

# ¿ES EL TERRITORIO UN “ACCIDENTE” PARA LAS POLÍTICAS DE SALUD? APROXIMACIÓN CONCEPTUAL Y REFLEXIONES DESDE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL

*Magdalena Chiara*

UNGS

## RESUMEN

El trabajo se propone introducir la perspectiva territorial para pensar las políticas de salud. Sin pretender negar la complejidad inherente al sector, busca identificar otros pliegues en los que la política se de-construye y vuelve a construirse en territorios determinados. Partiendo de entender la salud como “campo abierto” y pasando revista a distintas contribuciones del enfoque territorial, el trabajo busca colocar el territorio más allá del escenario en el que las políticas se despliegan. En este movimiento, se detectan nuevas preguntas, aparecen otros problemas y se develan nuevos actores.

**Palabras clave:** políticas públicas - política de salud - estudios interdisciplinarios - geografía - atención primaria de salud - implementación

## ABSTRACT

This paper aims to introduce a territorial perspective to ponder on health policies. Not pretending to deny the inherent complexity of the area, it seeks to identify other nuances where politics is deconstructed and reconstructed in specific territories. Starting from considering health as an “open field” and reviewing various contributions of the territorial approach, the work seeks to place the territory beyond the scenario where the policies are deployed. In this movement, new questions are detected, other problems appear and new actors are revealed.

**Keywords:** public policies - health policy - interdisciplinary studies – geography - primary health care - implementation

---

Recibido: 30/10/2018 / Aceptado: 30/10/2018

---

\**Ciudadanías* agradece a la doctora Magdalena Chiara su colaboración con este artículo como uno de los textos de apertura del presente dossier.

## PRESENTACIÓN

En este trabajo nos proponemos analizar los quiebres que introduce la variable territorial para pensar las políticas de salud y aportar conceptos que ayuden a dar respuesta a las preguntas que este enfoque introduce.

El alcance de “salud” como campo de estudio es amplio e involucra tres dominios vinculados entre sí: el que refiere al “estado de salud de la población”, el que remite a los modos como se organizan y asignan los recursos de distinto tipo (lo que suele llamarse “estructura sanitaria”) y el dominio de las “políticas de salud”. En este trabajo acotamos la reflexión en torno a la relación entre “políticas de salud” y territorio, sin desconocer las sinergias y relaciones existentes con los demás dominios, salud de población y estructura sanitaria.

Organizamos su desarrollo en tres apartados y una conclusión. En el primero abordamos la salud como “campo”, buscando dar cuenta de su especificidad dentro de la lógica de regulación sectorial. En el segundo, presentamos algunas contribuciones de la geografía, los estudios urbanos y la sociología, para pensar el territorio como algo más que un escenario en el que las políticas se desenvuelven. En el tercer apartado retomamos el concepto de escala y pasamos en limpio las preguntas, los aportes de la investigación y las tensiones con la mirada sectorial.

## EL PUNTO DE PARTIDA: SALUD COMO CAMPO ABIERTO

Salud es uno de los sectores más complejos de la política social. La amplitud de los bienes y servicios involucrados, la fortaleza de los mercados, la incidencia constante del avance tecnológico y la diversidad de actores involucrados son algunos de los atributos que lo distinguen dentro de la “región” más amplia de los servicios universales (Andrenacci y Soldano, 2006).<sup>1</sup>

Entre las múltiples aproximaciones que pueden adoptarse para analizar la política de salud, buscamos en este artículo interrogarla como parte del campo más amplio de la política social, abordando lo sectorial a partir de preguntas generales que pongan en el centro de la atención a los sujetos, sean individuales o colectivos, en la singularidad de los territorios.

Con ese propósito y retomando aportes previos de este campo (Grassi, 2003; Danani, 2009), definimos la “política de salud” como el conjunto de intervenciones institucionalizadas del Estado que tienen como objeto aquellos fenómenos y procesos necesarios para mantener la salud de la población, reconociendo su capacidad pa-

<sup>1</sup> Estos autores distinguen tres regiones (“políticas del trabajo”; “política de los servicios universales” y “política asistencial”) a las que reconocen atributos, procesos y rasgos característicos para cada uno de los momentos históricos.

ra definir (y producir) los problemas, así como también delinear las reglas de juego a través de las cuales estos son elaborados, involucrando acciones relativas al mantenimiento de la salud individual de las personas o familias y también de aquellos aspectos que se relacionan con la salud colectiva.

Al poner el foco en el sujeto, esta definición permite mirar la relación entre políticas de salud y territorio más allá de aquel espacio donde se expresan los problemas y desarrollan las consecuencias de las políticas, buscando echar luz sobre las condiciones singulares de producción y consumo de bienes y servicios de salud, las tramas de relaciones que sostienen a las políticas y la dinámica de los actores que preexiste (y se modela) en los territorios. Como puede advertirse, buscamos tomar distancia de aquellas perspectivas que ven el territorio como variable dependiente de las políticas de salud, es decir, como mero lugar donde suceden los procesos y se reflejan sus resultados.

La encrucijada en la que busca indagar este trabajo exige partir de conceptos abiertos desde los que sea posible construir “puentes” con otros campos disciplinares para analizar en su complejidad los problemas que enfrentan (y que contribuyen a definir) las políticas.

Lo sectorial y lo específicamente sanitario son dos aristas que hablan de las características del campo. Comencemos por la primera.

La lógica “sectorial” de regulación de las políticas públicas se caracteriza por tres atributos: está regida por el principio de especialización, tiene una dinámica intra- e interorganizacional que está dominada por la legalidad de las normas y organiza sus sistemas de justificación –de manera casi exclusiva– en el conocimiento científico-técnico (Jolly, 2010). Aunque presentes en otros campos, estas propiedades se ven reforzadas en salud por el hecho de que la imagen de los profesionales médicos tiende a desbordar el plano de lo asistencial para operar como un “marco de referencia genérico” para el diseño, la implementación y el análisis de las políticas.

La definición que aporta la Organización Mundial de la Salud (OMS) avanza en algunas precisiones que abonan a su descripción:

El sector sanitario está compuesto por servicios sanitarios públicos y privados (incluidos los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y asistencia), las políticas y actividades de los departamentos y ministerios de salud, las organizaciones no gubernamentales y los grupos de la comunidad que prestan servicios de salud y las asociaciones profesionales (OMS, 1998: 23).

Así planteada, la noción de “sector” aplicada a “salud” está presente tanto en la literatura institucional (especialmente aquella generada por los Estados nacionales y organismos internacionales) como en la producción académica.

Aunque parece potente para detectar las diferencias y estilizar las lógicas y principios que subyacen a la organización institucional y a los mecanismos de asignación de los recursos, el concepto de “sector” tiene limitaciones para captar las dinámicas y tensiones de la acción pública. Retomando los aportes de Belmartino y Bloch (1994), proponemos analizar salud como un “campo abierto” que presenta una complejidad singular; siguiendo a Bourdieu, hacemos referencia a:

Un campo de fuerzas, cuya necesidad se impone a los agentes que se han adentrado en él, y como un campo de luchas dentro del cual los agentes se enfrentan, con medios y fines diferenciados según su posición en la estructura del campo de fuerzas, contribuyendo de este modo a conservar o a transformar su estructura (1997: 49).

Según esta aproximación, el “campo de salud” estaría dando cuenta de una red de relaciones e interacciones estructuradas, con cierta estabilidad, jerarquizadas y conflictivas a la vez, en cuyo contexto resulta determinante la “posición” en la estructura de relaciones que ocupan los actores. Como puede advertirse, el movimiento desde la noción de “sector” hacia el concepto de “campo” no altera aquellos atributos que lo distinguen como tal, sino que aporta otras “lentes” dando lugar a lecturas alternativas y/o complementarias.

Vayamos entonces a la segunda arista, la de “salud”. Desde el concepto de “campo”, proponemos regresar a su singularidad buscando echar luz sobre la producción y consumo de los bienes y servicios y sobre la especificidad de los actores y sus relaciones que, posteriormente, pondremos en relación con el territorio.

En este campo de políticas se produce una canasta amplia de bienes y servicios en la que, desde el punto de vista económico, conviven bienes públicos “puros” (es decir, aquellos en los que no hay rivalidad en el consumo ni es posible la exclusión) y bienes cuyos beneficios son “privados” (en el sentido de que pueden ser consumidos de manera individual). A diferencia de lo que sucede en otros sectores, estos bienes y servicios son apropiados y/o consumidos de diferente modo en cada momento de la vida de las personas, en tanto los riesgos de enfermar son diferentes.

A su vez, mantener la salud de una población supone producir y proveer servicios a través de lo que podríamos denominar un “continuo” de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos que obedece a atributos particulares (“accesibilidad” o “puerta de entrada”, “continuidad”, “longitudinalidad”, “integralidad”, “capacidad resolutive” y “coordinación asistencial”) (Starfield, Shi y Macinko, 2005) y en cuyo desempeño se expresan distintos niveles de complejidad.

En las últimas décadas, la producción de los bienes y servicios en este campo ha estado fuertemente tensionada por los avances tecnológicos y científicos; al tiempo que se fueron elevando los umbrales de prestación, se profundizaron las brechas

de desigualdad entre poblaciones y territorios. Este fenómeno convive con otro problema: la demanda de la población está inducida (también) desde la oferta de los servicios (Belmartino, 2005).

En el plano de la provisión, se destaca la elevada y necesaria autonomía que tienen los trabajadores (en especial de los profesionales médicos) y los servicios en los distintos niveles.

Otro atributo que distingue a este sector es la fortaleza de los mercados de los servicios médicos, sanatoriales y de medicamentos, que contrasta con la fragmentación y debilidad de la capacidad reguladora del Estado (Belmartino, 2009).

Ahora bien, pensar “salud” dentro del campo de la política social supone mirar más allá de la producción de bienes y servicios, buscando entender las políticas como respuesta a la “cuestión social”; esto implica enfrentar aquella tensión entre la “promesa de igualdad” que opera en un plano político y la “desigualdad” en el plano económico. Las políticas de salud pueden ser vistas entonces como un “campo de mediación” entre el orden político y el orden económico que se organiza en la singularidad de cada territorio.

Desde esta perspectiva, los problemas de salud no serían el mero resultado de procesos aprehensibles a partir de una racionalidad instrumental, sino que expresan una “construcción histórica” que encierra –en su definición– la contradicción y el conflicto entre la igualdad en el derecho a la salud y la desigualdad en las condiciones en las cuales se ejerce ese derecho. Esta última cuestión remite no solo a la distribución de la renta entre individuos y familias, sino también a la desigualdad entre territorios.

La relación entre salud y territorio no es nueva en la política sanitaria. En trabajos previos (Chiara y Ariovich, 2013) hemos dado cuenta de la progresiva aparición de la cuestión territorial en las directrices de las políticas según lo dicho por los organismos multilaterales de cooperación (OPS/OMS) y de crédito (BM/BID) en los últimos sesenta años a través de sus documentos.

La idea de “control militar del territorio” inaugura la presencia de la noción de “territorio” en los “Programas de Erradicación de Enfermedades Transmisibles” en los años 50; se trata de una lectura que tuvo relativa eficacia en tanto persiste aun hoy en los denominados “programas verticales”. Los cambios que se produjeron a partir de la Declaración de Alma ATA (1978), las recomendaciones en torno a la Atención Primaria de la Salud (APS) (2005) y las modalidades organizativas de los Sistemas Locales de Salud (Silos) (1998), trajeron otra noción de territorio entendida como el espacio de “lo próximo” y “lo local”.

Algo más tarde, el enfoque de los “determinantes sociales de salud” (2004-2008), el énfasis en la idea de “gobernanza” de la propuesta de “Ciudades, Municipios y

Comunidades Saludables” (1998) y el modelo de las “Redes Integradas de Servicios de Salud” (RISS) (2008) tendieron a complejizar el análisis debiendo buscar otras formas de concebir el territorio.

Este análisis mostró que las directrices que aportaron los organismos en distintos momentos incorporaron de manera progresiva al territorio como variable de análisis, al tiempo que jerarquizaron diferencialmente actores y niveles jurisdiccionales.

Sin desconocer su importancia, el territorio parece funcionar en ellas como variable dependiente de las políticas, apelando a simplificaciones que dificultan poder echar luz sobre las dinámicas y mecanismos de constitución.

### **MÁS ALLÁ DE LO ESPACIAL: NOCIONES Y CONCEPTOS PARA PENSAR EL TERRITORIO**

Los procesos de urbanización fueron creando ciudades de gran tamaño, densamente pobladas, complejas en sus problemas y sumamente desiguales en sus capacidades para mejorar la situación de salud de su población. Aunque no se trata de la única expresión, es de la mano de este fenómeno que el territorio adquirió relevancia como variable del análisis de los problemas de salud y cobró jerarquía en las propuestas de políticas.

En un contexto caracterizado por ciudades duales y sumamente segmentadas, la integración parece ser el principal problema que enfrentan las políticas públicas, poniendo en evidencia las limitaciones que tiene la lógica sectorial para abordar la desigualdad y la necesidad de considerar el territorio como algo más que aquel “espacio” donde se despliegan las políticas.

Con el propósito de tomar distancia de esta perspectiva instrumental, en este apartado buscamos problematizar el concepto de territorio abrevando en los aportes que introducen la geografía, los estudios urbanos y la sociología.

Los modos de conceptualizar la noción de territorio en la geografía han ido abandonando progresivamente visiones espacialistas, moviéndose hacia concepciones que dan cuenta de su carácter histórico. Aquellas perspectivas asociaban a la noción de espacio geográfico los atributos de homogeneidad y estabilidad, reconociendo la existencia de fronteras precisas y captables por fuera de los sujetos. Basados en esas ideas, sería posible enunciar (y, de hecho, las políticas públicas lo hacen con frecuencia y naturalizando frente a los sujetos sus decisiones) la existencia de recorres unívocos (barrio, localidad, municipio) basados en atributos que se consideran (o presentan como) inherentes a la materialidad del espacio geográfico.

Con el propósito de tomar distancia de estas concepciones, emerge el concepto de *territorio* entendido como un espacio social e históricamente producido en el que

distintos flujos de relaciones articulan y tensionan recursos o servicios en un espacio particular donde las distancias físicas se ven relativizadas. Se trata de un ámbito complejo, virtual y dinámico, maleable a los intercambios, las relaciones de poder y a la acción de los actores (Pierini, 2017).

En esta perspectiva, el territorio puede ser visto como una clase de espacio con determinados atributos que refieren a la apropiación y autorreferencia de los actores. Tiene un carácter dinámico en tanto quienes usan el territorio y lo reproducen contribuyen a su vez a la construcción de una territorialidad.

La territorialidad es el resultado de una relación dinámica entre los componentes sociales (económico, cultural, institucional, de los saberes) que expresan determinadas relaciones de poder:

Territorialidad es el conjunto de las relaciones que una sociedad, y por lo tanto los individuos que forman parte de ella, mantienen con la exterioridad (las relaciones verticales con el territorio, el milieu, el ambiente...) y con la alteridad (las relaciones horizontales con los demás agentes) para satisfacer las propias necesidades con la ayuda de mediadores (mediateurs) con el fin de obtener la mayor autonomía posible, teniendo en cuenta los recursos del sistema (Raffestin, 1999, citado por Dematteis y Governa, 2005: 44).

Lejos de eliminar su singularidad, el concepto de territorio le confiere al espacio nuevas formas y exige al analista adoptar una visión sistémica que considere distintas escalas en simultáneo. Se trata de una aproximación relativamente nueva en el análisis de políticas públicas, que representa un giro en el modo de concebir y analizar las políticas de salud.

Ahora bien, el territorio no se encuentra compuesto solo por extensiones, límites y obstáculos, sino también por flujos, ejes y nodos en torno a los cuales se articulan relaciones, algunas que preexisten a las políticas y otras que son promovidas, fortalecidas y hasta construidas por estas. En esta línea, hace más de dos décadas el geógrafo brasileño Milton Santos abría esta discusión proponiendo distinguir entre “territorios horizontales” y “territorios verticales” (Santos, 1994).

Buscando profundizar este enfoque, proponemos retomar dos aportes de la geografía que consideramos de utilidad para el análisis de las políticas de salud: el primero refiere al modo como concebir lo “local” y el segundo alude a lo que se denomina una “perspectiva relacional” del territorio.<sup>2</sup>

Rompiendo con visiones que asocian una comunidad (homogénea) a un territorio, retomamos propuestas que entienden “lo local como heterogeneidad yuxtapuesta”, expresión de distintas escalas e intereses. Amin (2005) discute con la perspectiva

<sup>2</sup> En este apartado revisitamos planteos realizados en Chiara (2016) en diálogo con otros aportes.

convencional sobre los estudios regionales que definen lo local en oposición a lo global:

Lo local [es] [...] percibido como el espacio de lo íntimo, de lo familiar, lo cercano, lo encarnado; es decir, como un espacio esencialmente separado y distinto del espacio global que se concibe como lo lejano, lo abstracto, lo virtual, lo invasivo, lo hegemónico. [En esa discusión sostiene que] [...] las configuraciones y los límites espaciales no son ya necesariamente territoriales o escalares, puesto que el interior y el exterior social, económico, político y cultural se constituyen a través de topologías de redes de actores que están siendo cada vez más dinámicas y diversas en la conformación espacial) (Amin, 2005: 77-8).

Este enfoque cuestiona la existencia de “ámbitos territoriales comunes o de una cultura territorial cohesionada”, construyendo —en palabras del autor— imágenes que se asemejan a “caricaturas que se presentan con un cierto grado de veracidad acerca de la esfera pública” (Amin, 2005: 85).

Parece útil retomar estos aportes para mirar lo local, el ámbito de la descentralización y el territorio de referencia más próximo a la gestión de la política sanitaria, como una “heterogeneidad yuxtapuesta dentro de una estrecha proximidad espacial, y como lugares de múltiples geografías de afiliación, vínculo y flujo” (Amin, 2005: 86).

También el concepto de “comunidad” se pone en cuestión desde estas aproximaciones. En ese sentido, Dematteis y Governa destacan: “la dificultad de hablar de comunidad y, al mismo tiempo, la urgencia de los problemas que [...] se ocultan dentro de esta palabra y que se difuminan en las ‘trazas’ de la confianza, la reciprocidad y la identidad” (Dematteis y Governa, 2005: 36-37). Aquella perspectiva comunitarista de lo local conduce a una visión naturalizada del territorio, a lo que los mismos autores denominan un “territorio sin actores”.

También desde la sociología se discute el supuesto de congruencia entre “comunidad” y “territorio”. Piselli (2007) sostiene que la comunidad no necesariamente coincide con una unidad residencial; por el contrario, debe ser reconstruida empíricamente sobre la base de las relaciones interpersonales.

Según esta autora, el enfoque de redes se muestra potente para estudiar una comunidad sin presuponer una coincidencia con un área geográfica específica. Permite a su vez el análisis de los lazos internos y externos que se extienden más allá de los límites de los grupos y lugares.

Las redes sociales definen y redefinen lugares, cambian sus funciones, aspecto y sentido simbólico en el contexto de los procesos de apropiación. Por citar solo algunas, podemos mencionar: las redes que hacen posible la inserción en el mercado de trabajo, las que resultan de la incorporación de nuevas generaciones a los estu-

dios universitarios, aquellas que dan cuenta de la pertenencia a movimientos sociales y políticos regionales o nacionales.

Desde esta perspectiva, una comunidad no es un lugar circunscripto y aislado, sino un conjunto de relaciones sociales significativas que constantemente define y redefine su dimensión territorial y que teje las dimensiones políticas y económicas en conjunto.

Contrastando con las formulaciones más clásicas sobre el modo como se ha desarrollado el territorio tradicionalmente en las propuestas de política sanitaria, estos autores cuestionan cualquier mirada ingenua que asocie lo local a “lo íntimo” o a “lo familiar” y desafían a desentrañar las complejidades comprendidas en la delimitación de los territorios que son objeto de intervención de las políticas sanitarias.

La segunda línea de aportes de la geografía y de los estudios urbanos hace referencia a la “perspectiva relacional del territorio”, aproximación que propone interpretar los fenómenos sociales y las demandas realizando una distinción entre “territorios de proximidad” y “territorios de conectividad”. En el análisis de los procesos de configuración del territorio, Catenazzi y Da Representação distinguen entre un área contigua (asociada a la métrica topográfica) y una red (a la métrica topológica), lo que se corresponde —en el análisis de los actores— con lógicas de apropiación y acumulación diferentes:

Para quienes defienden una relación muy fuerte entre territorio y apropiación, el territorio es una entidad única, estrictamente 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 archipiélagos o reticular (Catenazzi y Da Representação, 2009: 122).

En una perspectiva convergente con esta, Dematteis y Governa (2005) distinguen entre la territorialidad que se expresa en una estrategia que regresa a lo local y al control y un segundo sentido en el que la territorialidad remite al conjunto de relaciones que una sociedad mantiene con el exterior y con los demás agentes, con la ayuda de mediadores.

La noción de “territorio de conectividad” pone en evidencia la dificultad para demarcar fronteras precisas, definibles a partir de los atributos del espacio. En la misma línea y buscando dar cuenta de la superposición de planos en la arena local, Amin apela a la idea de “espacio fractal” para dar cuenta de la multiplicidad de conexiones, significados e influencias que tienen lugar en estos territorios, de modo que el “adentro” y el “afuera” ya no están definidos localmente. En palabras de este autor, en la arena local “los diferentes micro-mundos se encuentran atrapados en el mismo terreno y las presiones y los diferentes intereses deben ser gestionados y negociados activamente porque no existe ningún otro terreno” (Amin, 2005: 87).

Así entendido, el territorio no parece estar predefinido para la política sino que es objeto de apropiación, construcción y disputa por sus actores sobre una trama de interacciones que le antecede y que abona a la construcción de la territorialidad.

## CONTRAPUNTOS DESDE LA INVESTIGACIÓN

Este recorrido en el campo de la geografía y los estudios urbanos (sumado a los aportes de la antropología y sociología sobre el concepto de “comunidad”) nos invita a pensar el territorio como algo más que el “escenario” (más o menos favorable) en el que se despliegan las políticas de salud y manifiestan sus resultados.

En este apartado planteamos una perspectiva diferente. A modo de ejercicio analítico y retomando los aportes que presentamos en el apartado anterior, invitamos a mirar el territorio como “variable independiente”. Lejos de buscar ningún determinismo, proponemos pensar la relación entre ambas variables como una relación de “doble vía”, en el sentido de un mutuo condicionamiento. Desde esta perspectiva, la relación entre “políticas de salud” y “territorio” no podría estar representada por un “arriba” de las políticas, las normas, los mecanismos de regulación sectoriales, los mercados, los organismos responsables del diseño de las políticas, los modelos de organización de los sistemas, y un “abajo” compuesto por los procesos de urbanización, los actores, los modos de producción diferenciales según el acceso a recursos, la distancia a los establecimientos, las redes, el capital social y cultural del que son portadoras familias e individuos.

A los efectos de tomar distancia de estas miradas binarias y hacer un aporte que pueda ir más allá de los análisis de casos, nos detendremos en el concepto de “escala” para poner en tensión los atributos que caracterizan el campo con las problemáticas que introduce el enfoque territorial.

Siguiendo a Di Virgilio y Rodríguez, la escala puede definirse como una lente a la que recurre el investigador para acercarse a un fenómeno a ser examinado:

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 (2011: 23).

Gutiérrez Puebla reconoce distintos aspectos del concepto de escala: (a) escala como tamaño (cartográfica, orden de magnitud y niveles de detalle); (b) escala como nivel jerárquico (local, provincial o estadual, regional, nacional, global); (c) escala como nivel en una red (agentes que operan en distintos niveles y profundidades de influencia); (d) escala como relación, 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 (Gutiérrez Puebla, 2001 citado por Di Virgilio, 2015).

El concepto de escala nos aproxima a otros recortes de los objetos de investigación y plantea nuevas preguntas acerca de cómo se constituyen las dinámicas del sector en territorios específicos. En las distintas escalas (barrial, local, regional o estadual) se demarca el alcance de los problemas, se definen las fronteras y se revelan los actores; el territorio puede mostrar también la yuxtaposición y articulación de diferentes escalas en el corazón mismo del campo de salud, la atención médica.

En estas páginas retomamos de manera no exhaustiva un conjunto de cuestiones derivadas de la investigación en torno a las que se anudan preguntas en las que el territorio interpela a la forma de pensar la política sanitaria.

### A) ACERCA DE LA DELIMITACIÓN DE LAS FRONTERAS:

Entendiendo el territorio como espacio social e históricamente construido, ¿es posible definir fronteras precisas desde las políticas?, ¿cuáles son las tensiones que se producen entre el diseño y la implementación en territorios singularmente configurados?, ¿qué fenómenos capta la investigación?

Más allá de la capacidad que tuvieron (y siguen teniendo) las perspectivas espacialistas para traducirse en instrumentos de políticas (la vigencia del concepto de “área programática” o la focalización territorial son solo algunos ejemplos), la mirada que devuelve la investigación acerca de la implementación pone en evidencia dificultades para delimitar fronteras precisas con independencia de la apropiación que hacen los actores sobre el territorio.

Las justificaciones técnicas adoptadas por los organismos sectoriales para delimitar recortes espaciales –sea para definir el alcance de un programa, conformar los padrones de “población a cargo” o bien organizar redes de servicios– tensiona con otras dinámicas que introducen los procesos de apropiación a través de los cuales los actores (tanto del Estado como de la sociedad) construyen el territorio. Así, las definiciones acerca del alcance geográfico de un programa pueden verse relativizadas o replanteadas por los actores en el nivel local y barrial; el alcance de la “población a cargo” de un centro de salud puede requerir de mecanismos alternativos de transferencia de “beneficiarios” entre efectores y padrones o redefinirse el alcance de las redes de servicios.

Lejos de interpretar estos fenómenos como “desvíos” en la implementación, el territorio introduce otra perspectiva a la lógica sectorial desde la cual delimitar el “afuera” y el “adentro” que pone en cuestión la supuesta homogeneidad de la noción de comunidad, devela la existencia de escalas superpuestas en los procesos de aten-

ción y muestra la vigencia de redes de distinto tipo que tienen alcance territorial diferente y que operan de manera yuxtapuesta.

Más allá de la necesidad que tienen las políticas de instrumentar su cobertura geográfica, el enfoque territorial muestra problemas para definir de manera unívoca las fronteras. La dinámica del territorio pone de manifiesto la existencia de fronteras (construidas desde barreras institucionales) que resultan de procesos de apropiación y acumulación de los actores que rompen con las dinámicas de movilidad de la población que habita un determinado territorio. La existencia de mecanismos de mercantilización impuestos en el acceso a servicios por parte de población no residente en un municipio son un ejemplo de barreras que demarcan –desde lo institucional– territorialidades superpuestas en territorios en los que existe contigüidad en el resto de los atributos de la urbanización.

#### B) ACTORES Y MECANISMOS DE LEGITIMACIÓN DE LA ACCIÓN PÚBLICA:

Si entendemos “salud” como campo, aquellos atributos que caracterizan a la lógica sectorial pueden ser interpretados en el contexto de una red de relaciones e interacciones que son estables y jerarquizadas (a partir del capital simbólico que constituye al sector) a la vez que conflictivas; en ese marco, resulta determinante la “posición” que ocupan los actores en la estructura de relaciones. Ahora bien, ¿qué novedades introduce la perspectiva territorial en la manera de mirar a los actores de las políticas?, ¿qué actores restituye esta perspectiva en las escalas local y barrial?

Sin desconocer la jerarquía que retienen el principio de especialización y el conocimiento científico y técnico en la construcción de los marcos de legitimación de la acción pública en el campo de la salud, el recorrido que hacen las políticas en la implementación en las escalas próximas a la población (“local” o “barrial”) muestra otros actores que son portadores de agendas más complejas que desbordan las fronteras de lo estrictamente sanitario.

Esta perspectiva pone la atención sobre actores no previstos en el diseño que están ubicados en zonas de interfaz entre el campo de las políticas de salud y de otras políticas (incluso en el campo de la “política”). Al habilitar a otros actores, se restituyen otras lógicas al momento de construir los problemas (“finales”, de salud e “intermedios”, de gestión en salud) y en la forma como se legitiman las instituciones estatales. La legalidad de las normas, la fuerza del conocimiento científico-técnico y la imagen de la profesión médica tienden a diluirse como principios organizadores en los sistemas de justificación de la acción pública en escalas más próximas a la población, donde aparecen otras necesidades y problemas.

Esto sucede porque, en las escalas local y barrial, el destinatario es más complejo que aquel que construyeron (y estilizaron) los programas en su diseño; en la práctica social, los atributos que las políticas sectoriales creyeron haber logrado frag-

mentar tienden a fundirse con otros que anidan en otros dominios. Así, las demandas de servicios de salud de la población se funden con otras (sociales y políticas) y, en ese contexto, los actores gubernamentales y de la gestión en el nivel local y barrial deconstruyen y reconstruyen las políticas.

Los procesos de descentralización hacia los municipios, por ejemplo, constituyeron como actores de las políticas a los secretarios de salud municipales que tienen –entre otras– la competencia de operar como “mediadores” (Muller, 2010) entre distintas escalas: la supralocal (de las iniciativas nacionales y provinciales) y la local, que tiene responsabilidad directa sobre los servicios y debe responder a las demandas de la población. En la escala barrial, los dirigentes sociales e incluso los denominados “punteros” se convierten muchas veces en mediadores en territorios complejos (los barrios) en su relación con el exterior y con los demás agentes.

#### C) LECTURA MULTIESCALAR DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN:

Como hicimos referencia al caracterizar al sector, mantener la salud de una población determinada supone producir y proveer servicios a través de lo que denominamos un “continuo” de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, en cuyo desempeño se expresan distintos niveles de complejidad. ¿Cuál es la escala en la que se producen estos servicios?, ¿podemos asociar linealmente el consultorio del primer nivel a la escala barrial?, ¿cómo interpretar los fenómenos que tienen lugar en la producción de servicios a lo largo del “continuo” de la atención?

En el campo de la salud, entender lo local y barrial a partir del concepto de “heterogeneidad yuxtapuesta” cobra una relevancia singular en tanto el “adentro” como el “afuera” pueden estar librándose en simultáneo y, en consecuencia, superponerse varias escalas. El enfoque territorial pone en discusión la perspectiva jerárquica de organización por niveles y retorna al concepto de redes.

Desde esta perspectiva, los procesos de atención que tienen lugar en el consultorio en una barriada de la periferia, según sea la trama de relaciones en las que ese servicio está inserto, pueden estar poniendo en juego –en simultáneo– múltiples escalas: barrial, local, de la región, estadual o provincial, nacional. El médico generalista y los miembros del “equipo de salud”, por ejemplo, pueden asumir un rol articulador y estar involucrados tanto en relaciones “hacia arriba” con la atención hospitalaria, “horizontalmente” con servicios de emergencias, enfermería o servicios sociales, o bien “hacia abajo” con servicios escolares u ocupacionales. La “nodalidad” es un atributo de la atención que no parece estar determinado exclusivamente por cuestiones vinculadas al campo de las ciencias de la salud, sino por los atributos del territorio donde esta se desarrolla y de las políticas (no exclusivamente de salud) que pueden ayudar a construir.

Las políticas tienen la capacidad de habilitar otras escalas sobre un mismo espacio (el de un consultorio en un barrio, por ejemplo) según sean las redes en las que los equipos profesionales están insertos, la tecnología de información y comunicación en salud de que dispongan, la posibilidad de hacer interconsultas con especialistas, realizar de manera oportuna y visualizar estudios realizados en otros niveles, entre otras iniciativas posibles.

Desde el enfoque territorial, la atención puede ser vista como un “punto” en una trama de relaciones que compromete en simultáneo las dos nociones de territorio, “de proximidad” y “de conectividad” a las que hemos hecho referencia en el apartado anterior. Esta aproximación permite interpretar las dimensiones del desempeño (accesibilidad, continuidad, longitudinalidad, integralidad, coordinación) en función de los diferentes conceptos de territorio que presentamos en el apartado anterior. La práctica de la atención parece relacionarse –en primera instancia– con la noción de “territorio de proximidad” al centro de salud, “puerta del acceso” al sistema, espacio de realización de la “integralidad” y la “longitudinalidad”.

No obstante la fuerte presencia del “territorio de proximidad” en la atención primaria de la salud, otra acepción de este concepto se ve interpelada –en simultáneo– en la práctica del equipo de salud, en la medida en que la atención médica requiere una relación fluida con otros niveles (para la realización de diagnósticos especializados, derivaciones a especialistas o llevar a cabo prácticas de mayor complejidad). Así, la “coordinación asistencial” (otra dimensión del desempeño de la atención) interpela al “territorio de la conectividad” o “territorio de la red”. De este modo, en la práctica de los equipos de salud se movilizan distintas nociones de territorio.

### UN FINAL PROVISORIO CON ALGUNAS PREGUNTAS

La invitación a pensar lo sectorial desde un enfoque territorial no niega la complejidad que tiene el campo de salud, sino que busca identificar otros pliegues en los que la política se deconstruye y vuelve a construirse en contextos singulares. En ese movimiento, se ponen en cuestión algunos de sus instrumentos, aparecen otros conceptos para entender los procesos de implementación y se hacen visibles nuevos actores.

En términos generales, las preguntas que planteamos en el apartado anterior muestran que la investigación en ciencias sociales se pregunta acerca de las relaciones (sociales y políticas), los recursos y los procesos de construcción de identidades que se dan en el espacio a través de las cuales se construye territorialidad.

Es claro que el territorio no está dado para las políticas, sino que es un fenómeno que las políticas contribuyen a construir en diálogo (y tensión) con los fenómenos

que las preceden. La perspectiva territorial hace una contribución singular dada la capacidad que tiene el espacio de “atrapar” relaciones, recursos y conflictos.

Para futuros trabajos quedan pendientes otras cuestiones de capital relevancia. Una de ellas tiene que ver con la desigualdad entre territorios, los mecanismos a través de los cuales esta se reproduce y los dispositivos que permiten revertir esos procesos.

Más allá de las líneas de análisis que esta perspectiva plantea, el recorrido realizado en este trabajo devuelve otra pregunta a los estudios sectoriales. Las cuestiones que tematizamos aquí, ¿están “fuera” del campo de estudio e incumbencia de las políticas o son resultado (directo o indirecto) de su diseño?

Romper la ilusión científica que sostiene el diseño de las políticas y apelar a los aportes de las ciencias sociales es una manera de interrogar procesos singulares de producción de las desigualdades, hacer visibles contradicciones y develar las dinámicas políticas que pueden ser facilitadoras al mismo tiempo que operar como resistencia al cambio. Consideramos que es una vía posible para abrir la “caja negra” de la implementación y encontrar pistas para desentrañar los mecanismos que dificultan el acceso universal a los servicios sociales. De salud en nuestro caso. ■

## Referencias bibliográficas

- AMIN, Ash, "Regiones sin fronteras: hacia una nueva política del lugar". En: *Ekonomiaz*, N° 58, 1er cuatrimestre, 2005.
- ANDRENACCI, Luciano y Daniela Soldano, "Aproximación a las teorías de la política social a partir del caso argentino". En: Andrenacci, L. (comp.), *Problemas de política social en la Argentina contemporánea*. Buenos Aires: Prometeo/UNGS, 2006.
- BELMARTINO, Susana, *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2005.
- , "Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos". En: *5º Foro del Bicentenario. Panel Políticas de Salud Pública en el siglo XX*, Buenos Aires, 2009. Disponible en: <http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/belmartino3.pdf> [Consultado: 13 de octubre de 2018].
- BELMARTINO, Susana y Claudio Bloch, "El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos. 1960-1985". Publicación N° 40. OPS, 1994.
- BLANCO, Jorge, "Redes y Territorios: Articulaciones y tensiones". Trabajo presentado al *XII Encuentro de Geógrafos de América Latina*, Montevideo, 3 al 7 de abril, 2009.
- BOURDIEU, Pierre, *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*, Barcelona: Editorial Anagrama, 1997.
- BRONZO, Carla, "Territorio como categoría de análisis e como unidade de intervenção nas políticas públicas" En: Fahel, M. y J. A. Barbosa Neves (orgs.), *Gestão e Avaliação de Políticas Sociais no Brasil*. Belo Horizonte, Editora Pucminas, 2007.
- CATENAZZI, Andrea y Natalia Da Representação, "Acerca de la gestión de la proximidad". En: Chiara, M. y M. M. Di Virgilio, *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*, Buenos Aires: UNGS/Prometeo, 2009.
- CHIARA, Magdalena, *La salud gobernada. Política sanitaria en la Argentina 2001-2011*. Los Polvorines: Ediciones UNGS, 2018.
- "Territorio, políticas públicas y salud. Hacia la construcción de un enfoque multidimensional para la investigación". *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 2016, 15(30), 10-22, 2016.
- CHIARA, Magdalena y Ana Ariovich, "Luces y sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS/OMS en América Latina". En: *Cad. Metrop.*, São Paulo, Vol. 15, N° 29, pp. 99-122, jan/jun, 2013.
- DANANI, Claudia, "La gestión de la política social: un intento por aportar a su problematización". En: Chiara, M. y M. M. Di Virgilio, *Gestión de la Política Social: Conceptos y Herramientas*, Buenos Aires: UNGS/Prometeo, 2009.
- DEMATTEIS Giovanni y Franchesca Governa, "Territorio y territorialidad en el desarrollo local. La contribución del Modelo SLOT". *Boletín de la AGE* 2005; 39: 31-58, 2005. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1161234>.
- DI VIRGILIO, María Mercedes, "La dimensión territorial de la política sanitaria." En: Chiara, Magdalena (comp.), *Cuaderno de trabajo. Gestión territorial integrada para el sector salud*. Los Polvorines: UNGS, 2005.
- DI VIRGILIO, M. M. y M. C. Rodríguez, "Coordenadas para el análisis de las políticas urbanas: un enfoque territorial". En: Rodríguez M. C. y M. M. Di Virgilio (orgs.), *El caleidos-*

- copio de las políticas territoriales. Un rompecabezas para armar*. Buenos Aires: Prometeo, 2011.
- GRASSI, Estela, *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame (I)*. Buenos Aires: Espacio Editorial, 2003.
- GUTIÉRREZ PUEBLA, Javier, "Escalas espaciales, escalas temporales". En: *Estudios Geográficos*, Año LXII, N° 242. Madrid: Instituto de Economía y Geografía, CSIC, 2001.
- JOLLY, Jean-François, Gobierno y Gobernancia de los Territorios, Sectorialidad y Territorialidad de las Políticas Públicas. *Desafíos*, Bogotá, (12): 52-85, 2010.
- MULLER, Pierre, *Las políticas públicas*. Estudios de caso N° 3, 3ª ed. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2010.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud), *Promoción de la Salud. Glosario*. Ginebra, 1998. [Recuperado 13/10/2018 <http://apps.who.int/iris/handle/10665/67246>].
- PIERINI, Clara, "La movilidad a la salud en las regiones sanitarias VI y VII del conurbano bonaerense". *Locale - Revista Universitaria de Geografía de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Universidad Nacional del Litoral*, 1 (2), 2018. En prensa.
- PISELLI, Franchesca, "Communities, Places, and Social Networks". En: *American Behavioral Scientist* 50: 867-878, 2007.
- SANTOS, Milton, "O retorno do território". Publicado en: Santos, Milton, Maria Adélia de Souza y Maria Laura Silveira (1994), *Territorio, Globalização e Fragmentação*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- STARFIELD, Bárbara, Leysu Shi y James Macinko, "Contribution of primary care to health system and health". En: *The Milbank Quarterly*, 83 (3), 2005.

