



Perspectiva territorial para las acciones de salud.



Autora:
M. Cristina Torres Andrade, Enfermera y Matrona,
Magíster en Desarrollo Rural (U. Austral de Chile)
Académica Universidad Austral de Chile,
Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina.
Campus Isla Teja, Valdivia



| Capítulo | página |
|---|--------|
| 1. Preámbulo | 3 |
| 2. Territorio y salud | 9 |
| 2.1. Salud como producto social: evolución del territorio de intervención. | 9 |
| 2.2. Perspectiva territorial y visión sistémica. | 13 |
| 2.3. Sistemas de información geográfica y transversalidad de la acción intersectorial | 15 |
| 2.4. Planes de salud territoriales | 16 |
| 2.5 Gerencia social y territorio | 20 |
| 2.6 Hacia un método de planificación centrada en el territorio | 23 |
| 3. Síntesis y conclusiones | 25 |
| 3.1 Preguntas al lector | 26 |
| 4. Bibliografía | 27 |
| 5. Anexos | 29 |



1. PREÁMBULO:

La emergencia de nuevos modelos de comprensión de la realidad, ayuda al reconocimiento de dimensiones no relevadas hasta la fecha y, al mismo tiempo proporciona una serie de explicaciones distintas para la acción del estado en un determinado territorio.

Por ejemplo, en educación, tenemos la evidencia que la calidad de ella no depende sólo de la cobertura, ni de los recursos tecnológicos, tampoco, exclusivamente, de la calidad de los profesores, aunque también se señala que este es un actor relevante, dependiendo de su formación y competencias. Pero, la constatación más fuerte es que *la calidad del aprendizaje de los escolares se sitúa en ellos, está en ellos y también depende de su decisión de aprender.* Esta frase, que parece obvia, obliga a situar el foco, donde debiera haber estado desde siempre.

Si el foco de atención son los escolares, entonces se despliega ante nosotros una serie de elementos familiares, de relaciones paternas y fraternales, de entorno social y de espacios para el desarrollo de potencialidades humanas. Si esto se acompaña de coyunturas para el ascenso social, de oportunidades para sentirse incluido en un país, en una cultura, en un modelo de desarrollo y en un mundo global, entonces todo se complementa. En fin, la calidad del aprendizaje se vincula a una serie de cuestiones que van más allá del aula y que influye fuertemente en los resultados de aprendizaje.

También podría señalar que se necesita la revisión de las maneras de organizar los currículos, de construir establecimientos de educación, de formar profesores, de metodologías de trabajo en el aula, de evaluar los aprendizajes, de relaciones entre profesor alumno. . .

Hagamos¹ el ejercicio desde el sector salud: la calidad de la salud de las personas no depende sólo de la cobertura, de las acciones que hacia ellos se dirijan, de los recursos tecnológicos, o de la calidad del equipo de salud,

¹ Esta forma verbal se utiliza en el sentido de que el nosotros son “quién lee” y “quién escribe”



exclusivamente, aunque es evidente que este es un actor relevante dependiendo de su formación y competencias. ***Entonces, la calidad de la salud de las personas depende básicamente de las personas y su familias,*** sin embargo, la decisión de las personas tiene restricciones y libertades, que iremos descubriendo... La reforma del sistema de salud chileno rescata la idea declarando la centralidad en el usuario, para las acciones de salud.

Y entonces, ***se despliega ante nosotros una serie de elementos familiares, de relaciones paternas y fraternales, de entorno social, de espacios para el desarrollo de potencialidades humanas y esto, proporciona un escenario para aprovechar las coyunturas de ascenso social para aprovechar las oportunidades de estar incluido en un país, en una cultura, en un modelo de desarrollo, en un mundo global.*** En fin, una serie de cuestiones que van más allá de la atención de salud y que su confluencia influye fuertemente en los resultados de sanitarios.

Visto de este modo, también se requiere revisar los programas de salud y la manera en que estos se organizan y evalúan. Puede ser entonces, que los establecimientos de salud necesitan rediseñarse en su estructura y que la formación del equipo de salud, tanto profesionales como técnicos, requiera nuevas capacidades para incorporar formas de trabajo distintas, al igual que otras dimensiones en la evaluación. Distinguir, separar y actualizar funciones que están vinculadas a procesos distintos, también es parte del mismo asunto y la reforma del sistema de salud chileno también los aborda.

Sin duda, los ejemplos anteriores pueden multiplicarse y, probablemente encontremos similitudes entre ellos. Por lo tanto, emerge un imperativo global, especialmente, para el sector público: ***incorporar ejes de análisis y comprensión de la realidad que visibilicen al usuario en su entorno, porque son sus acciones las que determinarán su salud y su enfermedad, más que las acciones que realice el sistema de salud.***

El ejercicio envuelve alguna complejidad, porque se trata de incorporar desde lo cognitivo, una visión sistémica e integrada para visualizar lo local y lo global, lo glocal², y desde lo práctico, capacidad para visualizar la intersectorialidad y la dimensión territorial.

Consistentemente debemos asumir alguna comprensión de lo que llamamos pensamiento complejo³, que emerge de la teoría de la complejidad, que señala que al fin y al cabo, todo está en la mente del observador de los

² Glocal: es un intento de entender las maneras en las que lo global y lo local interactúan para producir una "cultura global". El sociólogo Robert Robertson en los 80 fue el primero en popularizar el término. Parte de sus fundamentos pueden ser encontrados en el libro La Trama de la Vida, de Fritjof Capra.



fenómenos, porque enfatiza en la sustancia del objeto sino en las interacciones. Entonces, no es que se niegue el objeto, sino que se destaca qué lo condiciona, recalcando que realidad se forma de acuerdo con lo que establece el observador ⁽¹⁾.

Retomando la idea que la centralidad en el usuario en la reforma del sistema de salud chileno, obliga también a dar centralidad a su entorno, requiere mirar sistémicamente. Podemos señalar entonces, que la visión sistémica⁴ emerge cuando se observan los patrones que conectan las partes y no sólo las partes, cuando se visibilizan los flujos, las relaciones entre las cosas. Esto significa que sistemas formados por partes muy distintas y con funciones completamente diferentes pueden estar organizados en torno a las mismas reglas generales. ***Su comportamiento dependerá de cómo se conecten las partes, más que de cuáles sean esas partes.*** Así, será posible hacer predicciones acerca de su comportamiento sin tener un conocimiento detallado de las partes ⁽²⁾. Desde la perspectiva cuántica⁵ este concepto se expresa como posibilidades y con ello la posibilidad de influir y ser influido por estas relaciones.

Una visión sistémica desde lo cognitivo, facilita la comprensión de la perspectiva territorial porque el pensar sistémicamente, obliga a observar el todo y también las partes, y, como esta mirada implica encontrar explicación para la conexión entre las partes, el observador debe fluctuar entre mirar el todo y mirar las partes y debe estudiar el todo, para poder comprender las partes. Sin embargo, el observador también debe mirar la interacción del todo con el contexto, porque el funcionamiento de las partes, también puede recibir influencia externa.

Con ello, el observador es quién tiene la conciencia y tiene los sentidos que lo comunican con el exterior. Somos nosotros los que vemos, no los ojos. Si ponemos un ojo encima de una mesa, no verá nada. En ninguna parte de un organismo se puede encontrar el tacto, el olfato, el gusto, el sentido de la vista o el del oído. La vida depende del funcionamiento conjunto de las partes que nos forman ⁽³⁾.

³ Pensamiento complejo: Edgar Morin, basado en la teoría de la información y de los sistemas, la cibernética y en los procesos de autoorganización biológica, explica la teoría de la complejidad a partir del principio de recursividad organizacional, el principio dialógico y el principio hologramático.

⁴ Visión sistémica: capacidad para ver el todo y las interacciones que conectan el “todo” entre si y con su entorno. Esta presente en todos los seres humanos, pero se ha notado menos por la preponderancia de la perspectiva analítica en el pensamiento. La complejidad constada abre paso a esta forma de comprender la realidad. Humberto Maturana y Francisco Varela, en su libro “El árbol de conocimiento”, aluden a los procesos cognitivos que se desencadenan con la visión sistémica.

⁵ Perspectiva cuántica: se refiere a reconocer la influencia del observador en el fenómeno observado, por tanto, pueden existir distintas realidades en base a infinitas probabilidades y por otro lado, la constatación de que el mundo macro está íntimamente entrelazado con el micro. Parte de este paradigma se explica en el libro “El reencantamiento del Mundo” de Morris Bergman.



Esta constatación, es parte de modificaciones paradigmáticas⁶ que se expresan en distintos ámbitos, por ejemplo, la valoración de la diversidad por sobre la masividad, la equidad por sobre la igualdad, la complementariedad por sobre la competencia y el con-sensuar o con-versar por sobre el con-vencer, lo causal por sobre lo casual y la sincronía⁷ por encima del azar, en los procesos cognitivos, la comprensión, por encima del análisis-síntesis, lo holístico⁸ por encima de lo mecanicista⁹ y por supuesto, lo sistémico por encima de lo lineal. . .

En salud, la demanda es de integralidad tanto como de especialidad y desde la neurociencia, la exigencia es considerar al cuerpo como materia y también como un sistema energético interconectado, que no termina en la piel. O sea, un ser humano comprendido como un conjunto de posibilidades de interconexión interna modificables y en interacción o relacionado con un entorno, que también otorga nuevas probabilidades.

Se constata un entorno proclive a enfrentar el proceso salud enfermedad desde una perspectiva distinta y, por otro lado, modificaciones paradigmáticas desde ciencias como la física, la biología, pasando por las ciencias sociales: Todas aportan a este proceso de transformación de los sistemas de salud, en su organización interna, en los vínculos con otras instituciones y con el territorio en donde pretende ejercer su influencia.

Desde una visión sistémica, la presente reflexión apunta a dar relieve a la dimensión territorial, señalando la relación entre estilos de desarrollo y proceso salud enfermedad, para visibilizar al usuario colectivo de las acciones de salud y luego mejorar la capacidad para planificar territorialmente la salud colectiva de un territorio o para desarrollar una planificación centrada en el territorio que aporte a la salud colectiva.

Para ello, es necesario conceptualizar la salud colectiva como la capacidad de un grupo de personas para proveerse de servicios de sanitarios que intervengan efectivamente en el proceso salud enfermedad, en un marco de acuerdos valóricos consensuados que, entre otros, preserve la capacidad de sobrevivir de las generaciones futuras en mejores condiciones, en un determinado espacio territorial.

⁶ Paradigma: Cada uno de los esquemas formales en que se organizan las palabras nominales y verbales para sus respectivas flexiones (R.A.E). Alude a cierto límite en el pensamiento construido en base a convicciones y valores.

⁷ Sincronía: Coincidencia de hechos o fenómenos en el tiempo (R.A.E).

⁸ Holístico: Doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen (R.A.E).

⁹ Mecanicista: Perspectiva que asume causas y efectos conocidos y posibles de determinar. Un concepto extremo de esta perspectiva puede presentar al ser humano como una máquina con vida. Newton y Descartes son representantes de esta idea. Newton descubre la gravitación en movimiento de los planetas y Descartes señala su máxima “pienso, luego existo” y separa la observación del observador. Parte de este paradigma se explica en el libro “El reencantamiento del Mundo” de Morris Bergman.



Distinguir entre salud colectiva y salud pública, tiene la connotación de hacer notar el poder del estado para influir en el perfil epidemiológico de la población. Mirando desde la salud pública, el estado tiene capacidad para modificarlo, a través del establecimiento de normativas con el eje concentración-cobertura de ciertas actividades de alto impacto. Ejemplo de ello son la vacunación, la entrega de leche, la atención profesional del parto, los controles de salud del niño en un escenario de mortalidad infantil elevada.

Desde la salud colectiva, el estado pierde efectividad con este tipo de intervención, mantener o mejorar la efectividad de su acción implica visibilizar al usuario, comprenderlo como actor del proceso, no más como receptor de acciones. En la lógica de la salud colectiva, la mayor concentración de controles no garantiza menos malnutrición por exceso o más integración familiar. Más controles de crónicos y una adecuada disponibilidad de medicamentos, no garantiza la compensación metabólica de los portadores de hipertensión o diabetes. Hay medidas que la persona o la familia toma y que afectan muy fuertemente las acciones del equipo de salud.

La superación de la salud pública convencional, radica en mirar e interpretar el proceso salud-enfermedad de manera distinta, o sea, ver la salud poblacional en su realidad histórica, en su matriz contextual, en su fundamentación vital y no solo como descuento de enfermedad (⁴). Y en este sentido, la relevancia del contexto aparece como un elemento importante, sin cuya influencia, no es posible afectar los determinantes sociales que afectan las decisiones de una familia y que a su vez se relacionan con el proceso salud enfermedad.

A la base del enfoque de la salud pública y de la óptica de la salud colectiva, subyacen paradigmas científicos diferentes y asumirlos, probablemente pueden ayudar a superar lo que algunos autores señalan como la “crisis de la salud pública”. Para ello, proponen una trama teórica epistemológica¹⁰ con los conceptos de “paradigma” y “campo científico”, sus derivaciones y aplicaciones potenciales en el campo de salud, así como las demandas por un “nuevo paradigma” compuesto por categorías epistemológicas tales como complejidad¹¹, modelos teóricos (teoría del caos) y formas lógicas de análisis (geometría fractal¹² y modelos matemáticos no lineales) (⁵).

¹⁰ Epistemología: Doctrina de los fundamentos y métodos del conocimiento científico (R.A.E).

¹¹ La teoría de la complejidad reconoce que existen sistemas no lineales. Que el azar existe hasta que reconocemos las causas del fenómeno. Lo complejo está entonces, en el que observa, que puede comprender sólo patrones generales y no el detalle. Supone que los sistemas autororganizados tienen capacidad para mantenerse y evitar que la energía que los mantiene conectados se disipe, poniendo en funcionamiento un intrincado conjunto de relaciones internas y externas que fluctúan entre caos y orden. Edgar Morin, uno de sus teóricos, señala que a partir del concepto y práctica de la *Auto-eco-organización*, el sujeto y el objeto son partes inseparables de la relación autororganizador-ecosistema. El pensamiento de Morin conduce a un modo de construcción que aborda el conocimiento como un proceso que es a la vez, biológico, cerebral, espiritual, lógico, lingüístico, cultural, social e histórico. La epistemología tradicional asume el conocimiento sólo desde el punto de vista cognitivo.



Afectar los determinantes sociales implica visibilizar el territorio en que se vive, sus conexiones internas y globales, la evolución que ha tenido en el tiempo, la relación con otros territorios similares, la continuidad de los procesos clínicos en los procesos sociales, entre otros. Esta es una tarea pendiente y nueva, que necesita inventarse, para entregar al sector salud herramientas que le permitan corregir o limitar los procesos de crecimiento económico de ese determinado territorio.

Más información en <http://www.edgarmorin.com/Default.aspx?tabid=55>

¹² Fractal: Figura plana o espacial, compuesta de infinitos elementos, que tiene la propiedad de que su aspecto y distribución estadística no cambian cualquiera que sea la escala con que se observe (R.A.E). Se vincula con el principio hologramático que incide en que las partes están dentro del todo y el todo está en cada parte.



2. TERRITORIO Y SALUD

2.1. Salud como producto social: evolución del territorio de intervención.

La situación de salud y enfermedad no es sólo una respuesta espontánea del cuerpo humano o expresión de la genética que portamos. Es también, una respuesta colectiva, que relaciona las decisiones que el país toma en otros ámbitos y que influye en el nivel de salud. Como ejemplo, sabemos que la disminución de la mortalidad infantil por diarrea involucra la existencia de agua potable en las casas, por tanto, la política de cobertura para el agua potable urbana, primero y luego, la rural, tiene una gran relevancia en el tema. La acción entonces, del sector salud, es lograr que la familia se lave las manos!

También sabemos que la escolaridad de la madre influye en la presencia de enfermedades de los hijos y en la cantidad de hijos que decide tener, y en ello, la escolarización obligatoria de los años 30 permite un escenario para incluir en los planes de estudio, (aparte de la lecto escritura, que sin duda influye), aspectos de higiene y salud. La urbanización que provoca la industrialización del país, influye tanto en el abordaje de los problemas de salud, como en las epidemias. Del mismo modo, podríamos estudiar la relación entre el reconocimiento de los derechos civiles de las mujeres en los años 40, la familia y la salud.

En la actualidad no tenemos claridad respecto de los efectos en la salud y la enfermedad, por ejemplo, de la masificación de la informática en las familias o de la influencia de la persistencia de las fracturas sociales, la inequidad en la respuesta sanitaria y el persistente habitar en espacios reducidos e inseguros. Por ello, es imperativo mirar desde lo sistémico, para tener un mapa de las relaciones y flujos posibles entre los hitos identificados y así, acceder a una comprensión más amplia de los hechos y sus consecuencias actuales y en el futuro.

Desde esta lógica, si se construye un genograma familiar retrospectivo, con variables como cantidad de hijos, edad de matrimonio, residencia y trabajo, u otras como, idiomas hablados en la familia, escolaridad, causas y edad de muerte, se podría constatar la acción del sector salud y también la influencia de otros sectores y de lo que ocurre a nivel mundial en la salud de las personas y en el sistema de salud.



Se podría constatar la relación entre las formas de entender las causas de la enfermedad, con la manera de organizar el sistema de salud y la organización de los sistemas de salud, con los tratamientos para las enfermedades. Una organización piramidal que concentra tecnología en su cúspide, muestra que valora la tecnología y la especialización en la resolución de patologías por encima de una mirada integral y abarcadora que interviene en la familia y en la vida diaria de ella para sostener la salud. Si la tecnología resuelve, entonces, no son necesarios los vínculos entre los niveles de atención, y el nivel más básico no tiene un objetivo autónomo, sino uno que es subsumido en el objetivo del nivel superior. La visión sistémica, integradora y relacional, no tiene sentido en este modelo.

Si, de este mismo modo, hacemos el ejercicio en prospectiva, podríamos tener una idea de lo que acontecería con nuestros hijos e hijas, nietas y nietos y bisnietos. Entonces, tendríamos alguna capacidad para vislumbrar las modificaciones del sistema público de salud para los 100 años siguientes y con ello, las respuestas que debieran estarse preparando para influir en el futuro. Nuestros hijos, nietos y bisnietos, seguramente serán al menos bilingües, se cambiarán de país y de trabajo al menos un par de veces, morirán de otras patologías y la respuesta sanitaria deberá ser globalizada, puesto que la distancia entre pobres y ricos podría amenazar la convivencia y la expansión de pandemias.

La comprensión de que somos observadores y por tanto no hay “una” realidad, sino múltiples, tantas como observadores existan y que el comportamiento de un sistema dependerá de *cómo se conecten las partes, más que de cuáles sean esas partes del sistema*, tiene su respuesta en una nueva manera de organizar en sistema de salud: la autogestión en redes. Entonces, para el sistema de salud llega en momento de ocuparse de los vínculos, de los procesos internos y de las influencias del entorno.

Una organización en red, reconoce que depende de la integralidad de las relaciones, para su efectividad, por tanto, debe ser flexible, adaptable y conectada con su entorno. De este modo, la organización en red aprende de su ambiente y se deja influir en la misma medida que ella influye en él. No obstante, toda organización tiene un entorno, el que ejerce influencia mutua. La organización piramidal no reconoce esta influencia tan claramente como una organización en red.

En salud tenemos conciencia desde donde influenciamos, pero tenemos menos conciencia al revés, o sea desde donde somos influidos. Esta última, podemos visualizarla más fácilmente si miramos en retrospectiva y desde allí explorar el patrón que puede repetir estos vínculos en el futuro. Si reconocemos el patrón, podríamos intentar un



pronóstico, tal como se hace en la clínica. El patrón es una abstracción poderosa, que intenta explicar por anticipado lo que podría pasar y extrapolar el patrón a otros ámbitos. Bateson⁽⁶⁾, menciona esta condición a través de varios ejemplos y distingue entre el “*de qué esta hecho y cuál es su patrón*”.

Por ello, pensar anticipadamente, planear e intencionar lo que deseamos que pase, se convierte en un desafío a asumir más temprano que tarde, a través de la prospectiva. Entonces, podemos influir en la salud de las personas, desde la acción de salud misma o desde la influencia en las condiciones que fundamentan la necesidad de dicha acción. Esta última opción es la más sustentable, pero la más complicada y compleja, porque da cuenta de la función o proceso de producción de salud de una sociedad. A esta labor debe dársele relevancia, porque es la que provoca, induce y condiciona la salud y la enfermedad y la respuesta social frente a ella.

Sin duda que nuestro estado de salud es un producto social: la calidad de nuestros huesos y dientes, la contaminación que llevamos a cuesta, la exposición a enfermedades infecto contagiosas, la calidad y tipo de alimentación que consumimos, el nivel de estrés que portamos, los abandonos y contenciones de que disponemos... en fin, hay muchos ejemplos que dan cuenta que no hay magia o casualidad en lo que somos, al menos de desde el punto de vista del nivel de salud y que una perspectiva sistémica centrada en el territorio ayuda a comprender y explicar las partes y las relaciones entre las partes implicadas en la producción de salud a nivel poblacional, familiar o individual, dependiendo de la escala a que miremos.

En cuadro siguiente muestra acontecimientos ocurridos en Chile que relacionan transversalmente hechos del ámbito social, económico, cultural, educacional y sanitario, que pueden ayudar a dar cuenta de una dimensión intersectorial de influencias mutuas, cuyos resultados pueden no haber sido intencionados

Como se intenciona en el cuadro, también esta presente en paralelo y en una dimensión menos visible, nuestra raíz indígena que permanece con su manera de entender la salud y la enfermedad, sus agentes y sus recursos terapéuticos.



Cuadro 1 Transversalidad y sincronía en la acción sanitaria

| ANTES DE CHILE | 1800 TERRITORIO EN CONSOLIDACIÓN | ESTADO EN CONSOLIDACIÓN | ESTADO=NACIÓN | NACIÓN = PAÍS | 2000 NACIONES =/ PAÍS |
|---|---|--|--|---|---|
| Distintas culturas y grupos étnicos Conservación Recursos Naturales Respeto por madre naturaleza "admapu" "pgwen" | Agrícola Feudal (Hacienda) | Modelo primario Exportador | Substitución Importaciones | 1ª Exportador Economía abierta | 2ª Exportador Integrado? |
| | Estado militar Tratados de paz | Estado Colonizador Oligárquico | Estado Benefactor | Estado Subsidiario | Estado gerente Tratados libre comercio |
| | Patrón Inquilino Encomienda | Migración Europea | Clase Media | Concentración Riqueza Fragmentación Social / Cultural | Regulación Pobreza / Riqueza Fractura social Equidad Violencia |
| | Patriarcado Mayorazgo | Sufragistas Educación laica | Escolarización obligatoria Voto femenino | Educación privada Universidad privada | Escolarización informática Divorcio |
| | Vivienda pueblo Espacio tierra | Ley Pereira DFL2 | CORVI Patio interior, jardín | Casa de 33 mts2 Espacio cemento | Subsidios ¿Barrios? |
| | Beneficencia Iglesia | Socorros Mutuos Mancomunales | SNS Seguros Previsión Pública | SNSS y Fonasa Isapre y AFP | Autonomización y red Externalización servicios Medicinas integradoras |
| Naciones Selk Nam Yagan Chono Kawaskar Tehuelche Huilliche Mapuche Pincunche Atacameño Aymara Quechua Rapanui | Distintos modelos médicos actúan en complementariedad | Prestadores caritativos Iglesia Privados individuales Dimensión religiosa de la salud | Acceso igualitario Desarrollo de red hospitales públicos Tecnología en sector público Dimensión política de la salud | Nivel primario municipal Tecnología en sector privado Dimensión económica de la salud | Promoción Nivel comunitario familiar Dimensión valórica de la salud |
| Xo'on-Yatiri-Jampiri -Amauta-Machi-Lawentuchefe-Pulseador-Gütamchefe- Püñeñelchefe | | | | | |
| | Revolución francesa | I y II Guerra mundial | Alianza para el progreso | Fin multilateralismo | Glocal Transversalización |

Fuente: Elaboración propia

Este cuadro no pretende tener el rigor de la historia. Se presentan hechos que a juicio de la observadora, pueden relacionarse con la situación de salud y entregar una mirada de la consistencia entre hechos que ocurren entre varias esferas. Se presenta a modo de ejemplo, para dar una idea de los vínculos e interacciones que proporciona una mirada sistémica puesta en una línea de tiempo.



La mirada transversal a los hechos que más o menos se destacan en el cuadro, sin duda nos propondrá relaciones novedosas y también puntos de inflexión que lograron algún cambio fundamental que nos afecta hasta ahora. Podríamos especular si desde el voluntarismo de algunas inteligentes señoras sufragistas, que por alguna razón especial y probablemente coyuntural, se involucran en esta cruzada, que en los años 40 fructifica con el derecho a voto de para las mujeres en las elecciones municipales, se avanza en la regulación de la fecundidad y los derechos sexuales y reproductivos, en el surgimiento de la clase media, o en que tengamos una mujer presidenta. ¿O el contrasentido que Gabriela Mistral, representante del gobierno chileno en la Liga de las Naciones precursora de las Naciones Unidas, tal vez no haya votado para elegir presidente?

2.2. Perspectiva territorial y visión sistémica.

Sin duda que la situación de salud influye y es influida por el sistema social mayor, a partir de la concepción de lo que es salud y enfermedad, individual y colectivamente, por ejemplo y también desde los modelos de salud preeminentes y desde la concepción de lo que es ciencia y tecnología. Por supuesto, también, el modelo de desarrollo que se ejecute en un determinado territorio y en el mundo, también influye. Es desde esta perspectiva, que cobra un mayor sentido la perspectiva territorial, porque es el modelo de desarrollo el que se relaciona con el mundo del trabajo, en tanto que, el trabajo modela las relaciones familiares y proporciona patrones culturales para ellas.

La perspectiva bio-psico-social o socio-psico-biológica, que se presenta como estrategia de comprensión del proceso enfermedad salud, es una representación de esta afirmación.

- ¿Bajo que circunstancias un dirigente comunitario rural puede señalar que para disminuir las infecciones respiratorias agudas es necesario sanear los títulos y delimitar claramente los límites de una propiedad?
Es decir que para disminuir las IRA, es necesario tener legalmente establecidos los deslindes entre una propiedad y otra.
- ¿O para evitar las bronquitis a repetición de un niño, su abuela debe ir al pedicuro?



Son ejemplos reales¹³ y debiéramos intentar alguna respuesta desde nuestras comprensiones. Abarcando lo social, lo psicológico y lo biológico, encontraremos explicaciones para estas relaciones aparentemente espurias. Entonces, si tenemos capacidad para ver los vínculos, en el ejercicio laboral de cada uno, seguramente podrán encontrar ejemplos similares y, comprender que muchos otros que quedan ocultos si no se amplía la mirada hacia lo socio-psico-biológico y también hacia lo espiritual.

La aplicación del pensamiento sistémico en una dimensión territorial permite una comprensión distinta de los fenómenos o situaciones que se repiten y que a veces son causa de preocupación de un equipo de salud más centrado en lo curativo, que vive su profesión con un modelo biomédico.

Por ello, la dimensión territorial, como eje de análisis implica algunas conceptualizaciones respecto del significado del “territorio”. Este tiene un significado espacial, de “porción de espacio terrestre”, sin embargo, no puede ser concebido sólo como un contenedor de objetos naturales o creados por los humanos, tampoco un espacio sin historia, donde sólo el presente es relevante.

El concepto de territorio que emerge desde una visión sistémica, implica un espacio social, de producción y reproducción cultural. Comprender de este modo el territorio, es señalar que éste es una construcción social. Decir que es una construcción social, no es decir solamente que es una representación mental. Es decir que el territorio es la materialización del proceso permanente de reproducción social. Dado que dicho proceso no se desarrolla aislado de las condiciones naturales, sino que éstas permanentemente están condicionando y permitiendo dicho proceso, se debe tener claridad, que aunque el territorio no pueda ser reducido a las condiciones geoecológicas, (sean originarias o transformadas) no se podría hablar de territorio (ni de sociedad), sin tener en cuenta dichas condiciones (Moreira 1982, 41) (7)

Porción territorial y espacio social de producción y reproducción cultural desde la mirada de salud, debe llevar un paso más allá de los perfiles epidemiológicos territoriales. Para ello, el eje trabajo-ocio-consumo, puede resumir y visibilizar algunos mecanismos de producción y reproducción cultural que pueden darse en una porción territorial determinada.

Lo que los habitantes de un determinado territorio hacen para vivir influye en su estilo de vida. Las fuentes laborales, los horarios, la ausencia del hogar, el esfuerzo físico o mental, los riesgos propios del trabajo, el nivel de

¹³ Al final del texto se puede encontrar el relato, por si no descubren las relaciones.



ingreso, son determinantes del nivel de salud individual y familiar. Así mismo como lo hacen, los espacios recreacionales, a que se destina el tiempo libre, las fiestas comunitarias, que también influyen en la socialización e identidad local. También son determinantes del estilo de vida individual y familiar, las prioridades de consumo, la distribución de presupuesto familiar y el nivel de endeudamiento. Todos estos aspectos pueden transformarse en un perfil de riesgo o en factores protectores (⁸)

Si se logra caracterizar estos aspectos, se tendrá parte del componente socio-psico-biológico y la demanda emergente para el sector salud y también para otros sectores con lo que este sector, debiera relacionarse para ofrecer una respuesta más integral, pertinente y eficiente.

2.3. Sistemas de información geográfica y transversalidad de la acción intersectorial

La tecnología disponible con los sistemas de información geográfica (SIG), posibilita la interconexión entre variables y pone de manifiesto inequidades, concentración de intervenciones o patologías y posibles interacciones intersectoriales, entre otras. Este tipo de herramientas, tecnologizan los antiguos mapas temáticos y tienen la potencialidad de minimizar las carencias de información disponible para los decisores de políticas públicas, como salud. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha estado trabajando en estas diversas esferas para, por un lado, estimular la producción de datos básicos desagregados y, por otro, facilitar su análisis en los países mediante el uso de nuevas tecnologías y métodos sencillos (⁹). Pero, ¿qué es exactamente un SIG?: es una base de datos computarizadas que contiene información espacial, es decir, un conjunto organizado de hardware y software, información geográfica y personas que permiten reunir, introducir en una computadora, almacenar, transformar, superponer, manipular, analizar y cartografiar todas las formas de datos espaciales sobre el mundo real para un conjunto particular de objetivos (¹⁰).

Los sistemas de información geográfica ayudan a comprender la tríada persona-tiempo-lugar, la metáfora clásica de la epidemiología y a buscar factores de riesgo. Sin embargo, surgen críticas a este modelo, porque no aborda la multicausalidad de las enfermedades y no actúa antes que el riesgo ocurra. Se señala que debe avanzarse hacia una “epidemiología de las poblaciones” e incorporar el uso de unidades territoriales, que amplía la noción de *territorio* (como porción de tierra en la que ocurre la enfermedad) a la de *espacio-población*, en la que pueden



evidenciarse fenómenos particulares de esa porción de tierra que influyen y son influidos entre otros, por el proceso salud enfermedad.

También señala que la referencia al lugar es imprecisa y puede apreciarse en los conceptos de endemia, epidemia y hasta de enfermedad emergente asociada a una nueva área geográfica, con un significado vago. Breilh (2007)⁽¹¹⁾, en su libro “Epidemiología crítica”, parafrasea a Kuhn, (1997), señalando que la prevención basada en los factores de riesgo esta gobernada por un tipo de lógica, según la cual, la temperatura de una habitación es reducida mediante la ubicación de un termómetro dentro de un cubo de hielo.

En otra esfera, el concepto de campo de la salud elaborado en Canadá, destaca la interacción entre cuatro componentes: *biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención de la salud*, los que se identifican examinando las causas y efectos de la mortalidad y morbilidad y proponiendo un modelo que caracteriza en qué medida cada elemento afecta el nivel de salud. Las perspectivas de análisis llevan a concluir que la organización de la atención de salud en un componente que pesa menos que la biología humana, el medio ambiente y el estilo de vida en el nivel de salud de una población, Por consiguiente, se hace evidente que se gastan grandes sumas de dinero en tratar enfermedades que, desde un principio, podrían haberse prevenido. Con el fin de seguir reduciendo la discapacidad y las defunciones prematuras debe dedicarse mayor atención a los primeros tres elementos del concepto de campo de la salud ⁽¹²⁾.

2.4. Planes de salud territoriales.

Un Plan de Salud Local, entonces, debe considerar esas perspectivas y suponer que la organización de los sistemas sanitarios debe permear otros sectores, para lograr que el campo de la salud se extienda especialmente en el medio ambiente y en el estilo de vida de las personas.

Un plan de salud centrado en el territorio debe imaginar los escenarios de desarrollo, presentes y prospectivos y tener una lectura profunda y crítica de las estrategias de desarrollo regional y también de las inversiones privadas existentes en dicho territorio. Y esta lectura, no debe efectuarse solamente a nivel local, sino también a nivel



nacional y sobre todo, al escenario global, porque sabemos que este es el que más influye en la vocación de desarrollo¹⁴ de un determinado territorio, en la magnitud y estilo de este.

Tenemos ejemplos como el cobre, el salmón y la celulosa, todos ejemplos en los que se influye en la “vocación” de un territorio, desde lo global. Obviamente, no comemos todos los salmones que producimos, ni tenemos una gran industria que produzca artefactos de cobre. Por esto, si el país no opone políticas regulatorias o contracíclicas para morigerar el efecto de la globalización, el sector salud debe responder más intensamente a los cambios que ocurren en estas esferas y que son gatillados desde el orden mundial.

El desarrollo impulsado desde dentro o desde fuera, influye en el eje trabajo-ocio-consumo de las familias, por tanto, las prioridades en salud deben contemplar y considerar las prioridades en desarrollo. De este modo, el campo de salud tiene opciones de ampliarse para que la organización de la atención de salud, ofrezca una *respuesta más integral, pertinente y eficiente*.

Otra dimensión necesaria de dar relieve, es al territorio cercano. El barrio, la comunidad próxima, pueden generar respuestas sanitarias más protectoras de la salud, de solidaridad, redes comunitarias y también, de itinerarios terapéuticos¹⁵ con más capacidad de autocuidado. Las condiciones de integración comunitaria, entre equipo de salud y organizaciones de la comunidad, influirá en la organización de servicios sanitarios (tal como se complementan las acciones de protección ciudadana entre los vecinos y policía). De tal modo, con información suficientemente elaborada en los territorios, podremos precisar las formas de intervenir y de influir en la vida de las personas, para que modifiquen sus conductas de riesgo o que acentúen las conductas protectoras individuales o familiares.

La elaboración de un plan territorial para la acción en salud, implica, desde la autoridad sanitaria (*pueden haber otros actores que deseen lograr lo mismo*), diseñar un escenario prospectivo sobre un determinado territorio, que identifique las variables que sobre el influyen o podrían influir actualmente o en el futuro. Variables políticas, económicas, sociales o culturales, tecnológicas, ecológicas y demográficas. (O sea, análisis PESTE)⁽¹³⁾ Con ellas construir un mapa de relaciones o vínculos. Los puntos de mayor confluencia serán aquellos que deben estar

¹⁴ Más bien, desde esta mirada, debiera aludirse a crecimiento económico, más que al desarrollo local.

¹⁵ Itinerario terapéutico: comportamiento que adoptan las personas o las familias respecto a la salud, que son coherentes con su cultura y socialización y que el equipo de salud debe considerar porque en este itinerario puede estar presente el sistema oficial de atención sanitaria. Otras nominaciones: “camino de la salud” o “carrera del enfermo”



presentes en las acciones planificadas o, si estos no son susceptibles de acciones del sector, entonces servirán para detectar las alianzas principales que será necesario establecer para la factibilidad de lo planificado.

Pero el diseño de una intervención implica también estudiar la viabilidad política, la sustentabilidad financiera y social y, por cierto, implica también revisar la capacidad de gestión o también, la demanda de gestión que el plan envuelve para los equipos implementadores, es decir, revisar la sustentabilidad institucional. Este estudio requiere capacidad de análisis estratégico y de colaboración interinstitucional, tendiendo como referencia el territorio del plan.

Un plan territorial, debe focalizarse y priorizar, entendiendo que la priorización implica relegar, acciones sobre las que puede demostrar capacidad de influir, mostrando cambios epidemiológicos, modificaciones sociales o culturales, en la producción de ambientes saludables, por ejemplo, representados en indicadores creíbles. Por supuesto que un plan territorial no puede ser un plan nacional. Puede recibir orientaciones políticas para la acción y tal vez una batería de indicadores a medir, pero la estrategia, la táctica y la operativa debe ser local.

Una institución que implemente un plan territorial, sin duda debe ser interiormente flexible, debe separar las acciones rutinarias, preventivas o programáticas (que se miden con concentración y cobertura) de las que tienen plazo fijo para lograr resultados. Estas últimas, sin duda, son las más relevantes, porque son las que mostrarán la efectividad institucional en el territorio. Para asumir la variabilidad o especificidades encontradas, debe contar con equipos de expertos propios o del intersector, altamente involucrados en los resultados deseados.

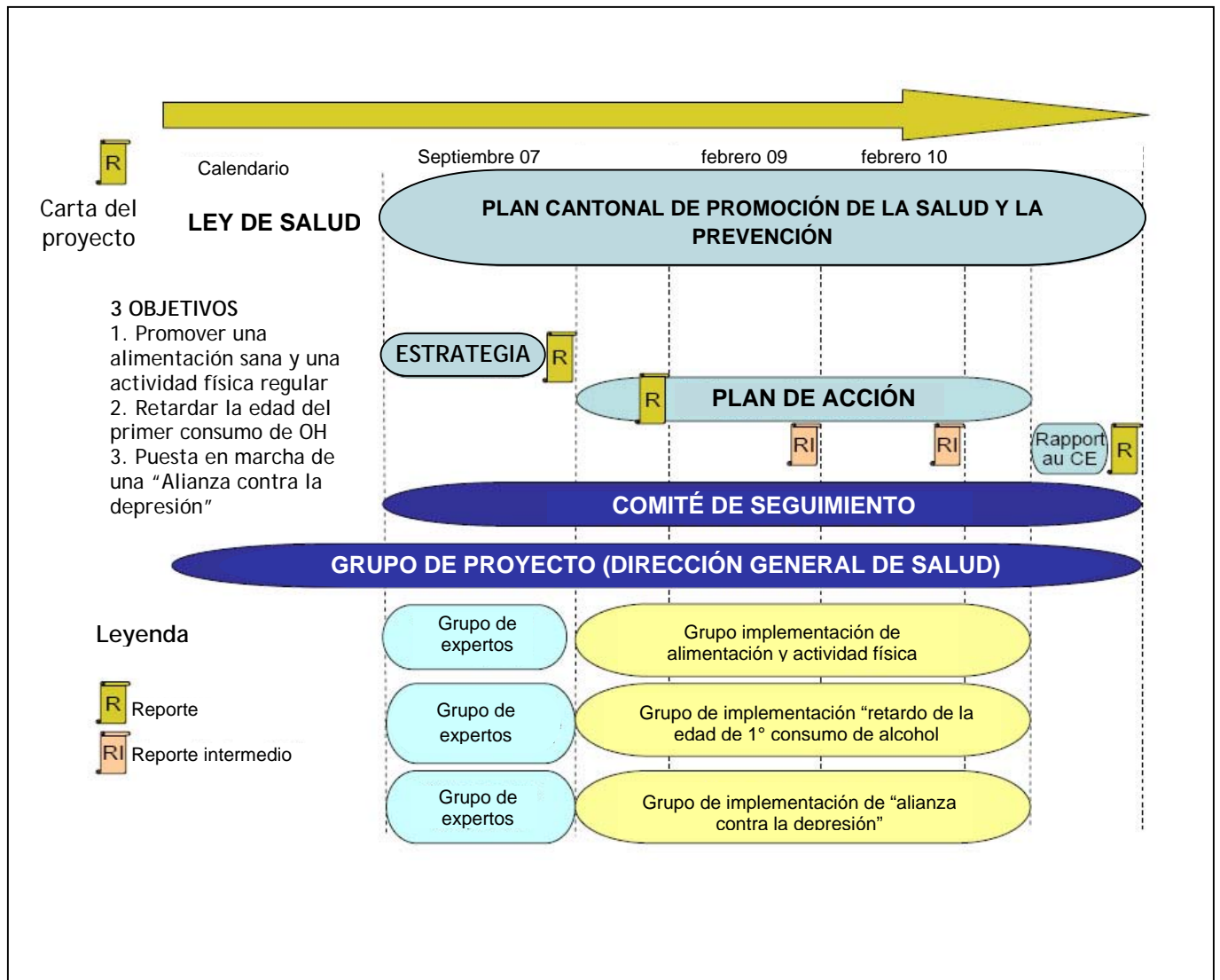
El cuadro siguiente muestra en un esquema del plan de promoción de la salud en el Cantón de Ginebra⁽¹⁴⁾, en el que se diagrama la organización concebida, las relaciones internas, la temporalidad y los objetivos perseguidos y los momentos evaluativos. Estos, por supuesto son muy importantes. Cada cartera de proyectos y proyectos, deben tener indicadores que den cuenta de la responsabilidad que le corresponda en los tres objetivos señalados: **1. promover una alimentación saludable y una actividad física regular; 2. retrasar la edad del primer consumo de alcohol y 3. Poner en funcionamiento una alianza contra la depresión.** Para cada objetivo se crea un grupo de tarea con expertos en el tema que asume la conducción y pilotaje del plan. Todo, en el marco de un plan finito y evaluado.

Sin embargo, el diagrama no muestra las interacciones que se esperan entre la cartera de proyectos de cada objetivo y tampoco da cuenta del entorno en que se desenvuelve el plan. Si intentáramos hacer lo mismo, sin



duda que los resultados serían diferentes, básicamente, porque tenemos un contexto distinto. Historia, cultura, geografía, genética, hábitos, otras acciones intersectoriales, migración, credibilidad en el sistema de salud... en fin!

Cuadro 2. Plan cantonal de Ginebra para la promoción de la salud y la prevención 2007-2010.





2.5. Gerencia social y territorio

La conducción de un plan de salud territorial involucra capacidades y concepciones para el trabajo gerencial algo distintas a las actuales. Ellas se inscriben bajo el concepto de “gerencia social”¹⁶. Gerencia social y capacidad de gestión estratégica necesita virar los énfasis en la conducción de equipos en varios aspectos. Por ejemplo, las decisiones deben estar basadas más en la capacidad prospectiva que en el historial, de modo de mejorar la capacidad anticipatoria y “prevenir la promoción”. Para ello, es importante, la capacidad de diseñar escenarios y combinar elementos de análisis estratégico.

También, es necesario encontrar o crear evidencia como sustento de las decisiones, que sin el aval histórico pueden acercarse al voluntarismo o a los juicios no fundados y, a la vez, considerar que el control institucional, no está en los niveles jerárquicos, sino en los usuarios, para mudar de un control técnico a un control social. Por tanto, los equipos gerenciales deben tener entre sus habilidades la búsqueda y validación de información disponible en la red, al mismo tiempo que capacidad comunicativa con sus usuarios, para recibir una retroalimentación que nutra nuevos planes.

Una gerencia social debe mantener la perspectiva territorial para visualizar la interacción interinstitucional y los efectos sinérgicos posibles (beneficiosos o adversos) y la dimensión política valórica que emerge de ella. En esta tarea ayuda tener una organización en red, porque, por naturaleza, las redes son heterárquicas, cuidan sus vínculos y requieren de un nivel de autonomía para funcionar. Según Kliksberg (¹⁵) la gerencia social “significa en la práctica cotidiana enfrentar “singularidades”... no es una operación organizacional “tubular”, sino otra de índole diferente, mucho más fluida, y de composición interorganizacional, ya que se enfrentan a situaciones muy particulares y subjetivas relacionadas con los mismos problemas sociales de una determinada comunidad. Los sistemas de información geográfica son un valioso elemento de apoyo, si es que se mantienen actualizados.

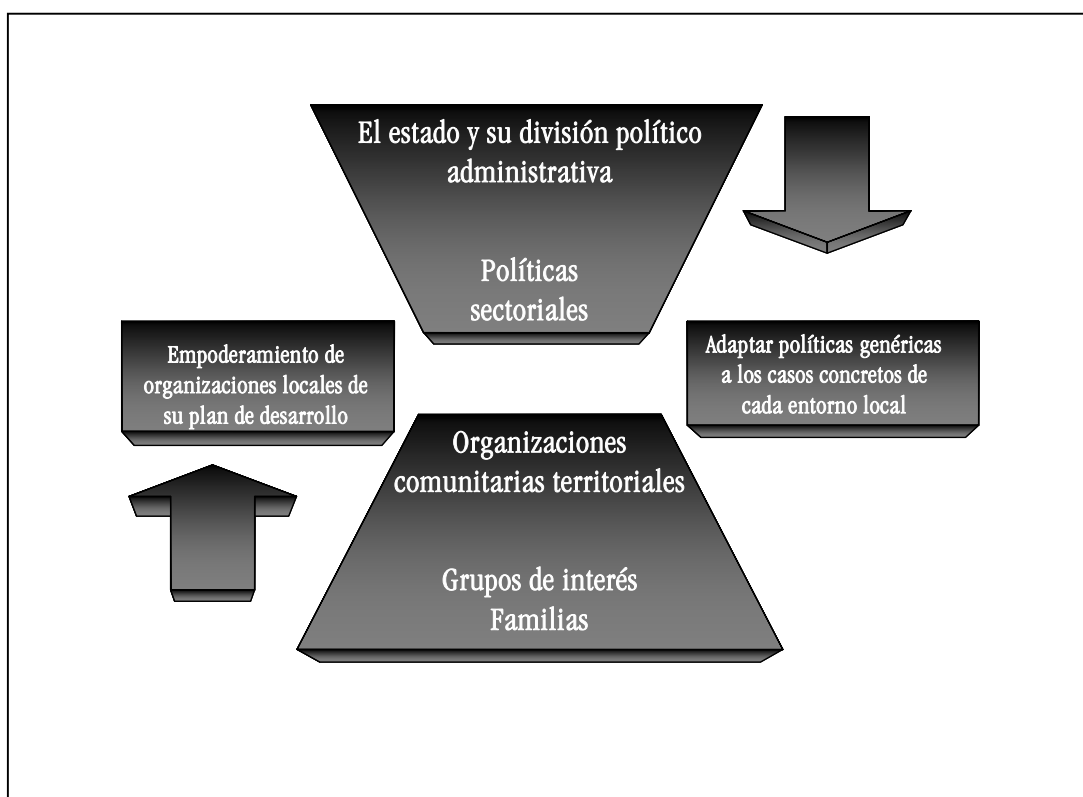
La gerencia social es la articuladora de los espacios para el desarrollo local, porque traduce las demandas de los usuarios hacia la institucionalidad y logra que las políticas públicas tengan pertinencia hacia los usuarios. Desde esta mirada, la formación o fortalecimiento de contrapartes comunitarias¹⁷ es de crucial importancia. Potenciar los

¹⁶ Gerencia social: movimiento articulación entre las instituciones públicas y la comunidad para crear redes que permitan generar efectos multiplicadores de las inversiones y acciones de dichas instituciones y que creen condiciones para que emerjan resultados efectivos en el desarrollo. El sociólogo Bernardo Kliksberg, es uno de sus impulsores.

¹⁷ La contraparte, mi opuesto complementario, mi referente comunitario, mi alter ego.

consejos de desarrollo o agrupaciones de usuarios, son puntos de partida. El espacio para el despliegue de la dimensión territorial, es el que dejan las definiciones políticas del estado y la acción de la contraparte comunitaria.

Cuadro N°3: Desarrollo local y gerencia social



De ese modo, se crean condiciones para el desarrollo de redes entre entidades gubernamentales y no gubernamentales, orientadas por las demandas surgidas del territorio y las instituciones de proveen de mecanismos de coordinación instrumentales y heterárquicos, que articulan políticas económicas con demandas sociales, en un entorno que mantenga o mejore las condiciones medioambientales para los sujetos que habitan esa porción de tierra.



Pensar en la dimensión territorial supone la delimitación de fronteras, pero estas no pueden ser vistas como una división que promueva la autarquía¹⁸. Las fronteras deben concebirse como zonas de permeabilidad e intercambio, en las que se reciben influencias de otros territorios y de lo global, a través de influencias políticas, económicas, sociales, tecnológicas, ecológicas y demográficas. (O sea, análisis PESTE). El análisis de estas influencias ayuda a situar la responsabilidad de los servicios territoriales de salud en la producción de acciones de salud o en el contexto que provoca la necesidad de dichas acciones de salud.

A partir de los considerando anteriores, los desafíos para la gestión pública en salud, se relacionan con la responsabilidad de diseñar, rediseñar o implementar políticas sociales, creando un cuerpo de conocimientos que fundamente el proceso de construcción o experimentación de los apoyos concebidos y entregados a los usuarios, al mismo tiempo que asegura la eficiencia en los servicios que ofrece, propendiendo siempre a una mejor distribución del ingreso, centro importante de la acción de todas las instituciones del estado.

Por lo tanto, una gerencia social debe estar inserta en la política económica y social, presente en las decisiones que afecten el desarrollo local y debe encausarse por ejes transversales, más que por estructuras jerarquizadas o burocráticas, porque su efectividad depende una red de contactos, interrelaciones e interdependencias políticas, económicas y culturales y su poder depende del involucramiento de la sociedad civil como contraparte y por ello tiene el imperativo de generar relaciones de poder heterárquicas, dado que “la gerencia social eficiente tiene que ver con optimizar el rendimiento de los esfuerzos de los actores sociales en el enfrentamiento de los grandes déficits sociales de la región, y el mejoramiento del funcionamiento y resultados de la inversión en capital humano y capital social.”⁽¹⁶⁾

La coherencia de la acción pública no pasa por la acción aislada de una elite político-administrativa homogénea y centralizada, sino que requiere la adopción de formas de coordinación de actores diversos a diversos niveles. Es decir, coordinación de los directivos y equipos con sus referentes respectivos a la vez. Esto, porque los agentes del estado tienen responsabilidad en la formación de ciudadanía y por ello deben cautelar que exista comunicación de las acciones y resultados institucionales a la opinión pública, utilizando diversos medios para ello, tanto propios como a través de la interinstitucionalidad. Con ello es más posible compatibilizar la política electoral con la política de los problemas.

¹⁸ Autarquía: Política de un Estado que intenta bastarse con sus propios recursos. (R.A.E)



Para describir estos nuevos conceptos se ha acuñado el término “*gobernanza*” entendido como “un proceso de coordinación de actores, de grupos sociales, de instituciones para lograr metas definidas colectivamente en entornos fragmentados y caracterizados por la incertidumbre”⁽¹⁷⁾, lo que significa que debemos transitar indefectiblemente a otro tipo de estado y otro tipo de gobierno, otro tipo de empresa y otro tipo de instituciones públicas y con ello, por supuesto, contribuimos a la emergencia de otro tipo de ciudadanos y otras formas de relaciones entre el territorio en cuestión y el mundo global.

Gobernanza es la capacidad de las sociedades humanas de darse sistemas de representación, de instituciones, reglas, procedimientos, medios de medición y cuerpos sociales capaces de regular interdependencias de manera pacífica. Es el sistema de regulación de los seres vivos complejos que constituyen una sociedad humana: regulan el funcionamiento interno y las relaciones con el mundo exterior y todos ellos a la vez, los que garantizan la estabilidad y permiten la adaptación⁽¹⁸⁾.

2.6. Hacia un método de planificación centrada en el territorio

- Planificar con centralidad en el territorio implica conocerlo desde varias perspectivas. Si no se dispone de un SIG que pueda desplegar varias cubiertas de información, debiera trabajarse sobre un plano del espacio a planificar, en el que se despliega la información
- Planificar con centralidad en el territorio implica la existencia de un grupo diverso de planificación, actores institucionales, expertos, representantes comunitarios, que interactúen en condiciones de igualdad.
- Planificar con centralidad en el territorio requiere realizar un análisis prospectivo en el que a través de una lluvia de ideas se visualice un posible escenario para 10 años más. (Futurable)
- Planificar con centralidad en el territorio demanda identificar consensuadamente una visión del futuro deseado para ese territorio (Futurable)
- Planificar con centralidad en el territorio requiere contar con la interinstitucionalidad como un apoyo necesario para generar redes de soporte.



- Planificar con centralidad en el territorio requiere conocer los planes de otras instituciones y de las empresas, para detectar oportunidades para el sector.
- Planificar con centralidad en el territorio demanda que los equipos se orienten tanto por las demandas de la política, como de las demandas de los actores sociales comunitarios para priorizar la acción.
- Planificar con centralidad en el territorio necesita que los equipos planificadores manejen instrumental de planificación estratégica y de formulación de proyectos. También de diseño de cuadro de mando para monitorear la marcha del plan.
- Planificar con centralidad en el territorio, implica tener una cartera de proyectos a realizar en el presente y otra para el futuro. Que entre los proyectos se tejan redes de colaboración, para asegurar la sustentabilidad.
- Planificar con centralidad en el territorio demanda a los equipos, capacidad de negociación al interior de su sector y con actores interinstitucionales.

En fin, muchas de las condiciones enunciadas están presentes, en tanto otras requieren desplegarse.



3. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

El despliegue de la dimensión territorial en la acción sanitaria implica desafíos desde diferentes perspectivas, pero fundamentalmente, implica el despliegue de todas las potencialidades que tiene el sector salud, para provocar bienestar, seguridad y felicidad a las personas, al mismo tiempo que se transforma en un censor fundamental para cautelar que el desarrollo no se transforme en una amenaza para las familias o para el ambiente.

De este modo asume protagonismo social desde lo valórico, desde la necesidad de persistencia de las comunidades en un entorno cada vez más amigable y diverso. Implica darse cuenta de la potencia que tiene el sector salud para influir en la calidad de vida de las generaciones futuras, no solo desde la biología humana, sino también desde el entorno en que vivirán y en el estilo de vida que tendrán nuestros descendientes.

El en filo de la historia no podemos permanecer inmóviles, no podemos ser culpados de indolencia, debemos ser reconocidos por la capacidad de gerenciar una institución con parámetros de distribución social, generar planes de trabajo territoriales, de mantener información que sustente la intersectorialidad y comprenderla desde lo territorial y sistémico, porque, hemos adquirido la conciencia de saber que la salud en una producción social en cuyo proceso de producción intervenimos todos.

Sin dudar, el sector salud debe recorrer un camino para adquirir la capacidad de actuar desde el territorio y para ello importa revisar las capacidades instaladas, tanto en las personas como en tecnología. Esto, porque pese a cambiar de paradigma, es decir requerir de un cambio tipo II¹⁹, no es razonable partir de la nada. Iría en contra del propio paradigma que intenta mostrar los vínculos. Sin dudar, habrá experiencias que rescatar o destacar, al mismo tiempo que también deberé revisar mis propias experiencias y capacidades para rescatar y destacar lo que puedo aportar.

¹⁹ De Juanita Brown, Visión-acción, un paradigma en movimiento. También en <http://www.theworldcafe.com/>. **Cambio tipo I:** cambio incremental o transicional, ocurre en el entramado actual del pensar y actuar. (*O sea, intencionalidad, calidad, cantidad y cobertura en el tratamiento de las IRA*). **Cambio Tipo II:** cambio transformacional, ocurre porque se revisa en contexto y modifica el entramado del pensar y actuar. (*O sea, me preocupo de los límites del terreno para disminuir las IRA*).



También, con pocas dudas, el camino a recorrer será largo, pero creativo y comprometedor. Analizar los procesos y los productos, o sea, la forma de producir de la institución, apoyándose en la informática que transversaliza la organización, para entregar la información hasta ahora menos visible, porque no intenciona los vínculos. Las nuevas tecnologías son aliados, al igual que lo serán los usuarios, una vez que sea cada vez más visible la centralidad en el usuario y también la centralidad en el territorio.

3.1 Interrogantes al lector

- Qué camino recorrer para actuar desde el territorio?
- Que capacidades instaladas existen para ello?
- En que lugar existen experiencias de las que se puede aprender?
- Que tipo de formación prepara para funcionar en nuevos escenarios? ¿o desde nuevas perspectivas?
- En cuanto tiempo demora en concretarse una experiencia de abordaje territorial de un problema?
- Qué tipo tecnología puede ayudar?
- Quiénes podrían ser aliados para la actuación desde el territorio?



4. BIBLIOGRAFÍA CITADA

- ¹ ROGER CIURANA, E. 1990. Edgar Morin: Introducción Al Pensamiento Complejo. Ed. Universidad de Valladolid. Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial. ISBN: 84-7762-765-7. ISBN-13: 9788477627654
- ² O'CONNOR, JOSEPH E IAN MCDERMONTT. 1998. Introducción Al Pensamiento Sistemico. Ediciones Urano. Barcelona
- ³ O'CONNOR, JOSEPH E IAN MCDERMONTT. 1998. Introducción Al Pensamiento Sistemico. Ediciones Urano. Barcelona
- ⁴ GRANDA, EDMUNDO. Universidad Nacional de Loja. Organización Panamericana de la Salud. Rev Cubana Salud Pública 2004;30(2) disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_2_04/spu09204.htm
- ⁵ SILVA, PAIM J Y ALMEIDA FILHO, N. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Visitado 10 Agosto 2009. Disponible en <http://hdl.handle.net/1928/4737> . También disponible en <http://www.alames.org/documentos/crisissp.pdf>
- ⁶ BATESON GREGORY (1989). Pasos hacia una ecología de la mente. Ed. Losada. Buenos Aires.
- ⁷ SÁNCHEZ, FABIO Y NOHRA LEÓN. Territorio y salud: Una mirada para Bogotá. PhD Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Visitado el 27 de Julio 2009. Disponible en <http://digital.unal.edu.co/dspace/bitstream/10245/1000/9/08CAPI07.pdf>
- ⁸ <http://www.mapuche.info/mapuint/Ibache020200.PDF> Visitado el 27 de Julio 2009
- ⁹ LOYOLA, ENRIQUE CARLOS CASTILLO-SALGADO, PATRICIA NÁJERA-AGUILAR, MANUEL VIDAURRE, OSCAR J. MUJICA Y RAMÓN MARTÍNEZ-PIEDRA. Los sistemas de información geográfica como herramienta para monitorear las desigualdades de salud. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 12(6), 2002. Visitado 27 de Julio. Disponible en <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v12n6/a09v12n6.pdf>
- ¹⁰ BURSTEIN R, TANIA. Sistemas de información geográfica y su aplicación en la salud pública. *Rev. Perú. med. exp. salud publica*. [online]. jul./set 2002, vol.19, no.3 [citado 27 Julio 2009], p.107-107. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342002000300001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-4634.
- ¹¹ ÍÑIGUEZ ROJAS, LUISA. Geografía y salud en Cuba: tendencias y prioridades. Ponencia central del II Seminario Nacional "Espacio y salud: lugar, salud y enfermedad". Universidad de La Habana; 17-18 de abril del 2003. Consultado el 27 de Julio 2009. Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29_4_031/spu02403.htm
- ¹² BREILH, J. 2003 EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. ISBN: 950-892-147-1. Buenos Aires: Lugar Editorial; Colección Salud Colectiva.
- ¹³ VAL PARDO, I. Management estratégico. Isbn: 9788473564236. Vista parcial en <http://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=piAV3MI0cKcC&oi=fnd&pg=PP11&dq=%22an%C3%A1lisis+PESTE%22&ots=VU2sT6VR7A&sig=IbMFim2xwiDfoxsjk1W-mci5wtE>
- ¹⁴ CANTÓN DE GINEBRA. Plan cantonal genevois de promotion de la santé et de prévention 2007-2010. Rapport stratégique. Visitado el 27 de Julio 2007. Disponible en http://etat.geneve.ch/des/SilverpeasWebFileServer/pc-rapport_strat%C3%A9gique_2007_valid%C3%A9.pdf?ComponentId=kmelia873&SourceFile=1193649947547.pdf&MimeType=application/pdf&Directory=Attachment/Images/&logicalName=pc-rapport_strat%C3%A9gique_2007_valid%C3%A9.pdf

¹⁵ BERNARDO KLISKBER en ELMIRA INÉS NIEBLES DE LAS SALAS, ELVIA MARGARITA OÑORO CONEO, ROBERTO CARLOS OÑORO MARTÍNEZ. “Procesos desarrollados por gerentes sociales de ong´s exitosas en el ámbito de la gestión del tercer sector en Cartagena”. Visitada el 27 de Julio 2009. Disponible en <http://www.eumed.net/libros/2007a/226/9.7.htm#1.#1>.

¹⁶ KLIKBERG, BERNARDO. Seis tesis no convencionales sobre participación. Visitado el 27 de Julio 2009. disponible en http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/documentos/documentos/18.pdf

¹⁷ LE GALES, PATRICK (1998) European Cities. ISBN13: 9780199243570. Vista parcial en http://books.google.com.mx/books?id=Kc43AFpGTrgC&printsec=frontcover&source=gbs_similarbooks_r&cad=2

¹⁸ www.infotek.fph.ch/d/f/1827/1827_FRE.pdf?public=FRE&t=.pdf. Visitada 20 de agosto de 2009

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA:

Capra, Fritjof. 2009. *La trama de la Vida*. Ed. ANAGRAMA, ISBN 8433973436, 9788433973436

Capra, Fritjof. 2002. *El Tao de la física: una exploración de los paralelismos entre la física moderna y el misticismo oriental*. Edición 5. Ed. Sirio, ISBN 8478081755, 9788478081752

Maturana R, Humberto, Francisco J. Varela, Rolf Behncke C. 1984. *El árbol del Conocimiento: las bases biológicas del entendimiento humano*. Ed Organización de Estados Americanos, OEA.

Berman, Morris. 2004. *El reencantamiento del Mundo*. Traducido por Sally Bendersky, Francisco Huneeus Ed. Cuatro Vientos. ISBN 8489333203, 9788489333208

Wagensberg, Jorge. 1998. *Ideas sobre la complejidad del mundo*. Ed. Tusquets. ISBN 8472234533, 9788472234536

Prigogine, Ilya y Pierre Jacomet. 1997. *El fin de las certidumbres*. Traducido por Pierre Jacomet. Editorial Taurus. ISBN 8430600256, 9788430600250

Morin Edgar. 1995. *Introducción al pensamiento complejo*. Traducido por Marcelo Pakman. Ed. Gedisa, ISBN 8474325188, 9788474325188

Deleuze, Gilles y Félix Guattari. 1966. *Rizoma: introducción*. Ed. Coyoacan. ISBN 9706330038, 9789706330031

Lovelock James. 1995. *Las edades de Gaia: una biografía de nuestro planeta vivo*. Ed. Tusquets. ISBN 8472236463, 9788472236462



5. ANEXOS:

¿Bajo que circunstancias un dirigente comunitario rural puede señalar que para disminuir las infecciones respiratorias agudas es necesario sanear los títulos y delimitar claramente los límites de una propiedad?

Las infecciones respiratorias se producen por deficiencia en la calefacción de las casas. Escasez de leña y leña de mala calidad. Los campesinos obtienen leña de sus propios árboles y matorrales. Para ahorrar espacio, siempre escaso para la siembra, los árboles se dejan crecer en los límites del predio. Si no existe una claridad donde empieza o termina el terreno ¿Cómo se podría plantar árboles para abastecerse con leña de buena calidad? *Es decir que para disminuir las IRA, es necesario tener legalmente establecidos los deslindes entre una propiedad y otra.*

¿O para evitar las bronquitis a repetición de un niño, su abuela debe ir al pedicuro?

La abuela cuida al niño durante el día, pero tiene gran dificultad para caminar, porque tiene sus pies con uñas encarnadas y una úlcera varicosa que no sana. Para mantener el medicamento en buena forma, lo guardan en el refrigerador, que esta en otra casa, dentro del mismo sitio. Dada las dificultades para caminar y el trabajo que significa cuidar a un niños, no busca el medicamento y el tratamiento se interrumpe el tratamiento cada vez que se acaban los síntomas. Es decir que *para evitar las bronquitis a repetición de un niño, su abuela debe ir al pedicuro a lo menos.*