

XV Corredor de las Ideas del Cono Sur-X Coloquio Internacional de Filosofía Política
Nuestra América ante el centenario de la reforma universitaria: Visiones críticas
Bahía Blanca, 28, 29 y 30 noviembre 2018
Departamento de Humanidades, UNS



XV Corredor de las Ideas del Cono Sur-X Coloquio Internacional de Filosofía Política
Una aproximación a la dimensión territorial de las políticas públicas de Salud Mental en Bahía Blanca en las últimas décadas

MESA DE TRABAJO: Entre Salud/es y Saberes, Nora Ftulis (UNS), Ana Biera (UNS)

Lic. Dévora Isolda Eliosoff
Secretaría de Salud, Municipalidad de Bahía Blanca; Depto. De Economía; UNS
devoraeliosoff@yahoo.com.ar

Mg. María Jimena Irisarri
Depto. De Economía, UNS
mjirisa@criba.edu.ar

Lic. Hugo Daniel Kern
Departamento de Salud Mental
Sec. De Salud, Municipalidad de Bahía Blanca
hugodanielkern@gmail.com

Lic. Daniela Milano
Departamento de Salud Mental
Sec. De Salud, Municipalidad de Bahía Blanca
danielamariamilano@gmail.com

La relación entre “territorio” y “salud” ha sido poco trabajada como campo específico de análisis y reflexión teórica. Sin embargo, Chiara y Ariovich (2013) en un estudio de las políticas sanitarias en nuestro país y Brasil a partir de orientaciones de la OMS/OPS, dan cuenta de la presencia de la problemática territorial como dimensión que transversaliza tanto a las políticas públicas como a su implementación efectiva.

Los distintos ejes y directrices que caracterizaron este diseño y su implementación efectiva deben entenderse en un plano de solapamiento y/o de superposiciones parciales y no de reemplazo, donde la estrategia de Atención Primaria de la Salud (Alma Ata, 1978) emerge como orientación privilegiada tanto en la fundamentación de políticas y programas como en el diseño y organización de dispositivos artesanales de intervención comunitaria. Bahía Blanca fue también escenario de un

mayor o menor despliegue de las directrices y recomendaciones mencionadas con particularidades únicas en el campo de la salud mental.

En este trabajo nos proponemos realizar un primer acercamiento a la dimensión territorial de las políticas públicas de Salud Mental en Bahía Blanca con foco en el Primer Nivel de Atención de la Salud. Recuperamos la dimensión territorial esencialmente como constructo histórico, dinámico y relacional.

EXPOSITOR: ELIOSOFF DÉVORA. Comunicamos nuestro interés de publicación en Actas.

XV Corredor de las Ideas del Cono Sur-X Coloquio Internacional de Filosofía Política Una aproximación a la dimensión territorial de las políticas públicas de Salud Mental en Bahía Blanca en las últimas décadas

Una aproximación a la dimensión territorial de las políticas públicas de Salud Mental en Bahía Blanca en las últimas décadas

Autores: Eliosoff, Dévora Isolda; Irisarri María Jimena; Kern, Hugo Daniel y Milano, Daniela

En las últimas tres décadas, como señalan Rodríguez y Di Virgilio (2011), tanto a escala nacional como regional, la implementación de políticas sociales focalizadas y los procesos de descentralización colocaron al territorio como objeto privilegiado de la acción pública. Por tanto, la recuperación de la *dimensión territorial* en el plano de las políticas públicas resultó fundamental. Las autoras conciben que no son la simple proyección espacial del campo de aplicación de las iniciativas públicas; constituyen en primer lugar construcciones sociales y como tales, pueden pensarse como espacios de relaciones, de acciones y comportamientos heterogéneos, que operan a su vez sobre las mismas políticas en un movimiento dialéctico. Son las propias condiciones de los contextos de posible implementación las que otorguen dirección al proceso y posibilidad de instrumentalización.

Entendemos así a la cuestión territorial como una dimensión que transversaliza tanto a las políticas públicas como a su aplicación efectiva. No obstante, su definición no es unívoca ni explícita. El presente trabajo pretende reflexionar respecto de la territorialidad y las políticas públicas en salud mental en la ciudad, trazando algunos ejes o ideas-fuerza que surgen del material de trabajo, como un acercamiento inicial al tema¹.

Partimos de entender al proceso salud-enfermedad-atención-cuidado como universal y estructural en toda sociedad. Los padecimientos y sus respuestas en cada contexto “... no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar , y si es posible, erradicar los padecimientos” (Menéndez, 1994, 1998).

La Ley 26657/2010 concibe a la salud mental “...como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos... cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales”(Artículo 3º). Incluye el concepto de “padecimiento mental” para aludir no sólo a trastornos y enfermedades sino a todo sufrimiento psíquico producto de crisis predecibles o no (Artículo 1, Anexo 1, Reglamentación de la Ley 26657). Precisamente, los problemas de salud mental que se presentan en el sistema público y en el Primer Nivel de Atención

¹ Este trabajo se basa en el recorrido de tres de los autores como profesionales y/o funcionarios de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca en el Primer Nivel de Atención, así como en material de entrevistas realizadas a las Lics. en Psicología Angélica Padula y Patricia Ganuzza, a las Médicas Giselle Gigliani y Susana Elliker y al Médico César Gimeno . A todos ellos nuestro sincero agradecimiento.

de la Salud (PNAS) en la ciudad de Bahía Blanca, refieren a su atravesamiento por una multiplicidad de condicionantes, emergentes de las condiciones de existencia que forman parte de la vida cotidiana de la comunidad. En el siguiente gráfico podemos observar que los denominados *trastornos o enfermedades mentales* están lejos de constituirse en los principales diagnósticos relevados en esta localidad del sudoeste bonaerense.

Observatorio de Salud y Condiciones de Vida > Estadísticas.

Diagnósticos - Prácticas - Síntomas - 10 Diagnósticos más frecuentes - Todas las Areas - Especialidad : PSICOLOGIA - Fecha desde : 01/01/2018 - Fecha hasta : 24/11/2018 - Ambos Sexos

El gráfico de barras permite visualizar los 10 DIAGNOSTICOS más frecuentes para el período de tiempo seleccionado; la búsqueda se puede realizar también seleccionando una Especialidad-Función y obtener datos para las 3 unidades de análisis: TODO - UN AREA – UNA US. Se incluye Tabla de Frecuencias (absolutas y relativas).

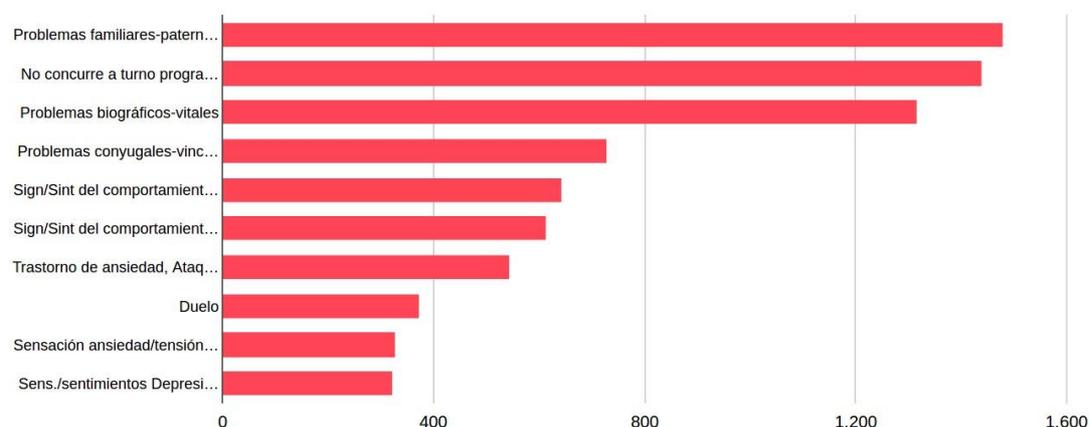


Tabla de Frecuencias:

Diagnostico Practica Sintoma	TOTAL
Problemas familiares-paterno-filiales	1481
No concurre a turno programado	1439
Problemas biográficos-vitales	1316
Problemas conyugales-vinculares	729
Sign/Sint del comportamiento adolescente	645
Sign/Sint del comportamiento de niños	615
Trastorno de ansiedad, Ataques de Pánico	546
Duelo	373
Sensación ansiedad/tensión/nerviosismo	328
Sens./sentimientos Depresivos	323
TOTAL	7795

Fuente: SiSalud

En líneas generales, las respuestas de los gobiernos a dichas problemáticas pueden englobarse en el término “*políticas públicas*”. Con ellas nos referimos al “...conjunto de objetivos, decisiones y

acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios” (Módulo 5, pág. 18, Programa Médicos Comunitarios).

Las políticas públicas de salud conllevan precisiones del rol que desempeña el Estado en la salud, por ello “...una política de salud implica una definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito” (Tobar, 2015).

Así el Estado no es una entidad que esté arriba o afuera de las interacciones sociales. Está presente (o también ausente) de múltiples maneras en prácticamente todas las esferas de la vida cotidiana, sea a través de las conductas que prohíbe o sanciona, de los riesgos que previene, de las oportunidades que crea o niega a la comunidad (Oszlak, 2011).

La inclusión del concepto de territorialidad en el análisis de la relación políticas públicas-salud mental obedece al tratamiento creciente y singular sobre el espacio social que se viene desarrollando desde distintas disciplinas como la Sociología, la Antropología, la Psicología, la Geografía, la Arquitectura, la Historia y el Derecho entre otras. Estos aportes introducen la cuestión territorial en el análisis de sus objetos de estudio en tanto lo entienden como espacio social construido, desnaturalizándolo de su carácter dado. Espacio en fin que se aleja del sentido común de *el afuera*, del espacio considerado como neutro, como un vacío a ser llenado o intervenido.

Podríamos retomar en este punto el análisis de Michel de Certeau e incluir las prácticas de salud -tanto de profesionales como de usuarios- como prácticas de la vida cotidiana, pivotando en el análisis entre lo planificado (en este caso en cuanto a políticas de salud) y las prácticas efectivas, revitalizando la tensión entre las lógicas de lo propuesto y las lógicas de los “haceres” en salud de los profesionales y usuarios, los *caminantes* (De Certeau, 2000).

En el campo propio de la salud, la relación entre *territorio* y *salud* ha sido poco trabajada como área específica de análisis y reflexión teórica. Sin embargo, Chiara y Ariovich (2013) visibilizan, a partir de un análisis de las distintas políticas sanitarias en nuestro país y Brasil según las propuestas y directrices de la OPS/OMS, que la problemática territorial estuvo presente en esas mismas orientaciones, en sus modelos y proposiciones -en forma más o menos explícita-, en un proceso histórico de constante construcción conceptual (Chiara y Ariovich, 2013).

Los distintos ejes y directrices que caracterizaron este diseño y su implementación deben entenderse en un plano de solapamiento y/o de superposiciones parciales y no de reemplazo, donde, y para el caso puntual de Bahía Blanca, la estrategia de Atención Primaria de la Salud (Alma Ata, 1978)² emerge como orientación inaugural privilegiada tanto en la fundamentación de políticas y

² Siguiendo a Rovere (2012) no entendemos a la Conferencia de Alma Ata como origen cronológico de la Atención Primaria de la Salud, pero sí a su conformación (¿política?) como estrategia y marco de programas y orientaciones en el campo de la salud.

programas, como en el diseño y organización de dispositivos artesanales de intervención comunitaria, con particularidades únicas en el campo de la salud mental.

Siguiendo a Belmartino (2009), retomamos el concepto de *coyuntura crítica* para dar cuenta de aquellos “...períodos históricos en los que se generan cambios institucionales significativos, como consecuencia de una crisis de las formas organizativas previamente vigentes” (Belmartino, 2009). Dichos cambios adquieren modalidades particulares y dinamismos propios de acuerdo a las condiciones históricas, sociales, económicas, culturales de los países. Sobre la base de la capacidad analítica de dicho concepto, Belmartino identifica en su análisis dos coyunturas críticas que jalonaron el desarrollo de los servicios de salud en Argentina: la primera puede situarse en los años treinta y principios de los cuarenta; la segunda a partir de los años 70 en dos oleadas: la oleada inicial -sobre la que nos detendremos- hizo pie en el acceso a los servicios de salud con carácter igualitario y universal, y situó al Estado como garante de esa reivindicación en un movimiento de ampliación de derechos de la población.

Consideramos que la Conferencia de Alma-Ata en 1978 conformó parte de esa oleada que se tradujo en fuertes cuestionamientos al concepto de salud interpretado estrictamente como ausencia de enfermedad, incrementando y desarrollando sus dimensiones, adscribiendo a una propuesta general de integralidad de las intervenciones, participación comunitaria y territorialización de la atención, garantizando el acceso a un primer nivel de atención de salud pública como puerta de entrada al sistema de salud de la ciudad.

Para comprender en líneas generales qué entendemos por Atención Primaria de la Salud, nos remitimos a la Declaración de Alma Ata: “...es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables” (OMS, Ginebra, 1978).

A partir de esta impronta decisiva, decíamos que observamos una construcción representacional común favorable respecto de la Atención Primaria de la Salud en el ámbito general de la salud pública municipal de la ciudad (institucional/organizacional y de los propios agentes y funcionarios), que pensamos contribuyó firmemente para que sus conceptos fundantes se instalen y sedimenten a lo largo del tiempo, como un marco común en las formas de entender, ver e intervenir en salud. Este hecho sin dudas favoreció su continuidad más allá de los gobiernos de orientación radical, peronista o el actual que se sucedieron en la ciudad, por supuesto que con diferencias en sus acentos.

En esta misma línea se pronuncia Rovere (2012):

“La Atención Primaria de la Salud (APS) ha atravesado, de una manera u otra, el firmamento de la salud pública de los últimos 35 años y, aun en sus luces y sombras, se ha constituido en

uno de los componentes más estables de las propuestas de reformas, -algunas más progresivas, otras francamente regresivas- y de los sistemas de salud a nivel mundial”

Ello no quita vaivenes, desaciertos, una considerable distancia entre el horizonte de lo deseable y el horizonte de lo posible, y entendemos, una línea por períodos sumamente delgada entre *Atención Primaria de la Salud* y *Atención Primitiva de la Salud* según algunos de sus principales críticos (Silva Paim, 2012; Testa, 1996; Rovere, 2012). Mario Testa advierte precisamente sobre su consideración como un constructo totalizante, sin anclajes contextuales y como receta de los organismos internacionales para salir del subdesarrollo sanitario. En este sentido, diferencia una definición ideológica de la APS de su significación concreta en tanto inserta en los sistemas locales de salud.

En un trabajo anterior (Eliosoff e Irisarri, 2017) y a partir de la bibliografía en el ámbito de las Ciencias de la Salud, propusimos pensar la relación entre espacio y salud desde tres ejes conceptuales ordenadores que se solapan en el campo:

1. - El espacio como *espacio geográfico* con respecto al *acceso* a los servicios de salud, donde cobran importancia tanto la dimensión socio-organizacional del sistema de salud (en nuestro caso las Unidades Sanitarias y las características de la *oferta* de servicios) como la geográfica propiamente dicha, esto es, la distancia entre las unidades de atención y el domicilio del usuario. La bibliografía conceptualiza como *barreras a la atención* a las dificultades en el acceso y la *utilización* de los servicios.
2. - Un segundo eje es considerar al espacio como lugar privilegiado tanto de las intervenciones del equipo de salud como de la atención del usuario. Espacio que podríamos intentar definir como *catastral* en tanto se establecen arbitrariamente límites (espaciales) más o menos rígidos en las posibilidades de intervención de los profesionales y de atención de los usuarios; para nuestra ciudad serían las divisiones por Áreas Programáticas. Aquí situamos el concepto de *territorio* que caracteriza explícitamente a la APS como estrategia de atención de la salud. El territorio es aquel espacio cercano al centro de salud y a su área de influencia donde el Equipo de Salud -a través de la *gestión territorial*- (Tobar, 2010) desarrolla intervenciones adecuadas a un grupo poblacional definido, cercano geográficamente.

Entendemos que la atención de la salud en la ciudad de Bahía Blanca respondió fuertemente a esta lógica temprana de trabajo territorial de división del espacio, incorporando gradualmente las otras dimensiones con particularidades propias.

Es en el año 1992 cuando se establece en la ciudad la Red Única de Atención (RUDA) destinada a reorganizar la atención de la salud en Áreas Programáticas, donde los profesionales de las Salas Médicas asumían la responsabilidad de la atención de una comunidad definida demográfica

y geográficamente, destacándose no sólo la atención sino también la prevención de enfermedades y la promoción de la salud como marco general de las intervenciones. Organizar no es sólo ordenar, es también regular y disponer quiénes (usuarios en general sin obra social) podían acceder a cuáles servicios (en principio médico y enfermera) y dónde (en la “Sala Médica” cercana al domicilio)³.

3.- Por último, el *territorio como espacio sentido* (Tobar, 2010):

“...si territorio es espacio, entonces, territorio usado es sentido..., un territorio es una persona que piensa, que vive, que actúa un territorio. En otras palabras, si el territorio no es vivido y representado como tal, entonces no hay territorio” (Tobar, 2010).

El territorio en tanto espacio compartido se vuelve significativo para la comunidad (Usher, 2015) , se transita, se apropia, se incorpora con cierto sentido de familiaridad, se conoce, se vuelve también espacio de pertenencia y de construcción conjunta de historias compartidas, del lugar, en el lugar y con otros. “El hombre, como especie, produce espacios a través de los cuales ordena su vida social y política” (Velázquez Ramírez, 2013).

Y aquí encontramos un doble eje: si el territorio remite a una construcción social donde el espacio compartido se vivencia como significativo para la comunidad (Usher, 2015) también vemos que lo es para el profesional del Primer Nivel de Atención de la Salud Mental: su perspectiva incluye también este marco referencial y de pertenencia, de afectos y de historia, conoce a las familias, el nombre de las calles, camina el barrio (“patea”), conoce las instituciones y a sus referentes, se mezcla, escucha, conversa, participa....se reconoce como parte de un espacio que lo contiene y que gestiona, que piensa desde los recursos disponibles, que propicia desde sus intervenciones de ampliación de los mismos y de generación de espacios de salud. Territorio como espacio de cercanías, de cercanías sentidas y de cercanías a mano, el barrio como lugar de encuentro y de accesibilidad a la salud.

Sobre esta última forma de vivenciar el espacio se trabaja en gran parte de nuestras intervenciones (como concreción en territorio de las políticas públicas en juego), por ejemplo, se lo reconoce en el armado de los Proyectos Terapéuticos Singulares, en las búsquedas de recursos artísticos, deportivos o culturales como co-adyuvantes de los tratamientos, como sostén de intervenciones de prevención inespecífica, en los proyectos que junto con la comunidad se implementan desde distintas unidades sanitarias, en el *saber* del propio equipo de las vicisitudes particulares encarnadas en las biografías particulares de los pacientes. un espacio sentido, en el que

³ El cambio de nombre de Salas Médicas a Unidades Sanitarias se produce tempranamente, en el año 1992 según Ordenanza 6782 de la Municipalidad de Bahía Blanca. Sin embargo, aún hoy para la mayor parte de los usuarios continúan siendo las *salitas*, y la cartelería de la ciudad refleja aún en muchas de ellas esta primera denominación.

nos ponemos la camiseta, reivindicado, militado, hasta con lenguaje de guerra, de trinchera, de lucha por la salud⁴. Compartimos con Rovere (1999) que el objetivo de nuestras acciones es: “...el logro de la equidad en salud, para hacer realidad la existencia de *una sola ciudad*, con igualdad de oportunidades para todos sus habitantes”.

De esta manera, la connotación del territorio como espacio geográfico delimitado de las intervenciones de los profesionales y de atención de los usuarios, se ve imbricado con los propios procesos que desencadenan las políticas públicas en acción, que van construyendo en ese campo de posibilidades materiales y humanas una *territorialidad de referencia* a la vez que una construcción del espacio, una apropiación subjetiva del territorio; en este andar los propios profesionales y los propios usuarios construyen el espacio como *territorio de referencia* que “...constituye así una unidad espacial configurada por la historia de la relación entre los actores y por las cuestiones que los vinculan” (Rodríguez y De Virgilio, 2012).

Aquí podemos observar en acción a otro poderoso concepto presente en las políticas públicas OMS/OPS (*Redes Integradas de Servicios de Salud*) y apropiado estratégicamente, vivencialmente, instrumentalmente en el territorio: el concepto de *redes en salud* (Rovere, 1999). Rovere explica que el concepto de *red de servicios* “...circulaba libremente en la jerga sanitaria...” ; los profesionales y técnicos de la Secretaría de Salud de Rosario se propusieron resignificar el concepto y darle cuerpo en relación a la Problemática Sanitaria. *Redes en y para la Salud*, se constituyó en un desafío de la cuestión sanitaria convertida en cuestión social, apuntando a “..la construcción de un nuevo sujeto social” (Rovere, 1999).

Bahía Blanca fue pionera en incorporar esta dinámica relacional como *trabajo en red*; y se fue conformando en una poderosa herramienta de intervención en salud mental de acuerdo a una lógica territorial. En tanto estrategia vinculatoria, fue interiorizándose como parte de nuestras maneras de pensar y hacer en relación con otros y en nuestras prácticas. En una trama horizontal aprendimos a conectar personas con personas, al decir de Rovere (1999), y articulamos saberes, profesiones, instituciones, organizaciones, recursos, historias, en un tejido interinstitucional e intersectorial que se constituyó en capital social, y dispositivo concertado de organización y gestión territorial. Respondiendo a esta lógica de base y sobre finales de los años ‘90, las Redes se constituyeron mayormente por Áreas Programáticas (en Harding Green y Zona Norte, por nombrar sólo a más antiguas), con reuniones periódicas, modalidades, objetivos e improntas particulares en cada sector barrial.

Con motivo del 25° Aniversario de la Conferencia de Alma Ata, los países miembros de la OMS/OPS se reúnen para examinar la estrategia inicial de APS. En el Documento “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas” (2007) acuerdan en que sigue siendo una

4 Como dice la Lic. Angélica Padula: “...en Unidades Sanitarias trabajamos en las trincheras...”

referencia central para personal de salud y comunidad en general. Aquí se incorporan la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, la Declaración del Milenio y la Comisión de los Determinantes de la Salud.

Siguiendo a Chiara y Ariovich, la prioridad de este abordaje fue establecido según las autoras para el caso argentino en las directrices del Plan Federal de Salud (2004/2007) expresándose en distintos programas (Chiara y Ariovich, 2013). Nos parece pertinente incorporar y destacar como parte de esta renovación, a la oferta de formación calificada en servicio a los profesionales actuantes en el Primer Nivel de Atención de la Salud mediante el Programa Médicos Comunitarios. En Bahía Blanca la propuesta de capacitación y su amplia respuesta, sumada a la incorporación al Programa de profesionales de diferente formación, promovió un cambio de mirada y un enriquecimiento de las intervenciones, anclado en la conceptualización de la salud como derecho y la dimensión territorial como uno de sus supuestos. La Atención Primaria de la Salud es considerada “...la prioridad absoluta...” mientras que se piensa en la formación de un profesional protagonista de su comunidad, renovando la puesta en valor del barrio y de la calle, “...allí donde palpita la vida...” (Módulo 1, Programa Médicos Comunitarios, 2011).

Para finalizar esta primera aproximación a la cuestión territorial y su relación con las políticas públicas en salud para el caso de Bahía Blanca, observamos que de manera similar a lo que ocurre respecto de los lineamientos generales de la APS, la *determinación social* de la salud forma parte -más o menos desarrollada- de los saberes propios del *habitus profesional* del personal de salud del PNAS. El enfoque de los Determinantes de la Salud constituye otra de las propuestas de la OPS/OMS que orientaron el diseño de políticas sanitarias en Latinoamérica y el Caribe. Ballesteros (2014) así lo explica al referirse a las diferencias en salud en la comunidad, que entiende en relación directa a las desiguales condiciones de existencia, y a los significados atribuibles a la enfermedad: “En las sociedades modernas las formas en que las personas viven y mueren están profundamente determinadas por sus distintos anclajes estructurales (clase social, edad, género y etnia), así como por su lugar de residencia”.

CONCLUSIONES

Este recorrido inicial pretende ampliar la reflexión sobre las prácticas cotidianas en los servicios de salud en el Primer Nivel de Atención de la Salud, indagando sobre la fundamentación teórico ideológica de dichos haceres y formas de entender la salud, articulando políticas sanitarias, prácticas y territorio. La dimensión territorial fuerza ese análisis más allá de la consideración de nuestras intervenciones en un espacio geográfico delimitado, contribuyendo a su construcción

conceptual como espacio vivo, relacional, y no como "... escenario desprovisto de acciones, actividades, puntos de encuentro, redes de sociabilidad" (Magnani, 2002).

De acuerdo con Liborio (2011) retomamos en este trabajo la concepción de la APS como estrategia y analizamos las políticas públicas en salud y salud mental organizadas según sus principios, sosteniendo la universalidad en su aplicación; y fundamentalmente adherimos a su consideración como filosofía, entendiendo a la salud como derecho humano y como faro de nuestra praxis.

Para finalizar y siguiendo a Rovere (1999), si bien nos propusimos rescatar ciertos ejes de la *cuestión sanitaria* que entendemos mantienen su poder transformador, nos sentimos en falta con una evaluación crítica de las dificultades presentes y de aquellos otros elementos que conforman más una visión idealista que una guía de nuestras intervenciones. Un camino futuro a transitar...

BIBLIOGRAFÍA

- . Ballesteros M. Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana de Argentina a partir de datos secundarios [Internet], 2014. Consultado: 12/09/2018. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20151022054933/dji41.pdf>
- . Belmartino S. Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos [Internet]. Consultado 10/10/2018. Disponible en: http://www.unsam.edu.ar/escuelas/politica/centro_historia_politica/material/190.pdf
- . Chiara M. Territorio, políticas públicas y salud. Hacia la construcción de un enfoque multidimensional para la investigación [Internet], 2016. Consultado: 2/05/2018. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/545/54546742001.pdf>
- . Chiara M (comp.) Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento, 2012
- . Chiara M y Ariovich A. Luces y sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS/OMS en América Latina [Internet], 2013. Consultado: 22/05/2018. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4028/402837816005.pdf>
- . De Certeau M. Andares de la ciudad. Mirones o caminantes. En: *La invención de lo cotidiano*. México : ITESO, 2000
- . Eliosoff DI e Irisarri MJ. Salud y espacio social en la ciudad de Bahía Blanca. La construcción diferenciada de itinerarios terapéuticos ante el sufrimiento psíquico en usuarias del Primer Nivel de Atención de la Salud. VII Jornadas de Investigación en Humanidades, UNS, 2017
- . Feo O. Dialogando con Mario Rovere sobre el artículo "Atención Primaria de Salud en Debate". [Internet] Consultado 24/11/2018. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-236.pdf>. Ley Nacional de Salud Mental 26657 , Argentina, 2010

- . Liborio MM. Atención Primaria de la Salud - Salud Colectiva [Internet], 2011. Consultado: 2/10/2018. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/genero-APS.pdf>
- . Magnani JGC. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana [Internet], 2002. Consultado 3/05/2018. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092002000200002&script=sci_abstract&tlng=pt
- . Menéndez E. El modelo médico y la salud de los trabajadores [Internet]. 2005 [consultado 28 feb 2017]. Salud Colectiva 1(1) : 9-32. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v1n1/v1n1a02.pdf>
- . Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Programa Médicos Comunitarios, Módulo 1 y Módulo 5, 2011
- . OPS/OMS Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 [Internet], 1978. Consultado 2/10/2018. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- . OPS/OMS La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) [Internet], 2007. Consultado 24/11/2018. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-178.pdf>
- . Oszlak O. Reflexiones sobre la formación del Estado y la construcción de la Sociedad Argentina [Internet], 1982. Consultado: 2/10/2018. Disponible en: <http://www.unl.edu.ar/ingreso/cursos/sociales/wp-content/uploads/sites/3/2016/10/Reflexiones-sobre-la-form-del-E-Oszlak.pdf>
- . Oszlak O. “El rol del Estado: micro, meso y macro”, en: *Conferencia dictada en el VI Congreso de Administración pública por la Asociación Argentina de Estudios de Administración Pública y la Asociación de Administradores Gubernamentales*, Resistencia, Chaco; 2011.
- . Programa Si-Salud, Sistema Informático integrado del Primer Nivel de Atención de la Salud Municipalidad de Bahía Blanca. Observatorio de Salud y Condiciones de VIDA.
- . Reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental 26657. Decreto 603/2013
- . Rodríguez MC y DI Virgilio MM. El caleidoscopio de las políticas públicas urbanas. Un rompecabezas para armar. 2011. En *El caleidoscopio de las políticas territoriales*. Buenos Aires : Cústpide, 2011
- . Rovere M. Atención Primaria de Salud en Debate [Internet], 2012. Consultado: 24/11/2108. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-234.pdf>
- . Rovere M: Redes en Salud; Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad [Internet], 1999. Consultado 1/11/2018. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-121.pdf>
- . Silva Paim J. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações?n[Internet], 2012. Consultado 11/11/2018. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-235.pdf>
- . Sosa Velásquez M. ¿Cómo entender el territorio? Guatemala: Editorial Cara Parens; 2012.

- . Testa M. Atención ¿Primaria o Primitiva? De Salud. En: Pensar en Salud. Buenos Aires : Lugar Editoria, 1996. Disponible en: consultado 24/11/2018 <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-176.pdf>
- . Tobar F. Salud y cuestión social. En: Chiara M (comp). Gestión territorial integrada para el sector salud. Cuaderno de Trabajo. Buenos Aires : Universidad Nacional de General Sarmiento, 2015
- . Tobar F. Gestión territorial en salud. En: Chiara M & Moro J (Comp.). Pensando la agenda de la política. Capacidades, problemas y desafíos. Universidad Nacional General Sarmiento. Instituto del Conurbano; 2010.
- . Usher, M. Salud mental y territorio. Reflexiones en torno al concepto de Intersectorialidad. Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología; XXII Jornadas de Investigación; Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología -Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires; 2015.
- . Velázquez Ramírez A. La producción política del espacio: el problema de la praxis [Internet], 2013. Consultado 25/11/2018. Disponible en: http://www.proyectos.cchs.csic.es/polis/sites/default/files//docpolis/adrian_velazquez_la_produccion_politica_del_espacio.pdf