

Gestión territorial en salud¹

Federico Tobar

Introducción

Desde hace algunos años se viene desarrollando un modelo de abordaje social que despliega respuestas múltiples y combinadas en una determinada localidad. Esfuerzos de empoderamiento y transferencia, que buscan sacar a una población de la vulnerabilidad y el letargo; poniéndola de pie para avanzar hacia su autonomía y bienestar. Esta modalidad, de intervención, que ha sido denominada “gestión territorial” porque recupera enfoques del ordenamiento espacial y ambiental, podría ser entendida como una intervención horizontal en reacción al tradicional enfoque de programas verticales. Pero, en realidad, se trata de una propuesta más rica y compleja que aquella analogía. En este trabajo se analizan los fundamentos de la gestión territorial para indagar luego respecto a las posibilidades y condiciones de una gestión territorial en salud.

El artículo está organizado en cuatro secciones. En la primera se analiza el concepto de territorio y su significado. En la segunda se exploran los elementos de la gestión territorial, postulando que hay cinco factores fundamentales que la distinguen. En la tercera sección se indaga respecto a los límites y potencialidades de la gestión territorial aplicada al ámbito específico de la salud pública. Por último, el trabajo intenta concluir situándose frente a la realidad actual del Conurbano Bonaerense indagando respecto a cómo producir salud con un enfoque territorial.

I. Concepto de Territorio

El territorio comienza a ser conceptualizado con la formación de los Estados – Nación, ante la necesidad de significar el espacio donde se ejercía la soberanía. Un soberano era tal, en tanto operaba sobre un territorio. Como figura lógica resultaba posible el ejercicio del poder y la influencia sin territorio, pero el mismo se representaba como ilegítimo. Un Juan Sin Tierra, que usurpaba o se infiltraba pero no era soberano.

Pero este uso se perdió. Cuando el Territorio era la base, el fundamento del Estado-Nación, al mismo tiempo, lo modelaba. Hoy, cuando vivimos una dialéctica del mundo concreto, evolucionamos de la noción antigua de Estado Territorial hacia la noción pos-moderna de transnacionalización del territorio. Pero, así como antes no era todo un territorio “estatizado”, tampoco hoy es todo un territorio estrictamente “transnacionalizado” (Santos, 1994: 9).

Esta noción perdió relevancia, no por haberse modificado sino justamente por haber permanecido intacta cuando nuestras circunstancias cambiaron. Como reclamaba Lewis Carroll... “hace falta correr mucho para conseguir mantenerse en el mismo lugar”. Pocas veces, los problemas que conquistan espacio y jerarquía en la agenda de políticas públicas son hoy reconocidos bajo una lógica territorial. Un ejemplo de ello suele ser la mortalidad infantil: un intendente del Conurbano Bonaerense afirma que en su municipio casi no mueren menores de un año, porque las defunciones se producen en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires.

Si territorio es espacio, entonces, territorio usado es sentido. Julio Cortazar decía “un puente es una persona cruzando un puente”. Podríamos complementar, un territorio es una persona que piensa, que vive, que actúa un territorio. En otras palabras, si el territorio no es vivido y representado como tal, entonces no hay territorio. La mortalidad infantil pasa a ser un Juan Sin Tierra mientras no tenga domicilio, no tenga dirección ni código postal.

La dilución del territorio se manifiesta a nivel de las representaciones. En el plano inmediato (“en el mundo de la vida” diría Jurgen Habermas), el territorio es considerado como un accidente en el transcurso de las personas, más que como condición efectiva de su existencia. El ciudadano no conoce la geografía de su ciudad y

¹ Referencia bibliográfica completa: Tobar, Federico (2010). “Gestión territorial en salud”. En: Chiara, Magdalena & Moro, Javier (Compiladores). Pensando la agenda de la política. Capacidades, problemas y desafíos. Universidad Nacional General Sarmiento. Instituto del Conurbano. Páginas 15 a 44.

ni la estudia en la escuela. Se disipan las idiosincrasias locales, se pierde el arraigo. Pero la dilución del territorio también repercute a nivel paradigmático en la medida que la categoría pierde poder explicativo. En tanto no hay representación del espacio, tampoco este parece interferir sobre cómo se distribuyen los accesos, la riqueza, las condiciones de vida de una población (Sposati, 2006).

Lo que genera un mayor prejuicio no es el abandono del espacio como unidad de análisis, sino su uso incorrecto. Porque los grandes agregados esconden diferencias y ocultan brechas. Así, los analistas sociales tendemos a incurrir en la falacia ecológica que infiere a nivel individual resultados agregados en unidades de área: “no hay desempleo en la ciudad de Buenos Aires”, “el acceso a servicios hospitalarios es alto en el Conurbano Bonaerense”, “la mortalidad infantil es un problema del NEA y NOA”, etc... Entonces, el territorio comienza a perder poder explicativo y pasa a transformarse en un obstáculo. También pasa a ser un “accidente” para el analista social.

“E pur se muove” decía Galileo. Hay una reivindicación del territorio que viene adquiriendo impulso. Por un lado, la epidemiología de las desigualdades lleva casi dos décadas promoviendo un enfoque centrado en el análisis de las brechas entre los microespacios urbanos. En políticas sociales Aldaiza Sposati y su equipo del Centro de Estudios del Territorio impulsaron un giro paradigmático al desarrollar el mapa de la exclusión, primero en la ciudad de São Paulo y luego en diversas localidades brasileñas.

Pero atribuimos aquí a Milton Santos el haber afirmado la piedra angular de este retorno del territorio. Para el geógrafo brasileño el territorio retorna al asumir nuevos sentidos. La información construye puentes en el espacio (Santos, 1994). Por eso afirma que el territorio, hoy, puede ser formado de lugares contiguos y de lugares en red. Llama horizontales a los primeros (que se conectan espacialmente) y verticales a los segundos (que se conectan por flujos de información).

Pero el territorio vertical detenta un lado oscuro. Porque ese nuevo territorio no siempre es llano ni abierto. Impone caminos, impone jerarquías, impone normas. “Un cotidiano impuesto desde afuera” o un “devenir jerárquico” (Santos, 1994, 11). Este autor llama a las redes “formas y normas al servicio de algunos”. Reniega de la metáfora “Global” como una figura donde todos los puntos resultan equidistantes del centro, así como rechaza la ilusión de que las nuevas conexiones eliminan asimetrías. Todas las formas de conexión privilegian unos vínculos, unas prácticas, unos contenidos sobre otros. Antes del nacimiento de Internet, Milton Santos vislumbra una nueva globalización y el imperialismo de las redes. Una primera globalización, la colonial impulsada por grandes descubrimientos geográficos, se caracterizó por la ocupación del territorio. La segunda globalización, desplegada desde fines del siglo XX y apoyada por avances tecnológicos, se caracteriza por la fragmentación de los territorios.

El avance del territorio vertical cambia sentidos. Por ejemplo, el de la militancia política que ha sido, hasta hace unos años, una arena privilegiada del trabajo en el territorio horizontal. Se construía política desde el contacto inmediato, el barrio, la fábrica, la universidad, la escuela. Hoy aquella militancia del contacto “codo-a-codo” se desvanece. Sucumbe ante una forma mediática de hacer política. Construir política, desde el territorio vertical, es lograr presencia en los medios de comunicación. Es lograr menciones en radio, ganar centímetro en los diarios, segundos de cámara en televisión, accesos en internet.

Otro cambio de sentido generado por esta verticalización se detecta a nivel de los servicios de salud. Hasta hace algunos años todo hospital se postulaba como un efector de salud dentro de un territorio, una región un distrito sanitario, un área programática. Ahora los servicios de salud (en particular los privados) comienzan a definir como su área programática al entramado contractual de seguros de salud con los que se articulan, la cartilla de prestadores a la cual se integran. El espacio horizontal cede ante el espacio vertical.

Pero también hay un lado positivo, una visión optimista, un retorno del territorio, en la medida que las redes pueden renovar respuestas locales. Porque en tanto permite el reconocimiento y la cooperación de quienes la integran, podría movilizar recursos y llegar a potenciar expresiones solidarias entre quienes no comparten un mismo suelo (solidaridad viene de *soléo*, que es suelo, ser solidario es pararse en el lugar del otro). Esta articulación virtuosa surge cuando redes que movilizan recursos se articulan con emprendimientos locales que

detectan necesidades sociales y buscan respuestas adecuadas. Por ejemplo el Departamento de Laicos de la Iglesia Católica Argentina vincula, a través de las Redes Solidarias de Salud, a miles de profesionales y servicios en todo el país. Por otro lado, impulsa la Red para el Desarrollo Integral del Niño y la Familia (Redinfa). Esta última constituye un despliegue absolutamente horizontal de promoción de la salud y la ciudadanía a través de la cual un conjunto de promotores comunitarios contactan familias a las cuales visitan de forma periódica para capacitarlas y monitorear su desarrollo. Cuando se logra una articulación entre ambos territorios (el de las redes profesionales y el de la acción en los lugares más vulnerables) los resultados se potencian y las respuestas se fortalecen.

Un segundo concepto que recupera Santos es el de “Banal” un término de 1900 de origen francés que significa común a todos los habitantes de una población (Según el Diccionario Etimológico *Corominas*). Es interesante como se desplazó el sentido del término. Tiene la misma raíz (ban) que bando y banda. Por eso banal es la versión impoluta de lo que hoy se designa como “bandido”. En contraste con otros conceptos que, como señala Santos, atravesaron los siglos sin alteraciones (y por lo tanto hoy ya no pueden denotar los mismos significados), el término “banal” parece haberse travestido. Pasó de una punta a la otra. Adjetivar algo de banal, en el sentido que se intenta recuperar aquí, es plantear que contiene la esencia de una identidad colectiva. Mientras que en el uso corriente del vocablo podría ser interpretado como algo efímero, inocuo, insignificante e incluso hasta malvado.

La amenaza es que las redes hegemonicen el territorio. Lo banal puede quedar subordinado a relaciones jerárquicas. Redes sin rostro pueden resultar más creíbles que los vecinos. La wikipedia puede crear realidades sin límites, realidades pedagógicas que harían de aquella parodia de Orson Wells con la “Guerra de los Mundos” un chiste ingenuo. No es que las redes en si sean malas, es que hay una forma de acción en red que es jerárquica e impone un control remoto político. Por ejemplo, políticas públicas más comprometidas con organismos multilaterales que con las necesidades locales.

II. Gestión territorial

Convirtiéndose en abanderado de la gestión territorial, Milton Santos nos convoca a recrear el territorio horizontal. A buscar soluciones cohesivas o inclusivas a partir de la contigüidad. Este retorno del territorio trae nueva luz sobre la gestión social. Este territorio horizontal, que es solidario por su esencia banal, combinado (o atravesado) por territorios verticales capaces de captar información, conocimiento y recursos; permiten redefinir los problemas sociales y las respuestas a ellos. Redes horizontales que identifican las necesidades (muchas veces no sentidas) y recurren a redes verticales para captar recursos que potencien las respuestas. En virtud de ello, se postula aquí que es posible pensar y practicar una gestión que recupere los sentidos del territorio. Se trata de promover, la toma de decisiones a nivel político y técnico-político que vincule al espacio con la responsabilidad, la identidad, la solidaridad y la integración social de quienes lo habitan.

La gestión territorial es, entonces, un desarrollo que parte desde un enfoque restringido al problema del ordenamiento territorial y avanza hacia la integración de respuestas buscando que la oferta y la demanda por bienes y servicios sociales se aproxime a las necesidades de una población bien conocida e identificada. Es posible rastrear formas incipientes de esta gestión en varios países de la región. Chile ha asumido este enfoque en el marco de sus Programas de Mejoramiento de la Gestión. En la definición de políticas se asume que “se espera que los servicios públicos operen con procesos integrados territorialmente que promuevan e incorporen las necesidades regionales y sus soluciones en la entrega de sus productos. En palabras simples Gestión Territorial significa poner en sintonía las demandas de los habitantes de determinados territorios con una oferta pública diversa y articulada de productos, bienes y servicios”².

² Agencia de Cooperación Internacional de Chile “¿Qué es gestión territorial?. Disponible en: <http://www.agci.cl/que-es-agci/programa-de-mejoramiento-de-la-gestion/gestion-territorial/que-es-gestion-territorial/>. Visitado el 6 de abril de 2010.

Otra dimensión de la gestión territorial ha sido jerarquizada desde la Iniciativa para la Conservación de la Amazonia Andina (ICAA) que destaca a “la búsqueda de sinérgias” como eje de la gestión territorial. Establece un Grupo de Trabajo de Gestión Territorial con la finalidad de crear sinergias para fortalecer el marco político, institucional y legal en favor de territorios indígenas y de modelos de conservación de la biodiversidad³.

Por su lado, la Agencia de Cooperación Alemana (GTZ) propone un esquema en el cual la gestión territorial involucra cuatro funciones⁴: I. Prevención de conflictos de interés, II. Optimización del uso de recursos públicos, III. Generación de una identidad territorial o fortalecimiento de ella y, IV. Legitimación del proceso y de las instituciones.

En Argentina, el Programa “Mi Pueblo” fue formulado como una iniciativa conjunta entre el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio del Interior, asumiendo como objetivo identificar y resolver aquellos factores que obstaculizan el crecimiento y el bienestar de las pequeñas comunidades del interior del país, a través de un accionar público, multi-jurisdiccional y temático.

Pero ha sido Brasil el país que más avanzó hasta ahora en el desarrollo de la gestión territorial, no solo desde el nivel conceptual sino también en sus aplicaciones prácticas. Entre estos últimos desarrollos, merece destaque el abordaje sobre patrones de distribución espacial de la desigualdad y la exclusión propulsados desde el CEDEST (Centro de Estudios Territoriais de Desigualdades Social) y luego continuados también por el CEM (Centro de Estudios de la Metropolis) y otras instituciones. El carácter innovador de este abordaje reside en que centra su enfoque en el mapeo de la inclusión dentro de las grandes ciudades incorporando la perspectiva de que una ciudad son múltiples ciudades y superando la falacia ecológica. Esto es particularmente útil para pensar e intervenir en el Conurbano Bonaerense que incluye algunas de las áreas y poblaciones más ricas del país y al mismo tiempo las más pobres y excluidas. Muchas veces separadas solo por algunos metros y altos muros con custodia privada.

Recuperar el enfoque territorial desde la política social es recuperar un punto de apoyo para promover políticas. Es posible postular cinco consignas de una forma de construir respuestas sociales centradas en el territorio contiguo:

a) *La transformación social pasa hoy por la gestión territorial.*

En la innovación social radica nuestra mayor esperanza de que se produzca un cambio social capaz de generar una sociedad que incluya a más personas, que distribuya progresivamente el ingreso y genere mayor calidad de vida. Y, en gestión social la innovación surge en las márgenes. La dinámica innovativa avanza desde la periferia hacia el centro del sistema (Tobar, 2009:10). Procede desde lo micro a lo macro, de lo local a lo regional, desde las personas con rostro y corazón, hacia las instituciones con estructuras y organigramas. Se registran pocas novedades en materia de programas sociales, y sin embargo aparecen permanentemente nuevos protagonistas para actuar en el sector. Cada año surgen nuevas formas más espontáneas y menos orgánicas de movilización popular y comunitaria. Son múltiples las modalidades de acción que se incorporan en los proyectos que se ejecutan, ya sea desde estas instituciones, o bien como acción espontánea, desprovista de todo cuerpo institucional. En algunos casos las acciones innovadoras surgen respondiendo a problemas concretos vividos por los protagonistas de las acciones. En otros casos, la innovación surge a través de una puesta en práctica diferente –una resignificación– de los programas del gobierno o de las organizaciones solidarias.

Es de esperarse, entonces, que la transformación social surja de desplegar respuestas a las necesidades de la población por y desde el territorio horizontal. El referente político del barrio (o “puntero”) desempeñaba

³ <http://www.amazonia-andina.org/content/gesti%C3%B3n-territorial>. Visitado el 6 de abril de 2010.

⁴ GTZ. “Planificación Territorial Participativa”. Disponible en: <http://www.gtz.de/en/weltweit/lateinamerika-karibik/el-salvador/18859.htm> Visitado el 6 de abril de 2010.

funciones de regulación social desde el ejercicio de un poder muchas veces microfísico. En su oportunidad el Plan Mas Vida en la Provincia de Buenos Aires captó e instrumentó muy bien esta potencialidad.

Si innovar es un hacer nuevo, entonces también las respuestas sociales necesitan una nueva mirada. Pero el retorno del territorio no es más que una potenciación, un *aggiornamento*, de una mirada antigua que habíamos perdido. Los cimientos de la Sociología se fundan en la distinción entre Comunidad y Sociedad (*Gemeinschaft* y *Gesellschaft*). Y lo que reclama la gestión del territorio es volver a la comunidad. Pero hacerlo fortalecido, potenciado por el territorio vertical. Como un Odiseo que retorna a Ítaca luego de recorrer el mundo y combatir en Troya.

b) Fortalecer al territorio es la forma de generar cohesión social

La contigüidad dobllega a la indiferencia. Lo opuesto a contiguo es discontinuo, es desconectado, es indiferente. Cuando se interrumpe la contigüidad con murallas en barrios cerrados, con autopistas elevadas que permiten circular sin ser obligados a ver los asentamientos limítrofes o, simplemente, activando un control remoto o apagando un interruptor; entonces la exclusión pierde protagonismo en la agenda pública.

Por eso, el reconstruir el trabajo en el territorio reside el principal y mayor antídoto para la exclusión. En el territorio vivido se desvanece el sentido de las barreras políticas. Porque la contigüidad es más fuerte. Por ejemplo, me conmovió un dibujo colgado en la pared de un centro parroquial de Gregorio de La Ferrere (un área periférica del Conurbano Bonaerense). Su autor, probablemente un niño, dibujó dentro de una única bandera al símbolo patrio de Argentina, al de Paraguay y al de Bolivia. El territorio del Estado-Nación sucumbe ante la fuerza de la convivencia vecinal en La Ferrere.

Santos afirma que el proceso globalizador destruye aquella máxima romana que vincula la ciudadanía al lugar... "aquella máxima del derecho romano, *ubis pedis ibi patria* (donde están los pies allí está la patria), hoy pierde o cambia su significado". Los violentos flujos migratorios exigen la construcción de nuevas formas de ciudadanía no ya como estatus adscripto sino como adquirido. Las endémicas rebeliones de jóvenes inmigrantes en las periferias francesas dan cuenta de ello.

c) En el territorio vivido se desvanece la funcionalidad de la focalización.

La focalización es un método de racionamiento y corte de prestaciones. Es una forma, siempre exógena, de limitar la asignación de recursos. En la mejor de las hipótesis la focalización representa criterios técnicos que buscan optimizar el rendimiento de los bienes y servicios sociales provistos. En buena parte de los casos, la focalización introduce irracionalidades y hasta inequidades que solo se hacen visibles en el ámbito microsocial.

He visto un comedor infantil que recibía apoyo del gobierno nacional solo para niños que aún no estuvieran en edad escolar. Sin embargo, esas reglas que forman parte de los que Santos llama el control remoto de la parte política de la producción, se disolvían en el espacio banal. Las madres que, como voluntarias, coordinaban (y corporizaban) el comedor, no precisaban ningún procedimiento escrito para saber quién necesita comer allí.

Cuando las comunidades son involucradas en el uso de sus recursos se logra mayor eficiencia y eficacia. Desde las múltiples experiencias de presupuestos participativos hasta las más duras evaluaciones de impacto de programas financiados por el Banco Mundial aportan evidencias de esto. Claro que lo local no es siempre el territorio. No se arriba a los mismos resultados permitiendo a un intendente que distribuya a su criterio los beneficios de los planes sociales, que otorgar a una comunidad organizada competencias para hacerlo.

d) En la acción territorial surge con mayor claridad y precisión la responsabilidad por las acciones.

El territorio horizontal es un factor común para identificar resultados. Es asible para el sentido común y consistente para la implementación de sistemas de monitoreo. A mediados de marzo del 2010 los habitantes de la ciudad de Baradero en la Provincia de Buenos Aires se amotinaron y quemaron la intendencia e instalaciones

policiales luego de la muerte de dos adolescentes que circulaban en motocicleta (sin usar casco) tras ser atropellados por la patrulla de tránsito. De forma inmediata surgió el contraejemplo de una localidad vecina con controles eran tan intensos que nadie circula en motocicleta sin casco. Si el territorio vertical aporta el *benchmarking*, el territorio horizontal presenta el compromiso.

En el otro extremo, el de los tecnicismos, ocurre algo similar. Los sistemas de información territorial o georeferenciados aportan la posibilidad de observar, de seguir, de comparar unidades de medición y análisis factibles. No hace falta un sistema informático sofisticado para compara accidentes viales, actos delictivos, intoxicaciones o atenciones médicas entre ciudades o barrios.

Pero además, la contigüidad impide la dilución de responsabilidades. Porque aunque, como dijimos, la gestión local no implica siempre un enfoque territorial, si mantienen afinidades electivas. La autoridad local enfrenta más las presiones sociales inmediatas.

e) La acción territorial integra y construye identidad.

El abordaje territorial es mucho más propenso a las acciones de integración que a las de inclusión. Aunque parezca sutil, porque ambas combaten la exclusión, se trata de formas diferentes de abordar las respuestas sociales.

Excluir, es dejar afuera. Proviene de la raíz *claudere* del Indoario, que era el pestillo de las puertas. Significa dejar parte de nuestra gente afuera de la sociedad. Afuera de la producción, afuera del consumo, afuera de prácticas sociales y culturales que le dan identidad e integridad al ser humano. La exclusión es la ignominia, es lo que no se dice, lo que no se ve. Lo opuesto, la integración es lo que se dice y se ve. Lo que se conoce y reconoce. Hablamos aquí de integración y no de inclusión porque la segunda puede ser individual y exclusivamente económica mientras que la primera involucra una dimensión de participación política y social y resulta mucho más efectiva cuando es grupal y familiar (Fontenla, 2010: 6).

III. Gestión territorial en salud

Cabe preguntarse si es legítimo hablar de “gestión territorial en salud”. No porque entendamos que no se produce salud desde el territorio, sino porque parece haber una tensión entre el abordaje territorial y cualquier gestión sectorial. El territorio es indisociable, no puede ser parcializado. No puede ser sectorializado. Por naturaleza, el territorio horizontal es integral. Es ese carácter holista el que hace a la gestión territorial solidaria e integral. En conclusión, hacer gestión territorial implica una forma de gestión social no fragmentada, que busca satisfacer todas las necesidades humanas del habitante de ese territorio. Un habitante que, entonces, al tener sus principales necesidades cubiertas, pasa a ser integrado y comienza a tornarse ciudadano.

Postulamos aquí que es posible contemplar el desarrollo de una gestión territorial en salud, pero la misma debe satisfacer cuatro condiciones básicas. En primer lugar, promover un abordaje poblacional. En segundo lugar, privilegiar un abordaje horizontal y descentralizado. En tercer lugar, avanzar hacia un abordaje integral. En cuarto lugar, promover la regulación de la oferta.

a) Abordaje poblacional

Se trata de un modelo de atención en salud que fija prioridades apuntando a mejorar la salud del conjunto de la población antes que en el combate a afecciones o enfermedades. Privilegia la detección precoz que se ejerce

de forma sistemática sobre una población conocida y a través de un esquema de cuidados programados y continuos.

El primer paso del abordaje poblacional lo constituye la identificación y nominalización de la población. La evidencia indica que las estrategias de Atención Primaria de Salud que logran mejores resultados son aquellas de cobertura universal en las que se responsabiliza a un servicio por brindar respuestas adecuadas a un grupo poblacional identificado y conocido (Starfield, 1998). Si en un momento la ventaja radicaba en la capacidad de organizar el funcionamiento del sistema al establecer una “puerta de entrada”, luego se identifica que la responsabilidad nominada permite cambiar integralmente el modelo de atención. Sobre una población definida y conocida es posible asumir un enfoque centrado en las necesidades epidemiológicas más que en las demandas espontáneas que se concretan en los servicios, es posible establecer cuidados programados y una lógica de cuidados progresivos en red, es más factible desplegar acciones extramuros o comunitarias, es más viable incorporar esquemas de monitoreo y evaluación del desempeño de los servicios y redes.

En síntesis, desde el enfoque poblacional se plantea la necesidad de un nuevo enfoque preventivo que considere:

1. Orientación poblacional (aún en la medicina clínica)
2. Evaluación de riesgos centrados en una población definida más que en la medición del riesgo relativo de un individuo.
3. Variaciones en el perfil de morbilidad más que la carga de enfermedad
4. Evaluación de los costos y beneficios tanto de lograr mejoras en los indicadores de resultados epidemiológicos como de la distribución de estos resultados dentro de la misma población.
5. Que las metas de las políticas se orienten a fortalecer las respuestas en salud como un todo más que el control y prevención de una patología en particular.
6. Evitar la sobreestimación de la utilidad individual de los factores de riesgo.

El abordaje poblacional también facilita el avance hacia la gestión por resultados en la medida que posibilita la recuperación de la programación local. Durante la década del noventa, cuando el discurso hegemónico en salud subordinaba el modelo de atención a la financiación de la demanda, se abandonó la consigna de programar actividades de salud desde las posibilidades y responsabilidades de la oferta de servicios. La hipótesis central de las reformas afirmaba que mientras la gente pudiera escoger donde atenderse (y el dinero siguiera al paciente), se registrarían formas de competencia entre los servicios para captar flujos de recursos que redundarían en mejoras a nivel de eficiencia y calidad. En ese marco, no solo no había espacio para la responsabilidad nominada sino que los servicios deberían orientarse a satisfacer demandas más que necesidades y a captar recursos más que a lograr conquistas epidemiológicas.

b) Abordaje horizontal y descentralizado

Los ministerios de salud en América Latina preservan un diseño Organizacional que parte de programas verticales. De esta manera, problemas territoriales como la coordinación de servicios para lograr su funcionamiento en red y la conformación de corredores sanitarios no repercuten sobre la agenda de políticas. Simplemente, porque no hay jurisdicciones con competencia sobre ellos. A esta dificultad se agregan los afectos de políticas descentralizadoras que buscando mayor autonomía de los servicios debilitaron la gobernanza del sistema en su conjunto.

Los Programas Verticales, surgen durante la década del 40 para erradicar la viruela y la malaria. Constituyen un abordaje técnico de inspiración taylorista. Un comando central y un equipo altamente entrenado que estandarizaba procesos para combatir un reducido grupo de enfermedades, en un plazo temporal corto o mediano. La autoridad central controlaba el financiamiento y monitoreaba el desempeño del trabajo de campo como medio para garantizar los resultados esperados.

La contracara de este modelo organizativo eran tecnologías duras como la vacuna antivariólica resistente liofilizada, además del DDT y la cloroquina para combatir la Malaria. Sin embargo, los resultados no siempre fueron buenos. En unos casos por baja cobertura de los servicios de salud, en otros por debilidad de las instituciones. Para superar este último problema, los financiadores externos impulsaron unidades ejecutoras externas al entramado organizacional existente.

En los sesenta surgieron las campañas de erradicación como un ajuste al modelo vertical. Los programas verticales dejaban de ser “cosa de expertos” para bajar a terreno como “propuestas enlatadas”, que, aplicados con rigor, servirían en cualquier contexto. El nuevo modelo concebía la intervención como una operación militar conducida de igual manera en cualquier campo de batalla. Se requerían menos recursos humanos calificados y esto facilitaba la extensión de la cobertura y permitía utilizar trabajadores voluntarios. Pero, aunque la campaña es una modalidad de intervención territorial pero no dejaba de ser vertical.

Alma Ata y la estrategia de APS cambiaron el paradigma. A partir de entonces, se enfatizaron las actividades intersectoriales, la participación de la comunidad y el uso de medicamentos esenciales. Se proclamó la necesidad de considerar en forma integrada y holística la aproximación a la salud, en vez de aproximaciones técnicas, de arriba hacia abajo y “autoritarias”. El nuevo modelo de intervención adoptó en consecuencia un carácter horizontal, centrado en acciones preventivas y focales, con eje en las instituciones regulares del sistema de salud como una forma de garantizar sostenibilidad, es decir, mantener en el tiempo los objetivos perseguidos.

Se criticó al modelo vertical por fragmentar al sistema de salud, por distraer fondos y atención de los servicios regulares, generando una débil institucionalización y sostenibilidad. También se ha hecho notar la superposición de recursos que genera la omnipresente dificultad para coordinar burocracias.

La descentralización de los servicios y políticas de salud desplegada a partir de la década del noventa vino a agravar las tensiones entre abordajes verticales y horizontales. Las reformas de salud constituyeron una nueva epidemia que aplicó los instrumentos sin diferenciar ni adaptar las particularidades de (i) los servicios curativos, (ii) los servicios preventivos, ni (iii) las funciones públicas esenciales. Las características económicas de estos últimos implica que no pueda aplicarse mecanismos de mercado (competencia entre agencias, que por el contrario deberían cooperar), ni de mercado simulado (esquemas de incentivos). En una reunión de Ministros de Salud, convocada por la OMS en 1992, se acordaba que el manejo de la enfermedad (diagnóstico y tratamiento) debía recaer en los servicios públicos locales, siendo responsabilidad de los gobiernos garantizar el acceso. La prevención movilizó su eje desde el control del medio ambiente hacia los individuos y sus conductas riesgosas. Finalmente, el control de epidemias continuó siendo interpretado como vigilancia epidemiológica. El informe de Desarrollo Humano del Banco Mundial publicado al año siguiente terminó de modelizar el paradigma reformista. El modelo vertical resistió.

Además, el abordaje vertical se reinventaba luego en el *disease management*, un abordaje que ganó viabilidad económica al vincularse con incentivos económicos a los prestadores⁵. Esto en un contexto en el que casi no se forma más sanitaristas y donde los posgrados se inclinan más a formar profesionales con competencias para contratar y administrar prestaciones que para combatir epidemias. Por eso, no es sorprendente que en los últimos tiempos en medios periodísticos se haya reclamado el refuerzo de los programas verticales como paliativo para la precariedad sanitaria. Por otro lado, cuando la Organización Panamericana de la Salud reemplaza la estrategia de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) por la de Municipios Saludables, si por un lado

⁵ Eugenio Vilaça Mendez (2005) sugiere que la *gestão clínica*, se constituye a partir de las tecnologías sanitarias que partiendo de tecnologías madre, las directrices clínicas, luego desarrollan tecnologías de gestión de patologías (*disease management*), de gestión de casos (*case management*) y de auditoría clínica. Ese triángulo, construido a partir de las directrices clínicas, compone el núcleo de la gestión clínica.

gana peso la promoción y el enfoque centrado en determinantes, por otro lado pierde vigor el abordaje horizontal.

Por estos motivos, resulta fundamental recuperar el abordaje territorial apuntando a la construcción 8ª al fortalecimiento de servicios locales estables (cuya presencia y financiación no dependa de programas exógenos), con población a cargo, cuya competencia central es asumir cuidados continuos y programados y siendo evaluados por los logros obtenidos a través de ello.

c) Abordaje integral

Asumir un abordaje integral requiere no solo trabajar desde la promoción y la prevención sino fundamentalmente incorporar en el equipo de salud la definición de quienes son los responsables primarios por los resultados de salud de la población residente. Esto introduce grandes desafíos de coordinación y funcionamiento en red porque a menudo los servicios locales se limitan al primer nivel de atención y se percibe que para brindar respuesta integral hace falta disponer de servicios de alta complejidad.

El recurso al territorio vertical resuelve hoy, al menos en parte, este dilema. La telemedicina y los sistemas de información permiten optimizar el funcionamiento de los servicios en red, potenciando la resolutivez del Primer Nivel de Atención si necesidad de multiplicar permanentemente la oferta. Un ejemplo de avance, en este sentido, lo constituye el programa de referencia y contrarreferencia implementado desde el Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan que asume como objetivo favorecer la atención coordinada de patologías de alta complejidad, con la participación de centros asistenciales de todo el territorio del país. Está basado en la articulación de los niveles existentes de complejidad progresiva, promueve la colaboración concertada de referentes locales y pone el acento en la formación continua de recursos humanos. Para implementar este Programa se han instalado ya 100 Oficinas de Comunicación a Distancia, distribuidas en 10 provincias, posibilitando la realización de más de 25.000 consultas.

d) Regulación de la oferta

Un modelo de gestión territorial no es compatible con el surgimiento y la habilitación indiscriminada de servicios de salud. Si la población es referida a los servicios, los servicios disponibles también deben ser referidos al territorio y a la población que en él habita.

Desde la década del 60 se realizaron diversas investigaciones para determinar la ecología de la atención médica. Un trabajo clásico de White, realizado en 1961 y repetido luego en 1973, permitió determinar que de cada mil habitantes en un determinado territorio es esperable que en un mes unos 750 perciban síntomas, 250 consulten en el Primer Nivel de Atención, nueve requieran derivaciones a hospitales, cinco sean referidos para recibir atención especializadas y solo uno requiera atención de alta complejidad a nivel de internación. Un trabajo reciente coordinado por Green (2001), valida estos datos detectando que los cambios más importantes han sido que la cantidad de pacientes que reporta síntomas aumenta (de 750 a 800), que de ellos unos 327 consideran realizar consultas médicas y solo 217 lo hacen (mientras 113 visitan a médicos del primer nivel los otros 104 acuden directamente a especialistas), unos 65 pacientes optan por medicinas alternativas, 21 concurren a centros de atención primaria, 14 solicitan consultas domiciliarias, 13 reciben atención de emergencia en guardias hospitalarias, 8 son hospitalizados y solo 0,7 requieren tratamiento de alta complejidad⁶.

Tales revisiones de la ecología de la atención médica ratifican que es imprescindible contar con servicios de primer nivel muy próximos al lugar de residencia de los ciudadanos, pero no así con los servicios especializados y de complejidad. Por ejemplo, un servicio de cirugía cardíaca se justifica cuando atiende un volumen de casos superior a los 300 al año y uno de hemodinamia cuando los casos se aproximan a los 500. Por lo tanto, para que

se justifique la disponibilidad de un servicio de esta complejidad dentro de una determinada localidad debería haber alrededor de un millón de habitantes y ningún otro servicio con la misma resolutivead próximo.

Es que el problema del acceso no es hoy una cuestión geográfica (al menos en la mayor parte de Argentina) sino de modelo de atención. Cuando a un paciente que concurre a un Centro de Atención Primaria le detectan una insuficiencia cardíaca es posible que en el servicio no consigan garantizar la respuesta de los servicios de mayor complejidad. El paciente queda a la deriva, el médico del primer nivel siente impotencia y, en el mejor de los casos, la autoridad política inmediata (por ejemplo el intendente municipal) se planteará que necesita un servicio de referencia propio. Si sobrevive, en el futuro ese paciente o sus familiares buscarán directamente asistencia en los servicios de mayor complejidad. Porque aunque los estudios de ecología sanitaria podrían sugerir que no es lo más adecuado, los pacientes acuden allí a donde saben que obtendrán respuesta.

En síntesis, un modelo de gestión territorial en salud requiere que las autoridades sanitarias operen con un mapa sanitario que autorice (habilite y acredite) la oferta de servicios en función de las necesidades de la población y de la evaluación de su desempeño sanitario.

IV. ¿Cómo producir salud con un enfoque territorial?

La vigencia del paradigma reformista sobre la salud pública en América Latina dejó entre sus saldos una gran cantidad de países que avanzaron en la implementación de proceso de descentralización en salud. Sin embargo, fueron pocas las ocasiones en que tales procesos fortalecieron las condiciones para una gestión territorial. El primer debate al respecto se registró entre la conformación de unidades de gestión bajo una racionalidad técnica o bajo una lógica política. Una descentralización que hubiera sido posible pero no resultó viable consistía en conformar y/o fortalecer regiones sanitarias, distritos sanitarios o áreas programáticas con suficiente autonomía para coordinar redes de servicios equivalentes. Se trataba de promover iguales condiciones de oferta de servicios para iguales condiciones de necesidades de la población (Mendes, 1991). Sin embargo esto no solo no ocurrió, sino que además, donde ya existía esa modalidad desconcentradora fue despojada de su racionalidad sanitaria. Hoy las áreas, regiones y distritos que subsisten no involucran ni a poblaciones semejantes ni redes de servicio equivalentes en acceso y resolutivead. Persisten como supérstites de una vieja racionalidad sanitaria ya olvidada.

Tal vez, los mayores ganadores dentro de esta tensión que generó la construcción de modelos descentralizadores han sido los gobiernos intermedios, provincias, estados federales y departamentos. Fue a favor de ellos que se operaron procesos de devolución de los servicios de salud. Hubo menos casos en los que la devolución de los servicios se realizó a favor de los gobiernos locales o municipios y en los casos en que esto sucedió tendió a limitarse a los servicios del Primer Nivel de Atención no hospitalario.

Por lo tanto, donde no hay servicios de salud locales o municipales la gestión territorial permanecerá en el nivel de gestión intermedia (provincias, Estados federales y departamentos). Donde existan servicios locales el desarrollo de abordaje horizontal debe favorecerlos definiendo con precisión áreas de influencia geográfica, identifican la población bajo su esfera de influencia, nominalizando la responsabilidad de los servicios sobre esa población, programando localmente acciones, organizando e implementando dispositivos de referencia y contreferencia y monitoreando resultados.

Sin embargo, son los municipios quienes detentan hoy las mejores oportunidades para construir modelos de gestión territorial en salud. No son los únicos actores de la gestión territorial, pero si pueden ser los más importantes. Son llamados constituir la piedra angular del nuevo modelo de gestión territorial en salud. Pero esto exige tanto un esfuerzo por avanzar hacia estrategias saludables como hacia abordajes horizontales.

Construir gestión territorial en salud requiere coordinar estrategias de territorio vertical (funcionamiento en redes e integración a redes temáticas) con acciones horizontales. En ese marco que un municipio se constituya (o acredite cómo...) municipio saludable es un avance, aunque no resulta suficiente. 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 convertirse en saludable no alcanza con que un

municipio despliegue acciones de promoción. Debe cumplir con tres condiciones esenciales (Tobar & Anigstein, 2008):

- a) *Posicionar a la promoción de 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 que lo haga, estas deben apuntar a la transformación del modelo de atención.
- b) *Establecer alianzas y pactos que promueve 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. Instaure 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. Instauran 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 que su transgresión pueda ocasionar costos políticos para los actores involucrados.
- a) *Incorporar lógicas de acción participativas.* Es que 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 que el eje en la conducción local y su afinidad con el despliegue de la gestión territorial (que será abordada en seguida), la incorporación la participación ciudadana en salud y un necesario avance hacia un enfoque la multisectorial.

Es posible e indispensable agregar a estas condiciones otras vinculadas con el abordaje horizontal como el asumir la responsabilidad por satisfacer las necesidades de la población que habita un espacio determinado. Los municipios deben constituirse en responsables primarios por las protecciones de salud. Cuando los tienen, a partir de centros de atención primaria cuando no, a través de médicos de familia. En ambos casos asumiendo un rol activo con la población que tienen a su cargo. Los servicios de Atención Primaria de la Salud no deben ser salas de primeros auxilios sino servicios con atención programada. Deben desplegar acciones extramuros, esto es salir a buscar a la población y realizar acciones y controles preventivos y gestionando la derivación a los servicios provinciales cada vez que haga falta. Es mucho más conveniente que los municipios se centren en acciones colectivas que en brindar prestaciones médicas de complejidad creciente. Cuando los municipios incorporan hospitales duplican las funciones provinciales. Mientras que ni la Nación ni las provincias pueden asumir de forma adecuada el abordaje comunitario. Y este resulta imprescindible porque no se produce salud de forma individual. “Medicina comunitaria vertical”, eso es un oxímoron. Lo que es vertical no puede ser comunitario.

Pero un modelo de gestión territorial de salud tiene también requisitos de funcionamiento en red. Requiere de la coordinación de servicios para articular las derivaciones hacia una complejidad mayor (referencia) y de retorno al servicio primario con responsabilidad nominada (contrareferencia). Es a partir del mapeo de los flujos de pacientes que se puede avanzar hacia la construcción de mapas sanitarios que organicen la oferta y sirvan para priorizar la incorporación y habilitación de la oferta.

En suma, el territorio debe funcionar como el gran organizador. Un punto de apoyo para planificar el funcionamiento del sistema de salud. No es solo sobre la base del espacio sino del espacio vivido. Del espacio y su gente.

Consideraciones sobre la Región Metropolitana de Buenos Aires

El Instituto Nacional de Estadística y Censos de Argentina (INDEC) ha utilizado la denominación “Región Metropolitana⁷” para referirse a un área que es una porción de territorio que no supera el 1% del total del país y que concentra cerca de un tercio de su población. Está conformada por la Ciudad de Buenos Aires y los 24 partidos del Gran Buenos Aires (Lomas de Zamora, Quilmes, Lanús, General San Martín, Tres de Febrero, Avellaneda, Morón, San Isidro, Malvinas Argentinas, Vicente López, San Miguel, José C. Paz, Hurlingham, Ituzaingó, La Matanza, Almirante Brown, Merlo, Moreno, Florencio Varela, Tigre, Berazategui, Esteban Echeverría, San Fernando, Ezeiza). Según los datos del Censo 2001, cuenta con una población de aproximadamente 12 millones de habitantes siendo una de las grandes aglomeraciones urbanas del mundo y la tercera en tamaño de América Latina, después de las ciudades de México y San Pablo.

La oferta de salud de la Región Metropolitana de Buenos Aires ha crecido de forma absolutamente descoordinada tanto a nivel público (de jurisdicción nacional, provincial y municipal) como privado. Se configura de esta manera una sobreoferta de servicios con un pobre desempeño. La capacidad instalada del subsector público de la Región se puede resumir en dos indicadores, la oferta de camas hospitalarias (una cada 685 habitantes) y de Centros de Atención Primaria de Salud (uno cada catorce mil habitantes).

Pero detrás de esos números, ya de por sí desbalanceados, se esconde una gran desigualdad. Probablemente no exista en el mundo distribución territorial tan poco (o tan mal) relacionada con las necesidades de salud la población que la registrada en la Región Metropolitana de Buenos Aires. En el centro se encuentra la Ciudad de Buenos Aires, con una hipertrofia hospitalaria y una notable atrofia de la Atención Primaria de la Salud. Si consideramos solo la oferta pública y la relacionamos con los habitantes que no cuentan con cobertura de seguros de salud, el cuadro que se obtiene es el panorama inverso a la ecología de la atención médica antes citado. La Ciudad tiene una cama hospitalaria cada 93 habitantes y un Centro de Atención Primaria cada casi 9 mil habitantes sin cobertura de seguro de salud. O, en otras palabras, hay cien camas hospitalarias por cada Centro de Atención Primaria de la Salud. Del otro lado, los partidos del Conurbano detentan 1 cama hospitalaria pública por cada 504 habitantes y un 1 Centro de Atención Primaria de la Salud por cada 6.073 habitantes, en ambos casos considerando solo a quienes cuentan exclusivamente con cobertura del subsector público.

Pero si se pudiera considerar microáreas se verificarían inequidades aun mayores. Es él área que alberga las mayores desigualdades en salud, en particular en lo que respecta al acceso a cuidados, pero también a resultados. Por lo tanto, la Región Metropolitana de Buenos Aires es, o debería ser, prioridad para el desarrollo y la implementación de gestión territorial en salud.

Las acciones posibles para avanzar hacia un modelo de gestión territorial en la región Metropolitana de Buenos Aires son múltiples. Se destacarán aquí algunas.

1. En primer lugar, crear una mesa regional de coordinación y diálogo del sector salud. La consolidación de una mesa de articulación constituye una respuesta institucional que ha dado buenos resultados en los lugares donde se implementó, aumentando la gobernanza sectorial. Sería el vector para que se canalicen las inquietudes de los actores sectoriales asumiendo una actitud asertiva que derive en propuestas y supere la denuncia. El Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el Ministerio de la Provincia y los gobiernos de los departamentos del Conurbano Bonaerense tienen condiciones para convocarlo e implementarlo.
2. En segundo lugar, en el marco de la mesa regional de coordinación y como una de sus principales herramientas, se puede definir un mapa sanitario del área en el cual se registre la oferta en cada nivel de atención, las prestaciones, la población atendida, los flujos de derivación. Del modelo observado se

⁷ El INDEC utilizó en algunos cuadros del *Censo de Población, Hogares y Viviendas 2001* una subdivisión del país en seis regiones siendo una de ellas la “Región metropolitana”. También la Encuesta de Gasto de los Hogares 1985-86 utilizó la denominación “Región metropolitana” con el mismo sentido. Como a su vez utilizaba la expresión Gran Buenos Aires para denominar a dicha Región, para unificar las denominaciones, la anterior Región metropolitana para el INDEC pasará posteriormente a llamarse Región Gran Buenos Aires. De manera que desde agosto de 2003 el INDEC no utilizará en ningún caso el nombre Región metropolitana.

puede pasar a un modelo propuesto en el cual se eliminen las inequidades e irracionalidades. Entre uno y otro escenario se podría avanzar corrigiendo los desbalances a través de inversiones adecuadas y frenando las inversiones y desarrollos que puedan aumentar las irracionalidades. En otras palabras, se comenzaría definiendo un modelo de distribución espacial de la oferta adecuado a ser construido de forma progresiva y paulatina. Es fundamental que esto se haga en el marco de una mesa de acuerdo porque de lo contrario puede correr la suerte de quedar en un tecnicismo. Hace falta una fuerte voluntad política para comenzar a mejorar la racionalidad en la distribución de la oferta y de los esfuerzos. Y esta racionalidad, a su vez, constituiría la piedra angular del despliegue de un conjunto de protecciones y cuidados de base territorial.

3. En tercer lugar, desplegar un modelo horizontal homogéneo y adecuado en las 25 jurisdicciones. Esto significa, garantizar que frente a un conjunto esencial de problemas de salud, todos los habitantes de la región tendrán respuestas similares en calidad y oportunidad. Para ello lo más importante es definir servicios de Atención Primaria de la Salud con población a cargo entrenados para proveer los cuidados básicos adecuados según normas y directrices. Es una forma adecuada de conquistar resultados de salud en términos epidemiológicos, así como de lograr un funcionamiento más eficiente del sistema de salud. Combinado con la implantación de garantías explícitas generaría alto impacto sobre la salud de los habitantes metropolitanos. Esto exige que el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y las secretarías municipales de salud de los 24 partidos del Gran Buenos Aires: a) designen centros de salud y/o médicos de cabecera con población a cargo, b) implementen instrumentos de registro de beneficiarios y de historias clínicas familiares, c) incorporen promotores sanitarios que asuman de forma periódica una ronda sanitaria relevando a la población e identificando problemas que requieren solución desde la red de atención. d) incorporen un convenio de adhesión en el cual tanto el equipo de salud que incorporará la población a su cargo, como los pacientes, reconozcan y asuman obligaciones y derechos, e) programen cuidados a ser desplegados desde los servicios sobre la base poblacional identificada y conocida, f) capaciten al personal de salud para implantar el nuevo modelo y para que adquieran competencia en gestionar directamente las derivaciones en caso de ser necesaria y g) diseñen e implementen un esquema para monitoreo y evaluación del esquema de responsabilidad nominada.
4. En cuarto lugar, consolidar garantías explícitas para protecciones priorizadas. Por ejemplo, los cuidados gestacionales y de la infancia (COE-Cuidados Obstétricos Esenciales y AIEPI - Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) que deberían ser derechos humanos garantizados a toda la población. Así como la correcta asistencia de enfermedades de altísima prevalencia como es el caso de las cardiovasculares (Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus) que constituyen la primera causa de muerte en la Región. Garantías explícitas significa que se define (y se aplica) una guía o protocolo de cuidados que garantiza iguales niveles de calidad de los cuidados a toda la población. Para ello, el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, junto al Ministerio de Salud la Provincia de Buenos Aires, deben: a) definir protocolos de atención, b) garantizar los insumos, el equipamiento y los recursos humanos indispensables para dar la respuesta adecuada, c) incorporar un sistema de información con historias clínicas que permitan la verificación del cumplimiento y adhesión a los protocolos, d) capacitar al personal de salud en la implantación del modelo de garantías explícitas, e) Difundir las protecciones garantizadas y convocar a la población para que sea incorporada y comprometa su adhesión y f) auditar y supervisar el funcionamiento de las cuidados verificando la efectividad de las protecciones asumidas.
5. En quinto lugar, crear dispositivos de coordinación territorial de carácter técnico y administrativo que colabore articulando las respuestas entre los servicios municipales (en su mayoría , pero no exclusivamente de APS), las regiones sanitarias del ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y las áreas programáticas del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La misión de estos dispositivos será consolidar la atención programada y construir redes de atención con adecuados esquemas de referencia y contrarreferencia entre servicios. Esto requiere el desarrollo e incorporación

de normativas, sistema de registro, sistema de información clínica, conectividad informática o telefónica, generación de aptitudes en el personal, conocimiento y capacidad operativa, y espacio físico y equipamiento adecuado.

Bibliografía

- Briggs, C. J., Capdegelle, P. & Garner, P. (2005), Estrategias para la integración de los servicios de atención primaria en países de medianos y bajos ingresos: efectos sobre la práctica, los costos y los resultados en los pacientes (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 2. Oxford (<http://www.update-software.com>).
- Cairncross, S. & Peries, H. (1997), "Vertical Health Programmes", *The Lancet*; V. 349, I. 9066: 20-23. Londres.
- Castilla, E. (2004), "Organizing Health Care A Comparative Analysis of National Institutions and Inequality Over Time", *International Sociology*; V. 19, N. 4: 403-435.
- Feitosa, Flávia (2002). Segregação Espacial em São José dos Campos. Tesis de maestría en Sensoriamento Remoto. INPE.
- Fontenla, Mariano (2010). "Integración o inclusión social" *Movimiento: reseñas y debates* 51. Año 5. Páginas 4-8. Febrero.
- Genovez, Patricia (2002). Território e Desigualdades: Análise Espacial Intra-Urbana no Estudo da Dinâmica de Exclusão/Inclusão Social no Espaço Urbano em São José dos Campos - SP. Mestrado em Sensoriamento Remoto, INPE.
- Gray, J.A M (2001). *Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 2nd.ed.
- Green, L; Yawn, B; Lanier, D; Dovey, S; (2001). "The Ecology of Medical Care Revisited". *N Engl J Med*. Vol 344. Nº 26. June 28., 2021-2025.
- Hurley, J., Birch, S. & Eyles, J. (1995), "Geographically-Decentralized Planning and Management in Health Care: some informational issues and their implications for efficiency", *Social Science and Medicine*; Volume 41, Number 1: 3-11.
- Kickbusch, I. (1997), "New players for a new era: responding to the global public health challenges", *Journal of Public Health and Medicine* V. 19, N. 2:171-8.
- Koga, Dirce (2005). *Medidas de cidades: entre territorios de vida e territorios vividos*. Sao Paulo. Editora: Cortez.
- Mendes, Eugênio Vilaça (1991). *Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Hucitec. São Paulo - Rio de Janeiro.
- Mendes, Eugênio Vilaça (2005). "A Mudança do modelo de gestão do SUS: da gestão dos recursos para a gestão da clínica. Belo Horizonte. Mimeo.
- Mills, A. (1983), "Vertical Vs. Horizontal Health Programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency", *Social Science and Medicine*; V. 17, N. 24: 1971-1981.
- Msuya, J. (2003), *Horizontal and Vertical delivery of health services: what are the trade off?*, The World Bank. Washington D.C.
- Roman Ramos, Frederico (2002). Análise Espacial de Estruturas Intra-Urbana: O caso de São Paulo. Mestrado em Sensoriamento Remoto, INPE.
- Santos, Milton (1994). "O retorno do território". Publicado en: Santos, Milton, de Souza, Maria Adélia & Silveira, Maria Laura (1994). *Territorio, Globalização e Fragmentação*. São Paulo: Hucitec.
- Sposati, Aldaiza (2006) "Cidade, Território, Exclusão/Inclusão Social". CEDEST. Disponible en: <http://www.dpi.inpe.br/geopro/exclusao/Cidadet.pdf>. Visitado el 6 de abril de 2010.
- Sposati, Aldaiza (1996). *Mapa de Exclusão/Inclusão Social de São Paulo*.. São Paulo, EDUC, 1996.
- sposati, Aldaiza (2000). *Cidade em Pedacos*, São Paulo, Brasiliense.
- Starfield, Barbara.(1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York: Oxford University Press.
- Tobar, Federico (2009). "La innovación social en América Latina". *Movimiento: reseñas y debates* 46. Año 5. Páginas 6-11. Septiembre.
- Tobar, Federico & Rodríguez Richeri, Pilar (2004). *Hacia un Federalismo Sanitario Efectivo: el caso del consejo Federal de Salud Argentino, análisis y propuestas*. Ediciones Isalud Buenos Aires.

- Tobar, Federico & Anigstein, Carlos (2008). *Hacia una nueva teoría de los Municipios y Comunidades Saludables*. Documento elaborado en el marco del proyecto ISALUD-OPS. Reposicionamiento de la Estrategia de Municipios y comunidades Saludables en las Américas. Buenos Aires.
- White, K (1997). The Ecology of Medical Care: Origins and implications for population-based healthcare research. *HSR Health Serv Res*;32:11-21