conceptos y problematiza distintos aspectos de la política sanitaria y los modos de organización de los sistemas de salud. La segunda parte, a cargo de Andrea Catenzzi y María Mercedes Di Virgilio, pone particular foco en la cuestión territorial mediante aportes del urbanismo, la sociología urbana y la geografía. La tercera parte se concentra en la gestión. Allí, María Mercedes Di Virgilio y Javier Moro sistematizan distintos conceptos y perspectivas para el análisis de la gestión. Por último, en la cuarta parte, Javier Moro, Ana Ariovich y Magdalena Chiara abordan los desafíos de la gestión integral en el territorio: intersectorialidad, integralidad y coordinación.

El cuaderno finaliza con un estudio de caso especialmente elaborado para poner en movimiento estos aportes. María Mercedes Di Virgilio construye un contexto de referencia en el que los conceptos de cada uno de los módulos en que se organiza este cuaderno cobran vida en el Municipio de Santa Catalina del Estado de San Ceferino, a propósito de la implementación del programa "Salud para la materno-infancia" (SAMI). Las fotografías son de la Sociedad de Fomento del Video Alternativo (SOFOVIAL), a quienes agradecemos su generoso aporte.

Magdalena Chiara

Grupo de Trabajo de Diseño
y Gestión de Políticas de Salud
Instituto del Conurbano - UNGS
www.ungs.edu.ar/gestionsalud

La Sociedad de Fomento del Video Alternativo es un colectivo de trabajo solidario que articula educación popular, comunicación y atención primaria de la salud a través del desarrollo de investigaciones, producciones y capacitación en todo el país desde 1989 (www.sofovial.blogspot.com.ar).

PARTE I

La política sanitaria



Fotografía cedida por SOFOVIAL (Sociedad de Fomento del Video Alternativo)

Módulo 1

Salud y cuestión social

Federico Tobar

La cuestión sanitaria en la agenda

Se denomina *cuestión sanitaria* al fenómeno por el cual la problemática salud-enfermedad gana notoriedad como para ser incorporada en la agenda de políticas públicas. La misma no ha adquirido una sola forma ni se ha mantenido estable en el tiempo.

Una particularidad del ámbito sanitario es que *situación de la salud y situación del sector salud* no son sinónimos. En otros términos, para delimitar dentro de la cuestión social la especificidad de la cuestión sanitaria es necesario distinguir al menos tres categorías diferentes que dan cuenta de la misma: la situación de salud de la población (en este caso situación epidemiológica), la situación de las políticas de salud y la situación del sistema de servicios. Esta distinción permite mantener clara

La cuestión sanitaria involucra tres dominios de problemas:

- *La salud de la población*
- *Las políticas de salud*
- *El sistema de servicios de salud*

la relación figura-fondo y contribuye a superar afirmaciones reduccionistas del tipo “el sector salud funciona mal porque el sistema presenta deficiencias”, o bien, en los países que ya han avanzado en la reforma, que se afirme que “el sistema funciona mal porque los indicadores de salud aún no han mejorado”.

La primera categoría del análisis sanitario es la situación de *salud de la población*. Esta constituye una dimensión de la calidad de vida y del desarrollo humano de los pueblos. La salud de la población puede ser medida a través de indicadores epidemiológicos. Cada indicador señala determinadas prioridades destacando ciertas situaciones y ocultando otras. Así, los indicadores epidemiológicos de primera generación, como la Tasa de Mortalidad Infantil y la Esperanza de Vida al Nacer, siempre señalan como prioridad el cuidado de la salud del segmento materno-infantil. Por otro lado, recurriendo a indicadores de segunda generación, como las Tasas Específicas de Mortalidad, se detecta el nivel de avance de una población en su evolución epidemiológica. Sin embargo, algunas enfermedades, como las patologías mentales, nunca son reflejadas entre las causas de muerte. De modo que se puede afirmar que utilizando de forma exclusiva para el análisis epidemiológico las tasas de mortalidad se ve solo la punta del iceberg. Por este motivo, los indicadores complejos de carga de enfermedad combinan información de mortalidad con información de morbilidad.

Las *políticas de salud*, segunda categoría del análisis sanitario, constituyen un capítulo de las políticas sociales, y pueden ser definidas como un esfuerzo sistemático para reducir los problemas de salud. Una política de salud implica la definición de la

salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Una distinción importante es que en la agenda de políticas públicas no solo se considera que un problema de salud es aquello que condiciona o determina la situación de salud o epidemiológica de la población, sino también a todo factor involucrado con la producción y manutención de la salud, en particular el sistema de salud.

El *sistema de servicios de salud*, la tercera categoría del análisis sanitario, engloba la totalidad de las acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud.

La política sanitaria como parte de la política social

Las políticas de salud constituyen un capítulo de las políticas sociales. Una política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Definir políticas de salud es decidir qué rol desempeña el Estado en salud. Las políticas de salud son de desarrollo reciente. En la mayoría de los países no se detectan verdaderas políticas de salud antes de los años 50. Evidencia de ello se obtiene cuando se examina el peso del gasto en salud dentro de los presupuestos públicos.

Una política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito.

Se pueden identificar cuatro funciones básicas del Estado en salud:

Informar: a consumidores, a productores de bienes y prestadores de servicios y a aseguradores o financiadores de salud. Se trata de proveer información para mejorar sus decisiones. Esto puede significar persuadir, pero no demanda la acción de nadie (no prohibir). Los gobiernos lo hacen cuando publicitan los riesgos para la salud del hábito de fumar, cuando incluyen educación para la salud o higiene básica en las escuelas públicas, cuando advierten sobre efectos colaterales o sustancias tóxicas, cuando informan al público las listas de espera que hay en los hospitales o los derechos de los asegurados. Estos son ejemplos de información dirigida a los consumidores, pero los gobiernos también informan a los proveedores de atención y de suministros de atención médica, y también a través de la investigación y difundiendo información sobre los patrones de enfermedad y los efectos y riesgos de los procedimientos médicos.

Regular: implica asumir que el mercado por sí solo no asigna bien los recursos para producir salud. De modo que a la “mano invisible” del mercado hace falta contraponer la “mano visible” del Estado corrigiendo sus fallas. Los gobiernos regulan: a) el ejercicio de las profesiones de salud definiendo qué condiciones y cuáles son las competencias y requisitos para las espe-

Funciones estatales en salud:

- *Informar*
- *Regular*
- *Financiar*
- *Proveer*

cialidades; b) la habilitación y categorización de los servicios; c) el registro y la circulación de los bienes, como medicamentos e insumos; y d) los requisitos de funcionamiento de los seguros. Las herramientas regulatorias son normas e incentivos que, en todos los casos, requieren de una efectiva fiscalización del funcionamiento del mercado.

Financiar: significa abonar la prestación de servicios, sin importar si son brindados en instalaciones públicas o no. La financiación involucra tanto el pago de prestaciones en seguro concreto con clientes y beneficios determinados como el sustento de la oferta de servicios para toda la población, a través del presupuesto público.

Proveer: significa suministrar servicios utilizando instalaciones de propiedad pública y personal asalariado de la administración pública. Esto es lo que sucede con los ministerios de salud en la mayor parte de los países pobres, al igual que varios organismos públicos en muchos países con diversos niveles de ingreso. Una vez que una sociedad ha decidido financiar los servicios de salud con fondos públicos, se presenta la disyuntiva de si proveerlos a través de las instalaciones públicas o pagar a productores privados para que los suministren. El modo adecuado de considerar esta alternativa es similar a la decisión entre “hacer o comprar”. Los problemas para el gobierno son los mismos que para una empresa privada, y giran sobre los costos—¿es más económico producir algo que comprarlo a un proveedor externo?— y sobre los riesgos y dificultades de hacer cumplir los contratos y evitar el fraude en el trato con dichos proveedores.

Durante las primeras fases del desarrollo de las políticas sanitarias, los gobiernos se preocupaban más por la información y la regulación. Era el apogeo de lo que se ha denominado el “modelo higienista” (Rosen, 1985). Luego, la tecnología médica fortaleció las respuestas asistenciales y se impuso un “modelo curativo”. Pero este ingresa en una crisis porque la extensión del sistema de servicios de salud resulta cada

vez más costosa y presenta rendimientos decrecientes. Esto da lugar a lo que se ha denominado “modelo reformista”.¹

Con la vigencia de este paradigma reformista donde la redefinición de las funciones del Estado y los procesos de descentralización se hacen imperativos, aparece una nueva prioridad: definir el rumbo hacia donde deben avanzar los sistemas de salud. Aparece, entonces, la noción de *rectoría*, que involucra una revisión de la función de regulación y requiere de mucha mayor responsabilidad por parte de los gobiernos centrales. La rectoría deriva de la creciente tendencia a la separación de las funciones de financiación y prestación de servicios, a la mayor autonomía de los servicios públicos, al desarrollo de los seguros competitivos así como de seguros públicos para cubrir a la población carenciada, y a la aparición de nuevas amenazas, como las epidemias propagadas con objetivos terroristas. Estos cambios exigen, entre otras cosas, una mayor capacidad de conducir, regular y llevar a cabo las funciones esenciales de salud pública correspondientes a la autoridad sanitaria.²

La noción de *rectoría* involucra una revisión de la función de regulación y requiere de mayor responsabilidad por parte de los gobiernos centrales.

El enfoque de los determinantes sociales en salud

La salud de la población depende de muchos factores, más que del desarrollo de los servicios de salud. Este es uno de los grandes aportes del enfoque de *determinantes sociales de la salud*. Su embrión se puede encontrar en un antiguo informe, encargado por el gobierno canadiense y comandado por el profesor Marc Lalonde en 1974, titulado “Una nueva perspectiva de la salud de los canadienses”, que identifica cuatro determinantes generales que influyen en la salud: la biología humana, el ambiente, las formas de vida y la organización del cuidado de la salud.

¹ Para mayor detalle de los modelos de políticas de salud ver Vasallo y Tobar (2011).

² La OMS definió once funciones esenciales del Estado en la salud: 1) Monitoreo y análisis de la situación de la salud; 2) Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos; 3) Promoción de la salud; 4) Participación social y empoderamiento de los ciudadanos; 5) Desarrollo de políticas, de planificación y de capacidad de gestión; 6) Reglamentación e implementación de la salud pública; 7) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud; 8) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; 9) Asegurar la calidad de los servicios de salud a individuos y a la población; 10) Investigación y desarrollo de innovaciones en salud pública; 11) Reducción del impacto de las emergencias y los desastres en salud.

El abordaje de determinantes constituyó un punto de inflexión en la concepción de las políticas de salud y el rol del Estado, y fijó la piedra angular sobre la cual se construyeron luego iniciativas como las de políticas y municipios saludables.

Pero abordar los determinantes de salud requiere necesariamente de un enfoque multisectorial.³ La respuesta adecuada a gran parte de los problemas de salud de la población requerirá de esfuerzos conjuntos, que además de los actores y autoridades de salud involucren, de forma progresiva, a otros actores y autoridades representativos de los demás sectores políticos, económicos, sociales y culturales. Promover la inclusión social y, en un sentido más amplio, concretar la cohesión social requiere garantizar respuestas que abarquen mucho más que el acceso a los servicios y cuidados de salud.

Treinta años más tarde, la Organización Mundial de la Salud institucionalizó este abordaje. En la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2004, el director general de la OMS, Lee Jong-wook, pidió que se estableciera la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, con el propósito de generar recomendaciones basadas en la evidencia disponible de intervenciones y políticas apoyadas en acciones sobre los determinantes sociales que mejoren la salud y disminuyan las inequidades sanitarias.⁴

Políticas saludables

Con la hegemonía del modelo reformista, la prioridad de las políticas de salud pasaron a ser los *sistemas y servicios* con sus ineficiencias, mucho más que la *promoción, prevención y combate de las enfermedades prevalentes*. La consecuencia epidemiológica de esta prioridad fue que, durante los últimos años, enfermedades que deberían haberse erradicado aumentaron, enfermedades ya erradicadas resurgieron, y a ello se sumaron nuevas enfermedades emergentes.

El paradigma que se conoce como *políticas saludables* alcanzó envergadura a partir del informe del Dr. Jake Epp, también en Canadá, en 1986. A partir de allí, comenzó la revisión crítica del discurso reformista y, a la vez, recuperaron protagonismo las políticas activas de salud.

A partir de la primera década del siglo XXI, varios países comienzan a impulsar la noción de políticas saludables, asumiendo objetivos sanitarios y encauzando el

³ Así lo proclamaron sesenta ministros de Salud, Ciencia y Tecnología, Educación y Agricultura en la declaración formada en Bamako (Mali) (The Lancet, 2008).

⁴ Se vuelve sobre este tema en el Módulo 6, donde María Mercedes Di Virgilio presenta un análisis del enfoque de los determinantes en el contexto general de los planteamientos de la OPS/OMS.

financiamiento. Esto significa comenzar a ver a las personas antes que a los sistemas, a los ciudadanos antes que a las burocracias y los aparatos de poder.

La revitalización de políticas saludables involucra su vinculación con tecnologías blandas, como la gestión por resultados. Las políticas de salud en promoción y prevención solo pueden ser consideradas políticas activas dentro de este nuevo paradigma, en tanto sean evaluadas, se acrediten sus efectores y se monitoreen los resultados alcanzados. Por ejemplo, aumentar la compra y distribución de profilácticos y anticonceptivos no es suficiente para incorporar políticas saludables o políticas de prevención activas en salud sexual y reproductiva. Para que así sea, hace falta medir el impacto logrado con la estrategia de intervención propuesta, identificar las lecciones aprendidas, así como detectar dónde y por qué funcionó mejor. Lo mismo ocurre con el tabaquismo o el combate al sedentarismo. La propuesta de las políticas saludables no se restringe a difundir *spots* publicitarios, requiere una evaluación permanente y progresiva de desempeño y asignar los recursos en función de ello.

La propuesta de municipios saludables

A mediados de los años 80 nace en Europa el Movimiento de Ciudades Saludables, como una iniciativa para aplicar la promoción de la salud a los problemas y entornos locales, y por lo tanto, operacionalizar la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. En América Latina varios países impulsaron esta estrategia, que asumió el nombre de Municipios y Comunidades Saludables (MCS), y se adaptó a los procesos de descentralización que tuvieron lugar durante los años 80.

Constituir a un municipio en saludable es concebir al espacio local como la unidad territorial y el conjunto poblacional de referencia para el diseño de acciones de promoción y prevención en salud. Pero para convertirse en saludable no alcanza con que un municipio despliegue acciones de promoción. Debe cumplir con tres condiciones esenciales (Tobar y Anigstein, 2008):

- a. **Posicionar a la promoción de la salud en un lugar destacado dentro de la agenda de desarrollo local.** Lo más importante que deben hacer los municipios en salud es *promoción*. La asistencia médica debe ser una función secundaria. La iniciativa de municipios saludables debe operar sobre los determinantes y condicionantes de la salud. Por lo tanto, es necesario que despliegue acciones desde los servicios de salud. Pero en los casos en que lo haga, estas deben apuntar a la transformación del modelo de atención.

b. Establecer alianzas y pactos que promuevan un cambio viable y sostenible hacia condiciones de vida saludables. Aunque el *fin* es la salud, el *camino* es la política. La iniciativa no se restringe a la salud, ni mucho menos a sus aspectos más estrictamente técnicos. Instauro una lógica de transformación que además de sanitaria y ambiental es social, política e incluso productiva. Para ello, el primer requisito es concretar la voluntad política de los tomadores de decisión y abrir espacios y dinámicas que permitan construir la viabilidad de la iniciativa sumando adhesiones. Los municipios saludables crecen sumando actores y voluntades en un “pacto por la salud”. Instauro así una lógica de un compromiso creciente por conquistar respuestas en salud a la población. Se trata de un pacto social que se hace sostenible en la medida en que su transgresión pueda ocasionar costos políticos para los actores involucrados.

c. Incorporar lógicas de acción participativas. La identidad de los municipios saludables tiene más que ver con *cómo se hacen las cosas* que con *qué cosas se hacen*. Y en ese *cómo* se destaca el eje en la conducción local y su afinidad con el despliegue de la gestión territorial (que será abordada a continuación), la incorporación de la participación ciudadana en salud y un necesario avance hacia un enfoque multisectorial.

Programas verticales versus abordajes horizontales

Programas verticales es la designación que refiere a la provisión de cuidados de salud a través de programas mayormente independientes. Estos programas son diseñados para atacar una enfermedad o condición particular con claros objetivos, dentro de un marco temporal acotado, haciendo uso de tecnologías específicas.

Los *abordajes horizontales*, también denominados *integrales*, constituyen una modalidad de provisión de intervenciones de salud a través de la infraestructura regular de los servicios de salud. El ejemplo más importante de aproximación horizontal es la atención primaria de la salud (APS), concepto consolidado luego de la declaración de Alma-Ata en 1978, que enfatiza la importancia de servicios integrados (especialmente, los curativos y preventivos).⁵ Estas aproximaciones consideran las mejoras en la salud como parte de procesos de largo plazo en una perspectiva de desarrollo que involucra la participación de otros sectores, como educación, agua y saneamiento.

⁵ En el Módulo 9, Ana Ariovich desarrolla de manera sistemática las dimensiones del desempeño recuperando distintos aportes de la literatura.

En los últimos años y revitalizando el abordaje horizontal, viene adquiriendo peso la noción de *gestión territorial*, que propone el despliegue de respuestas múltiples y combinadas en una determinada localidad o territorio. La gestión territorial en salud requiere satisfacer cuatro condiciones básicas: promover un abordaje poblacional, privilegiar un abordaje horizontal y descentralizado, avanzar hacia un abordaje integral y, por último, promover la regulación de la oferta (Tobar, 2010).



Bibliografía

- Musgrove, P. (1996) "Public and Private Roles in Health". En *World Bank Discussion Papers*, N.º 339. World Bank. Agosto.
- Rosen, G. (1985) *De la policía médica a la medicina social*. México D. F., Siglo XXI editores.
- The Lancet (2008) "The Bamako Call to Action. Research for Health". En *The Lancet*, Vol. 372, Issue 9653, página 1.855, Noviembre.
- Tobar, F. (2000) "Herramientas para el análisis del sector salud". En *Medicina y sociedad*. Vol. 23, N.º 2. Septiembre. Páginas 234-246.
- Tobar, F. (2002) "Políticas de salud. Modalidades y tendencias". En Garay, O. E., *Responsabilidad profesional de los médicos*. Editorial la Ley. Buenos Aires, 2002. Páginas 1315-1338.
- Tobar, F. y Anigstein, C. (2008) *Hacia una nueva teoría de los municipios y comunidades saludables*. Organización Panamericana de la Salud - Universidad Isalud, Buenos Aires. 2008.
- Tobar, F. (2010) "Gestión territorial en salud". En Chiara, M. y Moro, J. (comp.) *Pensando la agenda de la política sanitaria en la Región Metropolitana de Buenos Aires: capacidades, problemas y desafíos*. UNGS - Instituto del Conurbano.
- Vassalo, C. y Tobar, F. (2011) "Perspectivas de los sistemas de salud en América Latina". En *Ateneo de economía de la salud*, Año IV, N.º 4. Julio.



Fotografía cedida por SOFOVIAL (Sociedad de Fomento del Video Alternativo)

Módulo 2

Modelos de organización de los sistemas de salud

Federico Tobar

El sistema de salud y sus componentes

Siguiendo a Frenk, el *sistema de salud* puede ser definido como una respuesta social organizada para los *problemas de salud* (Frenk, 1997: 361-382). Esta definición pone en evidencia la conexión de este concepto tanto con los *problemas* como con las *políticas de salud*, al mismo tiempo que de él se desprende que puede existir una respuesta social a los problemas de salud de la población que no involucre al Estado. El término *sistema de salud* hace alusión a un conjunto de actores y acciones más comprensivo que aquel que involucra a la atención médica.

En sentido estricto, el sistema de salud incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud.

El sistema de salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud.

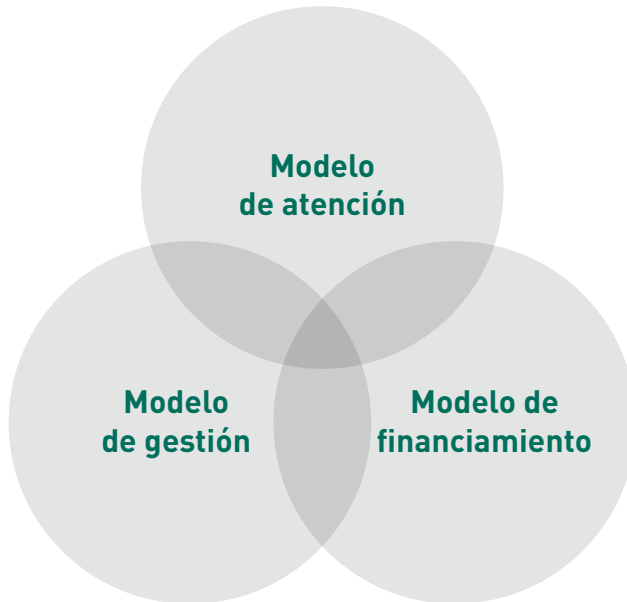
En los estudios centrados en sistemas de salud se han identificado diferentes componentes. Por ejemplo, cuando se privilegia una óptica socio-política se destacan componentes jurídicos, organizativos, grupos de interés, etc. El presente módulo se propone presentar herramientas para entender y analizar el diseño que adquieren las reformas de los sistemas de salud en los albores del siglo XXI. Por este motivo, se presenta a continuación un dispositivo propio elaborado para la identificación de los componentes de los sistemas de salud cuyo uso se ha extendido en América Latina.⁶

Todo sistema de salud puede ser pensado como la articulación de tres componentes (Tobar, 2000): político, económico y técnico.

Cada uno de ellos involucra un conjunto de definiciones particulares a cuestiones específicas. Existen también problemas comunes a estos componentes. De esta manera se puede pensar a los sistemas de salud como el conjunto de combinaciones que admite la intersección de tres conjuntos: a) el político, al que llamaremos aquí *modelo de gestión*; b) el económico, al que llamaremos aquí *modelo de financiación*; y c) el técnico, al que llamaremos aquí *modelo de atención* o *modelo asistencial*. El Gráfico 2.1 esquematiza los componentes de todo sistema de salud:

⁶ En Argentina fue propuesto en González García y Tobar (2004) y luego incorporado en el Plan Federal de Salud 2004-2008. También en la Ley de Salud de la Provincia de Misiones (Ley de Salud, Rama XVII, N.º 58) de 2007. En Uruguay, Ley 18.211 de 2007, que establece el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Figura 2.1: Componentes de un sistema de salud



Fuente: Tobar (2000: 235).

Modelo de gestión

La problemática del modelo de gestión consiste en la definición de las prioridades del sistema, en cuáles son las decisiones que deben ser tomadas desde la conducción. En el análisis del modelo de gestión de los sistemas de salud se pueden distinguir dos cuestiones centrales:

- a. Los valores que guían el sistema.** Cada sistema de salud privilegia determinados aspectos sobre otros; por ejemplo, mientras unos se preocupan más por la universalidad de la cobertura, otros privilegian la efectividad de las acciones (su impacto sobre la calidad de vida de los ciudadanos).
- b. Las funciones del Estado en salud.** Cada sistema de salud involucra determinadas formas de participación del Estado en la resolución de los problemas de salud de la población. Esta participación puede variar en cantidad y calidad. De hecho, no es totalmente imposible pensar en un sistema de salud en el cual el Estado no asuma funciones de provisión ni de financiación, aunque sería ineludible la función de regulación. Desde esta óptica, la dimensión política del sistema de salud consistiría en definir qué tipo de

informaciones deben ser suministradas a la población, qué servicios debe proveer directamente el Estado, cuáles y cómo debe comprar el Estado al sector privado y, por último, cómo se debe regular a las empresas de salud.

En síntesis, desde la perspectiva del modelo de gestión del sistema es importante detectar cuáles son los *principios y valores que guían el sistema*, cuáles son las principales *decisiones relacionadas con la conducción del sistema*, *quién las toma y cómo se toman*.

Modelo de financiación

La problemática del modelo de financiación involucra un conjunto de cuestiones tales como: ¿cuánto se debe gastar en salud?, ¿de dónde deben provenir los recursos?, ¿cómo asignar los recursos?

- a. **Acerca de la magnitud del gasto.** Esta ha sido una de las mayores preocupaciones de la economía de la salud y ha motivado un amplio conjunto de estudios. Aunque ninguno de ellos puede considerarse conclusivo, los mismos han permitido identificar una serie de variables a ser consideradas para buscar respuestas. Esas variables están relacionadas con los niveles de salud de la población, los modelos de sistemas de salud y el tamaño de la economía.
- b. **Acerca del origen de los recursos.** Los cambios en la economía y, en especial, en las bases tributarias de los países llevan a la redefinición permanente de las fuentes de recursos para financiar las acciones de salud. Hasta hace unos pocos años, la tendencia más acentuada en la definición de cuáles deberían ser las fuentes de financiación de los sistemas de salud de los países consistía en la incorporación de contribuciones sociales basadas en el trabajo. En otros términos, la mayoría de los países expandió y consolidó sus sistemas de salud sobre la base de un impuesto al trabajo. Hoy la tendencia es hacia el abandono de esa vinculación de la financiación de la salud con el trabajo y su reemplazo por otras fuentes contracíclicas.
- c. **Acerca de los modos de asignación.** La problemática de la asignación de los recursos es también muy amplia y particular en cada país. La misma puede definirse a través de las siguientes cuestiones relacionadas: ¿cómo transferir recursos desde los niveles centrales a los locales de los sistemas?, ¿qué instrumentos o modelos de pago emplear para la compra de servicios?

El modelo tradicional de provisión de servicios se desarrolló sobre la *integración vertical*, donde el mismo financiador es propietario de los establecimientos y los profesionales de la salud trabajan como asalariados. Esto ha sido denominado “financiamiento de la oferta”, y la forma de asignación de los recursos ha tendido a guiarse por presupuestos retrospectivos (para elaborar el presupuesto cada año se parte del presupuesto del año anterior).

A medida que en el mundo avanzó la conformación de mercados de servicios de salud se impulsó el “financiamiento de la demanda”. Un modelo de asignación por el cual cada prestador percibe recursos en función de las prestaciones que brinda a los usuarios. “El dinero sigue al usuario”, es la consigna que orienta a este modelo cuya difusión se centra en la crítica a las ineficiencias que alimenta la financiación de la oferta, porque en ella faltarían incentivos para producir más y mejores servicios.

Un tercer modelo, vinculado a la gestión por resultados, propone el empleo de “compromisos de gestión”, donde la asignación de recursos a los servicios se basa en el cumplimiento de metas asistenciales, como el cumplimiento de los controles gestacionales o controles y reducción del riesgo cardiovascular en población hipertensa y/o diabética. En este caso, la asignación no es histórica (como en la financiación de la oferta) ni constituye un mercado de prestaciones (como en la financiación de la demanda), sino que se orienta a la generación de un impacto sanitario a partir de un modelo de atención definido.

Modelo de atención

A diferencia de las dos anteriores, la problemática de los modelos de atención es estrictamente médico-sanitaria. En otros términos, se trata de la dimensión técnica más específica del sector: los criterios que establecen cómo se organiza y se divide el trabajo médico. Las cuestiones que involucra son aquellas vinculadas con:

- **Qué cubrir:** ¿qué tipo de acciones, prestaciones o servicios se deben brindar a la población?
- **A quién cubrir:** ¿cuáles son los criterios de elegibilidad⁷ o inclusión al sistema?
- **Cómo prestar:** ¿qué prestadores?, ¿con cuáles criterios o padrones?

⁷ Aun tratándose de un neologismo, el concepto de “elegibilidad” es muy utilizado en el diseño de reformas y políticas de salud. El concepto se corresponde con el de cobertura poblacional de las acciones. Frenk (1997) desarrolla una tipología de sistemas de salud considerando a la variable elegibilidad como criterio de clasificación.

- **Dónde prestar:** ¿en qué lugares y de qué manera se debe distribuir la oferta?
¿Qué criterios de referencia y contrarreferencia adoptar?

Tipos ideales de sistemas de salud

El concepto de “tipo ideal” se utiliza para modelizar situaciones sociales complejas, por lo tanto es muy útil para describir y analizar los modernos sistemas de salud. El tipo ideal implica una simplificación de la realidad, de modo que en la práctica puede no existir ningún caso concreto que se corresponda con él. Para comprender su aplicación puede pensarse, por ejemplo, en cómo se describe una forma geométrica irregular a alguien que no puede verla. Por lo general, se tiende a describir la imagen real como una forma regular, una esfera, una elipse, un rectángulo, etc.

Tipos ideales de sistemas de salud:

- *Modelo universalista*
- *Modelo del seguro social*
- *Modelo de seguros privados*
- *Modelo asistencialista*

Lo mismo sucede con los sistemas de salud: los modelos describen situaciones ideales a las cuales cada caso concreto se aproxima más o menos. Una vez definido el tipo ideal, el análisis de

los sistemas consiste básicamente en identificar en dónde y en cuánto el caso en estudio se aleja de este. Ningún país tiene un modelo puro, único, pero en algunos se observa una gran hegemonía de una forma de organización y financiación de salud que caracteriza al modelo. Cuando no existe una hegemonía neta, la identificación de los modelos es más difícil.

Modelo universalista

Este modelo se caracteriza por tener financiación pública con recursos procedentes de impuestos y acceso universal a los servicios, que son suministrados por proveedores públicos. Los trabajadores profesionales y no profesionales dependen del Estado, que tiene una gran responsabilidad en la conducción y gestión del sistema. Con frecuencia, en su financiación existen otras fuentes además de los impuestos, como el pago directo de los usuarios y otros aportes, y lo mismo sucede en su organización y gestión, que está tomando formas más participativas y comunitarias. No obstante, siguen siendo básicamente estatales en su financiación, organización y gestión. En comparación con los otros, este modelo privilegia la función del Estado como proveedor.

Modelo del seguro social

El concepto de seguro social implica un seguro del cual los participantes no se pueden sustraer, es decir, donde la participación es compulsiva. Este modelo destaca las características básicas del sistema desarrollado en Alemania, y se caracteriza por un menor protagonismo estatal, una gestión mucho más descentralizada y una organización basada más en la regulación que en la planificación. La financiación es por aportes y contribuciones de los empresarios y de los trabajadores. Estos aportes son por lo general obligatorios y los administran los propios interesados. La gestión de los recursos y la organización de los servicios la efectúan entidades intermedias no gubernamentales que contratan servicios con proveedores privados o públicos. Por definición, solo cubren a los aportantes y su grupo familiar, aunque en los últimos años han tendido a universalizar su cobertura. Todas las obras sociales de la Argentina son exponentes de este modelo.

En comparación con los otros modelos, este privilegia la función del Estado como financiador y regulador.

Modelo de seguros privados

En este modelo hay ausencia del sector público tanto en las funciones de financiador como de prestador. Tiene una organización típicamente fragmentada, descentralizada y con escasa regulación pública, aunque esta tendencia se está revirtiendo. La situación real más aproximada a este modelo es la de los Estados Unidos, donde hay más de 1.500 seguros privados, lo que revela la característica organizacional de la fragmentación.

En comparación con los otros modelos, este limita la acción del Estado a una escasa regulación (González García y Tobar, 1997).

Modelo asistencialista

La concepción liberal clásica plantea a la salud como una cuestión individual. A partir de ella no corresponde al Estado asumir funciones relativas ni a la prestación, ni al financiamiento ni a la regulación sectorial. De forma inversa que en el modelo universalista, desde esta óptica la salud no es un derecho del pueblo sino una obligación de los ciudadanos.

El denominado “Estado mínimo” solo se ocuparía de brindar asistencia a aquellas personas incapaces de asumir la responsabilidad individual de cuidar de su salud. Las acciones estarían, entonces, totalmente focalizadas hacia los grupos más vulnerables y carenciados. A su vez, por definición, las acciones de salud serían limitadas en su variedad y cantidad, puesto que, de lo contrario, el simple acto de su provisión por parte del Estado podría constituir un incentivo para que las personas no se hicieran responsables de su propia salud.

Tabla 2.1: Evaluación de los tipos ideales de sistemas de salud

Modelo	Universalista	Seguro social	Seguro privado	Asistencialista
Equidad	Muy alta	Alta	Baja	Alta
Calidad	Variable	Variable	Variable	No evaluada
Universalidad	Máxima	Muy amplia	Restringida	Focalizada
Aumento de la vida saludable	Muy alta	Alta	Media	Media

Fuente: González García y Tobar, 1997.

Tabla 2.2: Fuentes de financiación en los tipos ideales de sistemas de salud

Sector de la población	Universalista	Seguro social	Seguro privado	Asistencialista
Carenciados y desempleados	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Sin recursos definidos	Sin recursos definidos	Recursos fiscales y donaciones
Trabajadores en el sector formal y sectores de ingresos medios	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Contribuciones sociales basadas en los salarios	Pago directo por las primas	Pago directo por los servicios
Sectores de ingresos altos	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Pago directo por los servicios	Pago directo por las primas	Pago directo por los servicios

Fuente: González García y Tobar, 1997.

Bibliografía

- Buss, P. y Labra, M. E. (org.) (1995) *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças*. São Paulo - Rio de Janeiro. Editora Hucitec - Editora Fiocruz.
- Elola, J.; Daponte, A. y Navarro, V. (1995) "Health Indicator and the Organization of Health Care Systems in Western Europe". En *American Journal of Public Health*, Vol. 85, N.º 10, páginas 1397-1401. Octubre.
- Frenk, J. (1997) "Las dimensiones de la reforma del sistema de salud", En Ruiz Durán, C., *Los sistemas de seguridad social en el siglo XXI*. México D. F., Editorial Diana - Fundación Luis Donaldo Colosio A. C., páginas 361-382.
- González García, G. y Tobar, F. (1997) *Más salud por el mismo dinero*. Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano - Ediciones Isalud.
- González García, G. y Tobar, F. (2004) *Salud para los Argentinos*, Buenos Aires, Ediciones Isalud.
- Homedes, N. y Ugalde, A. (2002) "¿Qué ha fallado en las reformas de salud de América Latina?". VII Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la administración pública. Lisboa, Portugal, 8-11. Octubre.
- Médici, A. C. (1994) *Economia e financiamento do Setor Saúde no Brasil*. Sao Paulo. USP.
- Médici, A. C. (1997) *A Economia Política das Reformas em Saúde*. Porto Alegre. IAGCS. Octubre.
- Musgrove, P. (1996) "Public and Private Roles in Health". En *World Bank Discussion Papers*, N.º 339. World Bank. Agosto.
- Roemer, M. (1980) *Perspectiva mundial de los sistemas de salud*. México D. F., Siglo XXI editores.
- Tobar, F. (2000) "Herramientas para el análisis del sector salud". *Medicina y sociedad*. Vol. 23, N.º 2. Septiembre. Páginas 234-246.
- Tobar, F. (2010) *¿Qué aprendimos de las reformas de salud?* Buenos Aires, Fundación Sanatorio Güemes.

Parte II

Salud y territorio





Fotografía cedida por SOFOVIAL (Sociedad de Fomento del Video Alternativo)

Módulo 3

Para conceptualizar el territorio en salud

Andrea Catenazzi

Presentación de la problemática

Los procesos de descentralización y, en consecuencia, lo local en las políticas de salud han colocado al territorio bajo la mirada atenta de decisores políticos y técnicos. La relación entre política de salud y territorio ha sido cambiante durante las últimas décadas, aunque ha mantenido el interés por captar con diferentes énfasis la complejidad de las condiciones de vida de la población, tal como se dan en la “realidad”.

Hacia fines de los años ochenta, cuando la lucha contra la pobreza era un objetivo priorizado en Latinoamérica, el territorio fue interpelado para superarla mediante la herramienta de la focalización territorial, y al mismo tiempo la noción de competitividad de los territorios parecía mostrar las ventajas de algunas ciudades (o de recortar parte de ellas) para integrar un nuevo orden global. En los últimos años, las sucesivas crisis económicas y políticas mostraron los límites de este modo de hacer política, y el debate sobre políticas públicas comenzó a recuperar otros principios, como la universalidad,

La integralidad como estrategia resume la preocupación de los gobiernos en dos sentidos:

- *Cuestiona las limitaciones de las políticas sectoriales y focalizadas.*
- *Pone en valor la singularidad de los problemas y las soluciones en el territorio.*

junto con una perspectiva basada en los derechos de los ciudadanos, y en este nuevo contexto el territorio es requerido para alcanzar la integralidad. La estrategia de la integralidad resume la preocupación de los gobiernos en un doble sentido. Por un lado, cuestiona las limitaciones de las políticas sectoriales y focalizadas; y por otro lado, pone en valor la singularidad de los problemas y las soluciones en el territorio. Para desarrollar estas cuestiones se plantean tres ejes de discusión:

- a. El giro hacia la territorialización de las políticas públicas.
- b. La fragmentación urbana y los procesos de urbanización.
- c. La gestión de la proximidad.

El giro hacia la territorialización de las políticas públicas

La complejidad de las demandas sociales en el territorio interpela al modelo clásico de políticas públicas, que combina políticas sectoriales con focalización de la pobreza y abre interrogantes sobre cómo hacerlo, entre quiénes y en qué momento del proceso de toma de decisiones.

Actualmente, la incorporación del territorio en el diseño de las políticas públicas es una estrategia impulsada tanto por las políticas nacionales (los “acuerdos territoriales” del Plan Integral de Empleo Más y Mejor Trabajo del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; el “abordaje territorial” de los Centros de Integración Comunitaria del Ministerio de Desarrollo Social) como por algunos municipios, en especial aquellos que han sostenido y profundizado sus procesos de descentralización (Rosario, Morón, Quilmes, entre otros).

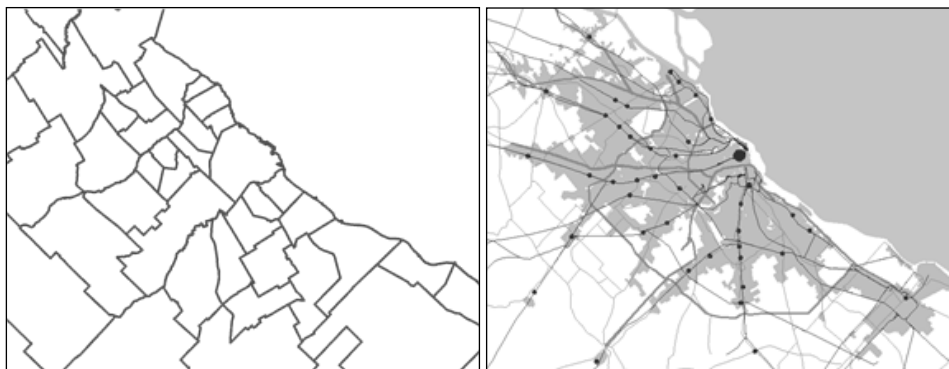
¿Qué revela la cuestión territorial a las políticas públicas? En principio, la emergencia de dinámicas territoriales con problemas y actores que no son captadas por las políticas centralizadas de carácter sectorial. En ese sentido, la incorporación del territorio tiene un objetivo relativamente modesto: integrar mejor las dinámicas territoriales en el análisis y el diseño de las políticas públicas, en diálogo con valores de universalidad y ciudadanía. Esto no implica que toda política pública debe dejar de lado sus componentes sectoriales, pero supone un cambio tanto en los aspectos sustantivos (ideas y contenidos) como en los procedimentales (operativos y decisionales).

Los aspectos sustantivos remiten a la construcción del problema y al diseño de las soluciones en un doble sentido. Por un lado y a modo de ejemplo, la ciudad se hace presente mediante procesos de fragmentación urbana que agregan conflictividad a las demandas sociales; y por otro lado, la implementación de las políticas públicas sectoriales construye y condiciona el desarrollo de nuestras ciudades en un país donde la población urbana supera el 90%.

Los aspectos procedimentales remiten no solo a la clásica preocupación por la coordinación vertical y horizontal de la administración pública nacional, provincial y municipal, sino que pone en valor la trama del poder territorial y, por lo tanto, la conveniencia de pensar otras escalas de análisis e intervención no solo a partir de delimitaciones político-jurisdiccionales, sino también considerando la existencia de algunos territorios (las cuencas hidrográficas, las áreas metropolitanas, los asentamientos informales) que no reconocen esos límites pero que por su conflictividad se transforman en “territorios pertinentes” de políticas públicas.

De este modo, para desarrollar la dimensión territorial de una estrategia orientada hacia la integralidad de las políticas públicas se plantea la pertinencia de analizar las dinámicas urbanas y el entramado de actores según sus diferentes lógicas territoriales. En este marco, la construcción de las escalas permite capturar cómo el proceso de toma de decisiones en torno a determinada cuestión/intervención se traduce entre las diferentes escalas, consideradas no como dato sino como un proceso activo.

Mapa 3.1: Región Metropolitana de Buenos Aires. Límites jurisdiccionales y urbanización



Fuente: elaboración propia según CNPV, 2001.

Fragmentación urbana y procesos de urbanización

Los procesos de mercantilización que caracterizaron a la urbanización de la Argentina durante los años noventa agudizaron la fragmentación urbana existente como resultado de la combinación perversa de dos fenómenos: mientras se ampliaba la brecha de la desigualdad de ingresos, se profundizaban las formas mercantilizadas de acceso a las condiciones mínimas de habitabilidad. La organización urbana, en la línea de lo que diversos autores denominan “ciudad multifragmentada”, mostró a sectores altos y bajos en espacios geográficos cada vez más acotados con una mayor

Los procesos de fragmentación son resultado de la profundización de mecanismos de cualificación y diferenciación que han impactado en el conjunto de las políticas públicas.

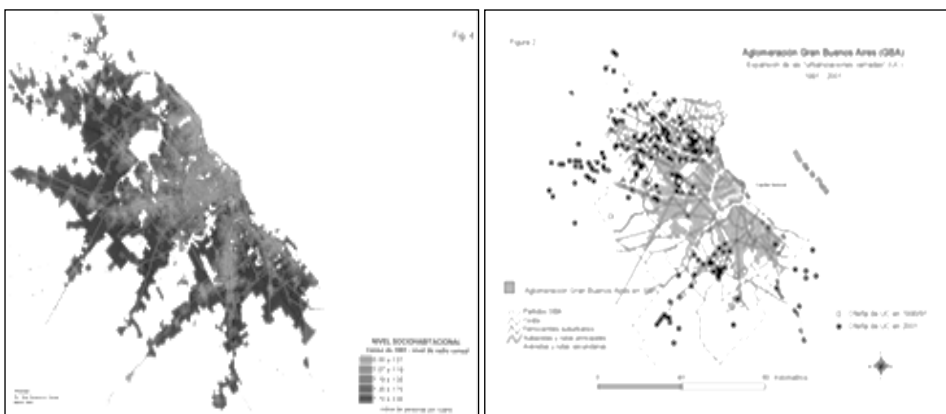
visibilidad de las fronteras (desde la proliferación de las urbanizaciones cerradas hasta el cierre de barrios abiertos). La resultante yuxtaposición de modos de vida no solo reforzó la fragmentación urbana sino que alimentó la conflictividad por el uso del mismo territorio.

Ahora bien, estos procesos de fragmentación urbana no configuran una situación excepcional ni reciente. Por el contrario, la urbanización latinoamericana no puede comprenderse sin especificar los procesos de segregación socioespacial. La incapacidad de producir servicios sociales (salud, educación, esparcimiento) e infraestructura urbana (redes de agua y cloaca, electricidad, gas) con cobertura y acceso universales es uno de los elementos estructurales del desarrollo urbano latinoamericano. Las diferencias entre “la ciudad legal y la ciudad ilegal” –título de una publicación referente realizada por Hardoy y Satterthwaite a mediados de los años ochenta– no son nuevas, sino que

han existido en estrecha relación desde su fundación. Hardoy y Satterthwaite (1987) planteaban el desafío de planificar ciudades para quienes pueden pagar muy poco o nada por sus viviendas y por los servicios que utilizan, aunque paradójicamente sean esas mismas personas los principales constructores de gran parte de las ciudades.

Estos procesos de fragmentación son resultado de la profundización de diferentes mecanismos de cualificación y diferenciación (Lombardo *et ál.*, 2003) que han impactado en el conjunto de las políticas públicas. Los mecanismos de cualificación del territorio se refieren a la extensión de la infraestructura urbana, a la movilidad y al transporte, pero también a la calidad del espacio público, a la localización de la vivienda y a los equipamientos colectivos (centros de salud, escuelas), en cuanto componentes urbanos de la ciudad. Ese proceso de cualificación es producto de inversiones públicas y privadas que se articulan en movimientos de valor en el territorio, es decir, en una geografía de precios con consecuencias en la localización de la población y en la apropiación diferencial de los beneficios generados por estos movimientos. A modo de ejemplo, la pavimentación de una calle o la extensión de las redes de desagüe cloacal tienen consecuencias directas en el precio del suelo y, por consiguiente, desplazan a la población sin recursos hacia zonas de baja calidad ambiental, cerca de arroyos y ríos contaminados, en viejas cavas o en tierras siempre alejadas de las áreas de centralidad. En un contexto de débil regulación estatal de la distribución de los beneficios de la urbanización, la ciudad no es solo el escenario sino el agente de reproducción de la desigualdad.

Mapa 3.2: Región Metropolitana de Buenos Aires. Procesos de diferenciación socioespacial



Fuente: Torres (2001: 24).

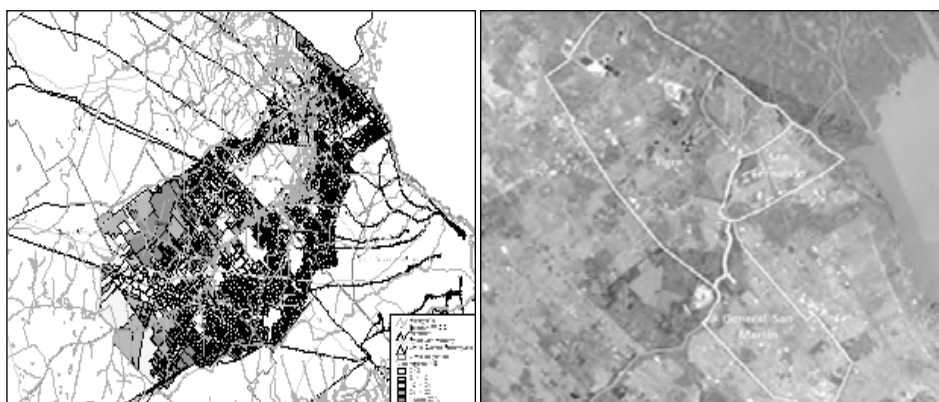
Fuente: Torres (2002: 43).

La gestión de la proximidad

El propósito de repensar las políticas públicas a partir de un abordaje integral desde el territorio interpela a quienes trabajan en estos temas y obliga a explicitar cuáles son los valores asociados al territorio que actualmente legitiman el debate y la práctica de la gestión urbana y ambiental, al mismo tiempo que invita a explorar una lectura alternativa y relacional del territorio.

Al inicio del trabajo, algunos ejemplos mostraban una tendencia hacia la territorialización de las políticas públicas como un modo de poner en cuestión la combinación de políticas sectoriales y focalizadas. En ese sentido, la referencia a los procesos de fragmentación urbana tuvo la intención de ampliar la lectura de los conflictos y los procesos a considerar al momento de tomar decisiones de política pública en contextos urbanos. Sin embargo, es la misma noción de territorio la que requiere ser revisada, en particular la configuración que adoptan los procesos de construcción social del territorio. Estos pueden configurar un área continua (métrica-topográfica) o una red (métrica-topológica). Esta distinción tiene implicancias en los modos de hacer política pública. Para quienes defienden una relación muy fuerte entre territorio y apropiación, el territorio es una entidad única, definida y delimitada por el control ejercido sobre el espacio. Por el contrario, si la configuración espacial adoptada depende de los recursos movilizados y de diferentes modalidades de control (material y simbólico), el territorio puede ser tanto un área contigua como con flujos o reticular. El territorio-área es exhaustividad; el territorio-red, por el contrario, selecciona los puntos que conecta.

Mapa 3.3: La cuenca del río Reconquista. Recurso hídrico y delimitación de tres municipios pertenecientes a la cuenca baja



Fuente: Laboratorio SIG, ICO-UNGS, según CNPV, 2001.

Fuente: elaboración propia sobre imagen de *Google Earth*, 2005.

La cuenca del río Reconquista, por ejemplo, conecta una serie de problemas y actores (contaminación ambiental, inundaciones) relacionados con el funcionamiento del recurso hídrico (aguas arriba, aguas abajo) que difícilmente puedan ser gestionados desde una visión solo ligada a los límites jurisdiccionales.

La gestión de la proximidad se inscribe en este debate sobre abordajes integrales y pretende contribuir a una lectura relacional del territorio, muy diferente a una mirada que restringe el territorio a la pobreza localizada. La gestión de la proximidad supone interpretar las demandas sociales territorializadas en el marco de relaciones de proximidad y conectividad geográfica (territorio-área/territorio-red), al mismo tiempo que incorpora los retos de la proximidad organizacional (relaciones intergubernamentales existentes/nuevas institucionalidades de “territorios pertinentes”).

Proximidad geográfica	Alude a la gestión de la distancia que supone considerar tanto la distancia material como la simbólica, y las formas de gestión de los conflictos derivados de las continuidades y discontinuidades territoriales.
Proximidad organizacional	Designa en qué medida confluyen las representaciones y las reglas de acción que orientan los comportamientos colectivos, institucionales e interinstitucionales en torno a la gestión de la proximidad.

Fuente: Carré C. y Deroubaix, J. F. (2006).

En síntesis, la gestión de la proximidad se propone como un dispositivo a la vez conceptual y operativo para trabajar en la identificación de “territorios pertinentes” de políticas públicas y contribuir al debate en un momento en que el territorio es requerido para alcanzar la integralidad.

Bibliografía

- Carré, C. y Deroubaix, J. F. (2006) “Las recomposiciones territoriales de la acción pública a la luz de la proximidad”. En *Revue Développement Durable & Territoires*, Dossier 7. ISSN 1772-9971.
- Catenazzi, A. (2011) “El territorio como entrada a los proyectos integrales”. En *Gestión municipal y proyectos integrales. Entre lo estratégico y lo cotidiano*. Programa de mejora de la gestión municipal. Ministerio del Interior - BID, páginas 99-114. Buenos Aires.

- Catenazzi, A. y Da Representacao, N. (2009) "Acerca de la gestión de la proximidad". En Chiara, M. y Di Virgilio, M. M. (comp.) *Gestión de la política social: conceptos y herramientas*. UNGS/Prometeo, páginas 119-137. Buenos Aires.
- Hardoy, J. y Satterwhite, D. (1987) *La ciudad legal y la ciudad ilegal*. Editorial GEL. Buenos Aires.
- Lombardo, J. et al. (2003) "La ciudad contemporánea". En *Seminario: la ciudad contemporánea*. Guadalajara. Mimeo.
- Torres, H. (2001) "Diagnóstico socioterritorial de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires y su contexto metropolitano". Plan Urbano Ambiental, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Consejo del Plan Urbano Ambiental y Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo. Buenos Aires.
- Torres, H. (2002) "Cambios socioterritoriales en Buenos Aires durante la década de 1990". En *EURE, Revista latinoamericana de estudios urbano-regionales*. Vol. 27, N.º 80. Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Arquitectura, Diseño y Estudios Urbanos, Instituto de Estudios Urbanos y Territoriales.

Notas del Módulo 3

Blank lined area for notes, starting with a horizontal line below the header and followed by approximately 24 horizontal lines.



Fotografía cedida por SOFOVIAL (Sociedad de Fomento del Video Alternativo)

Módulo 4

La dimensión territorial de la política sanitaria

María Mercedes Di Virgilio

Presentación de la problemática

Según la OMS, la urbanización representa uno de los mayores desafíos sanitarios del siglo XXI. En 2007, se alcanzó por primera vez en la historia de la humanidad un punto en el que más de la mitad de la población mundial vive en ciudades. En la Argentina, la vida en las ciudades es aún un patrón mucho más extendido: la urbanización del país alcanza al 90% de la población total.

La urbanización impacta en la salud de múltiples maneras. Por un lado, a través de la influencia que tiene, por ejemplo, la cantidad y la calidad del agua sobre la población, las características del medio ambiente, la convivencia cotidiana con múltiples situaciones y expresiones de violencia, el cambio en los modos de vida (régimenes alimentarios no saludables, inactividad física, uso nocivo del alcohol, etc.), los riesgos asociados a los brotes epidémicos, entre otras cosas.

Por otro lado, un rasgo de las políticas de salud es que su implementación se hace específica en su diálogo con el territorio: los efectores de salud están localizados en territorios con características particulares al tiempo que atienden a poblaciones que los habitan y que circulan en él.

La cuestión de la escala y los tipos de escalas

De este modo, para analizar el impacto de la urbanización (en general) y del territorio (en particular) sobre la salud-enfermedad de la población y sobre los procesos de gestión de políticas sanitarias es preciso distinguir entre distintas escalas.

La escala puede definirse como una “lente” a la que recurre el investigador para acercarse a un fenómeno a ser examinado:

“La definición de la lente más adecuada para llevar adelante la indagación supone la identificación de los actores del proceso de la política [sanitaria] analizada y de los efectos territoriales, como así también de las prácticas y representaciones de los actores involucrados sobre la política misma y también sobre sus efectos. De este modo, al examinar las huellas de la política [sanitaria] en el territorio y los procesos que esta desencadena y que han generado y generan la materialidad dinámica y la diferenciación territorial –no solo en perspectiva sincrónica sino también histórica–, el investigador se enfoca en una realidad contingente y dinámica que se caracteriza siempre por su ubicación relativa en un contexto mayor” (Di Virgilio y Rodríguez, 2011: 23).

Gutiérrez Puebla (2001) distingue cuatro aspectos del concepto de escala: la escala como *tamaño*, como *nivel jerárquico*, como *red* y como *relación*. El primero se corresponde con la *escala cartográfica* y establece órdenes de magnitud y niveles de detalle. El segundo aspecto se refiere a la escala como *nivel jerárquico* (local, provincial o estadual, regional, nacional, global). Luego, la escala como *red* trabaja a partir de la idea de redes de agentes que operan en distintos niveles y profundidades de influencia. Finalmente, la noción de escala como *relación* parte de la idea de que cuando hay un cambio de escala, los fenómenos, acontecimientos, procesos y factores que se contemplan pueden ser básicamente los mismos, alterándose las relaciones entre ellos y su peso relativo en la definición del fenómeno a analizar.

La escala puede definirse como una “lente” a la que recurre el investigador para acercarse a un fenómeno a ser examinado.

Este módulo retoma la cuestión del territorio en las políticas de salud y en los procesos de salud-enfermedad utilizando algunas de las lentes que facilita el concepto de escala. En ese marco, se analizan los impactos del territorio de proximidad (el barrio), del territorio como espacio en el que intervienen diferentes niveles jurisdiccionales, del territorio como red (expresada en la organización de redes de servicios), para finalmente abordar las múltiples relaciones entre fenómenos, procesos y dinámicas poblacionales, sociales, económicas y políticas, que definen expresiones territorializadas de los perfiles epidemiológicos de las poblaciones.

El territorio de proximidad: el barrio

Este apartado busca responder a la siguiente pregunta: ¿cómo afectan las características del entorno barrial en los procesos de salud-enfermedad? En primer lugar, vale aclarar que la geografía afecta el acceso a bienes y servicios en la medida en que la dinámica de los mercados y la dotación de recursos de los que disponen las instituciones proveedoras de bienes y servicios –sean estas públicas o privadas– en un área metropolitana no son necesariamente equivalentes (Di Virgilio, 2011).

Asimismo, afecta la exposición a riesgos naturales y/o antrópicos (por ejemplo, los riesgos que conlleva el desarrollo de formas de hábitat en zonas inundables, en las cercanías de basurales, etc.). De este modo, el contexto barrial y, puntualmente, la localización del barrio en un área metropolitana puede afectar, directa e indirectamente, las *estructuras de oportunidades* asociadas a la vida en la ciudad. Las *estructuras de oportunidades* se definen aquí como:

“... las probabilidades de acceso a bienes, a servicios o al desempeño de actividades. Estas oportunidades inciden sobre el bienestar de los hogares, ya sea porque permiten o facilitan a los miembros del hogar el uso de sus propios recursos o porque les proveen recursos nuevos. El término *estructura* alude al hecho de que las rutas al bienestar están estrechamente vinculadas entre sí, de modo que el acceso a determinados bienes, servicios o actividades provee recursos que facilitan a su vez el acceso a otras oportunidades” (Katzman, 1999: 9).

Con las disparidades entre localizaciones en el área metropolitana como telón de fondo, las investigaciones han intentado identificar cuáles son los efectos específicos de la geografía barrial que afectan las condiciones de salud-enfermedad de la población.

Una primera cuestión a considerar es que la geografía barrial afecta la distribución y el aprovechamiento de las oportunidades de acceso a bienes y servicios a través de *la coincidencia o el desajuste espacial* entre los lugares en donde se localiza la oferta de servicios y los lugares en donde habitan aquellos que engrosan la demanda. La falta de coincidencia espacial hace a los sectores de menores ingresos (quienes muchas veces ven limitadas sus opciones de vivienda en las áreas o localizaciones mejor servidas) poco propensos a estar informados sobre (y a aprovechar efectivamente) la oferta de servicios de salud.

A pesar de la importancia que la extensa bibliografía le reconoce al “desajuste espacial” como factor a tener en cuenta en el análisis de los efectos del contexto, resulta evidente que no constituye un factor explicativo autosustentable, puesto que se ve afectado por la dinámica del ciclo económico y por la orientación de las políticas públicas que, por definición, tienen capacidad para incidir en las relaciones entre oferta y demanda. En este marco, Briggs *et al.* (2007) señalan que la literatura sobre desajuste espacial ha prestado escasa atención al análisis de relaciones más complejas, como son, por ejemplo, los vínculos entre lugar de residencia, áreas de trabajo y acceso a servicios de guardería o cuidado de niños y niñas pequeños, a los que se accede a través de las relaciones familiares o a través de la oferta educativa formal.

Asimismo, la geografía barrial afecta diferencialmente la movilidad y, con ella, la accesibilidad a los lugares de atención según se localicen en el espacio urbano. De este modo, en un contexto en el que se han degradado progresivamente las estructuras de protección social vinculadas a políticas sociales universales —educación y salud—, los *efectos de la localización recrudecen* (Smets y Salman, 2008).

Finalmente, los atributos del entorno afectan a través de las *características de los colectivos y de las redes socio-territoriales* que allí se desarrollan. El aprovechamiento (o no) de las *estructuras de oportunidades* parece estar mediado por la integración (o no) de las familias en redes sociales, su posibilidad para movilizar capital social y la propia capacidad de agencia que tienen estos colectivos y sus miembros.

El papel determinante de *la localización y de los accesos a equipamientos e infraestructura* pone al Estado en el centro del debate en la medida en que es el responsable de garantizar niveles de prestación de equipamientos, infraestructuras y servicios urbanos más o menos homogéneos (y equitativos) en el territorio metropolitano (Nelson *et ál.*, 2004).

La movilidad de la población

El impacto del territorio en las oportunidades de acceso a los servicios de salud no solamente es visible a partir de aquello que ocurre en el barrio, sino que se hace necesario considerar la movilidad de la población más allá de los límites del mismo. Vale la pena recordar que, en las últimas tres décadas, el crecimiento de la ciudad se produjo fundamentalmente en aquellas localizaciones alejadas de las tradicionales áreas de centralidad.

En este marco, el transporte de personas es parte de la realidad cotidiana de los espacios metropolitanos. Se entiende por *movilidad* una práctica social de viaje en la que se ponen en juego deseos y necesidades de desplazamiento (o requerimientos de movilidad) y capacidades de satisfacerlos (Gutiérrez, 2009a). Asimismo, la movilidad puede ser entendida como un nexo entre la necesidad y la oferta. De este modo, la movilidad está asociada a las condiciones de accesibilidad de los servicios.

Según Gutiérrez:

“Acceder es realizar deseos y/o necesidades de viaje. [...] Es realizar las oportunidades de la vida en sociedad según las condiciones de movilidad territorial. La accesibilidad es, pues, una medida de la realización de los deseos y/o necesidades de desplazamiento (o requerimientos de movilidad) de un grupo social en relación con fines o motivos de viaje” (2009b: 2).

La investigación “Condiciones de vida, control del embarazo y del bajo peso al nacer en municipios de la Región Sanitaria V” –dirigida por la Dra. Magdalena Chiara– puso de manifiesto que la elección del establecimiento en el que tiene lugar el parto

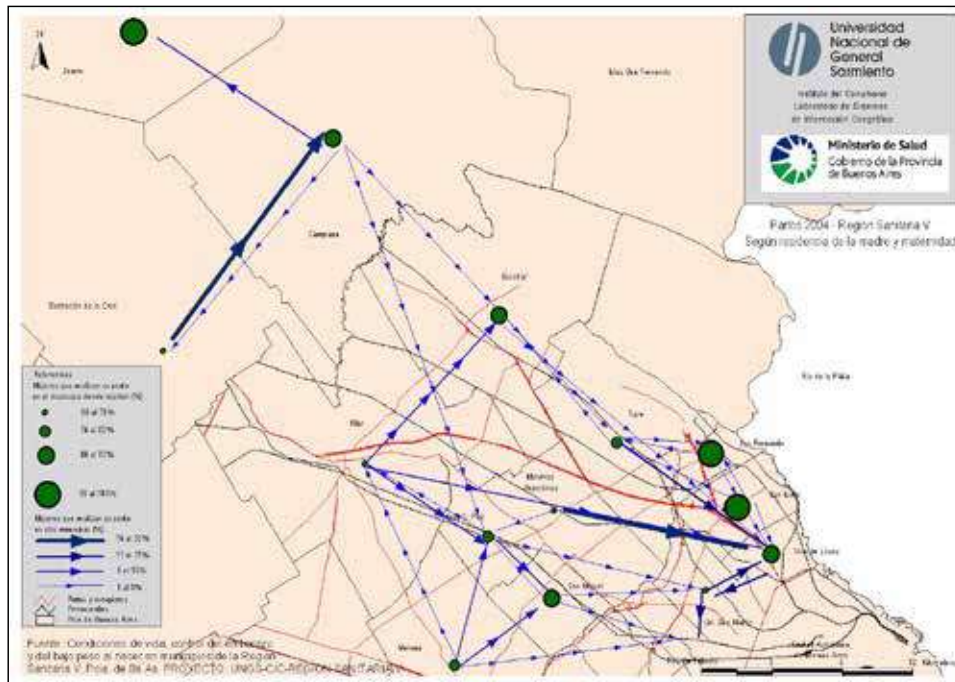
está determinada por las condiciones de vida de las mujeres tanto en relación con el capital cultural del que disponen (y en consecuencia de las posibilidades de conocer los atributos diferenciales en términos de calidad de la atención de los establecimientos), con las condiciones de habitabilidad y accesibilidad de los mismos establecimientos

Se entiende por *movilidad* una práctica social de viaje en la que se ponen en juego deseos y necesidades de desplazamiento (o requerimientos de movilidad) y capacidades de satisfacerlos (Gutiérrez, 2009a).

y, relacionadas con las anteriores, con las condiciones socioeconómicas del hogar en el que conviven. De este modo fue posible observar que los establecimientos localizados en los municipios del Gran Buenos Aires mostraban comportamientos diferenciales según se tratara de establecimientos *contenedores* o *receptores*.

Según este estudio, una parte importante de los establecimientos localizados en el Gran Buenos Aires recibía en un 90% a mujeres que residían en el mismo partido en que dichos nosocomios estaban localizados. Esta situación se explicaba fundamentalmente por cuestiones de accesibilidad de distinto tipo, especialmente vinculadas a la existencia de transporte público. Un segundo grupo estaba compuesto por hospitales que atendían entre un 15% y un 25% de la población residente en otros partidos, hecho que los convertía en establecimientos receptores, sea por su localización (estar cercanos a autopistas o ferrocarriles), por las valoraciones que recibían de parte de la población y/o por su capacidad de recepción. Una situación muy particular era la que presentaba un establecimiento (la Maternidad Santa Rosa) que recibía más mujeres domiciliadas en otros partidos que en aquel en el que estaba localizado (Mapa 4.1), y presentaba los mejores desempeños en atención del embarazo: un 60,9% de las puérperas llegaba al control mínimo sobre el promedio regional, solo un 2,4% (6 casos) llegaba al parto sin haberse controlado nunca, un 7% tenía niños y niñas con bajo peso al nacer, y apenas un 0,8% de las puérperas no superaba los tres años de escolaridad.

Mapa 4.1: Movilidad de las mujeres para la realización del parto, Región Sanitaria V, provincia de Buenos Aires, Argentina, 2004



Fuente: Chiara *et al.* (2007: 56).

Muchas veces, el acceso a las prestaciones de servicios implica una secuencia ligada a viajes. Más aún, la facilidad del viaje es inversamente proporcional a la importancia de la prestación para el cuidado de la salud (Gutiérrez, 2009b). Esto es, mientras más específica es la prestación a realizar y –por lo tanto– más difícil es su postergación, los viajes se hacen más complejos. Por ejemplo:

“Una embarazada ‘sana’ no necesita 5, sino 22 viajes para acceder al control mínimo de salud, esto es, más de 3 viajes mensuales (ida). Aun atendándose en un CAPS, por cada viaje ‘cercano’ hace más de 3 ‘lejanos’ (al hospital), que implican 6 pesos de gasto por persona (equivalente al diario en comida) y medio día de tiempo cada uno. Una embarazada portadora sana de VIH necesita 57 viajes (ida), unos 9 mensuales, todos a lugares lejanos (al hospital). Controles especializados y situaciones complicadas requieren viajes al hospital que demandan dos transportes públicos con caminata, medio día de tiempo y un gasto equivalente al diario en comida por persona. La suma de pasajes para ir acompañada al hospital en transporte público (subsidiado) equivale al gasto en remís, y al de una ecografía en una clínica privada” (Gutiérrez, 2009b: 15).

Se evidencia entonces que la movilidad intensifica las inequidades en la distribución de los servicios de salud. Tomando el caso argentino, puede afirmarse que si bien las prestaciones son de acceso universal y gratuito, no lo son en términos de accesibilidad.

Territorio y redes de servicios de salud

En este marco, resulta especialmente relevante repensar algunas de las cuestiones relativas a las redes de servicios de salud. La amplitud del servicio brindado por una red de servicios de salud, la profundidad alcanzada, el modo en que se producen los servicios internamente, la relación y coordinación entre las organizaciones que la conforman y el liderazgo son algunas de las características que permiten distinguir los tipos de redes de servicios de salud y las territorialidades que estas definen.

La integración de las redes puede ser tanto vertical como horizontal. Una integración horizontal involucra efectores del mismo nivel de atención (por ejemplo, a nivel de centros de salud), mientras que la integración vertical se compone de un continuo asistencial (un ejemplo son los sistemas *multihospitalarios*, donde dos o más hospitales se encuentran coordinados entre sí a partir de un organismo central, o también los sistemas de referencia-contrarreferencia que articulan efectores de diferentes niveles de complejidad e incluso de diferentes jerarquías). De este modo, pueden organizarse redes locales (por ejemplo, redes de servicios municipales), redes regionales (por ejemplo, redes de servicios provinciales), redes nacionales (por ejemplo, redes de referencia nacionales) o redes mixtas (que integran efectores de diferente jerarquía y complejidad).

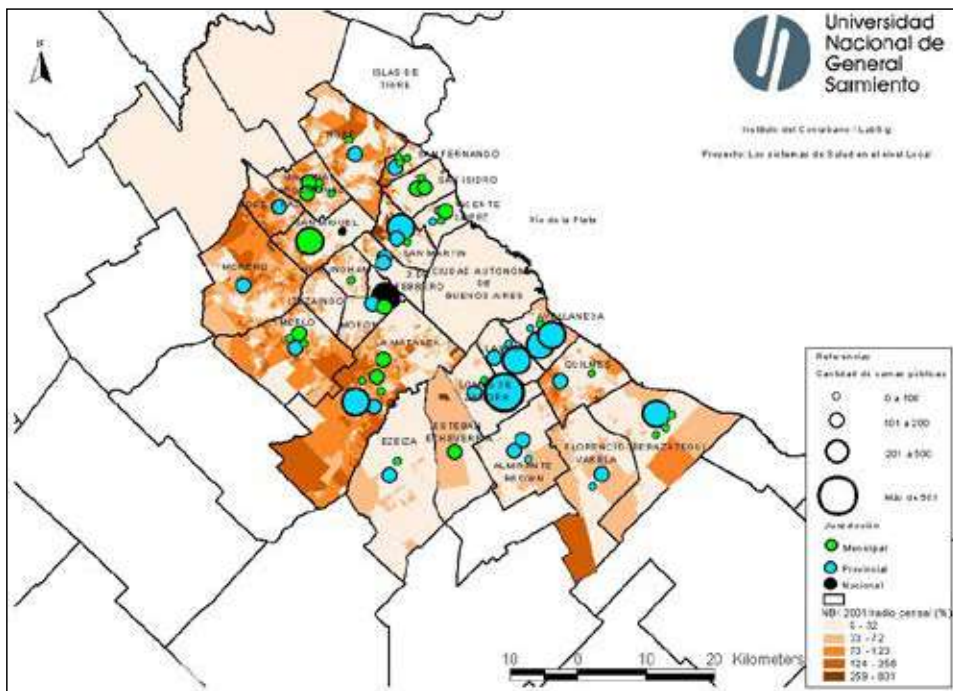
En el Gran Buenos Aires, los establecimientos del primer nivel de atención están exclusivamente bajo la órbita de los municipios. Los establecimientos con internación tienen distinta dependencia: algunos municipios, como Malvinas

La integración de las redes puede ser tanto vertical como horizontal. Una integración horizontal involucra efectores del mismo nivel de atención; mientras que la integración vertical se compone de un continuo asistencial.

Argentinas, cuentan con establecimientos con internación bajo jurisdicción municipal; otros, como San Fernando, cuentan con un hospital de agudos en su territorio que es de dependencia provincial. Más allá de la jurisdicción de la que dependen, en general los establecimientos del primer nivel y aquellos que cuentan con camas para

internación, cuando se localizan en un mismo territorio se articulan a través de mecanismos de referencia-contrarreferencia. Otros, en cambio, como es el caso del Hospital El Cruce, por su nivel de complejidad se constituyen en nodo de una red multihospitalaria integrada por los hospitales “Mi Pueblo” de Florencio Varela; “Evita Pueblo” de Berazategui; “Arturo Oñativia” de Almirante Brown; “Isidoro Iriarte” y el Hospital Subzonal Especializado Materno Infantil “Dr. Oller” de San Francisco Solano, de Quilmes (Mapa 4.2).

Mapa 4.2: Total de camas públicas por jurisdicción, Gran Buenos Aires, Argentina, 2008



Fuente: Chiara *et ál.* (2011: 64).

Asimismo, en cuanto a la relación entre los efectores y los servicios involucrados en la red, estos pueden pertenecer todos a una única jurisdicción y/o subsector (en este caso la relación es vertical) o establecerse como entidades independientes que constituyen una relación virtual a través de contratos u otros acuerdos de colaboración. La multiplicidad de jurisdicciones así como de subsectores que integran la red no solo definen su complejidad y, por ende, las necesidades de coordinación, sino que además definen su territorialidad.

Respecto del liderazgo, las redes de servicios pueden conformarse a partir de la afiliación geográfica o a partir de la afiliación voluntaria.⁸ El modelo de afiliación geográfica implica un planeamiento previo por parte de un sistema centralizado que delimita una población específica a partir de criterios geográficos. En este marco, definir de manera clara y precisa cuál es el límite territorial de la población objetivo de la red y sus características demográficas, socioeconómicas, de salud y ambientales

La multiplicidad de jurisdicciones y subsectores que integran la red no solo definen su complejidad y, por ende, las necesidades de coordinación, sino que además definen su territorialidad.

constituye un elemento crítico a fin de dar cuenta del funcionamiento de redes definidas con base en criterios geográficos. Asimismo, dar cuenta de la existencia de otros proveedores, sus características y las relaciones que se establecen con ellos es relevante a la hora de analizar el entorno de la red.

La expresión territorial de los procesos macrosociales en las condiciones de vida

Finalmente, no es posible soslayar que los procesos macrosociales, las intervenciones de los diferentes niveles del Estado en materia de salud y la propia organización del sistema sanitario, que se cristalizan en el territorio, impactan en los procesos de salud-enfermedad de los colectivos sociales.

Laurell (1982) define al *proceso de salud-enfermedad* de la siguiente manera:

“Por proceso de salud-enfermedad del grupo, de la colectividad, entendemos el modo específico como en el grupo se da el proceso biológico de desgaste y reproducción, destacando como momentos particulares la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas, esto es, la enfermedad. Así definido, el proceso de salud-enfermedad se manifiesta empíricamente

El carácter social de la salud-enfermedad no se comprende en el caso clínico, sino en los modos específicos de enfermar y morir de los conjuntos sociales.

de distintas maneras. [...] Se expresa en indicadores como la expectativa de vida, las condiciones nutricionales y la constitución somática, y por otra parte, en las maneras específicas de enfermar

⁸ Las redes de afiliación voluntaria, en cambio, están vinculadas al mercado y a las prestaciones ofrecidas en los planes de salud.

y morir, eso es, en el perfil patológico del grupo, dado por la morbilidad y/o mortalidad” (Laurell; 1982: 16).

De este modo, el concepto de salud-enfermedad debe pensarse no solamente desde su carácter clínico, sino también desde su dimensión social. El carácter social de la salud-enfermedad no se comprende en el caso clínico, sino en los modos específicos de enfermar y morir de los conjuntos sociales. De esta manera, debe ser posible identificar perfiles epidemiológicos diferenciados según la posición de los agentes en la estructura social. El proceso de salud-enfermedad es un fenómeno material, objetivo, expresado en los perfiles epidemiológicos. Laurell (1982) plantea articulaciones entre el proceso social, las condiciones de vida, la inserción en la producción de los distintos grupos, la salud y el tipo de enfermedad y su frecuencia, que permiten dar cuenta del carácter simultáneamente social, colectivo y biológico del proceso de salud-enfermedad.

Esta falta de uniformidad en la distribución de la enfermedad tiende a responderse con una falta de uniformidad en la disposición de los recursos. Los determinantes de salud-enfermedad de la población son componentes de procesos más generales en los que se encuentran enmarcados: la inserción de los agentes sociales en el proceso de producción⁹ y su participación en el consumo¹⁰, de manera que conforman procesos y estrategias diferenciales para la atención de la salud-enfermedad.

Torrado (1986: 7) establece la existencia de un conjunto de mediaciones (integrado por las condiciones materiales de vida de las familias, la dinámica del grupo familiar y las posibilidades de optimizar el manejo de los recursos disponibles) que vinculan los niveles de ingresos y las condiciones de acceso al consumo de los diferentes grupos sociales con la aparición de determinados procesos de salud-enfermedad entre sus miembros. Continuando con este planteo, puede considerarse que las *condiciones materiales de existencia* condicionan sustancialmente los perfiles de salud-enfermedad de los agentes sociales (así como las estrategias familiares en el tratamiento de la salud-enfermedad).¹¹ Las

⁹ La dimensión *inserción en la producción* se refiere, básicamente, al lugar que ocupan los individuos en el sistema de producción; delimitando la adscripción de los agentes sociales a un determinado sector social o fracción del mismo (Bronfman y Tuirán; 1984).

¹⁰ Como componentes principales de la participación en el consumo podemos señalar: vivienda, abasto, transporte, acceso a la educación, tiempo libre, salud y seguridad social (Torrado y otros, 1984).

¹¹ El enfoque con que se aborda esta problemática requiere del análisis, en primer lugar, de la especificidad de los procesos de salud-enfermedad; y en segundo lugar, de las prácticas de los agentes que integran los diferentes grupos al interior de los sectores populares que se relacionan con el manejo de sus condiciones materiales de existencia: las estrategias (Torrado, 1981).

condiciones familiares de vida necesarias para la reproducción de los miembros de las familias pueden caracterizarse según atributos que se encuentran en estrecha relación con su inserción social, asociados a su vez con perfiles diferenciales de salud-enfermedad. Los aspectos a tener en cuenta son: el medio ambiente físico que rodea a la familia (condiciones del hábitat), la organización del ambiente y su utilización por el grupo familiar, y la disponibilidad de bienes necesarios para el cuidado de la salud y la prevención de la enfermedad.

Representación de la dimensión territorial de los problemas de salud

Por último, se hará referencia a algunas de las potencialidades que los Sistemas de Información Geográfica (SIG) ofrecen a la hora de dar visibilidad a la territorialidad de las condiciones de vida de la población, en general, y de las condiciones y perfiles de salud-enfermedad, en particular. A partir de la creación de mapas, es posible sintetizar distintos tipos de datos a fin de describir una situación de salud y visualizarlos de manera simultánea.

“Un Sistema de Información Geográfica (SIG) es una constelación de equipos y programas de computación que integra mapas y gráficos con una base de datos sobre un espacio geográfico definido. Los datos geográficos que se usan son tanto de naturaleza espacial como descriptiva. Como SIG se definiría al conjunto de herramientas integradas en un sistema automatizado capaz de coleccionar, almacenar, manejar, analizar y visualizar información referenciada geográficamente” (OPS, 1996: 3).

Los SIG permiten la creación de distintos tipos de mapas analíticos: mapas de *referencia* y mapas *temáticos*. Los mapas de referencia permiten localizar, en áreas determinadas a partir de límites, distintos objetos que se visualizan como puntos con una determinada información. Un ejemplo podría ser el mapa de los puestos sanitarios rurales de la región del NOA. Por otra parte, los mapas temáticos permiten visualizar ponderaciones según conjuntos agregados a partir de los valores de una o varias variables. En este caso, los colores de la marca permiten visualizar distintas intensidades de la variable que se mapea. Un ejemplo de este tipo podría ser un mapa de las tasas de mortalidad infantil por departamento a nivel país.

Mapa 4.3: Analfabetismo total (hombres y mujeres). Región andina



Mapa 4.4: Tasa ajustada de mortalidad general, todas las causas. Latinoamérica



Fuente: PAHO, Análisis de Salud y Sistemas de Información:
<http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/indexatlas.htm>. [Consultado el 10/07/14].

En este sentido, la utilización de la georreferenciación podría funcionar como una poderosa herramienta en el campo de la salud pública. No obstante, su uso es aún muy reciente. Según la OPS, en epidemiología algunos de los usos más comunes de los SIG son:

“la determinación de la situación de salud en un área, la generación y análisis de hipótesis de investigación, la identificación de grupos de alto riesgo a la salud, la planeación y programación de actividades y el monitoreo y la evaluación de intervenciones. Los SIG-EPI pueden utilizarse para determinar patrones o diferencias de situación de salud ante perspectivas de agregación particulares, que van desde el nivel continental, pasando por el regional, nacional y departamental o distrital, hasta el nivel local” (*Ibid.*: 4).

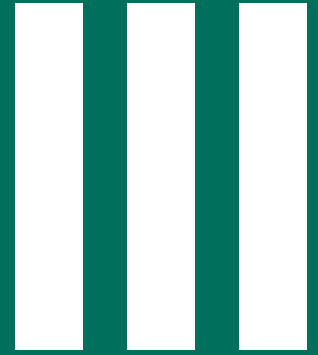
Bibliografía

- Aránguez Ruiz, E.; Arribas García, M.; Aránguez Gilarranz, J. y Ordóñez Iriarte, J. M. (eds.) (2012) *Salud y territorio. Aplicaciones prácticas de los sistemas de información geográfica para la salud ambiental*. Madrid, Sociedad Española de Sanidad Ambiental (SESA).
- Briggs, X.; Cove, E.; Duarte, C. y Austin Turner, M. (2007) “How does leaving high poverty neighborhoods affect the employment prospects of low-income mothers and youth? Evidence from the Moving to Opportunity Experiment”. Mimeo. Versión borrador.

- Comité Ejecutivo (2011); *Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana*. 148ª Sesión del Comité Ejecutivo. OPS/OMS. Washington D. C.
- Bronfman, M. y Tuirán, R. (1984) “La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez”. En *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*. UNAM/Colmex/PISPAL, México.
- Chiara, M. et ál. (2007) *Condiciones de vida y control de embarazo en municipios de la Región Sanitaria V. Provincia de Buenos Aires*. CIC/UNGS. Región Sanitaria V, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Los Polvorines.
- Chiara, M. et ál. (2011) “Lo local y lo regional: tensiones y desafíos para pensar la agenda de la política sanitaria en el conurbano bonaerense”. En Chiara, M. y Moro, J. (comp.) *Salud en las metrópolis*. Prometeo/UNGS.
- Di Virgilio, M. M. (2011) “Producción de la pobreza y políticas públicas: encuentros y desencuentros en urbanizaciones populares del Área Metropolitana de Buenos Aires”. En Arzate Salgado, J.; Gutiérrez, A. y Huamán, J. (coord.) *Reproducción de la pobreza en América Latina. Relaciones sociales, poder y estructura económica*. CLACSO. Buenos Aires.
- Di Virgilio, M. M. y Rodríguez, M. C. (2011) “Coordenadas para el análisis de las políticas urbanas: un enfoque territorial”. En Rodríguez M. C. y Di Virgilio, M. M. (org.) *El caleidoscopio de las políticas territoriales. Un rompecabezas para armar*. Prometeo. Buenos Aires.
- Gutiérrez, A. (2009a) “La movilidad de la metrópolis desigual: el viaje a la salud pública y gratuita en la periferia de Buenos Aires”. En *XII Encuentro de geógrafos de América Latina*. Montevideo.
- Gutiérrez Puebla, J. (2001) “Escalas espaciales, escalas temporales”. En *Estudios geográficos*, Año LXII, N.º 242. Madrid, Instituto de Economía y Geografía, CSIC.
- Gutiérrez, A. (2009b) “Movilidad y acceso: embarazo y salud pública en la periferia de Buenos Aires”. En *XV Clatpu*. Buenos Aires.
- Katzman, R. (1999) *Marco conceptual sobre activos, vulnerabilidad y estructura de oportunidades*. Montevideo. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile.
- Laurell, A. (1982) “La salud-enfermedad como proceso social”. En *Cuadernos médico-sociales*, N.º 19, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Rosario.
- Nelson, A.; Casey, J. y Sánchez, T. (2004) “Urban containment and residential segregation. A preliminary investigation”. En *Urban Studies*, Vol. 41, N.º 2.
- OPS (1996) “Uso de los Sistemas de Información Geográfica en epidemiología”. En *Boletín epidemiológico*, Vol. 17, N.º 1.
- OPS/OMS (2011) Video sobre salud urbana: http://www.youtube.com/watch?v=yPUbjXwt2_8&feature=email.
- Smets, P. y Salman, T. (2008) “Countering Urban Segregation. Theoretical and Policy Innovations from around the Globe”. En *Urban Studies*, Vol. 45, N.º 7.
- Torrado, S. (1986) “Salud-enfermedad en el primer año de vida. Rosario 1981-82”. En *Informes de investigación del CEUR*, N.º 4. CEUR, Centro de estudios Urbanos y Regionales. Buenos Aires.

PARTE III

Conceptualizando la gestión





Fotografía cedida por SOFOVIAL (Sociedad de Fomento del Video Alternativo)

Módulo 5

Actores e involucrados en la gestión de la salud en el territorio

Javier Moro

Presentación de la problemática

Los ámbitos donde se desarrollan las políticas y los programas de salud así como la gestión de los servicios —ya sean del primer o del segundo nivel de atención— se caracterizan por constituirse como procesos complejos en los que intervienen una multiplicidad de actores, con sus diferentes perspectivas, intereses, capacidades y recursos de poder. Esto implica que las políticas más que equipararse a mecanismos y procedimientos de planificación racional, se distancian de estos modelos en su operatoria concreta.

La gestión es un espacio relacional en el que se ponen en juego acciones y recursos para el cumplimiento de objetivos e interacciones entre actores.

Los procesos de políticas suelen desagregarse analíticamente en distintas fases o instancias (una clasificación clásica es: diagnóstico, diseño, implementación y evaluación), lo que permite diferenciar momentos (metodológicos) de interacción donde los escenarios, actores y saberes en juego cobran características distintivas, pero que no se presentan (estrictamente) como una secuencia lógica o cronológica.

El concepto de gestión tal como lo plantean Chiara y Di Virgilio (2009: 61) permite recuperar esta complejidad y dar cuenta de un espacio relacional donde se ponen en juego, por un lado, cuestiones que tienen más que ver con acciones y recursos para el cumplimiento de objetivos (vinculados a prioridades de gestión y/o a legados institucionales), y por otro lado, temas que hacen a la interacción entre actores sociales y estatales e inciden en la conformación misma de la demanda.

Este espacio de la gestión se caracteriza entonces como el escenario donde se produce la interacción entre actores e involucrados, y es justamente esa interacción lo que marcará el estilo o la modalidad en la implementación de las políticas así como los avances, estancamientos o desvíos que puedan producirse. De lo dicho se desprende que el papel de los actores resulta clave en las políticas sanitarias y, por ende, su análisis resulta un insumo valioso y estratégico para la gestión.

Ahora bien, la categoría *actor* utilizada en los estudios de políticas públicas remite tanto a sujetos colectivos como a individuos que reúnen ciertas capacidades y recursos de poder para incidir en el proceso de una política. Esto implica que no cualquier individuo o grupo es actor; hacen falta ciertos atributos (recursos, capacidad de movilización, organización, manejo de información clave, entre otros) y, en muchos casos, la capacidad efectiva de incidir se genera a partir de alianzas o coaliciones.

Esta consideración no alude a una cuestión normativa (un *deber ser*) respecto a la condición de actor, sino que es en la *praxis* misma de los procesos de políticas y de la gestión (en la situación) donde se dirime el alcance de esta categoría.

¿Por qué es importante el análisis de los actores e involucrados?

Para hacer efectiva la capacidad de gestión en estos procesos complejos de las políticas sanitarias, una herramienta que resulta pertinente es el análisis de actores e involucrados. Esta técnica permite sistematizar y mapear la información existente sobre actores e involucrados para prever dificultades, resistencias, y potenciar las fortalezas en la gestión de políticas públicas.

En tal sentido, los aportes de esta técnica pueden plantearse en dos niveles:

Descriptivo y explicativo: porque permite entender cómo es la interacción en el proceso y la complejidad de su dinámica.

Prescriptivo: porque resulta una herramienta útil para orientar las acciones en pos de los objetivos propuestos.

Por su parte, esta técnica es pertinente para la gestión en salud porque puede constituir un aporte en tres cuestiones claves:

La construcción de viabilidad: es el principal aporte de esta técnica y su uso más habitual, ya que permite prever restricciones y obstáculos que, en clave de actores, se analizan a partir de la identificación de potenciales oponentes y aliados en los distintos momentos del proceso para ponderar de manera dinámica la relación de fuerzas y establecer las estrategias correspondientes.

La promoción de la participación: el mapa inicial de los interesados (directa o indirectamente) en las acciones y los objetivos de las políticas en juego, su posicionamiento y las relaciones entre los actores permiten planificar estrategias para hacer efectiva y productiva la participación comunitaria y multiactoral. Al respecto, debe considerarse que la participación no se da de manera espontánea y conlleva un componente conflictivo que es necesario prever para canalizarlo productivamente.

La consecución de acuerdos: la toma de decisiones en la gestión de políticas, programas y servicios de salud implica establecer prioridades y acciones que favorecen a algunos y pueden perjudicar a otros. Dar visibilidad a un

proyecto o a un conjunto de acciones y mostrarlo como un “juego de suma positiva” para todos los involucrados (o al menos para los más relevantes) es un desafío para quienes tienen responsabilidades de gestión. El análisis de actores es un aporte para elaborar estrategias tendientes a conseguir estos acuerdos que garantizan la viabilidad y sustentabilidad de las políticas.

Algunas características del sector salud vuelven más relevante el uso de esta técnica para fortalecer la gestión:

- a. Existe un escaso nivel de participación de la población. Salvo excepciones, los diseños de las políticas se corresponden con modelos de “arriba hacia abajo” y no contemplan espacios de inclusión activa de la ciudadanía.
- b. Existen dificultades casi estructurales para constituirse como actores por parte de la población a la que van orientados los servicios de salud, donde predominan los actores corporativos (los sindicatos en el subsector de la seguridad social, los empresarios en el subsector privado y los laboratorios en la producción y comercialización de medicamentos) y hay poca incidencia de la ciudadanía (usuarios y pacientes).

¿Qué es el análisis de los actores e involucrados?

El análisis de los actores e involucrados es una técnica complementaria a otras pero que a la vez resulta valiosa en sí misma para aplicarse antes, durante y después de un proyecto o una política.

Básicamente esta herramienta consiste en:

- a. Identificar a aquellas personas y organizaciones interesadas en un determinado proyecto o política.
- b. Establecer quiénes podrían ser afectados por los objetivos de ese proyecto o política (ya sea en sentido positivo o negativo).
- c. Explorar quiénes y cómo podrían contribuir u obstaculizar el logro de los objetivos.
- d. Analizar quiénes y cómo podrían incidir sobre el problema que hay que enfrentar.

Hay diferentes modalidades en el uso de esta técnica de acuerdo a la propuesta metodológica que se utilice como marco de referencia. A los fines de este

módulo se utilizará la modalidad del Marco Lógico (BLD)¹², una técnica que se utiliza como apoyo para la construcción de un proyecto y que es complementaria con la planificación estratégica y la construcción de escenarios. No obstante, vale aclarar que haremos aquí un uso no lineal de dicha propuesta; la versión que aquí usaremos está adaptada al marco conceptual que seguimos y al contexto al que queremos aplicarlo.

El propósito de esta técnica es:

- *Identificar a los actores e involucrados en las políticas o el proyecto de salud.*
- *Definir sus intereses y percepciones sobre el problema específico de salud sobre el cual se intenta intervenir.*
- *Identificar los recursos que cada grupo aporta con relación al problema.*
- *Identificar las responsabilidades institucionales que cada grupo tiene respecto al problema de salud en cuestión.*
- *Identificar el interés que cada grupo tiene en el proyecto o la iniciativa que se promueve.*
- *Identificar los conflictos que cada grupo podría tener con respecto al proyecto o la iniciativa en cuestión.*
- *Sacar conclusiones sobre las posibilidades de viabilidad del proyecto, que se sustente en la consecución de acuerdos y en la satisfacción de los intereses de los diferentes grupos.*

Tabla 5.1: Caracterización de actores e involucrados

Actores / Involucrados	1	2	3	4	5	6	7
Interés general							
Interés en el proyecto							
Problema percibido							
Recursos							
Mandato							
Poder							
Potenciales conflictos y coaliciones							

¹² Otros marcos metodológicos que utilizan esta técnica son el Método ZOPP (en castellano, Planificación de proyectos orientada a objetivos) y el Método del MSI (Management Systems International).

Las definiciones de la tabla son las siguientes:

Actores: son aquellos individuos o colectivos sociales que reúnen ciertos atributos y recursos estratégicos que les permiten tener capacidad de incidir y/o influir en las políticas.

Involucrados: en esta categoría se ubica la población afectada directa o indirectamente por un problema o por una política y que no se constituye como actor (al menos durante todo el proceso de la política).

Interés general: se refiere al objetivo general que tiene cada involucrado (en algunos casos se corresponde linealmente con el objetivo organizacional), y se relaciona directamente con las percepciones que estos tienen con respecto al problema sobre el cual se intenta actuar.

Interés en el proyecto: se refiere a las expectativas de los actores y de los involucrados respecto del proyecto.

Problema percibido: se refiere a la percepción que tiene cada involucrado respecto de una determinada situación, sobre la que observa la existencia de una brecha entre aquello que se percibe y lo que entiende que debería suceder.

Recursos: se refiere a los recursos materiales y simbólicos que cada actor está dispuesto y tiene la posibilidad de comprometer en la acción o contra ella.

Mandato: se refiere a la responsabilidad organizacional que tienen los grupos. Ayuda a estimar las fortalezas y debilidades de cada actor y de cada involucrado.

Poder: a los fines de este ejercicio, el poder se entiende en términos relacionales y resulta ser la capacidad de incidir (directa o indirectamente) sobre la propuesta y/o sobre el posicionamiento o acción de otros actores e involucrados.

Potenciales conflictos y coaliciones: se refiere a identificar contrastes y semejanzas entre intereses, expectativas y percepción de problemas entre actores e involucrados.

A continuación se presenta un ejemplo de la aplicación de este instrumento para analizar la implementación de un programa federal de promoción de empleo que a nivel estadual y municipal fue orientado para la creación de una red de agentes sanitarios.

Tabla 5.2: Análisis de actores e involucrados en un programa federal de promoción de empleo orientado a la creación de agentes sanitarios

Actores / Involucrados	Gobierno federal	Ministerio de Salud	Municipalidad / Alcaldes	Equipo coordinador	Enfermera	Agentes de salud	Familias
Interés general	- Mejorar calidad de vida - Legitimidad social	- Mejorar condiciones de la salud	- Expansión de la cobertura	- Reducir mortalidad - Prestigio profesional	- Mejorar condiciones de salud - Prestigio	- Mejorar condiciones de salud - Prestigio en la comunidad	- Condiciones de vida dignas
Interés en el proyecto	- Generar empleo - Paliar hambre	- Disminuir mortalidad infantil - Terminar con el clientelismo	- Campañas de salud - Visibilidad - Puestos de trabajo	- Atención en el 1.º nivel - Cobertura - Visibilidad	- Salud preventiva	- Efectivar APS - Salud preventiva	- Atención materno-infantil
Problema percibido	- Hambrunas periódicas	- Altas tasas de mortalidad - Clientelismo	- Carencia de servicio	- Altas tasas de mortalidad - Clientelismo	- Mortalidad infantil - Déficit de cuidados	- Mortalidad infantil - Desconfianza	- Desnutrición, enfermedades y mortalidad infantil
Recursos	- Organización de los recursos - Autoridad	- Organización de los recursos - Autoridad	- Recursos - Transferencia federal - Organización - Autoridad	- Capacidad gerencial - Aval político	- Estatus - Toma de decisiones	- Hábitat común	- Organización familiar - Lazos comunitarios
Mandato	- Constitución - Transferencia a municipios	- Descentralización - Financiamiento 85% APS	- Financiamiento 10% salud	- Descentralización - Reclutar - Supervisar	- Supervisar - Agentes sanitarios	- Seguimiento a familias	- Cuidado de hijos
Poder	Medio	Alto	Medio	Medio	Medio	Bajo	Bajo
Potenciales conflictos y coaliciones	- Municipio - Estado	- Alcaldes - Sindicato de enfermeras	- Equipo coordinador - Estado - Agentes sanitarios	- Alcaldes - Agentes sanitarios - Sindicato de enfermeras	- Agentes sanitarios - Alcaldes	- Alcaldes - Equipo coordinador	- Alcaldes - Enfermeras

Junto a este cuadro o matriz de caracterización de los actores e involucrados, también hay formas complementarias para ordenar el posicionamiento de modo más visible.

Tabla 5.3: Mapa de posicionamiento de actores e involucrados

Oponentes		Neutrales	Aliados	
Activos	Pasivos		Activos	Pasivos

Análisis de actores e involucrados en los diferentes momentos del proceso de una política

Esta herramienta puede ser utilizada en cada uno de los momentos analíticos en que suele diferenciarse el proceso de una política, siempre y cuando se realice una actualización de la misma. Esto es porque en la gestión territorial en salud se hace referencia a procesos dinámicos, mientras que esta técnica sistematiza información a modo de una “fotografía”. Esa es justamente una de sus limitaciones: describe y permite el análisis para un momento determinado.

Usos del análisis de actores e involucrados:

- *Diagnóstico y definición del problema*
- *Toma de decisiones*
- *Implementación*
- *Evaluación y monitoreo*

Aquí presentaremos algunos usos del análisis de actores e involucrados en los diferentes momentos analíticos que pueden diferenciarse en el proceso de una política, siguiendo el criterio señalado al inicio de este documento.

- 1. Diagnóstico y definición del problema.** El punto de partida planteado es el reconocimiento de que los problemas públicos son construcciones sociales que adquieren ese estatus a partir de actores que los reconocen y los definen como tales (por ejemplo, una enfermedad puede no ser visibilizada y problematizada como tal por todos los involucrados). En el caso de los problemas territoriales referidos a la salud suele tratarse de problemas multidimensionales, complejos y en ocasiones polémicos (porque no todas las perspectivas coinciden e incluso pueden resultar antagónicas). En este sentido, esta técnica permite:

- poner en juego las distintas miradas sobre un asunto o situación;
- cotejar los intereses en disputa;
- dar cuenta de qué se dice y quién lo dice; y
- comprender la construcción de sentido donde se inscribe la definición del problema y la disputa en torno al mismo.

2. Toma de decisiones. En la elaboración de alternativas y del diseño, el análisis de actores e involucrados:

- colabora en la identificación de actores e involucrados claves;
- permite recuperar saberes y perspectivas con anclaje territorial;
- posibilita cotejar y considerar modalidades alternativas al diseño tradicional (vertical y centralizado);
- permite evaluar la viabilidad en términos de construcción política (identifica oponentes y aliados); y
- promueve las bases para una estrategia de acción comunicativa eficaz.

3. Implementación. Es el momento en que el análisis de actores e involucrados cobra todo su potencial en cuanto al análisis de viabilidad:

- permite identificar resistencias (opponentes) y apoyos (aliados) para planificar estrategias viables;
- da lugar a otras formas de gestión de carácter mixto, descentralizado y participativo; y
- orienta la acción comunicativa para argumentar, convencer y persuadir.

4. Evaluación y monitoreo. El análisis de actores e involucrados posibilita:

- identificar a actores e involucrados con interés y con capacidad para participar en el monitoreo de la política;
- la rendición de cuentas con participación de organizaciones de la sociedad civil y de los mismos beneficiarios; y
- evaluaciones desde la perspectiva de los involucrados.

Recapitulando

El análisis de actores e involucrados colabora en algunas funciones estratégicas de quien es responsable de la gestión de servicios territoriales de salud, ya que provee

información clave para construir viabilidad a través de la articulación y la negociación. A la vez facilita la comprensión de las diferentes perspectivas y del lugar y la mirada de los “otros”. Esto, por un lado, amplía la propia mirada, y a la vez ayuda a entender la heterogeneidad de sentidos que las acciones adquieren para los actores y los involucrados.

En el territorio, un buen gestor es –en gran medida– un decodificador, un intérprete y un catalizador de sentidos, y opera como mediador de lógicas distintas para crear condiciones de posibilidad: primero, para el diálogo y el entendimiento mutuo; y luego, para la búsqueda de acuerdos y de viabilidad de la política.

Por último, dos precauciones: 1) el conflicto es parte de estos procesos y de la gestión; no se trata de intentar anularlo, más bien conviene entenderlo como parte del proceso, encauzarlo y llegar a acuerdos (el consenso absoluto no siempre es posible; la diversidad y la divergencia son parte de la riqueza del proceso mismo); 2) la segunda advertencia –que podría ser considerada como una “falacia de la representación”– se refiere tanto a la escasa o nula representatividad que pueden tener los referentes o líderes territoriales respecto de los colectivos sociales a los que dicen representar (y en la aplicación de la técnica se puede asumir como dada esta relación) como así también a los propios técnicos y profesionales a cargo de la gestión de servicios y programas territoriales que pretenden adjudicarse esa representatividad.

Bibliografía

Chiara, M. y Di Virgilio, M. M. (2009) “Conceptualizando la gestión social”. En Chiara, M. y Di Virgilio, M. M., *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*. Prometeo-UNGS, Buenos Aires.



Fotografía cedida por SOFOVIAL (Sociedad de Fomento del Video Alternativo)

Módulo 6

Aproximaciones a los planteamientos de los organismos de salud

María Mercedes Di Virgilio

Presentación de la problemática

En el marco de los procesos que han conducido a los países de América Latina hacia la democracia, las políticas sociales estatales experimentaron una reorientación conceptual. El sector salud no es ajeno a esta (re)conceptualización. A fin de dar respuesta a la cuestión sanitaria, surgen nuevos enfoques que sientan las bases para una reorganización de los sistemas de salud y de los procesos de atención.

En estas páginas se recorren los principales enfoques que los organismos regionales e internacionales sectoriales han impulsado en el marco del proceso de (re)conceptualización de las políticas sociales. Su propósito es describir desde una perspectiva comparada las propuestas de atención primaria de la salud, sistemas locales de salud y determinantes sociales de la salud de redes integradas de servicios de salud, así como el tipo de vinculación que plantean con el territorio.

La atención primaria de la salud como estrategia

El enfoque de la atención primaria de la salud (APS) se desarrolla con base en la redefinición del concepto de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “un estado completo de salud física, mental y social”. El hito fundacional de la propuesta de la APS es la Declaración de Alma Ata de 1978. Durante esta conferencia, la OMS lanzó la meta “Salud para todos en el año 2000”, y definió a la APS como:

“La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo” (Declaración de Alma Ata, 1978).

La propuesta de la APS implica un pasaje desde una concepción de la atención de la salud asociada al tratamiento de la enfermedad hacia una visión más integral centrada en la prevención y el cuidado. A partir del planteamiento de la APS, se reorienta la atención del sistema de salud: su papel ya no es solamente *reactivo*, sino también *proactivo*. En este marco, promueve el involucramiento de nuevos actores en la atención de la salud. Así, el primer nivel de atención –en el que se incluyen el hogar, la comunidad y los puestos sanitarios locales– se vuelve central, haciendo posible la oportunidad en la atención a partir de estrategias preventivas y de promoción, así como también disminuyendo la demanda de servicios a los hospitales.

Así lo expresa la Declaración de Alma Ata:

“[La APS] exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de la salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar” (art. 6).

En este marco, el territorio de proximidad se constituye en un recurso estratégico, en la medida en que es a partir de este que se configura el entramado de actores que actúa en la estrategia de APS y se define la oferta de servicios que deberán articularse en su implementación.

El recurso humano involucrado tiene también un carácter fuertemente territorial: los espacios de atención primaria están liderados por promotores comunitarios, que reciben capacitación para luego poder auxiliar a aquellos que se encuentran a su alrededor. Así, en la APS los hospitales y los espacios de atención primaria tienen roles complementarios: los primeros se orientan al tratamiento de las enfermedades graves —cumpliendo así su función específica—; y, por otra parte, los segundos, orientados a la persona y a la población, se ocupan de intervenciones tempranas para prevenir enfermedades, prevenir el deterioro por la enfermedad y minimizar el impacto de la enfermedad en el funcionamiento (Starfield, 2009). Esta redefinición de roles permitiría minimizar los costos tanto a nivel de sistema como a nivel del individuo, puesto que los servicios especializados son más caros que los de la atención primaria.

En este marco, las fortalezas atribuidas a esta propuesta son: a) la reducción de los costos; y b) mayor equidad en la atención (la segunda sería consecuencia de la primera).

No obstante, la APS resultó ser ampliamente criticada; en parte, por las mismas dimensiones en las que se intentó posicionar como modelo superador. Así, una de las principales críticas se asocia a que, puesto que la prevención resulta ineficaz, no se reducen los costos reales de los servicios de salud. Por otra parte, en su implementación los modelos de APS eliminaron la participación comunitaria.¹³

¹³ En el Módulo 9, Ana Ariovich desarrolla las distintas dimensiones del desempeño de la atención primaria de la salud (APS).

Sistemas locales de salud (SILOS)

Ya en la década de los 80 en los países de América Latina, a partir de las críticas a la APS y en un contexto de fuerte crisis económica, la utilización más eficaz y eficiente de los recursos se convierte en una meta a alcanzar. A partir de las promesas incumplidas que deja la APS, los organismos comienzan a detectar que, para que la participación social se efectivice, es necesario que los modelos de atención tengan en cuenta el contexto en el que se insertan. En este sentido, la excesiva centralización de los sistemas de salud y la falta de coordinación obstaculizan la posibilidad de brindar una respuesta organizada a la demanda creciente de material de salud. Como respuesta a esta situación, el modelo de los SILOS pone énfasis en la acción local. Los SILOS se plantean, en este marco, como una profundización o concretización del planteo de la APS:

“Se considera que el fortalecimiento y desarrollo de los sistemas locales de salud es una táctica operacional adecuada para la aplicación de los principios básicos de la estrategia de APS” (OMS, 1990: 5).

De este modo,

“un sistema local de salud consiste en [...] 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: 618).

La estrategia de implementación de los SILOS se compone de tres etapas: identificación y diagnóstico, administración y liderazgo e integración y coordinación. La primera etapa busca enfocar la atención en el contexto local. Se establecen sus límites identificando las características geográficas, demográficas, epidemiológicas y culturales de la población; luego, deben identificarse los recursos disponibles a fin de utilizarlos de manera eficiente y equitativa. La segunda etapa implica rediseñar la administración y el liderazgo de los sistemas de salud en función de la descentralización. Finalmente, debe diseñarse la coordinación intersectorial del sistema local de salud.

En este sentido, los SILOS representan un desafío en términos de división del trabajo entre distintos niveles: sistemas nacionales, provinciales y municipales. En el nivel local, la atención se orienta a los individuos, familias, grupos sociales y comunidades:

“La atención a nivel local debe verse como una unidad básica organizativa de una entidad global plenamente articulada al sistema nacional de salud” (*Ibid.*, 22).

La acción local, entonces, es flexible y adaptable a las necesidades particulares de cada contexto local.

Por último, cabe resaltar que este modelo de organización implica una redistribución de la ejecución presupuestaria en salud:

“La asignación de fondos provenientes del nivel central por ‘programas verticales’ o por patologías debe sustituirse por asignaciones presupuestarias hacia el nivel local, a fin de ejecutar actividades integradas de salud dirigidas a la población bajo su responsabilidad. Al cambiar la asignación por patología por una asignación por población, es posible considerar las prioridades en función de necesidades y riesgos poblacionales a nivel local” (*Ibid.*, 23).

El enfoque de los SILOS define la territorialidad con base en criterios topográficos: los servicios dependen de jurisdicciones (nacional, provincial y municipal) que se distinguen, entre otras cuestiones, por sus capacidades diferenciales de control sobre el territorio. Asimismo, los servicios se organizan y articulan en áreas o regiones que responden a los criterios que organizan el proceso de descentralización.

¿Cuáles son las fortalezas de este enfoque? En primer lugar, la propuesta de articulación entre los distintos niveles de atención permite concretar la integración de los distintos niveles del sistema de salud. Los niveles centrales apoyan al nivel local, articulando esfuerzos. Por otra parte, propicia la *flexibilidad y adaptabilidad*, permitiendo atender las problemáticas locales de manera más eficiente y efectiva. Por su parte, en cuanto a debilidades, dada la centralidad otorgada a los trabajadores de la salud en esta propuesta, la *debilidad operacional* en este nivel es muchas veces el motivo por el que este enfoque se lleva adelante de manera desarticulada.

Los SILOS representan un desafío en términos de división del trabajo entre distintos niveles: sistemas nacionales, provinciales y municipales.

Determinantes sociales de la salud

El planteamiento de los determinantes sociales de la salud (DDSS) es impulsado con fuerza a principios del siglo XXI, como respuesta al fracaso de ambas propuestas anteriores, reorientando la definición de la salud a un enfoque aún más integral, que implica inscribirla como problema social, atravesado por distintos determinantes que

exceden el campo de la salud. Como fue presentado en la primera parte de este documento¹⁴, existen distintos tipos de determinantes que comienzan a ser considerados a partir de este enfoque:

“Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país” (OMS, 2008: 1).

En este sentido, el enfoque de los DDSS propone un abordaje de la salud desde una perspectiva multisectorial, es decir, involucrando a otros sectores sociales cuyas acciones tienen impacto sobre la situación de la salud de una población determinada. Así, para analizar problemas vinculados a los DDSS, la PPHC-KN (Priority Public Health Conditions Knowledge Network) desarrolla un modelo de cinco niveles de análisis que sigue una lógica de cascada: el contexto socioeconómico de la sociedad; el ambiente social y físico de un grupo social; la vulnerabilidad de los grupos sociales; los resultados desiguales en cada individuo y, también a nivel del individuo, las consecuencias diferenciales en términos de salud. De este modo, cada nivel permitiría comprender con mayor profundidad al siguiente y realizar intervenciones que trabajen sobre los niveles de manera diferenciada.

Figura 6.1: Modelo socioeconómico de salud



Fuente: Whitehead, M.; Dahlgren, G. y Gilson, L. (2001: 314)

¹⁴ Módulo 1, “Salud y cuestión social”, a cargo de Federico Tobar.

El enfoque propone que en cada uno de los niveles de análisis se identifique: 1) qué determinantes sociales están en juego y su contribución en la inequidad social; 2) qué posibles puntos de intervención pueden realizarse; 3) qué efectos secundarios podría tener dicha intervención; 4) qué fuentes de resistencia al cambio podrían encontrarse; y 5) considerar qué es lo que ya se ha probado y qué se puede aprender de los resultados obtenidos.

En esta perspectiva, la territorialidad también se define, al mismo tiempo, con base en criterios topográficos y de proximidad, en la medida en que los factores que operan como DDSS tienen expresiones territoriales en diversas escalas.

Este modelo recoge también los aportes de la APS y de los SILOS. Si la APS y los SILOS ampliaban e integraban los niveles verticales de los sistemas de salud, el planteamiento de los DDSS supone una ampliación horizontal. La estrategia implica la realización de intervenciones comprensivas que puedan lidiar con las realidades socioeconómicas y políticas.

Por último, la OMS propone una serie de cuestiones a tener en cuenta a la hora de formular políticas de salud bajo el enfoque de los DDSS (Blas y Sivasankara, 2010):

1. ¿Es posible replicar la propuesta en distintos contextos y circunstancias?
2. ¿Se encuentran dispuestos los recursos humanos, materiales y técnicos para que la intervención pueda sostenerse el tiempo necesario para garantizar su efectividad?
3. ¿Es posible llevar esta intervención a una mayor escala?
4. ¿La intervención está programada para poder implementarse en distintas condiciones políticas?
5. ¿Las inversiones necesarias son razonables?
6. ¿Las capacidades técnicas necesarias se encuentran disponibles o pueden ponerse a disponibilidad de la implementación de esta política?

Las *principales fortalezas* de este modelo se encuentran, por sobre todo, en considerar a la salud no ya como un problema aislado, sino inscripto en el entramado social y atravesado por otras lógicas (económica, educativa, ambiental, de género, entre otras). En este sentido, a partir de este análisis holístico, las intervenciones que se proponen en el marco de este modelo prometen tener mayor impacto en términos de atención de la salud.

Si bien este modelo se encuentra actualmente en plena vigencia, se le realizan algunas críticas. Así, algunos especialistas afirman:

“El empleo de un solo modelo teórico para explicar la salud puede hacer más difícil distinguir entre los determinantes sociales de la salud y los procesos sociales que determinan la distribución desigual de esos determinantes” (Starfield *et ál.*, 2006: 272).

Redes integradas de servicios de salud (RISS)

El modelo de atención de las redes integradas de servicios de salud (RISS) surge desde la OPS para dar respuesta a la problemática de la fragmentación en la organización de los sistemas de salud. La fragmentación se hace visible en dos niveles. Por un lado, a nivel del desempeño general del sistema, como una falta de coordinación entre distintos niveles o lugares de atención. Por otro lado, para los usuarios, la fragmentación se traduce en un acceso diferencial a los servicios de salud, discontinuidad en la atención o desconexión entre la oferta de servicios y sus necesidades.

La conformación de redes, según este planteo, permitiría, a través de la integración, brindar un servicio más equitativo y eficiente a los usuarios. De alguna manera, las RISS intentan funcionar como una estrategia para permitir la escalabilidad del modelo de atención primaria. Recordemos que una de las principales críticas al modelo de APS había sido, justamente, las dificultades en su implementación.

Las RISS pueden ser definidas, entonces, como:

“... un conjunto de organizaciones que ofrecen [...] servicios a una población definida, y se responsabilizan por los costos y resultados en salud de su población. Los objetivos finales de este tipo de organizaciones son la mejora de la eficiencia global en la provisión de la atención y la continuidad de la misma, a través de un objetivo intermedio: la mejora en la coordinación de los servicios o integración asistencial” (Vázquez *et ál.*, 2006: 5).

Según Vargas y Vázquez (2005; 2006), las RISS pueden caracterizarse según cinco tipos de integración:

a. Niveles de atención integrados: si la integración se organiza dentro del mismo nivel de atención (por ejemplo, a nivel de puestos sanitarios), entonces es una integración horizontal; si lo que se propone es un continuo asistencial, la integración se organiza verticalmente. Un ejemplo de lo mencionado son los sistemas *multihospitalarios*, donde dos o más hospitales se encuentran coordinados entre sí a partir de un organismo central.

- b. Producción interna de servicios:** en una orilla se posicionan las redes que proveen de manera directa la totalidad de los servicios; y en la otra, las que subcontratan todos los servicios. Por supuesto, entre estos dos polos existen múltiples combinaciones de producción y subcontratación.
- c. Formas de relación:** las organizaciones que conforman una red integrada de servicios pueden constituirse como una única propiedad (y en este caso la relación es vertical) o establecerse como entidades independientes que constituyen una relación virtual a través de contratos u otros acuerdos de colaboración.
- d. Liderazgo:** las RISS pueden estar conformadas por distintas unidades: grupos de médicos, aseguradoras, hospitales, o una combinación entre ellos.
- e. Formas de afiliación:** las redes pueden basar su afiliación en criterios geográficos/demográficos o voluntarios. Así, el primer modelo implica un planeamiento previo por parte de un sistema centralizado que delimita una población específica a partir de criterios geográficos/demográficos. En otra línea, las redes de afiliación voluntaria están vinculadas al mercado y a los planes de salud.

Una de las principales virtudes de este enfoque es que —a diferencia de la APS o incluso de los SILOS— está concebido para ser escalable. Por lo tanto, tiene en cuenta distintas estrategias, estructuras y procesos que resultan claves a la hora de la puesta en marcha del planteamiento. Contrariamente, si bien el principal objetivo de las RISS es la mejora de la eficiencia y la equidad en los servicios prestados en salud, en un entorno de poca regulación estatal y alto nivel de competencia, este podría no ser el resultado esperado. En principio, parecería que la introducción de las RISS en estos entornos aumenta los incentivos a la selección de pacientes. En este sentido, Vázquez *et al.* advierten:

“En el largo plazo se puede producir una disminución en el acceso, ya que las redes que compiten por los afiliados pueden responder al incremento de costos limitando la cobertura de los servicios” (2006: 7).

El enfoque de las RISS prioriza una configuración en red de los espacios locales.

Finalmente, cabe destacar que el enfoque de las RISS prioriza una configuración en red de los espacios locales. La modalidad bajo la cual se organizan y articulan servicios y recursos define una configuración espacial reticular.

A modo de cierre, se presenta una tabla resumen con las principales características de los distintos modelos:

Tabla 6.1: Principales características de los modelos de APS, SILOS, DDSS y RISS

	APS	SILOS	DDSS	RISS
Dimensiones de la salud a las que atienden	Prevención y promoción de la salud	Dimensión territorial de la cuestión de la salud	Determinantes sociales que provocan impactos diferenciales de los problemas en salud	Integración de los servicios de salud
Actores principales	Promotores comunitarios	Trabajadores locales de la salud	Actores que formulan las políticas de salud a gran escala	Articulación entre actores de la salud
Estrategia principal	Primer nivel de atención	Descentralización y acción local	Análisis multinivel para la formulación de políticas comprensivas	Conformación de redes para una mejor eficiencia y continuidad en la atención
Territorialidad que define	Territorio de proximidad	Territorio área	Territorio de proximidad + territorio área	Territorio red
Fortalezas	Concepción integral de la salud	Articulación de esfuerzos entre niveles	Concepción de la salud como inscrita en el entramado de las problemáticas sociales	Escalabilidad de la estrategia
Debilidades	Más costoso de lo previsto; no logra realmente la participación comunitaria	Debilidad operacional de los actores locales	Modelo de análisis que no permite diferenciar a los ddss de los procesos sociales que generan su distribución desigual	Posibles resultados no esperados en contextos poco regulados

Fuente: elaboración propia.

Bibliografía

- Blas, E. y Sivasankara, K. A. (2011) *Social determinants approaches to public health. From concept to practice*. Geneva, World Health Organization.
- Chiara, M. y Ariovich, A. (2013) “Luces y sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS/OMS en América Latina”. En *Cadernos Metropole*, 15, 29.
- Gutiérrez, G. (1991) “Los sistemas locales de salud: una transición de la respuesta social organizada”. En *Salud pública de México*, 33, 6, 617-22.

- Organización Mundial de la Salud (1979) *Atención primaria de la salud. Informe de la Conferencia internacional sobre atención primaria de la salud, Alma-Ata, URSS*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm. [Consultado: 20-05-11].
- Organización Mundial de la Salud (1979) *Atención primaria de la salud. Informe de la Conferencia internacional sobre atención primaria de la salud, Alma-Ata, URSS*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (1990) “Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud”. En OPS/OMS, *Los sistemas locales de salud*. Washington.
- Organización Mundial de la salud (2008) *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf. [Consultado: 20-05-11].
- Organización Mundial de la salud (2008) *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Paganini, J. M. (1999) “Los sistemas locales de salud: una estrategia para favorecer la cobertura y la equidad en salud”. En Benguigui, Y.; Land, S.; Paganini, J. M. y Yunes, J., *Acciones de salud materno infantil a nivel local: según las metas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia*. Washington D. C.: OPS. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/AIEPI4-2.pdf>. [Consultado: 20-05-11].
- Starfield, B.; Shi, L. y Macinko, J. (2006) “Contribution of primary care to health systems and health”. En *Abstracts in Social Gerontology*, 49, 1.
- Vázquez Navarrete, M. L. y Vargas Lorenzo, I. (2006) “Redes integradas de servicios de salud: ¿solución o problema?”. Universidad Nacional de Rosario. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56240101>. [Consultado: 20-05-11].
- Vázquez Navarrete, M. L. et ál. (2005) “Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis”. En *Revista Española de Salud Pública*, 79, 6.
- Whitehead, M.; Dahlgren, G. y Gilson, L. (2001) “Developing the policy response to inequities in health. A global perspective”. En *Challenging inequities in health care. From ethics to action*. Oxford University Press, Nueva York.



Fotografía cedida por SOFOVIAL (Sociedad de Fomento del Video Alternativo)

Módulo 7

La dimensión institucional de la gestión

Javier Moro

Presentación de la problemática

En las últimas décadas, el debate en torno a la gestión de políticas públicas ha adquirido relevancia en el ámbito académico y en las propias áreas sectoriales de gestión. La amplificación de la oferta académica de posgrado así como las múltiples instancias de capacitación y foros de debate sobre gestión pública con gran participación de técnicos y funcionarios dan cuenta de esto, y el campo de la salud no ha sido ajeno a ello.

Claro que los contextos políticos no se mantuvieron inalterables durante las últimas décadas: en los 90, la preocupación por la eficiencia se inscribía en un proceso de reforma del Estado entendida en clave de ajuste y reducción del déficit, lo que imponía de antemano criterios selectivos de priorización y focalización (con cuestionamientos a los servicios universales) a la vez que se promovían transformaciones hacia la mercantilización de los sistemas de protección social.

Por su parte, en años recientes se ha recuperado la centralidad de la intervención estatal y de la política y se cuestiona la mercantilización de la protección social por los efectos de inequidad y desigualdad, a la vez que se resitúa el debate sobre la universalidad de las políticas sociales. De este modo, así como los diferentes enfoques de los organismos internacionales de salud –revisados en módulos anteriores– dan cuenta de un cambio conceptual que acompañó a (y formó parte de) los procesos políticos de América Latina, en este módulo se recuperan conceptos y herramientas que permiten definir y comprender los escenarios institucionales que delimitan los ámbitos de gestión pública para las políticas y los servicios de salud.

La dimensión institucional de la gestión

Existen diferentes vertientes teóricas en las ciencias sociales que permiten utilizar conceptos de distinto alcance para analizar los contextos institucionales donde se desarrollan los procesos de las políticas de salud. En este módulo se hace referencia a algunos de estos conceptos, pero solo en términos operativos para el análisis de la gestión y de los procesos de descentralización en el sector salud.

La discusión en torno a la institucionalidad recorre el debate sobre las políticas y el sistema de salud en nuestro país. Las características mismas de un sector conformado por subsectores con lógicas de funcionamiento muy distintas –el público estatal, el de obras sociales y el de gestión privada– pone en un lugar de relevancia el análisis en dos planos interrelacionados: los actores y los escenarios que definen

la interacción. Respecto de los actores, las claves que orientan su análisis ya han sido desarrolladas.¹⁵

Por lo tanto, se plantea el análisis de los *escenarios*, entendiendo por tales al contexto más general en el que se inscribe la acción pública y, en un plano más específico, el *ámbito institucional* que funciona como marco para la gestión de políticas y servicios de salud. En particular, el análisis está centrado en el subsector público (estatal) de salud y en un plano de implementación territorial de las políticas sanitarias, donde —como se señala más adelante— cobrarán relevancia las relaciones interjurisdiccionales, también llamadas intergubernamentales (RIG).

La fragmentación del sector salud en la Argentina pone en un lugar de relevancia el análisis de los actores y del marco institucional.

La gestión de políticas y servicios de salud, sus lógicas de funcionamiento y sus dinámicas y conflictos pueden ser analizados a partir del comportamiento de los actores intervinientes, pero estas acciones y relaciones no se producen en el vacío, sino que cobran sentido al interior de un ámbito institucional, en este caso el campo de la salud. Al respecto, el concepto de campo, desarrollado por Bourdieu y Wacquant (1995), propone una analogía con respecto al concepto de campo magnético usado en la física para plantear la estructuración de cada sociedad en torno a campos (específicos) de poder. En este sentido, el campo vendría a ser una red de relaciones relativamente duraderas y estructuradas, es decir, con posiciones estables, jerarquizadas y conflictivas. Por lo tanto, importa más la posición que se ocupa dentro de esa estructura de relaciones que el sesgo personal o individual. Es al interior de esos campos donde se produce la lucha por el poder, y esto se da a partir de un conocimiento o saber (*capital cultural* para este autor) que opera como dominante y en torno al cual se debate, se polemiza, etc. En el campo de la salud, la medicina (alopática) funciona como ese conocimiento dominante. Ahora bien, cuando se desplaza el debate hacia áreas de gestión y a un nivel macro, ya el papel del conocimiento medicinal no resulta (tan) hegemónico. El planteo de Bourdieu alude a la noción de *habitus*, que al interior de cada campo se refiere a un modo naturalizado de hacer y de proceder que no requiere reflexión y, por lo tanto, no se cuestiona. Por lo que esas posiciones estructuradas (objetivas, en el sentido de establecidas más allá de la acción de los agentes) funcionan según una disposición para actuar (el *habitus*) que es justamente lo que guía la acción y la percepción de los actores.

La perspectiva de Bourdieu, muy citada en los análisis de la sociología política, resulta fructífera para describir y analizar en un nivel general el funcionamiento del sector salud. En ese nivel permite trazar líneas explicativas que vinculan el campo

¹⁵ Módulo 5: “Actores e involucrados en la gestión de la salud en el territorio”, también de Javier Moro.

de la salud con el contexto social, político y económico dominante en un momento determinado. Tal como señala Spinelli (2010), el concepto de campo resulta más preciso y apropiado que el usado más habitualmente de *sistema de salud*, ya que este último remite a una idea simplificada y no da cuenta de la complejidad que caracteriza a la gestión de la salud.

Sin embargo, el concepto de campo pierde un poco su fuerza explicativa cuando se analizan niveles más micro de la implementación; allí puede resultar un poco estático y no permite dar cuenta de los márgenes de autonomía relativa que tienen los actores para promover cambios, conformar coaliciones y manejarse con cierta discrecionalidad en la operatoria concreta de los servicios de salud. Tal vez sea por eso que en los estudios de las ciencias políticas y administrativas aplicados al análisis del sector salud suelen ser más utilizadas algunas de las variantes del llamado neo-institucionalismo para enmarcar los escenarios de acción de los actores.

En esta orientación teórica, lo central para entender el funcionamiento de los actores es el marco institucional. Ahora bien, las instituciones no son entendidas en el sentido más tradicional (planteado en las primeras conceptualizaciones), vinculado a la normativa y a la ley; de allí que se denominen como neo-institucionalistas. La perspectiva institucionalista clásica se asociaba al sentido, también más tradicional, de la burocracia, regida más en función del cumplimiento de la norma que por el logro de los resultados. El foco de esa perspectiva (bastante criticada pero aún vigente en la gestión pública, sobre todo cuando se diseñan políticas) lleva a mirar la normativa formal por encima de su funcionamiento efectivo, de las interpretaciones y rutinas que se ponen en juego a nivel de las prácticas.

Pueden diferenciarse tres vertientes del neo-institucionalismo que enfatizan distintos aspectos:

- *Reglas formales e informales*
- *Rutinas y hábitos*
- *Mapas cognitivos*

Por su parte y en contrapunto, los neo-institucionalistas recuperan el papel de las instituciones pero no anclado en la (mera) formalidad, sino que ponen el foco en los aspectos que funcionan a modo de normas aun sin estar establecidas en ningún documento legal o administrativo. Esto, en el terreno de la salud, tiene fuertes repercusiones, ya que si bien es un ámbito donde las prácticas en torno al ejercicio de la profesión presentan

altos niveles de protocolización, esta perspectiva analítica plantea una mirada que da relevancia a una dimensión más opaca en la gestión de los servicios.

Siguiendo a Vergara (2000)¹⁶ es posible diferenciar tres vertientes del neo-institucionalismo:

1. Una vertiente que pone el acento en la institucionalidad, entendida esta como las *reglas formales e informales* que estructuran las relaciones entre actores, enmarcando las posibilidades de acción, vinculación e intercambio. El referente más citado en esta línea es el economista North (1993).¹⁷

2. Otra vertiente pondera los aspectos más ligados a la cultura organizacional que cristaliza en *rutinas y hábitos* (March y Olsen, 1983).¹⁸

3. Finalmente, está la noción de institución más ligada a *mapas cognitivos*, como una concepción particular del mundo que se encuentra vinculada a los procesos culturales que dan sentido a la acción.¹⁹

La particularidad del campo de la salud es que el conocimiento que funciona a modo de mapa cognitivo (siguiendo la acepción neo-institucionalista) o como capital cultural (en el marco conceptual de Bourdieu) es la medicina, y esta disciplina científica media y posibilita las intervenciones, estructurando relaciones que se caracterizan por una fuerte asimetría de la información entre los efectores del servicio y la población usuaria.²⁰ Esto da aún más relevancia a la cultura organizacional y a la institucionalidad sectorial en salud, ya que da el marco de acción específico que establece los márgenes de autonomía relativa de los efectores de los servicios sanitarios en ambientes de por sí caracterizados por relaciones asimétricas con la población destinataria.

Tal como fue analizado al inicio de este módulo, Repetto (2009) propone una distinción analítica entre institucionalidad política e institucionalidad social. Mientras la primera remite a una esfera más general, en la cual tienen injerencia aquellos

¹⁶ Vergara (2000).

¹⁷ El énfasis para no quedarse en un análisis de la normativa formal pone en foco el peso que adquieren las reglas no escritas en las instituciones, que en algunas ocasiones pueden tener más peso y reorientar la aplicación de la normativa formal.

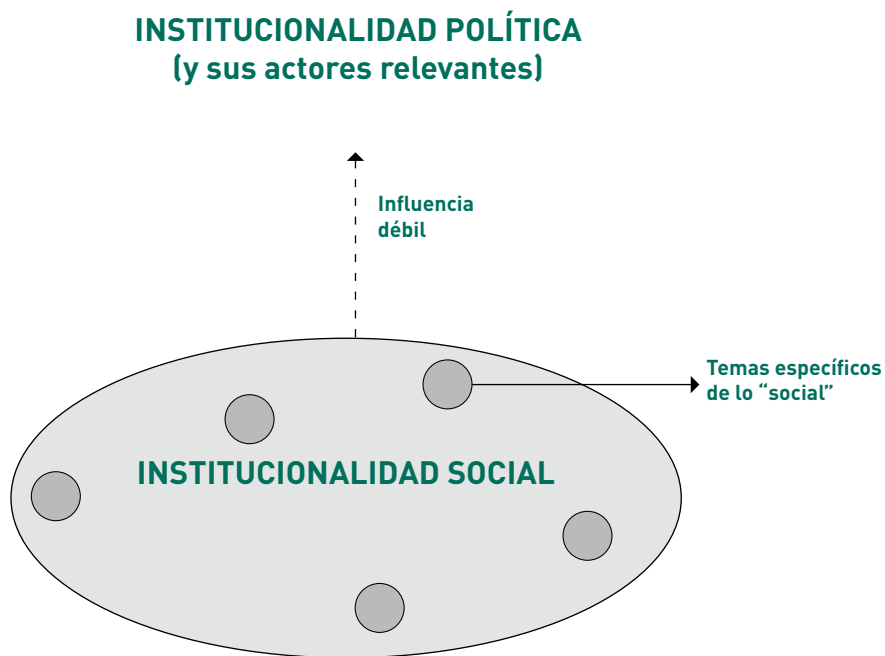
¹⁸ Casi como contrapunto extremo al racionalismo y al análisis centrado en reglas formales, estos autores proponen un modelo llamado “bote o cesto de basura”, donde el azar cumple un papel central: en contextos institucionales signados por la urgencia: las organizaciones funcionan como depósitos de soluciones “pre-formateadas”, de las cuales se echa mano de manera azarosa ante una coyuntura apremiante. Las organizaciones funcionan como máquinas de soluciones a la caza de problemas.

¹⁹ “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 (Powell y Di Maggio, 1991. Citado por Vergara, 1994).

²⁰ Este es uno de los problemas clásicos que aborda la economía en términos de fallas de mercado y problemas de la información.

actores poseedores de una particular dotación de recursos que los habilita a participar del juego estratégico de disputa por el poder durante un período de tiempo, la institucionalidad social hace referencia al ámbito más específico de gestión de la política social (en este caso, la política de salud). Este autor da cuenta de un doble condicionamiento entre ambas esferas pero con predominio de la institucionalidad política, tal como se representa en la siguiente figura extraída del trabajo de Repetto (2009):

Figura 7.1: Institucionalidad política e institucionalidad social



Fuente: Repetto (2009: 150).

Para definir la institucionalidad social, Repetto recupera y condensa los aportes de las tres vertientes neo-institucionalistas mencionadas anteriormente:

“Se interpretará la ‘institucionalidad social’ como el conjunto de reglas de juego formales e informales (incluyendo las rutinas y costumbres organizacionales) que se ponen en funcionamiento para procesar y priorizar los problemas sociales, a la vez que para enmarcar el contenido y la dinámica administrativa y política de las políticas sociales. Para todos los involucrados, la institucionalidad social representa un entramado de incentivos que estructura sus límites y

oportunidades de negociación y acción, lo cual, sin embargo, no clausura las posibilidades para que se avance en transformaciones más o menos amplias de dicha institucionalidad” (Repetto, 2009: 153).²¹

Como ejemplo de cuan refractaria resulta la institucionalidad social respecto de la institucionalidad política, pueden mencionarse las transformaciones en el sistema de protección social acontecidas en el país durante la década del 90, bajo el impulso de una reformulación de una institucionalidad política que giraba hacia el mercado como instancia privilegiada de coordinación social. Esa institucionalidad política funcionó como un contexto autorizante para que muchos servicios sanitarios del nivel local incorporasen la modalidad del arancel o bono contribución.

Para profundizar el análisis de la institucionalidad local y supralocal de la salud hace falta revisar los principales aspectos de la descentralización en la Argentina.

La descentralización como nuevo marco institucional en salud

La descentralización en América Latina tuvo su auge en las décadas recientes y se dio bajo la inspiración del llamado Consenso de Washington e inscripta en procesos estructurales de ajuste fiscal que se desplegaban bajo la retórica de la reforma del Estado. De esta lógica general no escapa el subsector estatal de salud. Como señalan Cetrángolo y Gatto (2002), los criterios que primaron en las diferentes oleadas de descentralización en salud fueron de carácter fiscal.

La descentralización hace alusión a un proceso de transferencia desde niveles superiores de la organización estatal hacia los niveles intermedios (provinciales) y/o los municipios.

Vale mencionar una diferencia entre la descentralización y dos procesos similares pero con características distintivas:

Desconcentración: se refiere a la transferencia de autoridad a niveles menores pero que siguen respondiendo al gobierno central (puede tratarse de desconcentración funcional y/o financiera pero que no implica transferencia de autoridad política).

²¹ Repetto (2009) propone una distinción analítica de tres niveles de reglas institucionales (Acuña y Tommassi, 1999) que mantienen un sentido de incidencia vertical o piramidal (de lo más general a lo particular).

Delegación: transferencia de tareas o funciones a organizaciones autónomas, que reciben recursos públicos y tienen que reportar al gobierno central. Por ejemplo, las entidades autónomas, autárquicas o descentralizadas.

Los procesos de descentralización redefinen el mapa institucional preexistente, y en este sentido Jordana (2001) plantea tres tipos de resultados posibles:

Monopolio institucional: el nivel central maneja de modo exclusivo un área de gestión pública.

Monopolio institucional distribuido: el nivel subnacional o local maneja de modo exclusivo un área de gestión pública.

Pluralismo institucional: distintos niveles de gobierno comparten responsabilidades.

A la luz de esta tipología podemos considerar que el modelo de los sistemas locales de salud (SILOS) analizado en el Módulo 6²² promueve un esquema de pluralismo institucional, y que el enfoque de redes integradas de servicios, aun sin cuestionar la lógica de pluralidad institucional, intenta dotar al sistema de salud de una mayor articulación ante los riesgos de potenciar la fragmentación y heterogeneidad territorial. Esta aproximación deja abiertos interrogantes en torno a la coordinación; cuestión que se abordará en el último módulo.²³

El caso del sector salud en la Argentina resulta bastante emblemático al respecto. Habiendo tenido su auge y su período de expansión a mediados del siglo XX durante el primer peronismo y con la fuerte impronta del ministro Ramón Carrillo, bajo un esquema de monopolio institucional, ya a fines de la década del 50 se producen las primeras transferencias, que luego en 1978 –bajo la última dictadura militar– tienen un avance significativo con el traspaso de 65 hospitales, proceso que culmina en el año 92 con el traspaso de 20 hospitales que aún administraba el Estado nacional. El siguiente cuadro nos presenta la distribución del gasto público en salud por nivel jurisdiccional, donde se observa el peso significativo que tienen los Estados provinciales en el sistema argentino.

²² Se hace referencia al Módulo 6: “Aproximaciones a los planteamientos de los organismos de salud”, de María Mercedes Di Virgilio.

²³ Se hace referencia al Módulo 10: “La coordinación como camino hacia la integralidad”, de Magdalena Chiara.

Tabla 7.1: Distribución porcentual del gasto por jurisdicción. Argentina, 1990, 2000 y 2008

Nivel de gobierno	Atención pública de la salud		
	1990	2000	2008
Gobierno nacional	17,5%	14,5%	15,4%
Provincias y Ciudad Autónoma de Bs. As.	68,3%	69,2%	69,4%
Gobiernos municipales	14,2%	16,3%	15,2%

Fuente: PNUD (2010). "Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2010. Desarrollo humano en la Argentina: trayectos y nuevos desafíos". Buenos Aires.

El caso de la provincia de Buenos Aires es singular ya que allí los procesos de descentralización fueron conformando una matriz institucional de mayor complejidad, comparada al de otras jurisdicciones. Se trata de un sistema con un grado importante de municipalización²⁴ al que se suma un nivel intermedio constituido por las regiones sanitarias: espacios desconcentrados del Estado provincial para la coordinación regional en los aspectos técnico-administrativos y de articulación.²⁵ En tal sentido, dado que las tres jurisdicciones (nacional, provincial y municipal) ejercen competencias de salud en el territorio, nos encontramos con una matriz que se aproxima a lo que describe Jordana como un escenario de pluralismo institucional.

Además del formato institucional resultante, importa considerar los riesgos que conlleva un proceso de descentralización que no toma los recaudos pertinentes:

1. El primero y tal vez más notorio e importante quizás sea el incremento de la inequidad, particularmente en territorios signados por la desigualdad y con fuertes asimetrías.

2. También puede generar una pérdida de coherencia sistémica del sector, con superposiciones, inconsistencias entre la inversión, las escalas de atención y los niveles de complejidad. Todo eso es posible cuando no está claramente definido el papel de rectoría del nivel central.

²⁴ En una situación similar comparte la provincial de Córdoba y, más recientemente, Misiones y Santa Fe.

²⁵ La creación de las regiones sanitarias data del año 1966, y fue más recientemente modificada por el decreto 3.377/2006.

3. Otro aspecto que puede resultar potenciado es la poca transparencia del sistema, con escasos mecanismos de control y de participación (tanto de actores institucionales como de especialistas y de la propia ciudadanía usuaria de los servicios).

4. Por último, vale señalar el riesgo de validar desequilibrios en la transferencia de recursos que incentiven prácticas competitivas y no solidarias entre las jurisdicciones.

Bibliografía

- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1995) *Reflexiones para una antropología reflexiva*. Grijalbo, México D. F.
- Cetrángolo, O. y Gatto, F. (2002) *Descentralización fiscal en Argentina: restricciones impuestas por un proceso mal orientado*. ILPES, Quito, Ecuador.
- Jordana, J. (2001) *Relaciones intergubernamentales y descentralización en América Latina*. INDES-BID, Washington D. C.
- PNUD (2010) “Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2010. Desarrollo humano en la Argentina: trayectos y nuevos desafíos”. Buenos Aires.
- Repetto, F. (2009) “El marco institucional de las políticas sociales. Posibilidades y restricciones para la gestión social”. En Chiara, M. y Di Virgilio, M. M., *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*. Prometeo/UNGS, Buenos Aires.
- Spinelli, H. (2010) “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. En revista *Salud colectiva*, septiembre/diciembre, UNLa. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115348004>.
- Vergara, R. (2000) “Instituciones y políticas de gobierno: una mirada al caso de las políticas contra la pobreza en México”. V Congreso CLAD, Santo Domingo.

PARTE IV

Los desafíos de
la gestión integral
en salud

IV



Fotografía cedida por SOFOVIAL (Sociedad de Fomento del Video Alternativo)

Módulo 8

Las articulaciones intersectoriales desde la perspectiva de salud

Javier Moro

Presentación de la problemática

En los últimos años, la necesidad de articulación intersectorial ha ganado terreno en los foros, seminarios y ámbitos de debate sobre gestión pública y reforma del Estado. El campo de la salud pública no solamente no ha sido ajeno a este apogeo sino que es uno de los ámbitos sectoriales que aparece directamente interpelado.

Si bien no hay un desarrollo teórico consolidado en torno a la intersectorialidad, de manera sintética y un tanto esquemática podríamos aseverar que la propuesta de construcción intersectorial tiene dos grandes fundamentos: el primero tiene que ver con la caracterización misma del tipo de demandas, necesidades y problemas que se buscan solucionar desde las intervenciones públicas; el segundo argumento se sustenta en una crítica a esas intervenciones, justamente, por constituirse como modalidades restringidas y segmentadas ante una realidad que las rebasa.

Ambas líneas de argumentación están asociadas y resultan convergentes para sostener el núcleo central de la propuesta intersectorial: la necesidad de la integración entre diferentes sectores de las políticas públicas para generar sinergias y potenciar la capacidad de respuesta ante problemas de salud pública complejos que tienen múltiples factores causales.

Las articulaciones intersectoriales desde la perspectiva de salud

En el campo de la salud esto remite a recuperar la noción de salud en un sentido amplio y replantear una oferta de servicios que aparecen –las más de las veces– orientados a la atención de la enfermedad. La primera implicancia de esto es el reconocimiento de que la salud no es una cuestión acotada sino que involucra diferentes aspectos de la vida y, por lo tanto, diferentes áreas de la gestión pública. Esto no es algo novedoso en sí mismo en el campo de la salud, ya una serie de documentos y declaraciones en el ámbito internacional dan cuenta de un abordaje amplio respecto a la salud pública, como son los casos de los principios que guían la atención primaria de la salud, refrendados en la Declaración de Alma Ata (1978), que más tarde aparecen también en la formulación de estrategias y metas para el año 2000.²⁶ De

²⁶ Esta formulación se nutre de una serie de documentos regionales y mundiales: *Calidad de vida, desarrollo intersectorial y participación de la comunidad*, OPS, 1982; la Carta de Ottawa sobre la Promoción de la Salud (1986); la Declaración de Adelaide (1988); la Declaración de Sundswall (1991); la Declaración de Bogotá (1992); la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud (1993) y la Declaración de Yakarta (1997).

hecho, puede considerarse que la promoción de esta perspectiva amplia de la salud forma parte del impulso fundacional de organismos como la OMS y la OPS, como fue analizado en el Módulo 6.

Esta perspectiva promovida por los organismos regionales y mundiales de mayor peso para incidir en las agendas gubernamentales de los diferentes países lleva implícita una concepción de la salud como asunto público que pone en cuestión la visión más restringida de atención de la enfermedad, y a la vez reconoce la imbricación de múltiples factores combinados que afectan en sentido positivo y/o negativo a la salud de la población.

Justamente, el impulso del enfoque denominado “los determinantes de la salud” hace foco en que:

“La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socioeconómicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las ‘causas de las causas’, tales como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social” (*Subsanar las desigualdades en una generación*. Comisión sobre determinantes sociales de la salud, OMS, 2009).

Problemas complejos y multicausales que requieren abordajes integrales

La pregunta que queda planteada es si todos los problemas, por la “naturaleza”²⁷ de los mismos, requieren abordajes intersectoriales. Se trata de una pregunta retórica que apunta a esbozar que, visto desde el lado de los problemas públicos –en sentido amplio incluyendo las necesidades y demandas de la población–, existen algunas problemáticas que requieren de abordajes intersectoriales y otras que requieren de una acción especializada donde es suficiente con la capacidad de respuesta sectorial.

Existen algunas problemáticas que requieren de abordajes intersectoriales y otras que requieren de una acción especializada donde es suficiente con la capacidad de respuesta sectorial.

²⁷ El uso de la comilla se debe a que la referencia a la “naturaleza” de los problemas hace alusión a su estructuración y a los factores que inciden en esto, pero previene de caer en una falacia naturalista de la realidad social. Tal como se viene sosteniendo, los problemas públicos no son entidades ontológicas que se autodefinen, sino que son los actores quienes los definen y les dan esa envergadura en términos de prioridad pública.

Por ejemplo, el enfoque de los determinantes de la salud reconoce cuatro tipos de factores que determinan las condiciones de salud de la población: biológicos, ambientales, estilo de vida y sistema asistencial. Por ende, solo el primero responde a una intervención más restringida de un especialista de la ciencia médica; los demás implican a otras áreas y otras disciplinas. Este último aspecto incorpora un tema central de la intersectorialidad: se trata siempre de intervenciones que aluden, promueven y requieren de enfoques interdisciplinarios como sustento técnico-científico.

En la bibliografía básica de este módulo hay varios ejemplos de políticas que tienen características de intersectorialidad; en todos los casos se enfatizan los componentes vinculados a la salud y abarcan a diferentes áreas sectoriales: educación, trabajo, ambiente y agricultura.

Como ya fue señalado, uno de los fundamentos de la articulación y de los abordajes intersectoriales se da a partir del reconocimiento de algunos problemas, dados su complejidad y multicausalidad; a la vez, la otra línea de argumentación avanza por el lado de la crítica a las intervenciones sectoriales que tienden a la fragmentación y plantean un límite para revertir y transformar los factores causales.

En este punto vale considerar la precaución planteada por Repetto, quien señala que en años recientes la crítica al abordaje sectorial también estuvo inserta en los “fuertes embates ideológicos a los que fue sometido el aparato estatal en los momentos del auge neoliberal”, y refuerza la idea de que en ocasiones es pertinente “el abordaje especializado, con saberes técnicos específicos y respaldados en una identidad organizacional capaz de aportar legitimidad y reconocimiento a las intervenciones” (Repetto, 2009: 181).

Avanzando hacia una definición

Tomando en cuenta esta precaución se hace necesario proponer una definición de intersectorialidad y precisar si refiere a los mismos procesos y/o arreglos institucionales que los abordajes transversales. Son varios los autores que utilizan estos términos como sinónimos, sin embargo, en términos operativos aquí nos inclinamos por reconocer una especificidad distintiva a cada concepto. Si bien en muchas ocasiones efectivamente ambos abordajes conllevan implicancias similares y puede resultar que estén mutuamente imbricados, también puede ocurrir que lo intersectorial no conlleve la transversalidad y viceversa. La intersectorialidad refiere a un acuerdo de trabajo conjunto entre diferentes sectores, cada cual mantiene su especificidad y no

necesariamente requiere de la existencia de, por ejemplo, un enfoque común y transversal a las áreas. Por el contrario, se puede plantear una estrategia de hacer transversal un enfoque de derechos, de género, etc., en las diferentes áreas sectoriales, sin que esto implique abordajes intersectoriales efectivos, es decir, los enfoques transversales pueden permear las diferentes áreas sin que esto redunde necesariamente en acciones intersectoriales, aunque ciertamente lo intersectorial promueve la construcción de marcos conceptuales comunes y los enfoques transversales incentivan las acciones intersectoriales.

La intersectorialidad refiere a un acuerdo de trabajo conjunto entre diferentes sectores, cada cual mantiene su especificidad y no necesariamente requiere de la existencia de un enfoque común y transversal a las áreas.

Hecha esta salvedad, a continuación se plantean algunas características de la intersectorialidad en la gestión pública. Al respecto, una investigación empírica a nivel regional²⁸, coordinada por Nuria Cunill (2005)²⁹, sostiene que conceptualmente la noción de intersectorialidad remite a dos premisas:

1. Una plantea la integración entre sectores como vía para la búsqueda de soluciones integrales.
2. La otra se refiere a que la intersectorialidad permite utilizar productivamente los recursos, los saberes y aun los sesgos sectoriales.

La autora sostiene que la primera premisa “le asigna un *fundamento expresamente político* a la intersectorialidad” (Cunill, 2005: 1).³⁰ Efectivamente, puesto que es el fin (el para qué) de una política en cuestión –para su solución integral– que opera como sustento, se trata de una definición política.³¹ Por su parte, la segunda premisa

²⁸ La investigación elaboró “casos tipo” de cinco países: Argentina, Brasil, Bolivia, Chile y México.

²⁹ Ver bibliografía complementaria.

³⁰ El destacado corresponde a la autora.

³¹ Ahora bien, por lo dicho anteriormente, esta definición política no está exenta de un conocimiento interdisciplinario que le sirve a su vez de sustento a esa definición política para dar cuenta de la complejidad y la multiplicidad de factores causales o condicionantes de esa problemática. Este comentario va en parte como contrapunto del análisis de la autora, que sostiene que en la primera premisa “los sectores se corresponden con especialidades del conocimiento que, a su vez, remiten al criterio convencional de organización gubernamental (sector educación, sector salud, etc.). En la segunda premisa, en cambio, los sectores pueden referir también a las grandes lógicas de acción colectiva y mecanismos de coordinación social y, por lo tanto, la intersectorialidad, eventualmente, puede significar la articulación entre el sector público, el sector social y el sector mercantil” (Cunill, 2005: 4 y 5). Respecto a la aseveración de la segunda premisa, también podemos plantear un contrapunto: el carácter técnico de este argumento, reconocido por la autora, claramente parece acotar la integración sectorial como un medio para efectivizar acciones ya existentes, no asume desafíos de mayor envergadura ni redefine el problema para, a partir de allí, buscar nuevas soluciones.

es de carácter eminentemente *técnico*; allí la integración o el trabajo conjunto entre sectores permite compartir y optimizar recursos.

Componentes básicos de la intersectorialidad

Otro de los aportes de la investigación de Cunill es el intento por detectar elementos o componentes básicos que forman parte del concepto de intersectorialidad.

En tal sentido, reconoce tres componentes:

Intersectorialidad: “Articulación de saberes y experiencias en el planeamiento, realización y evaluación de acciones, con el objetivo de alcanzar resultados integrados en situaciones complejas, buscando un efecto sinérgico en el desarrollo social” (Junqueira *et ál.*, 1998).

La integración: el auge de la intersectorialidad ha instalado fuertemente la necesidad de integrar a las diferentes políticas, tanto por los desafíos de escenarios cambiantes y más complejos como por la necesidad de terminar con la segmentación y los “cotos” cerrados en que a veces se convierten los servicios públicos.

La inclusividad: se refiere al proceso mismo y sus implicancias en el quehacer cotidiano de las organizaciones intervinientes. Justamente, respecto a este elemento cobra protagonismo la OPS señalando que la intersectorialidad es también una pauta de acción para su implementación, en el sentido de que su instrumentación debe incidir en todos los sectores involucrados: “en los objetivos, las estrategias, las actividades y los recursos de los demás sectores” (OMS/OPS, 1982, citado por Rufián y Palma, 1990: 130).

La mancomunidad: este tercer elemento apela a una instancia (imaginaria si se quiere) donde cada sector puede reconocerse formando parte y, por lo tanto, compartiendo recursos, saberes y responsabilidades. La construcción de un sentido de corresponsabilidad frente a los problemas y las situaciones es parte de esta dimensión que se vincula fuertemente con el deber ser de las políticas y servicios públicos.

Cualquiera de estos tres componentes no puede dejar de considerarse a la luz de la principal característica, y tal vez la más evidente: la intersectorialidad es en sí misma una acción y un proceso político, en el sentido de que allí se pondrán en juego

intereses y perspectivas diversas, en escenarios institucionales que plantean múltiples restricciones mediadas por relaciones de poder.

Implicancias de la intersectorialidad para las políticas de salud

En el campo de la salud, la intersectorialidad pone en cuestión dos aspectos centrales del sector:

1. El predominio de la medicina como conocimiento dominante y a veces exclusivo.
2. La oferta de servicios centrada en el hospital, la complejidad y la atención de la enfermedad.

Asimismo, la intersectorialidad plantea una revisión de los problemas que rebasan la intervención del sector. Un ejemplo clásico al respecto es la cuestión nutricional, donde los nexos con las áreas de educación, de desarrollo social y también con organizaciones comunitarias resultan claves para hacer efectiva una estrategia integral en el territorio. A la vez, en un nivel más macro, este problema se vincula linealmente con las políticas económicas, particularmente aquellas que hacen al precio de los alimentos y al mercado laboral.

La intersectorialidad puede plantearse en diferentes momentos de una política, ya sea en instancias de diagnóstico, diseño, implementación y evaluación.

Finalmente, la intersectorialidad puede plantearse en diferentes momentos de una política, ya sea en instancias de diagnóstico, diseño, implementación y evaluación. Esto refiere a espacios de articulación en diferentes niveles, con características distintivas; desde ya no es lo mismo plantear un espacio de articulación interministerial que el funcionamiento de una mesa intersectorial en un barrio. Las características y lo que se pone en juego en esos espacios es bien distinto, como así también las necesidades e incentivos de los involucrados para hacer efectiva la articulación, aunque en ambos casos hará falta el reconocimiento del otro para habilitar un espacio de intercambio que genere confianza y permita la construcción de la integración –tanto en el marco conceptual como en las acciones– en pos de la resolución de problemas.

Muchas veces los procesos intersectoriales se inician “desde abajo”, por ejemplo, por iniciativa de los centros de salud que se dan cuenta, ya sea ante la escasez

de recursos o ante problemas que los superan, de que necesitan la articulación con los otros servicios del barrio (la escuela, el comedor, el club, la radio comunitaria, etc.). En este punto también hay que considerar la dimensión de la propia cultura organizacional, que a veces puede actuar como barrera para establecer puentes entre diferentes actores. Actualmente, el hecho de que algunos programas sociales planteen el cumplimiento de condicionalidades por parte de beneficiarios para efectivizar las transferencias monetarias (tal es el caso de la Asignación Universal por Hijo) aparece como una práctica que bien puede resultar una oportunidad para iniciar acciones intersectoriales con vistas a potenciar la incidencia de las políticas y lograr la integralidad tan mentada, o bien puede constituirse en una tarea que obstaculiza el normal funcionamiento del centro de salud. Este ejemplo vale para situar de modo muy palpable que en el territorio es donde se hace más visible la necesidad de articular y coordinar acciones.

Ante la complejidad y multicausalidad de las situaciones críticas a las que se enfrenta la salud pública, vinculadas al entorno social, económico y ambiental, la articulación intersectorial se convierte en un imperativo y un requisito para potenciar la incidencia y la efectividad de las políticas.

Bibliografía

- Cunill Grau, N. (2005) “La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social”. Ponencia presentada en el X Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública. Santiago de Chile.
- Junqueira, L.; Antonio P.; Inojosa, R. M. y Komatsu, S. (1998) “Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza”. En *El tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública: perspectivas, posibilidades y limitaciones*. Concurso de Ensayos, CLAD; 4. CLAD y UNESCO, Caracas.
- OPS-OMS (2006) *Alianza estratégica para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio*. Washington D. C.
- Repetto, F. (2009) “Retos para la coordinación de la política social: los casos de la descentralización y la intersectorialidad”. En Chiara, M. y Di Virgilio, M. M. (org.) *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*. UNGS/Prometeo, Buenos Aires.



Fotografía cedida por SOFOVIAL (Sociedad de Fomento del Video Alternativo)

Módulo 9

El abordaje integral de la atención.

Una aproximación a la estrategia de la atención primaria de la salud (APS)

Ana Ariovich

Presentación de la problemática

El alcance fragmentado y parcial de las intervenciones en salud, junto con la complejidad de los factores que afectan a las condiciones de vida de la población en los distintos territorios, constituyen importantes desafíos para la política sanitaria. Asimismo, han puesto de relieve la necesidad de abordajes que comprometan perspectivas integrales y un trabajo intersectorial en la atención de la salud.

Este escenario plantea dos retos estrechamente vinculados entre sí: recuperar una noción amplia de salud en la cual se contemplen los distintos aspectos involucrados en la vida de las personas, por una parte, y brindar servicios no restringidos a la atención de la enfermedad, por otra.

Dotar a los procesos de atención de la salud de una orientación integral posibilita tener en cuenta no solo el tratamiento, sino también la prevención y la promoción de la salud. Permite además abordar demandas del contexto familiar y de la comunidad de referencia, poniendo en valor –recuperando los términos propuestos por Andrea Catenazzi³²– la singularidad de los problemas del territorio. En este sentido, la integralidad en las prestaciones puede ser entendida como una estrategia centrada en el aporte conjunto de diferentes disciplinas y modos de intervención, que busca “alcanzar a la población con atención a la heterogeneidad de condiciones y situaciones, reconociendo el carácter complejo e interdependiente de sus necesidades” (Martínez Nogueira, 2007: 11).

Por otra parte, la articulación del sector salud con otros sectores de la política social (la intersectorialidad) es una herramienta que permite –de acuerdo con Javier Moro³³– acoplar saberes, experiencias y enfoques distintos en la planificación, realización y evaluación de acciones, con el propósito de incrementar y mejorar la capacidad de respuesta ante problemas complejos que responden a múltiples factores causales.

Ambas cuestiones, la *intersectorialidad* y la *integralidad* en los procesos de atención de la salud, han atravesado la mayoría de los debates en salud pública de las últimas tres décadas. En particular, los organismos internacionales de salud han recomendado –en distintos documentos³⁴– desplegar acciones intersectoriales y brindar

³² Módulo 3: “Para conceptualizar el territorio en salud”, de Andrea Catenazzi.

³³ Módulo 8: “Las articulaciones intersectoriales desde la perspectiva de salud”, de Javier Moro.

³⁴ Una serie de documentos de la OMS/OPS refieren explícitamente a este tipo de recomendaciones. Entre ellos cabe destacar: Declaración de Alma Ata (OMS, 1978); Seminario-taller internacional sobre atención primaria de salud: a 25 años de Alma Ata (OPS, 2003); Renovación de la atención primaria de la salud en las Américas (OPS, 2005) e Inovando o papel da atenção primaria nas redes de atenção a saúde (OMS/OPS, 2011).

prestaciones que impliquen una perspectiva integral a través de la implementación y desarrollo de estrategias de atención primaria de la salud (APS).³⁵

Una aproximación teórica de la APS: matizando el concepto

En este mismo trabajo, María Mercedes Di Virgilio menciona³⁶ que la Organización Mundial de la Salud ha venido promoviendo, desde la Declaración Internacional de Alma Ata³⁷ en adelante, la atención primaria de la salud (APS) como una estrategia basada en la *prevención* y la *promoción*. Mientras que las acciones de *promoción de la salud* persiguen un mayor control sobre los determinantes de la salud (ambientales, socioeconómicos, etc.), la *prevención* busca reducir probabilidades de contraer distintos tipos de enfermedades.

Según dicha declaración, la APS puede ser definida como:

“Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y técnicas prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa del desarrollo, con el espíritu de autorresponsabilidad y automoderación” (OMS, 1978).

Si bien es amplio el consenso en la literatura acerca de su importancia para enfrentar las desigualdades y mejorar los resultados de la salud de la población, son también numerosas las acepciones que ha tomado el término de APS desde Alma Ata.

Se pueden identificar cuatro grandes tendencias en las prácticas de la atención primaria de la salud. Un primer enfoque es el denominado “atención primaria”³⁸, que define a esta como la puerta de entrada al sistema de salud, y donde hay lugar para la prevención y para la atención curativa en forma continuada. Un segundo modelo es el llamado “atención primaria selectiva”, que se caracteriza por ofrecer un número limitado de servicios, con paquetes como la orientación materno-infantil.³⁹

³⁵ Fundamentalmente, se propone el desarrollo de la APS a través de los servicios que integran el primer nivel, debido –en parte– al vínculo de proximidad de estos efectores con el territorio.

³⁶ Módulo 6: “Aproximaciones a los planteamientos de los organismos de salud”, de María Mercedes Di Virgilio.

³⁷ Esta conferencia fue realizada en el año 1978 y definió –a la vez que otorgó reconocimiento internacional– el concepto de atención primaria de la salud (APS).

³⁸ Este enfoque es el que ha caracterizado frecuentemente a los desarrollos de APS en la mayoría de los países de Europa (Rozenblat 2007).

³⁹ En la mayoría de los países latinoamericanos, la APS ha sido preponderantemente “selectiva”, con pocas intervenciones de alto impacto focalizadas en la mortalidad infantil y en enfermedades infecciosas. En especial, en los contextos de implementación de políticas de corte neoliberal (Rozenblat, 2007).

Un tercer enfoque es la propuesta de “Alma Ata”, que considera a la APS como un primer nivel de atención integrado, continuado, con participación social y

Distintas concepciones de la atención primaria de la salud:

- *Puerta de entrada.*
- *Atención primaria selectiva.*
- *Primer nivel integrado, continuado, con participación y coordinación intersectorial.*
- *Enfoque de derechos y determinantes sociales.*

con coordinación intersectorial. Y una cuarta perspectiva que ha tomado importancia en los últimos años es aquella en la que la APS contempla los derechos humanos y los determinantes sociales, y en la cual se incluye el contexto y el entramado social de los actores (Rozenblat, 2007; Forti, 2009).

Siguiendo con este abanico de formulaciones tan diferentes en torno a las orientaciones que debe asumir la APS, también es interesante recuperar la noción particular que desarrolla De Campos Souza (1993). Se trata de una propuesta que además de contemplar la participación y de

contextualizar la atención de la salud en las relaciones y realidades sociales, postula un tipo de atención en la cual la práctica profesional actúa sobre el *núcleo* y el *campo* de intervención en forma paralela. Mientras que el *núcleo* se refiere a la atención sobre la especialidad, dado que el “especialista es el que posee un saber determinado de conocimientos exclusivos de su práctica”, el *campo*, en cambio, agrupa a un conjunto múltiple de saberes, en el cual confluyen muchas prácticas y profesiones, como por ejemplo conocimientos sobre la relación médico-paciente, sobre riesgos epidemiológicos, etc. Desde esta perspectiva, el modelo más clásico de atención interviene únicamente sobre el núcleo, resolviendo solo el problema por el cual se asiste al servicio de salud, en lugar de alcanzar un desempeño más integral.

La práctica profesional actúa sobre el núcleo y el campo de intervención en forma paralela.

- *Núcleo: se refiere a la atención sobre la especialidad.*
- *Campo: confluyen muchas prácticas y profesiones.*

En un esfuerzo por consolidar una noción convergente de APS y de organizar una estrategia coordinada entre los diferentes países, efectiva y sostenible a lo largo del tiempo, la OPS se ha propuesto a mediados de esta década la renovación de la atención primaria de la salud en las Américas, para afrontar los nuevos desafíos epidemiológicos y mejorar las inequidades en la atención. Esta APS reformulada recupera todos los elementos integrales de la atención primaria y el abordaje de los determinantes sociales: 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 apropiados; recursos físicos adecuados; acciones intersectoriales (OPS, 2005).

En suma, la APS debe ser entendida –al menos desde aquellas conceptualizaciones más amplias– como un enfoque integral de la atención, basado en el tratamiento, la prevención y la promoción de la salud. Para cumplir con este objetivo, debe considerar las necesidades observables de las personas, las familias y las comunidades y contar con un conjunto de instrumentos estratégicos, como la disponibilidad de infraestructura e insumos apropiados, la reorientación del recurso humano hacia los requerimientos de la APS, la interdisciplinariedad, la intersectorialidad y la programación de actividades y prestaciones por necesidades territoriales. Esta última herramienta supone, a su vez, descentrar la figura del médico en relación con el resto del personal involucrado en la atención y activar la participación de otros actores del entramado social, como organizaciones barriales y comunitarias, organizaciones sociales y promotores de salud.

Sin embargo, y recuperando a Forti (2009), la incorporación de estos elementos dependerá de las dificultades con las cuales se enfrente la APS en los distintos territorios. Estas dificultades generalmente se expresan en la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud, en la falta de recurso humano con competencias en APS, en la baja valoración por los profesionales en la APS, en los sistemas de referencia inadecuados, en la falta de sistemas de información y en los escasos canales de participación social⁴⁰.

El desafío de la APS consiste, entonces, no solo en abordar la atención de la salud de manera intersectorial, integral y comunitaria, sino también en interpretar y comprender las dinámicas y las particularidades que exhibe el territorio.

Las dimensiones del desempeño de la atención de la salud desde el enfoque de la APS

Son significativas las investigaciones que en la última década han concentrado sus esfuerzos en monitorear y analizar el desempeño de estrategias de atención primaria de la salud a partir de la construcción de un marco conceptual que considera variables como la *accesibilidad*, la *continuidad*, la *coordinación asistencial*, la *integralidad* y la

⁴⁰ Se recupera aquí la conceptualización que propone que la participación social en salud se define como “el involucramiento colectivo y organizado de la comunidad en las distintas etapas de la política pública (formulación, ejecución y evaluación), como medio para mejorar el acceso y la equidad en el sistema de salud” (Cejás, 2007).

capacidad resolutive en la prestación de servicios (Starfield *et ál.*, 2001; Starfield *et ál.*, 2005; Vega Romero *et ál.*, 2006; Burrone *et ál.*, 2007).

Si bien los estudios más clásicos sobre el acceso a los servicios de salud focalizan en un conjunto de factores institucionales, como la financiación y el aseguramiento en salud, los procedimientos administrativos, la oferta y la infraestructura, el concepto de *accesibilidad* ha recibido un abordaje más complejo en autores como Wallace y Enriquez-Haas (2001). Ambos sostienen tres sub-dimensiones en el análisis del acceso a la atención: *disponibilidad*, *accesibilidad* y *aceptabilidad*. La *disponibilidad* da cuenta de recursos físicos y humanos suficientes para responder a las necesidades médicas de la población, mientras que la *accesibilidad* se refiere a la existencia de medios para acceder a los servicios en cuestión. Finalmente, los servicios deben responder *aceptablemente* a las necesidades y valores de los usuarios, de manera que estos se vean motivados a utilizarlos apropiadamente.

La *continuidad* o *longitudinalidad* en las prestaciones de salud presupone, en cambio, la existencia de una fuente regular de atención y su uso a lo largo del tiempo (Almeida *et ál.*, 2006). A su vez, la *coordinación* al interior del sistema implica, además de la *continuidad*, el seguimiento del usuario entre los distintos niveles de atención por parte del profesional o por medio de protocolos médicos; esto incluye la derivación para consultas especializadas y servicios de diagnóstico (Starfield *et ál.*, 2005; Vega Romero *et ál.*, 2006). Aquí se vuelve primordial el funcionamiento de los mecanismos de referencia y contrarreferencia⁴¹ para articular los distintos niveles y estructuras sanitarias del sistema.

La *integralidad* de la atención –como se ha planteado anteriormente– se logra con una oferta de prácticas preventivas, de promoción de la salud, de tratamientos y de rehabilitación; en consecuencia, supone un enfoque multidisciplinario y prestaciones que guarden relación no solo con las necesidades del paciente sino también con los requerimientos sanitarios de las familias y de la comunidad de pertenencia (Starfield, 2001; Almeida *et ál.*, 2006; Vega Romero *et ál.*, 2006).

⁴¹ *Referencia*: es el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud a otras instituciones de salud para la atención o complementación diagnóstica. Es un procedimiento administrativo formal utilizado para canalizar pacientes de una unidad a otra de mayor complejidad. *Contrarreferencia*: es la respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la referencia dan al organismo o a la unidad familiar. La respuesta puede ser la contrarremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir, simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica. Es un procedimiento administrativo formal que retorna al paciente a la unidad de origen para control y seguimiento, una vez resuelto el diagnóstico y/o tratamiento.

Finalmente, la proporción de problemas de salud que encuentran solución en el centro de salud se refiere a la *capacidad resolutive*. Entre las variables que permiten identificarla pueden mencionarse la variedad de población que se maneja, la actividad de *prevención primaria y secundaria*, los recursos disponibles de diagnóstico y tratamiento, el porcentaje de población atendido sin derivación y la calificación del personal de salud (Burrone *et ál.*, 2007).

Retomando a Starfield *et ál.* (2001; 2005), Almeida y Macinko (2006) proponen una lista de atributos principales o dimensiones esenciales para el análisis del desempeño de la atención primaria en contextos específicamente latinoamericanos. Estos atributos reflejan el carácter comunitario, interdisciplinario y multisectorial que define a la atención primaria:

Acceso: incluye cuestiones como la localización del centro de salud respecto de la población a la cual atiende, horario y días de atención y grado de tolerancia para consultas no agendadas.

Puerta de entrada: implica acceso y uso de los servicios para cada nuevo problema que lleva a buscar la atención de la salud.

Vínculo con el usuario: presupone la existencia de una fuente regular de atención y su uso a lo largo del tiempo. Asimismo, involucra la capacidad por parte de la unidad de salud de identificar a la población “adscripta”, como así también la existencia de fuertes vínculos entre la población y la unidad de salud que reflejen cooperación mutua.

Oferta de servicios: implica que las unidades de salud deben contemplar todos los servicios necesarios para la atención de la salud del paciente. Esto incluye la derivación para consultas especializadas (segundo nivel) y servicios tercerizados, domiciliarios y comunitarios.

Coordinación: supone algún tipo de continuidad, por ejemplo, a través de la atención por parte del mismo profesional o por medio de la utilización de protocolos médicos. Además, requiere del reconocimiento de los problemas anteriores y de aquellas situaciones de derivación a otros profesionales y/o servicios.

Enfoque familiar: contempla al sujeto en su entorno cotidiano, planteando que la evaluación de las necesidades de salud debe tener en cuenta el contexto familiar y la exposición del sujeto a amenazas de cualquier orden.

Orientación para la comunidad: considera que todas las necesidades de salud de la población ocurren en un contexto social determinado.

Formación profesional: considera que el área de atención básica requiere de una especialización. Es decir, que supone que el profesional requiere de una capacitación en función de las dimensiones mencionadas anteriormente.

También ha sido definido como distintivo el rol que deben jugar los profesionales que integran los equipos en la atención primaria, articulando el cuidado que el paciente recibe en este nivel con los demás niveles del sistema. Así, un generalista o médico de familia debe involucrarse en tres niveles distintos de relaciones: a) ha-

Atributos de la APS:

- Acceso
- Puerta de entrada
- Vínculo con el usuario
- Oferta de servicios
- Coordinación
- Enfoque familiar
- Orientación para la comunidad
- Formación profesional

cia arriba: con la atención hospitalaria de segundo y tercer nivel; b) lateralmente: con otras disciplinas de atención primaria (por ejemplo, enfermeras comunitarias o servicios de cobertura de emergencia); y c) hacia abajo: con servicios de salud pública, servicios escolares y servicios ocupacionales (Belmartino, 2008).

Se ha visto hasta aquí que si bien la conceptualización de la APS adquiere su propia complejidad dada la multiplicidad de formas organizativas y dimensiones que ha presentado desde su concepción, es reconocida como una herramienta estratégica para mejorar la accesibilidad y la equidad en la utilización de los servicios que integran el primer nivel y para garantizar la integralidad en los procesos de atención que allí tienen lugar.

Sin embargo, esto último exige, desde la gestión de la política sanitaria, interpretar y abordar la complejidad del territorio de proximidad (vinculado al barrio, a la comunidad) y jerarquizar el rol de los actores que allí se configuran, como los promotores de salud y las organizaciones sociales.

Bibliografía

- Almeida, C. y Macinko, J. (2006) “Validação de metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do sistema único de saúde (SUS) em nível local”. En Série técnica, *Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde*. Brasília, 2006.
- Belmartino, S. (2008) “La gestión local de atención médica abordada como objeto de investigación”. En Chiara, M.; Di Virgilio, M. M.; Medina, A. y Miraglia, M. (org.) *Gestión local en salud: conceptos y experiencias*. UNGS. Buenos Aires.

- Burrone, M.; Fernandez, A.; Acevedo, G.; Luchesse, M.; López de Neira, J.; Dell Inocenti, P. y Estario, J. (2007) “Análisis de las estrategias de atención primaria de la salud en el municipio de Malvinas Argentinas: un abordaje cuanti-cualitativo”. En *Revista de Salud Pública*, Volumen XI, N.º 2.
- Cejas, C. (2007) “Participar en salud: un proceso en permanente construcción”. En Maceira, D. (comp.) *Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios*. CEDES/PAIDOS.
- De Souza Campos, G. (1993) “Sobre la reforma de los modelos de atención: un modo mutante de hacer salud”. En *Cuadernos Médico Sociales*. N.º 65-66. Rosario. CESS/AMR.
- Di Virgilio, M. M. (2011) “Aproximación a los planteamientos de los organismos”. Módulo 6 del presente trabajo.
- Flores, W. (2005) “Equidad y reformas del sector salud en América Latina y el Caribe: enfoques y limitantes durante el período 1995-2005”. Reporte comisionado por la Sociedad Internacional por la Equidad en Salud. Capítulo de las Américas.
- Forti, S. (2009) “La APS como ordenadora del sistema de salud: ventajas y desventajas de una puerta preferencial”. Intercambio EUROSOCIAL, Salud III.
- Martínez Nogueira, R. (2007) “Integración de servicios sociales. Conceptualización, tipología e instrumentos”. Documento preparado para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Organización Mundial de la Salud (1978) “Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud”. URSS, 6-12 de septiembre.
- Organización Panamericana de la Salud (2003) “Seminario-Taller Internacional sobre Atención Primaria de Salud: a 25 años de Alma Ata”.
- Organización Panamericana de la Salud (2005) “Renovación de la atención primaria de la salud en las Américas”. Washington, Estados Unidos.
- OPS/OMS (2011) “Inovando o papel da atenção primaria nas redes de atenção a saúde”.
- Rozenblat, E. (2007) “Atención primaria de la salud y gestión. Un enfoque de integración y acción”. En Maceira, D. (comp.) *Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios*. CEDES/PAIDOS.
- Starfield, B. (2001) *Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Editorial Mason, 2001.
- Starfield, B.; Shi, L. y Macinko, J. (2005) “Contribution of primary care to health system and health”. En *The Milbank Quarterly*, 83 (3).
- Vega Romero, R. y Carrillo Franco, J. (2006) “APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia”. En revista *Espacio Abierto*.
- Wallace, S. y Enriquez-Haas, V. (2001) “Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores de EE. UU.”. School of Public Health Center for Center Policy Research.



Fotografía cedida por SOFOVIAL (Sociedad de Fomento del Video Alternativo)

Módulo 10

La coordinación como camino hacia la integralidad. Conceptos y problemas de la práctica

.....

Magdalena Chiara

Presentación de la problemática

La búsqueda de la *integralidad de la política sanitaria en el territorio* enfrenta distintos problemas:

1. Las causas de los denominados *problemas de salud* son diversas, están relacionadas entre sí y trascienden los límites de los sectores.
2. Su abordaje moviliza distintas *culturas profesionales e institucionales*. Las experiencias de articulación entre salud y educación están pobladas de anécdotas elocuentes en este sentido.
3. A los problemas de la gestión de la política social, la salud agrega, a su vez, atributos específicos, puesto que supone garantizar la *continuidad*, la *longitudinalidad*, la *integralidad*, la *capacidad resolutive* y la *coordinación asistencial* en los *procesos de atención*.
4. Los *problemas del territorio* y su dimensión sanitaria ingresan a la agenda de las políticas sin reconocer los compartimentos en que están organizadas las responsabilidades en el Estado, trascendiendo los límites y las posibilidades de la acción de los centros de atención primaria de la salud (CAPS) u hospitales (en el nivel de los servicios) o de la Secretaría de Salud Municipal (en el nivel comunal).
5. Los *actores e involucrados* en el territorio orientan su acción desde intereses e ideas acerca de los problemas, tornando política su construcción.

Para dar cuenta de estos problemas es necesario desarrollar acciones intersectoriales que articulen, a su vez, distintas jurisdicciones. La *descentralización* en el sector salud ha dejado un mapa complejo de competencias, capacidades desiguales e impactos negativos para la equidad. Por otra parte, la *perspectiva intersectorial* interpela a la cultura organizativa, al modo de organizar la gestión y el poder dentro del Estado y a los modos como articular los recursos.

En ese contexto complejo, la *coordinación se convierte en un MEDIO imprescindible para lograr la integralidad*, aunque no sea —en sí mismo— un fin.

Este módulo pone el foco en la coordinación, aportando un marco conceptual e instrumentos que permitan pasar de los *deseos de articulación* a la *complejidad de la práctica de la acción conjunta* en la política de salud en el territorio.

Manifestaciones de la coordinación en salud

Tal como advierte Repetto, cada vez más y por los procesos antes enunciados, la resolución de problemas públicos requiere de intervenciones intergubernamentales e intersectoriales, emergiendo en consecuencia la coordinación como un mecanismo político y técnico de gran importancia que permite enfrentar problemáticas complejas a través de la participación de múltiples niveles de gobierno y de diversos sectores de acción estatal (Repetto, 2009: 189).

Ahora bien, la práctica de la coordinación es muy heterogénea y ofrece situaciones muy diversas dentro del sector salud y en sus relaciones con otros sectores:

- La coordinación entre secretarios (salud, desarrollo social, hacienda, obras públicas) en el *gabinete municipal* al momento de elaborar el plan de gobierno para las distintas zonas y barrios.
- La relación entre obstetras y ginecólogos/as de los *centros de salud* y el *servicio de obstetricia del hospital* en el que se realizan los partos.
- La articulación entre las obstétricas o trabajadoras sociales y las organizaciones sociales comunitarias para mejorar la captación de embarazadas en el *barrio*.
- El trabajo conjunto en un consejo regional entre secretarios de salud para definir la acreditación de establecimientos y la organización de un sistema de derivaciones para una *sub-región*.
- El análisis conjunto de las distintas áreas acerca de los resultados de una evaluación sobre el funcionamiento de una red de salud adolescente en una *región*.
- La articulación entre los ministerios de salud provinciales en el marco de los consejos federales, los programas de fortalecimiento del sector salud y las instituciones de la seguridad social para la implementación de los planes de transferencias de ingresos condicionadas en el *nivel nacional*.

Las situaciones precedentes requieren de la *coordinación* entre organismos, sectores y jurisdicciones, y presentan diferencias en relación con:

1. La *naturaleza de las relaciones* entre los participantes.
2. El *objeto* de la coordinación.
3. La *gradiente de intensidad* de la acción de coordinación.

La coordinación es un mecanismo político y técnico que permite enfrentar problemáticas complejas a través de la participación de múltiples niveles de gobierno y de los diversos sectores de la acción estatal.

4. El *alcance* de lo que se busca coordinar.
5. El *ámbito* en el que se expresan los resultados.
6. El *modo en que está implicado el territorio*.

Para conceptualizar la diversidad de situaciones que ofrece la práctica y teniendo que el foco de este documento es el *trabajo en el territorio de cara a la integralidad en salud*, se recuperan perspectivas y enfoques que permiten conceptualizar el problema de la coordinación en relación con los seis ejes de diferenciación mencionados.

Antes de avanzar en el tratamiento de cada uno de ellos, es necesario definir a qué se hace referencia con el concepto de coordinación:

“... proceso mediante el cual se va generando sinergia entre las acciones y los recursos de los diversos involucrados en un campo concreto de la gestión pública, al mismo tiempo que en dicho proceso se va construyendo [...] un sistema de reglas de juego formales e informales, a través de las cuales los actores participantes encuentran fuertes incentivos para cooperar [...]. El mencionado proceso generará realmente una valorable coordinación cuando derive en la fijación de prioridades, en la asignación acordada de responsabilidad [...], en la decisión de qué y cuántos recursos movilizar y, por último y quizás lo más relevante, en una implementación que se aproxime de modo importante a aquellos objetivos planteados por los responsables de las políticas y programas sociales” (Repetto, 2009: 191).

1. La naturaleza de las relaciones entre los participantes

En este texto, Repetto reflexiona acerca de la *primera diferencia* detectada en las alternativas de coordinación: la *diversidad de actores y el problema de la coordinación jerárquica y transversal*.

Repetto (2009) recupera una definición de Echebarría en la que se destaca la *noción de interdependencia*, que supone que dos o más unidades de la misma o de diferentes organizaciones comparten un mismo *entorno de trabajo*, incorporando tanto a la denominada *coordinación jerárquica* como a la *coordinación transversal*:

“Reconociendo que la coordinación surge en primer lugar de la interdependencia [...], Echebarría ensaya una aproximación al concepto de coordinación, considerándola un proceso de creación o utilización de reglas de decisión para operar dicha interdependencia. Y agrega: ‘Esta definición englobaría la coordi-

nación jerárquica y no jerárquica (dependiendo de que el actor que crea o utiliza la regla de decisión se sitúe por encima de los actores coordinados o sean los propios actores los que lo hagan), así como la *coordinación intraorganizativa* (en la que la jerarquía es un recurso disponible) e *interorganizativa* (donde no es posible la solución jerárquica)’ (2001: 8)”. (Repetto, 2009: 190).

Aun reconociendo que en los procesos de coordinación conviven *relaciones jerárquicas* (donde prima la autoridad) y *contractuales* (que suponen acuerdos), importa insistir en la existencia de lo que Cunill Grau (2005) denomina un *nodo articulador*, en aquellos casos en que existen múltiples actores (de diversos sectores y niveles de gobierno) implicados en atender una problemática en la cual ellos se encuentran involucrados.

Cuando varios actores están ocupados en atender una problemática es imprescindible definir el *nodo articulador*.

2. El objeto de la coordinación

El *segundo aspecto* que diferencia las situaciones antes presentadas se refiere al *objeto de la coordinación*. Este puede aludir a la necesidad de concertar una “decisión puntual acerca de un problema individual o colectivo”, a generar el “acuerdo acerca de una regla de juego”, a la construcción de una “visión común”, a la construcción de un “curso de acción pública conjunta” o bien al diseño de una “estrategia de acción”.

En nuestra perspectiva, esta variedad de acciones supone una complejidad diferente pero de gran importancia que debe ser abordada conforme a sus propias necesidades. No es lo mismo acordar un mecanismo de referencia y contrarreferencia entre niveles que celebrar y hacer operativo un acuerdo en el seno de un consejo provincial de salud. Sin embargo, la mutua interdependencia de ambas operaciones es un hecho evidente.

En un sentido más restrictivo, la definición que retoma Repetto (2009) de Garnier (2000) deja afuera las iniciativas más puntuales y de menor alcance, poniendo el énfasis en aquellas que tienen lugar en el “espacio estratégico” de la política:

“... de lo que se trata es de coordinar las políticas de manera que se logren integrar las distintas decisiones y acciones de gobierno dentro de una sola visión de conjunto y con una clara perspectiva de largo plazo. En otras palabras, se trata de coordinar con un sentido estratégico para avanzar en determinada dirección y para promover determinados resultados de la acción pública en su conjunto

y no solo de cada una de sus parcelas sectoriales o institucionales” (2000: 15).
(Citado por Repetto, 2009: 190).

3. Intensidad de la acción de coordinación

La reflexión acerca del objeto de la coordinación remite a la *tercera diferencia* presente en los casos anteriores, que se refiere a los *gradientes o niveles de coordinación*. En este aspecto, vale rescatar los aportes de Peters (1998), quien establece niveles de coordinación en una gradiente que va desde un nivel básico (*coordinación positiva*), pasando por el nivel de la *integración de las políticas*, hasta alcanzar un nivel avanzado de formulación de una *estrategia de gobierno*.

Coordinación positiva: requiere el reconocimiento mutuo entre los actores, desde el cual delinear posibilidades de trabajo compartido. Expresa el resultado de acuerdos entre actores dispuestos a cooperar entre sí, comprometiendo el trabajo en común pero siempre dentro de los propios límites organizacionales.

Integración de políticas: supone la articulación de ideas, procedimientos, rutinas y estructuras de los involucrados. No es solamente una articulación operativa al momento de implementar acciones concretas, sino la elaboración de acuerdos relacionados con las propias metas de las organizaciones.

Estrategia de gobierno: es el tipo de coordinación más compleja, y se vincula a procesos conjuntos de elaboración de las políticas en el marco de plataformas compartidas acerca de cuestiones de carácter macro, como el desarrollo económico y social de un país. A diferencia de las otras dos, que pueden acotarse a un campo particular de gestión pública, por ejemplo las políticas sociales, esta es más bien un marco general.⁴²

4. El alcance de lo que se busca coordinar

El *cuarto aspecto* remite al *alcance*. En este sentido, pueden identificarse tres alcances posibles (Repetto, 2010):

Macro: se coordina para integrar al conjunto de las políticas sociales. Un ejemplo lo constituyen los consejos de política social o bien los consejos federales o municipales de salud.

⁴² Un desarrollo mayor de estas categorías puede encontrarse en Repetto (2010).

Meso: en este caso se coordinan subsectores, como puede ser el caso de la coordinación entre seguridad social y salud en torno a los programas de transferencia de ingresos.

Micro: se coordinan o integran acciones de distintas unidades dentro de un programa o proyecto.

5. El ámbito en el que se expresan los resultados

En *quinto lugar* y como puede advertirse, las acciones que son objeto de coordinación tienen, en los ejemplos que abren esta reflexión, referentes de *impactos distintos: el individuo, la familia y/o la comunidad/sociedad*.

En relación con los dos primeros, las dimensiones del desempeño de la APS⁴³ le confieren una gran relevancia a la cuestión de la coordinación como medio a la integración de la atención. Resulta necesario advertir acerca de las diferencias que supone la definición de cada población objetivo (individuo, familia, comunidad/sociedad), ya que los actores y los instrumentos de coordinación serán diferentes. Por ejemplo, es posible que las acciones vinculadas a la atención de una determinada patología puedan discurrir por mecanismos de articulación entre niveles de complejidad (primero y segundo), distintas organizaciones y jurisdicciones (CAPS y hospital, municipal y provincial), pero dentro de un mismo sector (salud). Sin embargo, el abordaje de la familia y, más aún, de la comunidad tiene por actor al CAPS y a los distintos programas sociales destinados a abordar la problemática que la familia presenta; en este caso, las acciones tienen un fuerte contenido intersectorial.

El diseño de los mecanismos de coordinación debe determinar cuál es el referente del impacto: individuo, familia o comunidad.

6. El modo en que está implicado el territorio

Por último, los ejemplos anteriores dan cuenta de un *sexto aspecto*, que se refiere a cómo aparece *el territorio* en las acciones de coordinación. En las distintas alternativas que presenta la coordinación en el sector salud se pueden encontrar, volviendo a los aportes de Catenazzi,⁴⁴ distintas nociones de territorio.

⁴³ Módulo 9: “El abordaje integral de la atención. Una aproximación a la estrategia de la atención primaria de la salud (APS)”, de Ana Ariovich.

⁴⁴ Módulo 3: “Para conceptualizar el territorio en salud”, de Andrea Catenazzi.

Las diversas expresiones de la coordinación presentes en el sector salud entrañan distintas nociones de territorio.

El *territorio área* está presente en distintas experiencias de coordinación, desde la articulación de acciones de distintos organismos en un comité de cuenca, por ejemplo, hasta en los esfuerzos para organizar estrategias integrales en el seno de un consejo barrial de salud.

Sin embargo, hay otras experiencias de coordinación que se refieren al “territorio de la red”. Los mecanismos de referencia y contrarreferencia, las redes de servicios y la propia propuesta de “redes integradas de servicios de salud”⁴⁵ suponen modos de coordinación que tienen como referente otros modos de construir el territorio y, en consecuencia, las relaciones de poder que en estas instancias de coordinación se procesan.

Un marco conceptual para la coordinación

Poniendo el foco en la *coordinación asistencial*, el trabajo de Terraza Núñez *et al.* (2006) retoma aportes clásicos de la teoría organizacional en sus aspectos conceptuales e instrumentales.

Se trata de una contribución importante ya que recupera los aportes clásicos de Mintzberg (1993) y reconstruye un modelo que rescata las relaciones entre *los factores condicionantes*, los *tipos básicos de coordinación* y los *mecanismos de coordinación* existentes entre niveles asistenciales.

Entre los *factores condicionantes* de la coordinación, se destacan:

- El grado de diferenciación, el volumen y el tipo de interdependencia (en relación con las actividades).
- El grado de incertidumbre (en relación con la información disponible).

Al referir a los *procesos básicos* para la coordinación, señalan:

- La *programación*, como medio para estandarizar y predeterminar el trabajo, estableciendo de antemano las responsabilidades, las actividades y las habilidades necesarias para llevarlas adelante.
- La *retroalimentación*, que supone el intercambio de información entre las unidades y los actores implicados para que los problemas se resuelvan en el nivel donde se genera la información.

⁴⁵ Módulo 6: “Aproximaciones a los planteamientos de los organismos de salud”, de María Mercedes Di Virgilio.

Mintzberg (1993) llama la atención acerca de cómo las organizaciones coordinan el trabajo en su interior y en el entorno y señala distintos mecanismos (Repetto, 2009: 193) según los tipos de procesos básicos implicados:

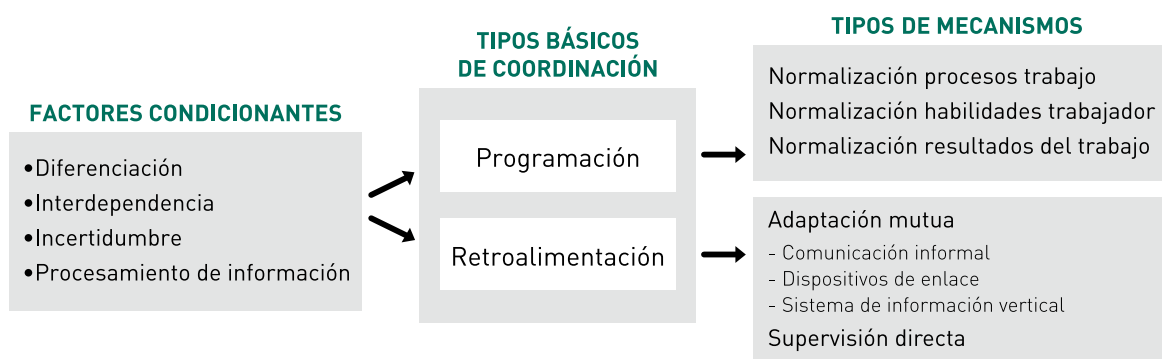
a. A la *programación* le corresponde:

- Estandarización de procesos de trabajo (el contenido del proceso se especifica en la programación al momento mismo del diseño, el cual permite articular los procesos).
- Estandarización de las habilidades (se especifica el tipo de preparación que se requiere para llevar adelante el trabajo).
- Estandarización de los resultados (los productos o el rendimiento se especifican desde el diseño).

b. A la *retroalimentación* le corresponde:

- Ajuste mutuo, ya que la coordinación se logra a través de la comunicación informal entre los involucrados, la existencia de dispositivos de enlace y los sistemas de información vertical.
- Supervisión directa, ya que la coordinación se obtiene responsabilizando a un actor/organización por el trabajo de los demás, se le da instrucciones y se controlan sus acciones.

Figura 10.1: Marco teórico para la clasificación de mecanismos de coordinación



Fuente: Terraza Núñez, R. *et al.* (2006: 487).

El trabajo pasa revista a los instrumentos para la coordinación entre niveles basados en la *programación* y en la *retroalimentación*. Desde esta perspectiva se pone en

evidencia un abanico más amplio de instrumentos que se derivan tanto del *proceso* en que se basa la coordinación como del *mecanismo* que de este se deriva.

Tabla 10.1: Instrumentos de coordinación entre niveles según el marco teórico de Mintzberg

Proceso básico	Mecanismo de coordinación	Instrumento
Programación	Normalización de procesos	Rutinas Procedimientos
	Normalización de habilidades	Formación continua
	Normalización de resultados	Estandarización de resultados
Retroalimentación	Adaptación mutua	Teléfono, Internet, reuniones informales.
		Grupos de trabajo
		Comité de gestión
		Coordinadores transversales
		Sistemas de información integrada Bancos de proyectos
	Supervisión directa	

Fuente: adaptado de Terraza Núñez, R. *et ál.* (2006).

Si bien la tipología que estos autores proponen está orientada a analizar los fenómenos de la coordinación asistencial entre niveles, permite también reflexionar sobre los instrumentos en procesos más generales de coordinación en las políticas de salud.

Se trata de un abordaje que permite complejizar la cuestión de la coordinación, abriendo las alternativas a un conjunto diverso de instrumentos que puedan ser seleccionados conforme a las necesidades de los procesos sobre los cuales va a operar.

Bibliografía

- Cunill Grau, N. (2005) “La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social”. Ponencia presentada en el X Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública. Santiago de Chile.
- Garnier, L. (2000) *Función de coordinación de planes y política*. Instituto Interamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social. ILPES. Santiago de Chile.
- Mintzberg, H. (1993) *La estructuración de las organizaciones*. Editorial Ariel. Barcelona.
- Peters, G. (1998) “Managing Horizontal Government. The Politics of Coordination”. CCMD, *Research paper* N.º 21, Canadá.
- Repetto, F. (2009) “Retos para la coordinación de la política social. Los casos de la descentralización y la intersectorialidad”. En Chiara, M. y Di Virgilio, M. M. (comp.) *Gestión de la política social: conceptos y herramientas*. UNGS/Prometeo.
- Repetto, F. (2010) “Coordinación de políticas sociales: abordaje conceptual y revisión de experiencias latinoamericanas”. En *Programa de modernización del Estado*, pp. 47-67.
- Terraza Nuñez, F.; Vargas Lorenzo, I. y Vázquez Navarrete, M. L. (2006) “La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas”. En *Gaceta Sanitaria*, 2006: 20(6): 485-95.

ESTUDIO DE CASO

C



Fotografía cedida por SOFOVIAL (Sociedad de Fomento del Video Alternativo)

La gestión del programa “Salud para la materno- infancia” (SAMI).

¿Cómo articular demandas sectoriales
y condiciones territoriales?

María Mercedes Di Virgilio

Planteo del escenario

Las últimas luces del día se colaban por la ventana del despacho y el Dr. Alberto Rivas, intendente de Santa Catalina, se disponía a cerrar su computadora para darle fin a una larga jornada de trabajo. Durante la mañana había tenido que acompañar a la Dra. Juana Costa, secretaria de Salud del municipio, a Villa Trinidad: un antiguo asentamiento cuya población se había movilizó para demandar la instalación de un nuevo centro de salud. Meses atrás había mantenido en su despacho una charla con los dirigentes barriales, quienes le presentaron varios reclamos en relación con la escasa atención que los servicios de salud locales prestaban a los vecinos del barrio. Las demandas venían *in crescendo* e hicieron eclosión cuando un bebé con neumonitis llegó al hospital zonal en una situación crítica. El tema no había concluido con esa visita, más bien la misma parecía abrir una agenda de cuestiones con las cuales él se topaba a diario cuando se desempeñaba como director del nosocomio, antes de hacerse cargo del Ejecutivo local un año atrás, en diciembre de 2007.

Estaba colocando la llave en la cerradura de la puerta cuando sonó el teléfono de su despacho. “¿Quién llama a esta hora?”, se preguntó. Estaba tentado de continuar cerrando la puerta; sin embargo, el timbre del teléfono sonaba más fuerte que nunca..., había que levantar el tubo: “Hola”, respondió, “¿quién habla?”. No tardó en reconocer la voz de su amigo, el Dr. Ernesto Lewin, ministro de Salud del Estado de San Ceferino, jurisdicción a la que pertenece el Municipio de Santa Catalina. Si bien lo alegraba escuchar a Ernesto, porque habían sido compañeros de ruta durante muchos años, sabía que un llamado vespertino suyo y directo (sin secretarías mediante) no era habitual. Volvió a sentarse y luego de varios minutos de charlar de cosas de la vida, Ernesto Lewin le comunicó que el Municipio de Santa Catalina había sido elegido para la puesta en marcha del programa “Salud para la materno-infancia” (SAMI).

No le dio muchas explicaciones, solo le dijo que el SAMI era una iniciativa del Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud, articulada con el Ministerio de Desarrollo Social y en consenso con las administraciones estadales.⁴⁶ También le contó que inicialmente la Organización Panamericana de la Salud (OPS) había brindado apoyo técnico para su puesta en marcha en dos municipios de la zona de los altos, que presentaban los indicadores sociosanitarios más desfavorables del país. Luego de esa experiencia piloto, el programa adquiriría ahora un alcance nacional, y San Ceferino había decidido iniciar el proceso de implementación en Santa Catalina.

⁴⁶ La República de Nueva Esmeralda se organiza bajo una forma federal de gobierno.

Finalmente, Alberto Rivas logró dejar el despacho, no así la nube de preguntas que tenía en su cabeza: “¿Por qué elegir Santa Catalina? ¿Qué era el SAMI? ¿Cómo se gestionaba? ¿Cómo articularlo con las iniciativas que estaban trabajando desde hacía un año con la Dra. Costa?”.

Sección 1: La cuestión salud en Santa Catalina

La dinámica demográfica de Santa Catalina correspondía a la de los municipios que presentaban las menores perspectivas de incremento poblacional en el Gran San Ceferino (conjunto de los 34 municipios que constituyen un denso anillo urbano que rodea Villa Hermosa, capital de la República). Su tasa de crecimiento poblacional decrece sistemáticamente década a década, y en el año 2008 estaba entre las más bajas del Gran San Ceferino. Para ese mismo año, el municipio registraba en promedio una tasa de 2,3 hijos por mujer. Sin embargo, debido a las características de la estructura sociurbana de Santa Catalina, dicho promedio presentaba importantes brechas entre los diferentes grupos sociales: mientras que entre las mujeres de sectores medios y medios altos el índice descendía a 1,6, entre sus pares de menores ingresos ascendía a 3,1 hijos por mujer. En ese marco, desde fines de la década de 1990 las autoridades del hospital zonal y las del municipio se habían reunido en reiteradas oportunidades para trabajar en el desarrollo de una política local de materno-infancia orientada a las mujeres de menores ingresos y a sus niños y niñas pequeños. Sin embargo, los encuentros no habían dado los resultados esperados. Las mujeres pobres continuaban llegando al parto en el hospital zonal sin haberse controlado previamente durante el embarazo y con gestas muy próximas entre sí,⁴⁷ aumentando la presencia de complicaciones durante el parto, la incidencia del parto prematuro y del bajo peso al nacer. El Dr. Rivas, como director del hospital, había participado en reiteradas oportunidades en estos encuentros y conocía de cerca la problemática.⁴⁸

Cuando asumió como intendente, el Dr. Rivas solicitó a la Dra. Costa la elaboración de un diagnóstico sobre el funcionamiento del sistema de salud local. La secretaria de Salud encargó su elaboración a un equipo de la Universidad Nacional de Santa Catalina (UNDESAC). En sus conclusiones, el estudio señalaba:

1. La población asiste a las guardias médicas con mayor regularidad que a la consulta externa.

⁴⁷ Entre los cuales el intervalo intergenésico muchas veces era menor a los dos años.

⁴⁸ El sistema público de salud de Santa Catalina integra efectores de nivel municipal y estadual. En el año 2007, el municipio contaba con un hospital general de agudos, a cargo del Estado, y doce centros de salud, a cargo del municipio.

2. Aun cuando los profesionales tratan de despertar en la población cierto criterio preventivo y de control, resulta dificultosa su captación para los consultorios externos que funcionan en los centros de salud locales.
3. Los niveles de demanda en los centros de salud son muy heterogéneos. Aquellos efectores localizados en las inmediaciones de las urbanizaciones populares reciben una numerosa cantidad de consultas, mientras que en los que se localizan en las áreas centrales, la misma desciende significativamente.
4. La población que asiste a los centros de salud debe hacerlo en horas muy tempranas de la mañana para obtener un turno (salvo cuando se trata de urgencias).
5. Si bien los profesionales cumplen sus funciones con compromiso y dedicación en los centros y formalmente cuentan con algunas horas de trabajo remuneradas de “salidas a campo”, en general y a causa de los bajos salarios que perciben las ocupan con otras actividades que les permiten mejorar sus ingresos.
6. En el municipio funciona el programa Procreación Responsable, pero el mismo no ha logrado implantarse en todos los efectores.
7. Paralelamente a las acciones desarrolladas desde el sector salud, bajo la órbita de la Secretaría de Acción Social se implementa un programa de apoyo alimentario destinado a comedores y grupos de base. También, un programa provincial de distribución de bolsas de alimentos a través de referentes barriales.
8. Recientemente, el Estado nacional ha implementado un programa de transferencia condicionada de ingresos. La iniciativa establece entre sus condicionales el control periódico de niños y niñas y de las embarazadas, generando en algunos casos problemas en la atención.
9. Las relaciones con el hospital provincial son altamente conflictivas debido a que los profesionales del hospital, en numerosas oportunidades, se ven obligados a atender embarazos y partos de altísima complejidad por falta de controles previos. Asimismo, las urgencias vinculadas a patologías prevenibles en el servicio de pediatría constituyen otro foco de problemas.

El estudio no había hecho otra cosa que ratificar las impresiones que el Dr. Rivas había construido en sus años al frente del hospital. El funcionamiento del sistema permitía comprender, en parte, el estancamiento que se observaba en la tasa de mortalidad infantil durante los últimos cinco años. El Gran San Ceferino concentraba, en el año 2008, el 66% de las defunciones infantiles (menores de un año) ocurridas en el Estado de San Ceferino. Asimismo, los municipios del Gran San Ceferino concentraban en

promedio las peores tasas de mortalidad infantil, con un 12,5‰, y neonatal, con un 7,9‰. En Santa Catalina, la tasa de mortalidad infantil se ubicaba en el 10,5‰, con 52 defunciones en un año calendario, y la tasa de mortalidad neonatal en el 7,8‰. Estos guarismos escondían fuertes disparidades entre los diferentes grupos sociales; situación que se repetiría cuando se analizaban las tasas de mortalidad materna y las de embarazo adolescente.

Entre los grupos más pobres –*vis a vis* sus pares de mejores ingresos– llamaba la atención además la temprana edad en la que tanto mujeres como varones se iniciaban en la actividad sexual. Asimismo, resultaba alarmante la temprana edad en el inicio de la reproducción: en promedio, el primer embarazo se desarrollaba alrededor de los 20 años. Según algunos de los profesionales de los centros de salud, la edad temprana en el inicio de la actividad sexual y en la reproducción eran fenómenos que guardaban relación con las elevadas tasas de hijos por mujer propias de estos grupos.

Alberto Rivas consideraba que la situación era particularmente preocupante, en particular si se tiene en cuenta que la estructura de edad para el conjunto del Municipio de Santa Catalina dibujaba una pirámide amesetada, propia de las poblaciones con un alto peso relativo del grupo de 65 y más años y la disminución de la importancia del grupo de 0 a 14 años. La estructura etaria de su población coincidía además con un índice de masculinidad que se ubicaba por debajo del índice promedio del aglomerado.⁴⁹

Según los datos de la Encuesta Básica de Viviendas y Hogares (EBVYH) del año 2008, Santa Catalina concentraba un 10% de población pobre por ingresos, mientras que en la aglomeración en su conjunto este porcentaje ascendía al 28%. Asimismo, mientras que en Santa Catalina el 27% de la población no poseía cobertura de obra social y prepaga, en el aglomerado ese porcentaje ascendía al 35%.

No eran de extrañar los relativamente bajos niveles de pobreza que registraba la población del municipio. El mismo se ubica en la zona de alta renta del Gran San Ceferino, ámbito en el que se concentra la población de mayor poder adquisitivo de la región. Las situaciones de pobreza se concentran en enclaves bien delimitados y claramente identificables: tres grandes asentamientos irregulares, entre los que se encuentran Villa Trinidad (los otros son La Olla y Barrio Oporto). Esta situación tensionaba fuertemente la estructura social, en la medida en que ponía en evidencia situaciones de extrema polaridad social.

⁴⁹ En este sentido resulta importante destacar que en el Gran San Ceferino se observa coincidencia entre las estructuras más estabilizadas y envejecidas y los bajos índices de masculinidad.



Fotografía cedida por SOFOVIAL (Sociedad de Fomento del Video Alternativo)

Desde que se hizo cargo de la cartera de salud local, la Dra. Acosta –impulsada por el Dr. Rivas– mantuvo numerosas conversaciones con las autoridades nacionales y estatales a fin de diseñar instrumentos que colaboren en la reorientación del sistema. Asimismo, mantuvo reuniones con los dirigentes de las organizaciones territoriales de base a fin de relevar demandas y articular iniciativas de cara a dar respuesta a las necesidades de los grupos más pobres. Sin embargo, a pesar de las acciones desplegadas por el gobierno local, los líderes barriales tenían cierta desconfianza respecto a la iniciativa y aún no prestaban colaboración abierta: largos años de desencuentros los separan de las autoridades locales.

Sus demandas eran muchas y se organizaban básicamente alrededor de tres cuestiones:

La infraestructura barrial: Villa Trinidad, La Olla y Barrio Oporto no contaban con servicios de saneamiento urbano (agua potable y cloacas). La recolección de residuos no era diaria y, merced a sus economías, muchas familias acopiaban basura en las áreas vacantes de sus pequeños terrenos.

El acceso de los efectores de salud: desde su perspectiva, existían numerosas dificultades de acceso a los centros de salud. Por un lado, los que se ubicaban en las proximidades de los barrios estaban atestados de gente y no daban abasto para responder a la demanda espontánea. Por otro lado, para llegar a

los centros ubicados en el área central era imprescindible tomar al menos dos transportes; situación que limitaba el acceso a aquellos efectores con niveles menores de demanda.

La violencia: era esta una cuestión muy sensible para los dirigentes. Desde su perspectiva, la droga y la pobreza hacían estragos entre los y las jóvenes del barrio, que protagonizaban revueltas y enfrentamientos cotidianos entre ellos y con los vecinos. Asimismo, según sus relatos, los efectores locales se negaban a atender a aquellos que llegaban a los servicios como consecuencia de sus problemas de adicción. Señalaban que la discriminación estaba a la orden del día y que los profesionales raramente se hacían cargo de las complejas situaciones con las que convivían los vecinos en los barrios.

Distintos actores de la sociedad (organizaciones sociales comunitarias –osc–, organizaciones no gubernamentales –ONG–, organizaciones filantrópicas) desarrollaban acciones en los barrios orientadas a mejorar las condiciones de atención y cuidado de la salud materno-infantil y adolescente (apertura de centros de desarrollo infantil, programas nutricionales, entrega de alimentos por parte de ONG, programas de salud reproductiva, de detección de enfermedades de transmisión sexual, prevención del cáncer de mama y de cuello de útero, etc.). A pesar de sus esfuerzos, el estudio llevado a cabo por la UNDESAC reveló que existían importantes limitaciones entre las organizaciones para dar una respuesta eficaz e integral para la atención de la salud de las mujeres en edad reproductiva y de niños y niñas durante el primer año de vida y en su primera infancia. En ese marco, la Dra. Acosta y su equipo técnico impulsaron un plan de capacitación en servicio para aquellos efectores públicos no estatales que ofrecían servicios sociosanitarios. El diseño del plan estuvo a cargo de un equipo técnico integrado por tres trabajadoras sociales, un nutricionista y un médico generalista.

Las coordenadas del SAMI

El llamado de Alberto Lewin al despacho del Dr. Rivas había desatado una vorágine en el equipo de la cartera de salud. Si bien las inquietudes eran numerosas, la primera cuestión era conocer el contenido y los lineamientos del SAMI. La respuesta no tardó en llegar: a través del correo electrónico de la Secretaría, Horacio Buenaventura –quien está a cargo de la puesta en marcha de la iniciativa a nivel regional– le hizo llegar a Juana Acosta un resumen ejecutivo del Programa.

Para: jacosta@santacatalina.gov.sce
 Asunto: SOBRE el SAMI

De: Horacio Buenaventura [mailto:horacio.buenaventura@gmail.com]
 Enviado el: jueves, 22 de julio de 2008 11:35 a.m.
 Para: 'Juana Acosta'
 Asunto: SOBRE EL SAMI...

Querida Juana:

Me enteré que Lewin ya habló con tu jefe...te paso estas páginas que te servirán para entender mejor el SAMI. Te espero si te parece la semana próxima para conversar plazos y condiciones para hacerlo operativo. Un abrazo, Horacio.

El programa Salud para la Materno-infancia (SAMI), fue puesto en marcha en La República de Nueva Esmeralda hacia mediados del año 2006. La finalidad del programa es la reducción de la mortalidad evitable materno-infantil, aumentando la calidad de atención a embarazadas, puérperas y niños/as menores de 6 años. Inicialmente el programa se implementó bajo una modalidad piloto, cogestionada con OPS, en los municipios que presentaban los indicadores socio-sanitarios más desfavorables.

El programa se financia con recursos del Estado (nacional, estadual y municipal).

Los beneficiarios del SAMI son mujeres embarazadas o que se encuentran durante los 45 días posteriores al alumbramiento (puerperio) y niños/as menores a 6 años de edad que no posean cobertura médica. Las prestaciones brindadas a las mujeres embarazadas o puérperas son: prueba de embarazo; control del embarazo; ecografías; vacunación obligatoria pre y post parto; análisis de sangre y orina; examen de salud dental; derivación en caso de ser necesaria a médicos especialistas, nutricionista, asistente social, psicólogo; parto atendido por especialistas en el hospital; acceso a información sobre los cuidados durante el embarazo y posparto, situaciones de consulta urgente al médico.

Las prestaciones brindadas a los niños/as menores de 6 años son: atención del recién nacido; examen para detectar hipoacusia; prueba a los recién nacidos para medir su capacidad auditiva; controles clínicos periódicos; vacunación según el calendario nacional; examen odontológico a partir de los 6 meses un control anual —que incluye arreglo de caries—; control oftalmológico; consejos para los padres; prestaciones de alta complejidad; cuidados intensivos para los recién nacidos y niños/as en situación de riesgo.

El empadronamiento al plan se realiza mediante la inscripción con el documento de identidad nacional, en cualquiera de los efectores.

El SAMI pone en marcha un esquema de financiamiento basado en resultados, a través del cual el gobierno nacional transfiere fondos a los estados y a los establecimientos de salud. Los criterios de medición que utiliza son la identificación e inscripción de destinatarios y el cumplimiento de metas sanitarias, ponderados con un 60% y un 40% respectivamente. De este modo, se otorgan mayores recursos financieros a las provincias que logren alcanzar mejores resultados.

El plan procura dividir los roles en tres niveles de atención, planificados en consonancia con la característica federal del país. La Nación preserva para sí un rol normativo, de financiamiento y de supervisión. Los Estados tienen un rol predominantemente ejecutivo a través de los Seguros Estaduales de Salud para promover una cobertura efectiva. Los prestadores de la red pública —Centros de Atención Primaria, Maternidades y Hospitales— operan efectuando las prestaciones, cobrando por ellas y utilizando los fondos para mejorar los servicios.

Tanto la distribución y ejecución de recursos como la implementación del modelo de atención a la salud y los programas específicos, se encuentra descentralizada a nivel de los municipios.

Los estados y los municipios reciben transferencias del nivel nacional de acuerdo a los resultados obtenidos —tales como el cumplimiento de controles gestacionales, cumplimiento de control de niño sano, etc.— el año anterior.

Asimismo, el nivel nacional ofrece capacitaciones a los equipos de salud provinciales, con vistas a lograr mejores resultados en sus jurisdicciones. La transferencia constituye una cápita de quince pesos esmeralda anuales por persona inscrita. El 60% de este monto es liquidado mensualmente en concepto de pago por resultado de inclusión de la población objetivo. El 40% restante es liquidado cuatrimestralmente en función del cumplimiento de metas sanitarias.

Por su parte, los estados se vinculan con los efectores abonando por las prácticas realizadas, a través de un Seguro Público de Salud Materno Infantil (SMIP). De este modo, se separa la función de compra de la función de provisión de los servicios de salud.

Otro de los aspectos novedosos del SAMI es un conjunto organizado de mecanismos de monitoreo, auditoría y evaluación. Las tareas de monitoreo tienen como objetivo la supervisión y control de gestión del programa, incluyendo diferentes indicadores y metodologías de relevamiento de la información y medición de resultados. Para el monitoreo, se ha optado por diseñar un "tablero de comando", incluyendo las variables críticas para el control del mismo. Dicho tablero se actualiza con frecuencia cuatrimestral o anual, según la el tipo de información lo requiera. La auditoría es tanto interna como externa. La instancia interna corresponde al nivel nacional y la externa es realizada por un organismo internacional (OPS). Por último, la evaluación de impacto mide el cambio de los aspectos críticos de la salud materno infantil a partir de 10 metas claves establecidas para el programa: (1) captación temprana de mujeres embarazadas; (2) efectividad de atención del parto y atención neonatal; (3) efectividad de cuidado prenatal y prevención de prematuridad; (4) efectividad de atención prenatal y del parto; (5) evaluación del proceso de atención de los casos de muertes; (6) cobertura de inmunizaciones; (7) cuidado sexual y reproductivo; (8) seguimiento de niño sano hasta 1 año; (9) seguimiento de niño sano de 1 a 6 años; (10) inclusión de la población indígena.

Sección 2: El territorio del SAMI

La reunión con Horacio Buenaventura había sido fijada para dentro de quince días. Antes de ese encuentro, la Dra. Acosta debía pasar blanco sobre negro las consecuencias de la puesta en marcha del SAMI en el territorio. Dos eran los frentes críticos: por un lado, resultaba imprescindible desembarcar activamente en los barrios; y por otro lado, era condición *sine qua non* intervenir en los centros de salud y en los equipos que allí trabajaban.

“Desembarcar” en los barrios no era nada sencillo. Si bien desde el Ejecutivo local se estaban abriendo instancias de diálogo, la relación con los referentes territoriales no era la mejor; por lo tanto, se imponía generar una instancia de articulación en el Ejecutivo municipal que le permitiera gestionar ciertas condiciones de viabilidad para la intervención. Esa instancia no la convencía demasiado. La Dra. Acosta apreciaba mucho al Dr. Rivas, pero ya había tenido varios encontronazos con el secretario de Desarrollo Social y el diálogo entre ellos no era de lo mejor.

Fernando Lagos era un joven abogado, hijo de un íntimo amigo de militancia de Alberto Rivas. Fernando se había incorporado recientemente a la política local y había hecho una carrera meteórica hasta llegar a Acción Social. Desde la perspectiva de Juana, Fernando no conocía demasiado lo que pasaba en Santa Catalina, y lo peor era que tampoco le interesaba demasiado ese desconocimiento. Juana sabía que Fernando no podía faltar en una mesa chica, pero con él en esa mesa el frente interno se complicaba. Por suerte estaba la arquitecta Raquel Altabe en la Secretaría de Planeamiento.

Raquel era una aliada que no podía faltar en esa mesa. Su Secretaría estaba llevando adelante un plan de urbanización en áreas degradadas que incluía acciones en las urbanizaciones populares, además de intervenciones en el casco fundacional del municipio para su puesta en valor. Raquel y el director de Tierra, Juanjo Cabrera, seguramente iban a estar dispuestos a colaborar con la tarea. Quizás convocar al director de Educación tampoco estaba mal. Con las hojas que había recibido de Buenaventura y estos pensamientos en su cabeza, Juana se dirigió al despacho de Rivas. Por suerte, Alberto estaba allí.



—**Hola, Marga, ¿puedo ver a Alberto?**

—**Hola, Juana, dejame ver, creo que está hablando por teléfono.**

Alberto y Juana acordaron conformar un Consejo de Gestión para el SAMI, la función del Consejo debía ser generar condiciones de viabilidad para la puesta en marcha del programa con base en algunas intervenciones críticas que facilitarían su implementación.

Juana era la encargada de organizar la agenda y pasársela a Alberto para que convocara al primer encuentro. Mientras regresaba a su despacho era inevitable pensar en el punteo de cuestiones diversas. ¿Qué otras cuestiones debía considerar? Era imprescindible tener claro cómo avanzar.

A estas alturas intuía claramente que el SAMI suponía un trabajo territorial intenso y que con su equipo de profesionales no iba a alcanzar. A la cuestión de la composición de los equipos había que agregar los problemas relevados en el estudio realizado por la Universidad Nacional de Santa Catalina. Los resultados del estudio eran muy interesantes, pero no la dejaban bien parada frente a los otros secretarios.

Además ponían el dedo en la llaga colocando en el primer lugar de la agenda las limitadas competencias de sus recursos humanos para dar respuesta a la nominalidad que intentaba instituir el SAMI.

Composición de los equipos de salud según especialidad y centro, 2008

Nombre del centro de salud	Enfermería	Trabajo social	Obstetricia	Ginecología	Medicina general	Pediatría	Cardiología	Odontología	Oftalmología	Laboratorio
Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 1	x		x		x		x			
Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 2	x	x	x	x		x				x
Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 3	x			x	x	x				x
Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 4	x	x	x	x	x					
Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 5	x		x		x	x				
Dr. Ricardo Bello	x				x					
Las Margaritas	x		x	x	x					
Los Cocos	x	x	x			x		x		x
San Ceferino	x		x	x	x					
Villa Elisa	x				x	x				
Santa Catalina			x		x					
Dispensario San Jorge	x		x		x					
Centro de Desarrollo Social 22 de Noviembre	x	x	x	x		x		x	x	
Dispensario Los Tilos	x				x	x				
Dr. Juan Constanzo	x		x	x	x		x			

Fuente: Secretaría de Salud, Municipio de Santa Catalina.

En ese marco, era imprescindible llegar a un acuerdo con Fernando sobre las posibles articulaciones que podían hacerse con el equipo de trabajadoras sociales de Acción Social.

¿Cómo lograr dichas articulaciones? El municipio contaba con doce centros de salud, un centro de desarrollo social que operaba también como efector de salud⁵⁰ y dos dispensarios (San Jorge y Los Tilos) que estaban en proceso de constituirse en centros independientes.⁵¹ De estos efectores, solo cuatro contaban en sus equipos con trabajadoras sociales. En total, las trabajadoras sociales sumaban seis profesionales, cuatro de planta y dos residentes que estaban haciendo sus primeras armas en el marco del Programa de Residencias para Profesionales del Equipo de Salud del Estado de San Ceferino; se trataba de residentes de primer y segundo año, respectivamente. La condición para su estancia era que se formaran junto a otro profesional del área, lo que limitaba su movilidad a otros centros.

Fernando, en cambio, contaba con un equipo de quince profesionales que estaban abocadas a la implementación de múltiples programas sociales en el municipio. No tenía del todo claro aún cuáles eran esas intervenciones, pero sabía que era muy importante conocerlas; debería pedirle a Fernando un listado de las mismas. Ya sabía que esa no iba a ser una tarea sencilla; Fernando era reticente a mostrar qué y cómo hacía las cosas.

—¿Qué hago? —se preguntaba Juana.

—¿Le mando un mail? No, mejor no; lo llamo al celular —no importaba cuál fuese el medio, todo iba a ser difícil.

Juana se sorprendió cuando la voz de Fernando se escuchó del otro lado del teléfono; como de costumbre, esperaba que saltara el contestador.

—Hola, Juanita, ¿cómo va todo?

Juana puso a Fernando al tanto, pero los resultados de la charla no fueron muy alentadores. Le dijo que las “chicas” estaban muy ocupadas y que no se le ocurría cómo iban a poder colaborar con la puesta en marcha del SAMI. A pesar de ello, se

⁵⁰ Los profesionales afectados a la prestación de servicios de salud dependían administrativamente de la Secretaría de Salud, pero funcionalmente, de la directora del Centro de Desarrollo Social, efector de la Dirección de Educación.

⁵¹ Ambos dependían administrativa y funcionalmente de otros centros: los Centros de Salud y Acción Comunitaria N.º 2 y 4, respectivamente. Los directores de esos centros eran responsables por los dispensarios, sus profesionales y las actividades que allí se realizaban.

comprometió a mandarle un listado de los programas que se estaban implementando en el municipio, señalando sus áreas de intervención.

La geografía de Santa Catalina y sus barrios

Además de la charla con Fernando, Juana necesitaba tener muy clara la geografía de los barrios a fin de identificar obstáculos en la implementación del SAMI. El estudio realizado por la UNDESAC brindaba una descripción ajustada de las urbanizaciones populares de Santa Catalina.

Características de las urbanizaciones populares, 2008

Variable	La Olla	Barrio Oporto	Villa Trinidad
Extensión	20 hectáreas	7 hectáreas	10 hectáreas
Población	21.987	3.347	9.130
Hogares	5.502	1.115	2.468
Personas por hogar*	3,9	3,0	3,7
Hogares con servicio de abastecimiento de agua	88%	97%	95%
Hogares con conexión domiciliar de agua	77%	89%	86,2%
Hogares que obtienen agua a través de la red pública (del tendido municipal o del servicio de aguas)	44%	90,5%	70,3%
Cobertura del servicio de recolección de basura y limpieza	40%	75%	60%
Desagüe del inodoro a la red pública	15%	67%	61,8%

* El promedio de personas por hogar en Santa Catalina es de 2,6.

Fuente: UNDESAC.

La situación de La Olla era la más complicada. De los tres asentamientos era el que presentaba las peores condiciones sociales y urbanísticas. Emplazado en una gran cava —que hasta hace pocos años había operado como sitio de disposición final de residuos⁵²— ubicada a la vera del arroyo San Jacinto, en la periferia del municipio, el barrio presentaba importantes déficits de infraestructura y equipamiento social. Además, se encontraba próximo a un aglomerado de fábricas cuya presencia, junto a la del arroyo y a la del basural, configuraban un escenario socioambiental signado por la contaminación ambiental e inundaciones recurrentes. La ocupación del espacio se fue produciendo de manera espontánea a través de diferentes ocupaciones, el crecimiento de las familias y el surgimiento de nuevos núcleos familiares. En la actualidad, el barrio está dividido en sectores que se definen en función de los accesos al barrio, y estos sectores se relacionan por medio del trazado de las principales calles que lo recorren o limitan, como así también por las vías del ferrocarril que divide al barrio en sentido norte-sur. El asentamiento ocupa un total de veinte hectáreas y presenta un tejido compacto con estructura interna de pasillos a través de los cuales se distribuye precariamente agua de red y energía eléctrica. Solo hay pavimento en las calles que conforman los diferentes bordes y en la calle principal que atraviesa el barrio de este a oeste. Los terrenos están bajo la cota de inundación. En 2008, el 77% de las viviendas disponían de agua por cañería dentro de la vivienda; no obstante, en muchos casos el agua provenía o bien de napas subterráneas o bien de conexiones “caseras”, todas situaciones que presentan riesgo de contaminación. Dichas características, sumadas a la proximidad del arroyo San Jacinto, dan cuenta del riesgo sanitario al que se encuentra sometida la población del barrio.

El nivel de provisión de servicios públicos es bajo. En este sentido, la mayoría de las personas encuestadas en un censo que recientemente llevó adelante la Dirección de Tierras del municipio identificaron en primer lugar la necesidad de realizar obras de infraestructura y mejoramiento barrial, cuando se les preguntó acerca de las problemáticas del barrio. Se destacó especialmente la falta de agua, de cloacas, de luz, de gas, y la apertura y arreglo de calles, veredas y pasillos.

El Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 2 se localiza en uno de los bordes del barrio. Emplazado en lo que antiguamente era la Sociedad de Fomento del Barrio Evita, el Centro recibe en la actualidad casi la totalidad de las demandas de los residentes de La Olla. El Barrio Evita había surgido a fines de la década de 1950 por iniciativa de las familias obreras que trabajaban en los establecimientos fabriles de la zona. Actualmente es un barrio de clase media y media baja, de hogares con

⁵² Si bien el basural fue formalmente desactivado por el Estado de San Ceferino y el municipio, algunas zonas continúan siendo espacios de disposición de residuos.

jefes asalariados trabajadores de las industrias manufactureras del municipio y de los municipios vecinos. Asimismo, La Olla cuenta con un jardín de infantes (que tiene salas a partir de los 3 años) y una escuela primaria.

El Barrio Oporto está ubicado a unas veinte cuadras del área fundacional del municipio. Se originó en 1985 a partir de una toma de tierras fiscales protagonizada por un conjunto de 200 familias. En este marco, las tierras fueron subdivididas en lotes de aproximadamente 150 m² cada uno. Está totalmente incorporado a la trama urbana y no presenta discontinuidades con el resto del tejido de la ciudad. El predio pertenecía originalmente al ferrocarril, que finalmente lo cedió al municipio para su loteo. El proceso de regularización estuvo marcado por problemas en la subdivisión de los lotes y la construcción en altura, procesos estos que contribuyeron a la densificación del barrio.

En 2008, el área presentaba un alto déficit de infraestructura cloacal si se considera que en las inmediaciones del barrio dicho servicio presentaba importantes niveles de cobertura (en el barrio, solo el 67% de los hogares poseía cloaca). Esa situación era llamativa considerando que el 90,5% de los hogares tenían provisión de agua potable por red dentro de la vivienda. El resto de los servicios presentaba una cobertura mayor: el 87% de los hogares contaba con gas natural provisto por red, el 100% contaba con energía eléctrica de red y el 88% poseía teléfono de línea. El barrio estaba bien provisto respecto a la infraestructura de transporte y al alumbrado público. En la actualidad, el Barrio Oporto presenta un avanzado nivel de consolidación urbana. El tejido fue objeto de intervenciones públicas, por parte del municipio, y privadas, a través de instituciones populares organizadas por los pobladores del barrio. Su integración al tejido urbano se vio favorecida por el trazado de manzanas y calles realizado según los criterios convencionales de urbanización. El dispensario San Jorge⁵³ está ubicado en el centro del barrio, fue puesto en marcha por los propios vecinos pocos años después de que se consolidara la toma original de los terrenos. Inicialmente, la Sociedad de Fomento barrial ofrecía servicios médicos (clínica y pediatría) con aranceles muy bajos. En la actualidad, los vecinos luchan por convertir el dispensario en un centro de salud que cuente con múltiples y variadas especialidades. Asimismo, el barrio se encuentra a unas escasas cinco cuadras del hospital zonal, que es utilizado por los vecinos del barrio como “puerta de entrada” al primer nivel de atención. De hecho, los vecinos del Barrio Oporto conocen al Dr. Rivas desde que era director del nosocomio.

⁵³ El dispensario depende administrativa y funcionalmente del Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 3, ubicado en el área central del municipio.

Villa Trinidad está ubicada en la zona que concentra la actividad industrial en el Municipio de Santa Catalina, alejada del casco fundacional pero muy próxima a los barrios de clase media que constituyeron los primeros suburbios de Santa Catalina. Se originó en la década de 1960 en tierras de propiedad municipal. Su población original provenía de Estados del interior del país y cada hogar que se instalaba abría las puertas para que otros familiares o vecinos de su lugar de origen se asentaran también allí. El trazado original de Villa Trinidad presentaba las características de “villa de emergencia”: cerrado, con pasillos zigzagueantes y sin calles de dimensiones suficientes para la circulación de vehículos. Las calles y los pasillos se desplegaron sin ordenamiento en su loteo, con construcciones hacia arriba dada la carencia de espacio y el crecimiento de la población. Desde inicios de la década de 2000, Villa Trinidad ha sido objeto de intervención del Programa de Radicación de Barrios Carenciados del Gobierno federal. Merced a las intervenciones del programa, muchas de las “marcas” de la urbanización original se han borrado o suavizado; sin embargo, otras se mantienen. En algunas zonas aún persiste la imposibilidad de circulación de vehículos. En este sentido, los servicios de emergencia, la policía, el recolector de basura y los camiones con tanques atmosféricos no tienen posibilidad de acceder a ellas (lo que conlleva la acumulación de basura en las calles y el desborde continuo de los pozos ciegos). A pesar de ello, Villa Trinidad presenta un alto nivel de consolidación, pero este proceso se halla limitado por la imposibilidad de regularizar la tenencia de la tierra por parte de los habitantes, fundamentalmente debido a incompatibilidades con la normativa vigente.

El barrio está totalmente pavimentado y posee alumbrado público, pero la situación con relación al acceso a servicios es compleja. Si bien en las inmediaciones del barrio la cobertura es total, en Villa Trinidad los guarismos caen de manera estrechosa. En cuanto a la provisión de agua potable, en 2008 el 70,3% de los hogares estaba conectado a la red. El resto resolvía la provisión de agua a través de conexiones clandestinas e incluso –un porcentaje menor– de canillas colectivas. La cobertura de la red cloacal alcanzaba solo al 61,8% de los hogares del barrio, situación que impactaba en las condiciones sanitarias, que al 2008 mostraban un cuadro heterogéneo. El resto de los hogares o bien poseía inodoros con descarga a pozos ciegos o bien inodoros sin descarga de agua. Una situación similar ocurría con la red de gas natural: aunque la misma alcanzaba un 100% de cobertura en las inmediaciones, en el barrio el 99,87% de los hogares declararon utilizar gas de garrafa como el principal combustible utilizado para cocinar. De este modo, resalta la diferencia en infraestructura entre el entorno y el barrio.

Villa Trinidad no cuenta con centro de salud propio. Sin embargo, el Centro de Desarrollo Social 22 de Noviembre se localiza en sus inmediaciones, así como el Centro de Salud Dr. Juan Constanzo. El Centro de Desarrollo Social 22 de Noviembre es un servicio que depende de la Secretaría de Acción Social y de la Dirección de Cultura; recibe incluso derivaciones para los servicios de psicología y psicopedagogía de las escuelas ubicadas en el municipio. Asimismo, ofrece servicios de ludoteca y estimulación temprana. Desde hacía ya varios años, la Secretaría de Salud había comenzado a proveer allí algunos servicios. Pero a pesar de que numerosos servicios y especialidades de diferentes áreas del municipio convergían en el espacio del Centro, las articulaciones entre ellos nos eran fáciles. Esto complicaba bastante las relaciones entre los equipos y con la población usuaria. El Centro de Salud Dr. Juan Constanzo absorbía la demanda de Villa Trinidad. El equipo de salud intentaba realizar mensualmente visitas al barrio a fin de mejorar la captación de casos críticos; sin embargo, la demanda espontánea que llegaba al Centro era tal que quedaban muy pocos espacios para sostener y profundizar estrategias “puertas afuera”. Los niños y niñas del barrio asisten, en su mayoría, a dos establecimientos educativos localizados en los barrios lindantes, mientras que la iglesia barrial ofrece un servicio de guardería y jardín maternal de 9 a 16 h.

Desde su Secretaría, Raquel estaba interviniendo fuertemente en los barrios a través de diversas iniciativas orientadas a su regularización urbanística y dominial. En ese marco, los conflictos con los vecinos nunca faltaban.

En La Olla los problemas vinculados a la apertura de calles y a la construcción de veredas estaban a la orden del día. Al igual que en Villa Trinidad, la cuestión del ordenamiento parcelario eran también un foco de fricción con algunos vecinos que no salían beneficiados de la intervención. El programa de Mejoramiento de Barrios estaba a cargo del tendido y la reparación de infraestructuras. Era de esperar que cuando las obras avanzaran, las relaciones con los vecinos mejoraran, pero los avances eran lentos y la dinámica de las propias urbanizaciones muchas veces obstaculizaba aún más la tarea (fundamentalmente, las nuevas ocupaciones y los procesos de subdivisión por venta en el mercado informal). El programa de Equipamiento Comunitario también dependía de Raquel. En ese marco, Juana venía trabajando en la ampliación del dispensario San Jorge. Este Programa contaba también con la participación de la Secretaría de Acción Social y ya le había traído varios malos entendidos con Fernando, quien pretendía que las intervenciones se destinaran a otros usos (no a la construcción de efectores de salud).

Sección 3: Jugando el juego en la implementación

Se acerca ya el momento de la puesta en marcha del SAMI. Este llegaba a Santa Catalina en un contexto de reorientación de la política sanitaria. Si bien el Dr. Rivas pertenecía al mismo partido político que su antecesor, el sector que lo había promovido como intendente del municipio era bastante más progresista que los que estaban alineados tras Don Quartulli (exintendente de Santa Catalina que había estado a cargo del gobierno local por más de dos décadas). En este marco, el Dr. Rivas tenía el desafío de impulsar una nueva institucionalidad y fortalecerse en ese proceso. Tarea nada sencilla. Si bien el ministro Lewin era un aliado en el proceso, la posición de este en el gobierno estadual no era la más consolidada. Había llegado allí como producto de la negociación entre el sector más progresista del partido y los representantes de las posiciones de centro-derecha. El gobernador, de hecho, era un exponente de este último sector. Este último se había visto obligado a impulsar el SAMI por ser este una política nacional, impulsada desde el Ministerio federal.

En ese contexto, la apuesta por desarrollar un sistema de salud empeñado en asegurar una atención integral y eficiente en salud era una apuesta local que encontraba en el SAMI un medio y una excusa para realizarse.

A pesar de ello, el frente interno no era fácil. El Dr. Rivas había llegado al municipio con la firme intención de priorizar la inversión en el sector salud (Rivas es médico y durante muchos años se desempeñó como director del hospital regional) y el fortalecimiento de la atención básica. Para ello, junto con Juana Acosta habían diseñado un conjunto de iniciativas para la organización y gestión de la cartera, las cuales tenían como principio organizador la centralidad de la perspectiva de la atención básica en la organización del sistema de salud municipal. Este direccionamiento político encontraba en el SAMI un aliado para la transformación organizacional.



Municipalidad de Santa Catalina

PLAN DE GOBIERNO PARA EL SECTOR SALUD ORGANISMO RESPONSABLE: Secretaría de Salud

OBJETIVOS: Consolidar la política pública local en salud, destinada a mejorar la calidad de vida de la población de Santa Catalina en su conjunto. Aumentar la captación y cobertura del subsistema público de salud, posibilitando el acceso de la población a los servicios de salud. Impulsar desde los equipos de los centros de salud el desarrollo de prácticas de promoción y prevención en salud para mejorar la calidad de vida de la población. Contribuir con los efectores locales para el logro de mayor eficacia, eficiencia, calidad y sustentabilidad en el diseño e implementación de sus correspondientes programas y proyectos en el sector.

POBLACIÓN: La población en su conjunto.

LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA: Todo el municipio.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Local, con aportes estadales y nacionales.

En este marco, la acción se orienta a:

- El fortalecimiento y el rediseño de las plantas de recursos humanos de los centros de salud.
- La introducción de un nuevo modelo de gestión en los centros de salud.
- La puesta en marcha de la historia clínica unificada y la informatización del registro.
- La introducción de la capacitación en servicio como herramienta para el desarrollo efectivo de las acciones gubernamentales.
- El diseño y la implementación de planes para el desarrollo de una gestión estratégica a nivel de los efectores locales.
- El desarrollo de acciones orientadas a la reducción de la mortalidad infantil y materna.

Fuente: Plan de Gobierno del Municipio de Santa Catalina, 2008.

Estas iniciativas locales podrían acompañar perfectamente la puesta en marcha del SAMI.

El fortalecimiento y el rediseño de las plantas de recursos humanos de los centros de salud

La iniciativa se orientaba a jerarquizar las direcciones de los centros de atención primaria equiparando a sus directores al rango de jefes de servicio. Asimismo, la puesta en marcha de la carrera sanitaria municipal pretendía ser un eslabón más en ese fortalecimiento. Juana se inclinaba porque la dirección fuese un cargo a ocupar por profesionales médicos y no médicos. Rivas pretendía que este cargo solo fuese ocupado por profesionales médicos. Esa definición aún estaba pendiente. La asociación médica local no era una aliada en el proceso; de hecho, había expresado sus temores ante el anuncio de reorganización de las plantas locales. En ese marco, sumar adeptos de otros colegios profesionales que apoyaran la promoción de no médicos a la dirección de los centros no era nada desdeñable.

El *fortalecimiento de estas plantas* dependía de la posibilidad efectiva del municipio de contratar nuevos recursos humanos, médicos y no médicos. Si bien en la gestión de Rivas el presupuesto local destinado a la finalidad salud había aumentado considerablemente (pasando de un 12% a un 20% del presupuesto total), la opción de rigidizarlo a través de las nuevas contrataciones no era una opción muy deseable. Explorar otras formas de contratación más flexibles aparecía como una opción en este marco.

Nuevo modelo de gestión en los centros de salud

La primera gran apuesta era la implementación de la *historia clínica unificada* y la *informatización del registro*. Esta iniciativa suponía una intervención muy fuerte en los equipos locales (tanto profesionales como administrativos). El puntapié inicial fue el desarrollo de reuniones, encabezadas por el Dr. Rivas y la Dra. Acosta, con dichos equipos. La finalidad era abrir una agenda de discusión sobre la centralidad de la atención básica y de las herramientas de gestión para lograr una efectiva jerarquización. El paso siguiente era la puesta en marcha de un *programa de capacitación en servicio* para el uso de la historia clínica unificada. Si bien la iniciativa de las reuniones había sido muy bien recibida por los equipos, no ocurría lo mismo con la puesta en marcha de las historias clínicas. Si bien las historias facilitaban la tarea en el consultorio, eran percibidas también como un instrumento de control de la actividad profesional, y

eso no les gustaba en absoluto. Los administrativos, en cambio, celebraban la oportunidad, por fin estarían incluidos en alguna iniciativa.

Este entusiasmo había generado conflictos en el sindicato. Algunos representantes sindicales aducían que esta iniciativa sumaba tarea al personal administrativo.

La segunda iniciativa para el impulso de un nuevo modelo de gestión era la elaboración de *planes para el desarrollo de una gestión estratégica a nivel de los efectores locales*. El desafío en este marco era posicionar a los planes como herramientas de planificación y de gestión en los centros de salud municipales. El Dr. Rivas había sido el encargado de poner en marcha el modelo de autogestión hospitalaria en el nosocomio regional. Si bien el proceso y su orientación tenían aspectos muy criticables, para Rivas el plan había resultado ser un excelente organizador de las tareas de la organización y de sus equipos. Con esa experiencia en su haber, la apuesta era mejorar la gestión en los centros a través de un instrumento que impactara operativa y estratégicamente en la definición de metas y objetivos de trabajo.

Reducción de la mortalidad infantil y materna

En ese marco, se articulaba el objetivo de reducción de la mortalidad infantil y materna. Este objetivo aparentemente sencillo suponía una profunda reorientación de las prácticas de los equipos de los centros de salud. Los equipos no estaban acostumbrados a realizar actividades extramuros. En algunos casos, el nivel de demanda impedía a los profesionales destinar horas de trabajo a este tipo de actividades. En otros casos, los profesionales no estaban dispuestos a cruzar el umbral de los centros de salud. De esta manera, el SAMI significaba una oportunidad para incentivar y promover actividades extramuros. Era necesario convencer a los colegas de que una mejor capacitación y atención redundaría en mejoras en el salario y en las condiciones de trabajo.

El Dr. Rivas sabía que eso no era tarea fácil. En el sistema de salud municipal no había ninguna tradición en esta línea, y lo que se respiraba era una profunda desconfianza.

El baile de los actores

Juana Acosta acompañaba las iniciativas del Dr. Rivas, pero su posición entre las autoridades locales era aún algo débil. Juana era médica generalista; los generalistas no son precisamente los más valorados por los médicos y ella lo sabía. Además era joven y había estado varios años haciendo su posgrado en Cuba. Si bien se había formado como residente en el hospital regional y conocía muy bien la realidad de Santa Catalina, hacía tiempo que no recorría la arena local y muchas veces no lograba decodificar adecuadamente a los interlocutores con los que interactuaba diariamente en la Secretaría.

Además, las iniciativas que Rivas pretendía desarrollar suponían altos niveles de interacción no solo con los equipos de salud sino con otros actores claves del municipio, en general, y de los barrios, en particular. El objetivo de *reducción de la mortalidad infantil y materna* la había obligado a programar una agenda de reuniones y talleres con referentes de organizaciones locales. Las reuniones con los dirigentes de las organizaciones de base⁵⁴ de los barrios Oporto, La Olla y Villa Trinidad formaban parte de esa agenda.

El objetivo de esas reuniones era, por un lado, conocer las preocupaciones de los vecinos de las urbanizaciones populares, y por otro lado, lograr la colaboración de los dirigentes para el desarrollo de actividades de capacitación en los barrios y de detección temprana de casos críticos. Ahora, con el SAMI, también requeriría de su colaboración para el empadronamiento de los posibles beneficiarios del plan. Juana tenía buen diálogo con los referentes territoriales pero sabía que ellos no confiaban mucho en ella. Ella era claramente un cuadro técnico y aún estaba haciendo sus primeras armas en la carrera política. En este punto, el frente interno no la ayudaba. Si bien Fernando era también un recién llegado a la política local, portaba apellido y era muy carismático. Ambas cualidades lo hacían posicionarse como un referente natural entre los dirigentes.

Otro funcionario con el que se había visto obligada a dialogar era el secretario de Salud del Municipio de San Alberto. San Alberto había hecho en los últimos años una

⁵⁴ En Villa Trinidad era posible distinguir dos generaciones de dirigentes: una vinculada al viejo movimiento vecinalista propio de los años 70 y otra vinculada a nuevos movimientos socioterritoriales de base que encontraban en la territorialización de la acción colectiva una forma particular de manifestación. El barrio Oporto contaba con unos pocos dirigentes, pero si bien en los albores de la urbanización la existencia de colectivos barriales muy activos había caracterizado la experiencia, luego de la urbanización del barrio estos se habían desactivado. El La Olla se encontraban los dirigentes más activos y combativos, representantes de múltiples partidos y sectores políticos; habitaban allí los más radicalizados y opositores a la gestión del gobierno local.

apuesta importante para poner en marcha efectores de alta complejidad. Si bien la Dra. Acosta no compartía en absoluto el modelo prestacional instituido en San Alberto, dependía de la buena voluntad de las autoridades locales para dar respuesta a casos críticos cuando las camas del nosocomio ubicado en Santa Catalina estuvieran saturadas. El diálogo con el Dr. Altube, secretario de Salud de San Alberto, no era fácil. Altube era una persona políticamente muy hábil y conocía a la perfección las debilidades del modelo de Santa Catalina. No creía para nada en la centralidad de la salud básica y además pensaba que nunca pagaban bien (ni en términos económicos ni políticos). Sin embargo, estaba dispuesto a hacer negocios con Santa Catalina y, de paso, colaborar con su colega Juana Acosta.

Los dueños de las dos clínicas privadas ubicadas en Santa Catalina que disponían de camas de neonatología y pediatría también se habían convertido en interlocutores frecuentes de la Dra. Acosta. Con ellos la agenda no solo se circunscribía al tema “camas para internación”, además había otras cuestiones bastante más ríspidas vinculadas al hecho de que muchos de los profesionales de los centros trabajaban también en esas instituciones. Superposiciones horarias, guardias y demás cuestiones eran temas que nunca faltaban en los encuentros entre representantes del subsector público y el privado.

A todos estos ámbitos e interlocutores se sumaba ahora el Consejo de Gestión del SAMI. Justamente hacía unos pocos días había estado discutiendo con Alberto las funciones de este colectivo. El Consejo estaba presidido por la Dra. Acosta e integrado por autoridades locales vinculadas a la intervención del SAMI. Ya había discutido con Alberto su integración (Fernando, Raquel, etc.) pero aún no estaba del todo cerrada. El Consejo era una arena apropiada para la discusión de políticas y para el debate de cuestiones sustantivas. El tema era que las otras autoridades locales lo consideraran también como un ámbito legítimo de interacción. De eso, Juana no estaba aún segura.

El Consejo no estaba originalmente incluido en el organigrama del municipio ni de la Secretaría. En la práctica, esto implicaba que no contaba ni con equipo técnico ni con personal de apoyo administrativo. Ella debía asumir estas cuestiones con los recursos de las Secretarías involucradas, en la práctica de su propia Secretaría. Si bien esto la recargaba en sus tareas, tenía el beneficio de guiar la discusión que se daba en el seno del Consejo a partir de la elaboración de la agenda y de los primeros lineamientos de política que eran sometidos a debate. La posibilidad de que el Consejo contara con un equipo técnico-administrativo propio había generado disidencias entre el Dr. Rivas y la Dra. Acosta. Para Juana resultaba muy atinada la posibilidad de contar con otros

referentes con quienes consultar la aplicación de los lineamientos definidos políticamente en el Consejo. Diferente era la posición de Rivas, quien pensaba que debían ser los técnicos de las Secretarías municipales los que tenían que cumplir esa función.

Con el fin de facilitar las instancias de diálogo con actores externos al ámbito gubernamental vinculados a la política sanitaria, la Dra. Acosta pensó en instituir instancias consultivas en las que participaran representantes del subsector privado, organizaciones profesionales, ONG que desarrollaran proyectos en el ámbito de la salud y académicos con experiencia en el tema. Sus funciones serían las de asesorar –con carácter no vinculante– sobre las cuestiones que se estén debatiendo en el marco del Consejo. Rivas estaba pensando acerca de esta alternativa. Si bien no lo seducía mucho la idea de “juntar” posibles reclamos, quizá serviría para canalizar algunos de los conflictos que se iban suscitando con actores externos.

A pesar de las complicaciones que le traía el frente interno municipal, la Dra. Acosta se movía como pez en el agua con los colegas del equipo de Lewin y los del Ministerio federal. Juana era muy reconocida entre los especialistas en salud pública ya que desde el exterior había logrado establecer muy buenos vínculos con representantes nacionales en el tema. De hecho, había participado como consultora en el equipo que discutió los lineamientos preliminares de la política que dio origen al SAMI.

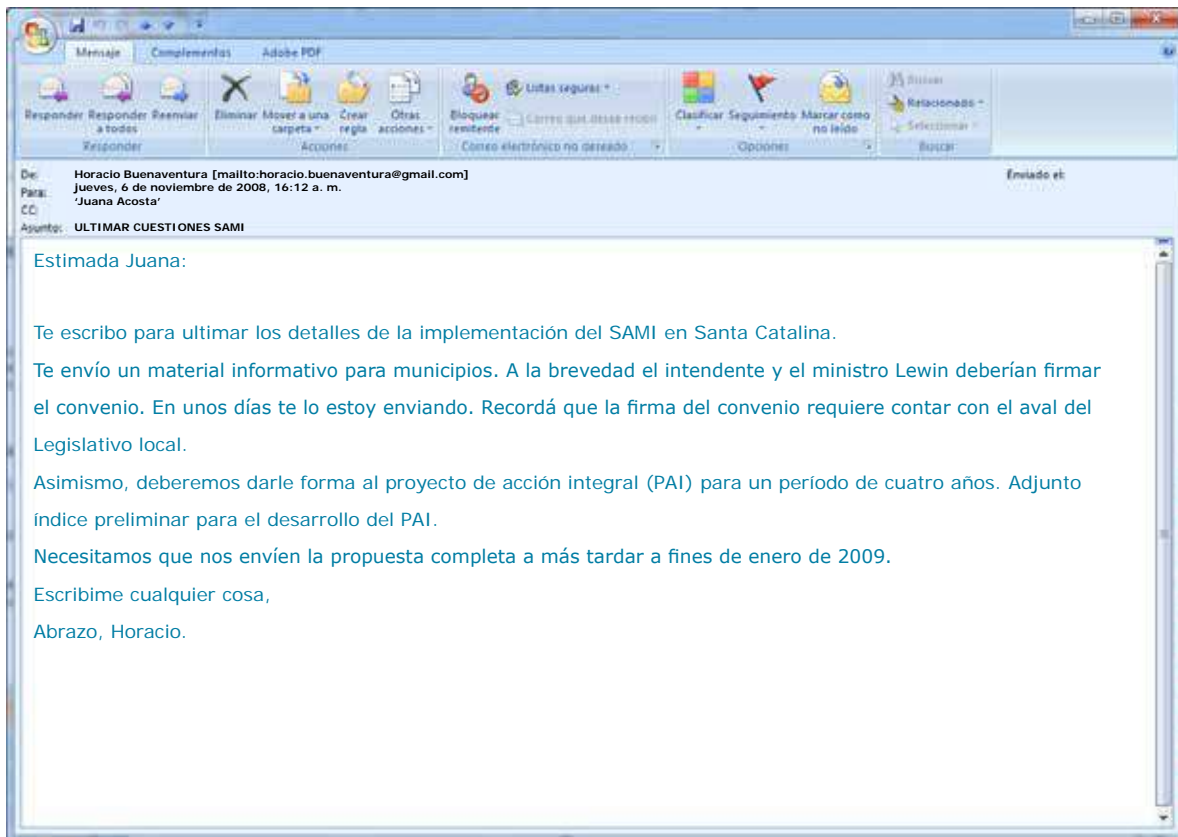
El Ministerio federal tenía la función de coordinar y supervisar la ejecución del Programa en los Estados y municipios, estableciendo las normas generales de funcionamiento y gestión. Era el responsable de aprobar todas las actuaciones (confección de pliegos de licitaciones, especificaciones técnicas, adjudicaciones, contrataciones, entre otras) otorgando lo que se denomina en estos programas “No objeción”. El Ministerio federal veía en el SAMI la posibilidad efectiva de mejorar las prestaciones en el área de salud y, por consiguiente, mejorar el desempeño del sector a nivel nacional.

El Ministerio de Salud de San Ceferino estaba abocado a la evaluación del programa en los municipios y al asesoramiento técnico de estos para su puesta en marcha. Asimismo, era responsable de la administración de los fondos destinados a esas finalidades. La atención del Ministerio estadual a los municipios era relativa; dependían de él muchos efectores que brindaban prestaciones propias del primer nivel de atención y su apuesta se orientaba a mejorar dichas prestaciones.

Juana Acosta respira profundo... “Cómo voy a lidiar con este rompecabezas”, piensa. Mira el reloj, “¡Ay! Ya es la hora de la primera reunión del Consejo”. Se levanta rauda y se encamina a la sala de reuniones.

Sección 4: Preparados, listos, ¡ya!

La reunión del Consejo había transcurrido en buen clima, todos habían jugado un juego previsible; el objetivo del encuentro era abrir el espacio y estaba cumplido. A pesar de ello, Juana no se relajaba, sabía que iba a tener que librar varias batallas en ese espacio. Volvió a su computadora, no chequeaba el mail de la Secretaría desde hacía varias horas. No tardó en advertir que en su bandeja de entrada había recibido un mail de Horacio.



¡Pucha! Justo en este momento del año. Lo que más la preocupaba era el tema del Consejo. El partido tenía una mayoría ajustada en el Legislativo local y no se podía confiar ciegamente en los “aliados”. Debería preparar muy bien la presentación de la iniciativa. Obviamente, debería presentar un borrador del proyecto de acción integral. Juana sabía que la tarea no iba a ser sencilla.

Tomó el teléfono y se dispuso a llamar a Alberto Rivas para ponerlo al tanto de todo esto. Debía juntarse con él de inmediato. Para avanzar en el diseño del PAI debía tomar algunas decisiones y eso no era posible sin el aval de Alberto.

—Hola, Juana —respondió Alberto.

—¿Cómo va? Yo, medio preocupada... Recibí un mail del Ministerio estatal en el que nos ponen plazo para la puesta en marcha del SAMI.

—Ok. ¿Querés que nos juntemos? Me hago un hueco y lo vemos.

—Sí, por eso te llamo. Buenísimo, en un rato estoy por allí.

Aprovechó los minutos que la separaban del encuentro para hacer un *check list* de los temas críticos sobre los que deberían decidir para poner en marcha el SAMI:

- El hospital zonal, ¿iba o no a ser considerado un efector en el marco del SAMI? La relación con el hospital era bastante conflictiva, quizás Alberto querría usar al SAMI como incentivo para acercar posiciones. Si el SAMI no entraba al hospital, estaba segura de que los conflictos se profundizarían.
- ¿Qué pasaría con los dispensarios municipales? Estaba claro que estos no podrían beneficiarse directamente con la implementación del SAMI. Los efectores considerados por el SAMI eran los centros de salud y los hospitales, no los dispensarios.
- Los fondos recibidos por los efectores, ¿se distribuirán entre los profesionales o solo podrán ser destinados a fortalecer actividades de los centros (insumos, equipamiento, etc.)? De ser así, ¿cómo? Juana pensaba que la opción era pensar un esquema de asignación de fondos en el cual parte de estos llegaran a los profesionales, y parte, a los efectores. Sin embargo, aún no tenía claro qué prácticas premiar. Tampoco conocía la opinión de Rivas.
- ¿Qué pasará con los efectores que no están en condiciones de facturar? ¿Podría la Secretaría hacerlo por ellos?
- Estrategia de presentación ante el Legislativo local: fecha, modo, contacto previo con el presidente del bloque y de la Legislatura, etc.

Juana pensó que podría ser de ayuda llevar a la reunión los materiales que le había enviado Horacio. Rápido, antes de salir de su oficina al encuentro con el Dr. Lewin, imprimió dichos materiales.

SAMI

LO QUE HAY QUE SABER SOBRE EL PROGRAMA “SALUD PARA LA MATERNO-INFANCIA” Estado de San Ceferino

OBJETIVOS

- Reducir la mortalidad evitable y la morbilidad en mujeres embarazadas, puérperas y niños/as menores de seis años.
- Mejorar el acceso de la población materno infantil a la atención.
- Mejorar y fortalecer las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación referidas a los grupos materno infantiles desde un abordaje integral.

POBLACIÓN OBJETIVO

Mujeres embarazadas, puérperas y niños/as menores de seis años, con cobertura exclusivamente pública en los municipios adheridos al presente convenio.

EFACTORES DEL PROGRAMA

- Centros de salud
- Maternidades
- Hospitales

Lo novedoso es que los efectores cobrarán de manera directa los recursos derivados de las prestaciones realizadas, utilizándolos para la mejora de los servicios, según lo establezca el pai de cada municipio.

RESPONSABILIDADES DEL ESTADO DE SAN CEFERINO

1. Promover, a través de la implementación del Seguro Público de Salud Materno-Infantil (smip), una cobertura efectiva de la población objetivo del Programa.
2. Financiar las prácticas realizadas a través del smip de manera directa a los efectores conforme los lineamientos establecidos en el proyecto de acción integral (pai) que elabore cada municipio.
3. Prestar asistencia técnica y capacitación para la puesta en marcha y la implementación del programa en los municipios.
4. Controlar y supervisar la aplicación de los recursos.
5. Evaluar el desarrollo del Programa en los municipios y el cumplimiento de las metas establecidas en el pai.

RESPONSABILIDADES DE LOS MUNICIPIOS

1. Implementar acciones para garantizar el acceso de los servicios de salud de la población materno-infantil, asegurando la gratuidad.
2. Desarrollar acciones tendientes a garantizar la calidad en la atención del embarazo, el parto, el puerperio y la atención neonatal.
3. Promover y desarrollar estrategias orientadas a garantizar el seguimiento de la salud del niño hasta los seis años.
4. Promover y desarrollar estrategias de prevención y promoción para el cuidado sexual y reproductivo.
5. Facilitar la participación de los equipos de los efectores a los cursos de capacitación que se desarrollen en el marco del Programa.
6. Realizar y mantener actualizado el padrón de la población beneficiaria del Programa.
7. Constituir una unidad de gestión municipal.
8. Remitir toda la información que le sea requerida y facilitar a la unidad ejecutora estadual y a las auditorías externas el acceso a todos los registros y servicios, a fin de realizar el correspondiente seguimiento y monitoreo de las acciones previstas en el Programa.
9. Promover la participación comunitaria y comprometer el esfuerzo para la articulación de los programas estaduales y locales para el cumplimiento de los objetivos y las metas establecidas en el pai.
10. Elaborar un proyecto de acción integral (pai) para la puesta en marcha e implementación del sami en el municipio.

MODALIDAD DE EJECUCIÓN

Los municipios suscribirán un convenio con el Ministro de Salud del Estado de San Ceferino. El mismo deberá contar con la aprobación de la legislatura local.

LO QUE HAY QUE SABER SOBRE EL PROGRAMA “SALUD PARA LA MATERNO-INFANCIA” Estado de San Ceferino

OBJETIVOS

- Reducir la mortalidad evitable y la morbilidad en mujeres embarazadas, puérperas y niños/as menores de seis años.
- Mejorar el acceso de la población materno-infantil a la atención.
- Mejorar y fortalecer las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación referidas a los grupos materno-infantiles desde un abordaje integral.

POBLACIÓN OBJETIVO

Mujeres embarazadas, puérperas y niños/as menores de seis años, con cobertura exclusivamente pública en los municipios adheridos al presente convenio.

EFACTORES DEL PROGRAMA

- Centros de salud
- Maternidades
- Hospitales

Lo novedoso es que los efectores cobrarán de manera directa los recursos derivados de las prestaciones realizadas, utilizándolos para la mejora de los servicios, según lo establezca el PAI de cada municipio.

RESPONSABILIDADES DEL ESTADO DE SAN CEFERINO

1. Promover, a través de la implementación del Seguro Público de Salud Materno-Infantil (SMIP), una cobertura efectiva de la población objetivo del Programa.
2. Financiar las prácticas realizadas a través del SMIP de manera directa a los efectores conforme a los lineamientos establecidos en el proyecto de acción integral (PAI) que elabore cada municipio.
3. Prestar asistencia técnica y capacitación para la puesta en marcha y la implementación del programa en los municipios.

4. Controlar y supervisar la aplicación de los recursos.
5. Evaluar el desarrollo del Programa en los municipios y el cumplimiento de las metas establecidas en el PAI.

RESPONSABILIDADES DE LOS MUNICIPIOS

1. Implementar acciones para garantizar el acceso a los servicios de salud de la población materno-infantil, asegurando la gratuidad.
2. Desarrollar acciones tendientes a garantizar la calidad en la atención del embarazo, el parto, el puerperio y la atención neonatal.
3. Promover y desarrollar estrategias orientadas a garantizar el seguimiento de la salud del niño hasta los seis años.
4. Promover y desarrollar estrategias de prevención y promoción para el cuidado sexual y reproductivo.
5. Facilitar la participación de los equipos de los efectores a los cursos de capacitación que se desarrollen en el marco del Programa.
6. Realizar y mantener actualizado el padrón de la población beneficiaria del Programa.
7. Constituir una unidad de gestión municipal.
8. Remitir toda la información que le sea requerida y facilitar a la unidad ejecutora estadual y a las auditorías externas el acceso a todos los registros y servicios, a fin de realizar el correspondiente seguimiento y monitoreo de las acciones previstas en el Programa.
9. Promover la participación comunitaria y comprometer el esfuerzo para la articulación de los programas estadales y locales para el cumplimiento de los objetivos y las metas establecidas en el PAI.
10. Elaborar un proyecto de acción integral (PAI) para la puesta en marcha e implementación del SAMI en el municipio.

MODALIDAD DE EJECUCIÓN

Los municipios suscribirán un convenio con el Ministro de Salud del Estado de San Ceferino. El mismo deberá contar con la aprobación de la legislatura local.

El diseño del proyecto de acción integral en Santa Catalina (PAI)

La reunión con Alberto había sido corta. Los frentes a decidir estaban aún abiertos. A pesar de ello, Juana comenzó a trabajar en el PAI.

El PAI debía avanzar en el diseño de las líneas de acción del SAMI. Era realmente un trabajo muy arduo. Si quería hacerlo bien iba a tener que contratar a la Universidad Nacional de Santa Catalina para que colaborara en la elaboración del análisis de situación, mientras ella y su equipo se abocaban a la preparación de la propuesta.

Apuntes para la formulación del proyecto de acción integral (PAI)

En el marco de lo establecido en el SAMI, el proyecto de acción integral durará cuatro años y deberá comprender:

- 1. Caracterización del contexto municipal.**
- 2. Breve análisis de situación de la atención de la población materno-infantil** (comprende la situación sociosanitaria, los principales aspectos de la estructura sanitaria y los lineamientos de la política).
- 3. Fundamentación.**
- 4. Objetivos generales y específicos.**
- 5. Metas a alcanzar para el período.**
- 6. Población objetivo y efectores bajo el programa.**
- 7. Propuesta:**
 - a. Principales líneas de acción conforme a las responsabilidades establecidas para el municipio.
 - b. Estrategia de empadronamiento.
 - c. Acciones en relación con el desarrollo del sistema de información.
 - d. Modalidad de gestión de los fondos aportados por el SAMI.
 - e. Articulación con la política local.
 - f. Modalidad de participación.
 - g. Agenda de capacitación.
- 8. Conformación de la unidad de gestión municipal.**
- 9. Cronograma.**

Era claro que el PAI además de cuestiones eminentemente técnicas suponía trabajar en torno a acuerdos con distintos actores que se verían afectados por la iniciativa. Algunos frentes recientemente abiertos eran los que más le preocupaban.

Las asociaciones profesionales se habían hecho sentir desde que los rumores sobre la puesta en marcha de SAMI comenzaron a circular por los pasillos de los centros de salud. Era claro que mejorar la calidad de la atención vía incentivos monetarios significaba una amenaza a su capacidad de conducción de los profesionales. Ya había pedido una reunión con ellas y con el Dr. Rivas. Además la inquietaba lo que pudiera suceder con aquellos profesionales que no alcanzaran las metas establecidas para sus servicios y establecimientos. El SAMI era claramente una herramienta que focalizaba el seguimiento de las prestaciones realizadas y eso no les gustaba a sus colegas.

También en los barrios el avispero estaba revuelto. Los vecinos del Barrio Oporto le solicitaban que su dispensario se convirtiera en Centro de Salud y que se independizara del Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 3. Este reclamo cobraba especial relevancia en el contexto de la puesta en marcha del SAMI.

Asimismo, había recibido varias denuncias de vecinos de Villa Trinidad respecto de las trabas que les ponían en el Centro de Salud Dr. Juan Constanzo para acceder a turnos y a las diferentes prestaciones que se implementaban a través de ese efector. Juana intuía que no era un problema de discriminación sino de saturación. Sabía que los equipos estaban muy complicados en cuanto a sus capacidades de atención, pero aún no había tenido tiempo de reunirse ni con el director del centro ni con los equipos.

Si bien no había recibido “reclamos”, Juana sabía que la puesta en marcha del SAMI en La Olla también estaba complicada. Al igual que en el Barrio Oporto, el dispensario de La Olla no podría integrarse per se al programa. Si bien la obra avanzaba, aún faltaba bastante para que pudieran instalarse otros servicios. El pequeño equipo que funcionaba en el dispensario San Jorge era uno de los mejores del municipio; eran todos ellos profesionales comprometidos y muy dispuestos a trabajar y a articularse con sus colegas de otros centros y del hospital. Entonces, ¿qué hacer?

Las preocupaciones eran una avalancha en la cabeza de la Dra. Juana Acosta. ¿Cómo controlarlas? Mejor, ponerse manos a la obra y empezar a trabajar en el PAI.

Consignas de trabajo para interrogar al caso de estudio

Sección 1: La cuestión salud en Santa Catalina

- ¿Cómo definen las autoridades públicas la cuestión sanitaria y los principales problemas del sector salud en el Municipio de Santa Catalina?
- ¿Cómo se articulan en el SAMI los diferentes componentes de un sistema de salud y cuál es su correspondencia respecto de los modelos de salud propuestos por Tobar?

Sección 2: El territorio del SAMI

- ¿Cómo se expresa el territorio respecto a los problemas sanitarios en el Municipio de Santa Catalina? (Ponderar la noción del territorio como proximidad y como red, así como la movilidad de la población).
- Caracterice la situación socio-sanitaria de cada uno de los tres barrios donde se plantea implementar el SAMI.
- Proponga el principal desafío en cada uno de los barrios para la implementación del SAMI desde una perspectiva territorial (en el sentido de integralidad propuesto por Catenazzi).

Sección 3: Jugando el juego de la implementación

- Sobre la base de la lectura y la identificación de actores realizada previamente por cada participante, consoliden en el grupo un listado completo de actores e involucrados en la implementación del SAMI (recuperar los de la Sección 2 para cada uno de los tres barrios).

- Seleccione los actores más relevantes y realice una caracterización en una matriz simplificada (interés, problema, recursos, poder, conflicto potencial).
- Identifique en el encuadre conceptual de la propuesta del SAMI algunos puntos en común con los lineamientos promovidos desde los organismos internacionales.

Sección 4: Preparados, listos, ¡ya!

Ustedes forman parte del equipo asesor de Juana Acosta y para el día 16/12/... deben entregarle la propuesta de implementación del SAMI. Para ese día la Secretaría de Salud pidió que se haga una presentación considerando los siguientes aspectos:

- Plantee los principales problemas del sector salud en el municipio, especificando las particularidades de cada uno de los tres barrios donde se implementará el SAMI. Identifique el principal desafío en cada uno para la implementación del SAMI, desde una perspectiva territorial.
- Elabore una propuesta que contenga los aspectos más relevantes del PAI: objetivos, metas, principales líneas de acción (empadronamiento, información, fondos, articulación y coordinación, capacitación y participación).
- Sobre la base del análisis de actores realizado en los talleres, identifique los conflictos potenciales que resultarán de la agenda que abre el proyecto de acción integral propuesto en la consigna anterior.

Los autores

Magdalena Chiara

Es licenciada en Antropología y doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Cursó también estudios de posgrado en Sociología Económica y Desarrollo Regional y Urbano. Desde mediados de la década del 80 trabaja en investigación y gestión de problemas y políticas sociales y urbanas en distintos campos. Desde 1995 es investigadora docente asociada del Instituto del Conurbano de la Universidad Nacional de General Sarmiento (UNGS). Ha publicado diversos artículos en revistas especializadas y capítulos de libros referidos a las políticas sociales urbanas y a la gestión. Ha sido funcionaria municipal y provincial y consultora de organismos públicos e internacionales en gestión y evaluación de políticas sociales. Ha participado en diversas actividades de formación de recursos humanos para la gestión. Estuvo a cargo de la evaluación de distintos programas alimentarios, de hábitat y educativos. En el período 2002/6 se desempeñó como directora del Instituto del Conurbano de la UNGS.

Federico Tobar

Es licenciado en Sociología, magíster en Economía y doctor en Ciencia Política. Es especialista en economía y en gestión de la salud. Es consultor internacional en formulación y gestión de políticas de salud en dieciséis países de América Latina. Entre sus logros de trabajo en la región se destaca haber diseñado e implementado el Programa Remediar en la Argentina, el Programa de Cuidados Sanitarios Básicos en Paraguay y la Asistencia Farmacéutica Básica en República Dominicana. Fue jefe de Gabinete del Ministerio de Salud de la Argentina, coordinador del Programa de Reformas en Atención Primaria de la Salud (PROAPS), coordinador del Instituto de Desarrollo Social (INDES-BID) en San Pablo, Brasil, y secretario de Ciencia y Tecnología del Instituto Universitario Isalud. Es autor de dieciocho libros y ochenta artículos científicos en revistas especializadas. En la actualidad es asesor regional para América Latina y el Caribe en Aseguramiento de Insumos de Salud Reproductiva dentro del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Javier Moro

Es licenciado en Antropología y candidato a doctor en Ciencias Sociales por la UBA, y magíster en Gobierno y Asuntos Públicos por FLACSO-México. Es investigador y profesor adjunto regular en la UNGS. En la gestión pública desempeñó funciones de asesoramiento y coordinación en áreas sociales. Ha sido consultor de organismos

regionales, como el Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos del Mercosur (IPPDH), el Instituto Interamericano del Niño/OEA, de UNICEF Argentina y del BID, donde fue profesor para el Programa Nacional en Guatemala del Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES-BID). Ha realizado publicaciones en temas de políticas públicas y sociales, gestión en salud, ciudadanía, género, interculturalidad, infancia y juventud. En este último campo es compilador del libro *Juventudes, violencia y exclusión. Desafíos para las políticas públicas*.

Andrea Catenazzi

Es licenciada en Arquitectura por la UBA y especialista en planificación y gestión de políticas sociales. Es profesora asociada del área de Urbanismo del Instituto del Conurbano (ICO) de la UNGS y fue directora de dicho Instituto entre 2008 y 2010. Es profesora de grado y posgrado en planificación urbana y política habitacional en varias universidades nacionales: UNGS, UNTREF, UNMDLP, UNLP y UBA. Ha coordinado equipos técnicos municipales para la formulación de planes urbanos y fue consejera del Consejo de Planificación Urbana del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Ha dirigido equipos de investigación interdisciplinarios en la UBA y en la UNGS, con especial énfasis en el análisis de los impactos territoriales de las políticas públicas, y ha participado como consultora externa en diferentes ámbitos académicos internacionales en el área de formación e investigación urbana (UNESCO, PNUD, BID, EPFL). Es autora de varios artículos en libros y revistas especializadas sobre temas urbanos, en particular con relación a la gestión de redes de agua.

María Mercedes Di Virgilio

Es licenciada en Sociología y doctora en Ciencias Sociales por la UBA. Es investigadora adjunta del CONICET con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani. Recientemente fue galardonada con la Beca de Movilidad Docente (Ministerio de Educación, Secretaría de Políticas Universitarias) para investigar en el Instituto de Altos Estudios de América Latina (IHEAL), Sorbonne Nouvelle-París 3. Es profesora adjunta regular de Metodología de la Investigación en la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, en donde actualmente se desempeña como secretaria de Estudios Avanzados. Entre 2009 y 2014 tuvo a su cargo la puesta en marcha y la implementación de la función Investigación y Posgrado en la Universidad Nacional de Avellaneda. Entre 1997 y 2007 se desempeñó como investigadora docente de la carrera de Políticas Sociales en el Instituto del Conurbano de la UNGS. La investigación desarrollada durante su carrera académica interroga distintas dimensiones de la cuestión social urbana, así como los procesos de gestión de políticas públicas en la

ciudad. Entre sus últimas publicaciones se encuentran: *Ciudades latinoamericanas. Desigualdad, segregación y tolerancia* (con Mariano Perelman) y *Caleidoscopio de las políticas territoriales. Un rompecabezas para armar* (con María Carla Rodríguez).

Ana Ariovich

Es licenciada en Antropología por la UBA, magíster en Sociología Económica por el Instituto de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de San Martín (UNSAM) y candidata a doctora en Ciencias Sociales por la UBA. Desde el año 2006 participa en proyectos de investigación vinculados con temáticas de Salud en distintas universidades nacionales. Cuenta con publicaciones sobre política de medicamentos y gestión de políticas de salud en libros y revistas especializadas. Actualmente es investigadora docente y asistente principal (regular) del área de Política Social del Instituto del Conurbano de la UNGS, y ayudante de Metodología en la carrera de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.

La incidencia del territorio en la política sanitaria viene siendo abordada desde campos disciplinares diferentes sin llegar a conformar un corpus conceptual que dé cuenta de la complejidad de los problemas que se constituyen en esa encrucijada. Las desiguales condiciones de vida, los procesos de movilidad, las barreras en el acceso y las relaciones entre establecimientos y servicios en los territorios son parte de los problemas que se destacan en la agenda de los gestores.

Este **Cuaderno de Trabajo** busca aportar conceptos que ayuden a los responsables de los niveles intermedios de la gestión a comprender las relaciones de mutuo condicionamiento entre territorio y política sanitaria. Para ello, condensa contribuciones de distintos autores que pasan en limpio los aportes de los estudios territoriales, del análisis de políticas y conceptualizaciones más clásicas de la salud pública.

El trabajo finaliza con un estudio de caso en el que cada uno de los módulos en que se organiza este cuaderno cobra vida en el Municipio de Santa Catalina del Estado de San Ceferino, a propósito de la implementación de un programa de salud para la materno-infancia.

