

# Respetar la diversidad sin perder la unidad. Apuntes de la Geografía para el estudio de las regiones sanitarias argentinas pre-pandémicas

**Respect Diversity Without Losing Unity. Notes from Geography for  
The Study of Pre-Pandemic Argentine Health Regions**



**Silvina Mariel Aveni**

Universidad Nacional de Mar del Plata,  
Facultad de Humanidades,  
Argentina  
[avenisilvina@gmail.com](mailto:avenisilvina@gmail.com)

## Resumen

La voz “regiones sanitarias” aflora en publicaciones de organismos internacionales, nacionales e investigaciones de distintas disciplinas, aunque muy pocas la han conceptualizado (Mendes, 2013; OMS, 2017; OPS, 2023). El objetivo de este artículo es explorar y sistematizar la producción científica acerca del concepto regiones sanitarias y sus dimensiones de análisis en diversos países, con especial interés en Argentina. Y destacar los aportes teóricos desde la Geografía que potencian la operatividad de las regiones sanitarias en salud pública. La metodología es cualitativa, a partir de la búsqueda y análisis de documentos oficiales y científicos que refieren a las regiones sanitarias en tiempos previos a la pandemia por COVID-19. La sistematización elaborada avanza en el debate de las dimensiones de las regiones sanitarias ya trabajadas y habilita el ajuste para su operacionalización en contextos específicos durante y luego de la pandemia.

**Palabras Clave:** Región- Región Sanitaria- Geografía -Geografía de la Salud

## Abstract

The word “health regions” surfaces in publications from international and national organizations and research from different disciplines, although very few have conceptualized it (Mendes, 2013; WHO, 2017; PAHO, 2023). The objective of this article is to explore and systematize the scientific production about the concept of health regions and their dimensions of analysis in various countries, with special interest in Argentina. And highlight

the theoretical contributions from Geography that enhance the operation of health regions in public health. The methodology is qualitative, based on the search and analysis of official and scientific documents that refer to health regions in times prior to the COVID-19 pandemic. The elaborate systematization advances the debate on the dimensions of the health regions already worked on and enables adjustment for their operationalization in specific contexts during and after the pandemic.

**Keywords:** Region- Health Regions- Geography- Health Geography

## Introducción

Desde la esfera política, la salud es un problema público (Tobar, 2015) conformado y atravesado por relaciones sociales entre sujetos individuales y colectivos que son considerados actores cuando poseen capacidades y recursos para incidir en la toma de decisiones o búsqueda de soluciones (Croatovic, 2021). El Estado, a través de las políticas de salud, es responsable de la provisión y organización de los servicios asistenciales para asegurar el acceso a la salud de todas las personas.

El derrotero de las políticas de salud en Argentina evidencia una serie de disyuntivas discutidas sobre los históricos problemas de atención sanitaria, los cuales, han repercutido en el presente (Belmartino, 2005; Ramacciotti, 2009). Algunas de ellas son: “universalismo versus particularismo” en la atención; la salud “pública” versus la salud “privada”; las “políticas de centralización” versus las “políticas de descentralización” de servicios de salud. En esta investigación interesan las posturas centralizadoras o descentralizadoras de la incumbencia estatal que se traducen en la construcción de infraestructura de atención sanitaria (Aveni, 2016). En las lógicas centralizadoras, los hospitales públicos nacionales, provinciales y municipales funcionan como aglutinadores de la toma de decisiones y de la organización administrativa. Mientras tanto, en las estrategias descentralizadoras la delegación de responsabilidades hacia las provincias y/o municipios, habilita sumar a una jerarquía menos compleja de servicios tales como las salas de primeros auxilios, las unidades sanitarias o los subcentros de salud que derivan a los hospitales. La creación de regiones sanitarias se inscribe en el circuito de políticas de salud bajo una estrategia descentralizadora que intermedia entre el nivel nacional y el nivel municipal del sistema asistencial argentino. Su posición mediadora busca facilitar la coordinación entre los tres subsistemas, el público, el privado y el de seguridad social y de esa forma, contribuir a la reducción de la fragmentación del sistema de salud (Vassallo y Bascolo, 2001; COFESA, 2004; González García y Tobar, 2004; Belmartino, 2005; Ramacciotti, 2009; Aveni, 2016; Croatovic, 2021, Ramacciotti, 2023).

El vocablo ‘regiones sanitarias’ (en adelante, RS) aparece en publicaciones de los organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud –OMS- y Organización Panamericana de

la Salud –OPS-) y nacionales (Ministerio de Salud, Secretarías de Salud), y también se registra en investigaciones de distintas disciplinas, aunque muy pocos documentos lo han conceptualizado acabadamente (Mendes, 2013; OMS, 2017; OPS, 2023). Las RS articulan la categoría geográfica Región con la esfera de la salud. La Geografía de la Salud concibe a la Salud como condición y resultado de las relaciones de los grupos sociales con su territorio (Ramírez, 2004; Seguinot Barbosa, 2007; Pickenhayn, 2009) y piensa a las políticas de salud desde una perspectiva espacial que logre dilucidar los desequilibrios territoriales resultantes. En este contexto, el **problema de investigación** que ocupa a este artículo está centrado en las dificultades que exhibe la definición, instrumentación y funcionamiento de las RS, la comprensión de su rol en el sistema de salud, los actores que las construyen, su alcance territorial y sus peculiaridades.

El **objetivo** de este trabajo es explorar y sistematizar la producción científica acerca del concepto regiones sanitarias y sus dimensiones de análisis en diversos países, con especial interés en Argentina en el período 1974 a 2019. La obra de Alfredo Bravo (1974), representante de la OPS, es considerada en este trabajo como fundacional pues deja planteados los lineamientos rectores de esa entidad internacional en materia de RS. El lapso examinado concluye en tiempos previos a la pandemia puesto que el rol de las RS habría sufrido modificaciones que a futuro podrían ser investigadas. A partir de esas dimensiones, se destacan los aportes de la Geografía al concepto de RS.

Se utiliza una **estrategia metodológica** cualitativa. La técnica de recolección de la información consiste en la búsqueda de libros, ponencias y artículos científicos teóricos y empíricos, a partir de palabras claves en español y portugués como 'regiones sanitarias', 'regiones de salud', 'regionalización sanitaria' y 'descentralización sanitaria' Y la técnica de análisis de la información es el análisis documental. Las contribuciones recopiladas articulan saberes de la administración pública y de disciplinas sociales como la Geografía, la Historia, la Sociología, la Economía y la Medicina.

El artículo se organiza en cinco secciones. La primera rastrea el origen del concepto de RS y sus dimensiones postuladas por la OMS y la OPS. La segunda sistematiza las producciones científicas en relación con las dimensiones de la regionalización que aparecen en el primer apartado y las reagrupa en cuatro ejes. La tercera condensa la aplicación de los principios de la OPS a las regiones en Argentina.<sup>1</sup> La cuarta subraya las cualidades distintivas de las RS desde la Geografía. Finalmente, se esbozan la discusión y las reflexiones de cierre.

---

<sup>1</sup> Una versión preliminar del primero, segundo y tercer apartado fue presentada en una ponencia que no ha sido publicada. Autora (2024).

## Origen de las regiones sanitarias y su delimitación conceptual internacional

El término 'RS' cobra vigor hacia los años sesenta del siglo XX como estrategia para lograr eficiencia en la gestión de la salud y un acercamiento de la administración a los problemas locales. Pero es recién a partir de mediados de los años ochenta del siglo XX, cuando la mayoría de los países de América Latina apoyan la organización descentralizada de la gestión en salud en tanto proceso político democratizador (Paganini y Pracilio, 2000).

El escrito fundacional de Alfredo Bravo (1974) indica que no existe precisión en relación al surgimiento de las RS, aunque apunta algunos indicios. Las primeras alusiones a regionalizar en salud se erigieron en torno a los servicios médicos ofrecidos como parte de acciones caritativas de las iglesias que actuaron como unidad de suministros medicinales. Ellas, paulatinamente, dieron lugar a los hospitales que nacían al ritmo de las crecientes demandas de la población en ciudades y en zonas rurales, sobre todo en escenarios europeos. Hacia fines del siglo XIX y principios del siglo XX, la necesidad de abastecimiento incentivó la coordinación de establecimientos dependientes del hospital en función de su distribución espacial, de la especialización de la medicina en ramas y de la disponibilidad de nuevas tecnologías médicas. Se buscó integrar la medicina preventiva con la medicina curativa por lo que la región hospitalaria necesitó extenderse hacia la región en salud. Los países que marcaron avances en ese proceso fueron Inglaterra (1906 y 1920), Dinamarca (1912), Chile (1933), EEUU (1936, 1947 y 1965) y Venezuela (1946). A los que se sumaron países de Europa Oriental cuya centralidad en la administración de la salud en manos del Estado facilitó las acciones de regionalización.

Pese a que cada realidad nacional es diferente y el uso de la regionalización no siempre responde a los mismos objetivos y criterios ni parte de un mismo concepto de región, la OPS respalda una concepción amplia de regionalización que da lugar a cinco aspectos.<sup>2</sup>

En primer lugar, la regionalización es reconocida como un mecanismo complejo de descentralización técnica y administrativa y, comprende el establecimiento de niveles de atención: desde el centro primario de salud de la comunidad hasta el hospital general y las policlínicas de especialidades en el nivel intermedio; finalmente, los centros médicos nacionales, en los que todas las especialidades están bien desarrolladas y la enseñanza y la

---

<sup>2</sup> Referir a las 'RS' requiere despejar halos semánticos respecto a otras nociones como zonas o áreas de salud y áreas programáticas. Estas denominaciones, al igual que las RS, responden a la administración de la salud e implican recortes territoriales en torno a la figura de los centros de salud (sean de atención primaria u hospitales). En otras palabras, son formas de descentralizar y regionalizar con criterio sanitario. Aunque a diferencia de las otras concepciones, las RS son unidades administrativas superiores al englobar departamentos, partidos, comunas o provincias, según corresponda y al constituir un nivel intermedio de gestión de la salud. Por tanto, en esta investigación se considera que aplicar la categoría 'región' en la designación de RS aporta una mayor precisión en su sentido geográfico y contiene la aspiración de erigirse en un territorio diferenciado.

investigación científica constituyen una preocupación primordial al lado de las funciones asistenciales. El conjunto de estos tres niveles de atención constituye el sistema regional de asistencia médica que debe ser parte integrante del sistema nacional de salud (Bravo, 1974). El énfasis se sitúa en el 'encastre' de piezas de la atención de la salud para formar RS con la mayor autosuficiencia posible. Las funciones que se le asignan tienen que ver con la programación, supervisión y evaluación de los programas de salud y la vigilancia epidemiológica de la comunidad, el asesoramiento especializado y la coordinación de los programas entre sí. Entonces, aparece aquí un *aspecto funcional* de las RS.

En segundo lugar, la disponibilidad de cierta variedad de servicios de salud no es el único criterio que propone el organismo para determinar el tamaño de la región. La atención de la salud forma parte del espacio de vida donde las personas organizan sus desplazamientos para satisfacer sus necesidades esenciales (Courgeau, 1988; Ares, 2011; Bertoncello, 2018), por lo que es imprescindible considerar esos flujos a la hora de diseñar una RS que resulte operativa. Desde el *aspecto jurídico-espacial*, se recomienda que la región de salud "tenga los mismos límites geográficos determinados por la división político-administrativa del país o, mejor aún, por el diseño de las zonas de desarrollo económico social" (Bravo, 1974, p. 235).

En tercer lugar, hacer foco en la movilidad cotidiana no sólo remite a establecer centros asistenciales próximos a la residencia de sus potenciales usuarios, sino que además se debe reflexionar acerca del tamaño, los hábitos, intereses y perfiles productivos de esas poblaciones. En ese sentido, resulta primordial conocer los vínculos que conectan poblaciones entre sí en materia de distribución de bienes, servicios e información. Esto remite a un *aspecto comunicacional*, atravesado por distancias, tiempos y costos que formalizan una RS cuyos límites reflejan la relación real entre las personas y sus espacios.

En cuarto lugar, el capital humano es artífice del funcionamiento de las RS a través de la intervención de profesionales y técnicos de la salud en la formación docente y en investigación. La regionalización de salud anida también una regionalización docente-asistencial que "pone a los estudiantes en época muy temprana en contacto con los problemas sociales, epidemiológicos y emocionales que caracterizan al ejercicio profesional en la comunidad" (Bravo, 1974, p. 241). Este sería el *aspecto de capital humano* de la RS.

En quinto lugar, la *participación* de la comunidad a través del apoyo y colaboración con el equipo de salud redundaría en una mejor utilización de los recursos asignados a las RS (Bravo, 1974). Esa participación es el motor de las prácticas de salud al señalar problemáticas emergentes que necesitan atención y solución, así como lineamientos que organicen la prevención y promoción de la salud. Por lo cual, la comunicación entre profesionales de la

salud y su comunidad es un ingrediente crucial para una gestión de políticas públicas en territorio que sea pertinente y contextualizada.

La OPS concluye que la RS deseable debería asegurar una distancia, medida en tiempo de transporte, entre la residencia de la población y el emplazamiento de servicios de salud que no sea superior a 20 ó 30 minutos (Bravo, 1974). Para lograr este cometido, se torna imprescindible la integralidad territorial de la RS, es decir, reunir en su interior áreas urbanas, suburbanas y rurales equipadas con diversas jerarquías de asistencia articuladas en base a claras funciones y responsabilidades que obren en la autosuficiencia.

### **Ejes para el análisis de las regiones sanitarias en publicaciones científicas**

Este apartado recupera los aspectos de las RS promovidos por organismos internacionales para presentar investigaciones científicas vinculadas a la regionalización. Se revisan publicaciones posteriores a la fundacional y hasta 2019, cuando se difunde un compendio de teoría y experiencias de regionalización sanitaria en la revista brasileña Cuadernos de Salud Pública. La sistematización de esos materiales se realiza mediante una reagrupación en cuatro ejes en línea con los postulados de la OPS, a saber: jurídico y funcional, de capital humano, de participación y espacial.

El eje *jurídico y funcional* se consagra a la concepción y diagramación de las RS como forma de descentralización de la atención con su concomitante división del territorio derivada de complejas decisiones político - administrativas, económicas y epidemiológicas. Este tipo de estudios se ubican en Cuba, cuya histórica trayectoria en regionalización sanitaria la forja como una forma de optimizar la atención y la relación costo-beneficio en salud (Álvarez Pérez *et al.*, 2008; Dueñas Fernández, 2016). En Brasil, la regionalización se materializa a través de la organización de las Redes de Atención a la Salud y constituye una estrategia para corregir las desigualdades en el acceso y la fragmentación de los servicios sanitarios (Ministério da Saúde do Brasil, s/fs/). Las producciones subrayan el establecimiento de acuerdos de gobernanza para la adecuada coordinación entre niveles de gestión (Dias de Lima *et al.*, 2019), y particularmente la articulación con la atención primaria como puerta de entrada al Sistema Único de Salud (Bousquat *et al.*, 2019). Como paso posterior a la planificación, también se evalúa la aplicación efectiva de la estrategia de regionalización. Por ejemplo, a través de un relevamiento primario desplegado en actores de la vigilancia epidemiológica en seis regiones de salud de Brasil con diferentes niveles de desarrollo (Coelho de Albuquerque *et al.*, 2019). Por último, un menor volumen de trabajos en Portugal, Italia y Canadá (Bankauskaite, Dubois y Saltman, 2004; Marchildon, 2019) describen un reto de la regionalización: los rangos de autonomía. Estos se refieren, por un lado, al financiamiento interno de cada RS y, por otro, a la administración de estructuras preexistentes en relación a

la planificación nacional de la sanidad (Bankauskaite, Dubois y Saltman, 2004; Marchildon, 2019).

El *eje de capital humano* contempla la formación de profesionales y su desplazamiento en función de la oferta laboral regional. En esta línea, algunos trabajos desde Brasil focalizan, por una parte, en la oferta académica de pregrado y las estrategias institucionales de fortalecimiento de la RS a partir de cursos de salud (Pierantoni *et al.*, 2019). Y, por otra parte, atienden a los patrones y factores interviniéntes en el movimiento de médicos (D'Ângelo Seixas *et al.*, 2019). El objetivo es verificar el grado de dependencia externa de profesionales según su desplazamiento y la oferta de trabajo entre regiones de salud, así como de acuerdo a datos socioeconómicos, sanitarios y la estructura de cada región estudiada. El *eje de la participación ciudadana* en salud sugiere la gestación, monitoreo y evaluación de la regionalización como política pública. La participación programática en Argentina es estudiada a través de los Proyectos Participativos Locales orientados a la formulación de políticas, el conocimiento de los problemas de salud pública que afrontan las comunidades, sus características y frecuencia de participación (Falleti y Cunial, 2019).

El *eje espacial* de las RS se centra en los criterios de regionalización. Un nuevo criterio valoriza el grado de interacción entre la oferta de servicios de hospitalización y los municipios desde dónde concurren sus pacientes para el caso brasileño (Xavier *et al.*, 2019). Esta mirada alienta la formación de RS en función de las reales necesidades de sus usuarios. La dimensión espacial de la región no solamente constituye su base física y material donde sucede su delimitación ni implica únicamente la localización de dispensarios y usuarios. El espacio geográfico es parte de las relaciones sociales, las condiciona y contribuye a reproducirlas (Santos, 2000; Haesbaert, 2004). Esa integración espacial da cuenta de desigualdades socioterritoriales, situaciones de mayor vulnerabilidad y confluencia de múltiples factores de riesgo en determinada población y territorio.

## **Regiones sanitarias en el sistema de salud argentino: su conformación político-administrativa**

El origen de las RS argentinas está inspirado en la semblanza del Doctor Ramón Carrillo (1946) quien apuntaló la “homogenización y coordinación de todo el sistema de salud pública de la nación a la vez que acentuaba y mantenía su carácter federal, al desconcentrar el sistema en regiones” (Amrein y Young, 2015, p.32). En la lectura de estos textos se avizora su mirada situada concentrada en las necesidades y problemas de cada área geográfica bajo la responsabilidad del Estado. En esa línea de pensamiento, sostenía que “las condiciones geográficas, las condiciones de vida, las costumbres, los factores epidemiológicos y sociales y una serie de circunstancias, son específicas de cada país, por lo cual su política sanitaria debe ser distinta” (Carrillo, 2018, p. 226).

Podría decirse que su proyecto se concretó en dos instancias. Primero, la gestión hospitalaria centralizada se inscribió en la fase 1943-1955 denominada “Centralización como ampliación de las atribuciones del Estado” coincidente con el origen, la consolidación y caída del primer peronismo en Argentina (Belmartino, 2005; Ramacciotti, 2009, Autora, 2016). El objetivo era asegurar la universalidad en la provisión de servicios de salud. Para ello, respecto a cuestiones administrativas, buscaba reunir entidades estatales antes dispersas (asistencia, sanidad e higiene, beneficencia, hospitalares, asilos) y centralizarlas en la figura del Hospital. La regencia de estas cuestiones pasó a depender de la Secretaría de Trabajo y Previsión entendiendo al cuidado de la salud en estrecha conexión con los derechos laborales, materializados en la Constitución Nacional de 1949. Estos sucesos consolidarían, más adelante, el sistema de seguridad social y acrecentarían la fragmentación del sistema. Las RS fueron sinónimo del área de influencia del Hospital de referencia, en estrecha conexión con los ejes jurídico- funcional y espacial explicados en el apartado precedente.

Esa primera instancia, debía combinarse con una segunda direccionada a la descentralización territorial de los servicios de salud. Tal premisa se concretó en la fase de 1955 a 1970 y mostró una continuidad, esta vez bajo una línea antiperonista, de la tendencia a la fragmentación del sistema de salud (Belmartino, 2005; Autora, 2016). La descentralización de servicios se resolvió fundamentalmente por medio de la transferencia de instituciones hospitalarias desde la gestión nacional a la provincial (Decreto 1375/57). Fue una maniobra paliativa implementada en un contexto de déficit fiscal de la salud pública y por ende cortoplacista, sin la pertinente asignación de funciones que viabilizara la coordinación entre el nivel nacional y provincial, lo que abonó el fraccionamiento del organigrama ya existente. Al igual que en la instancia anterior, el acento se colocó en los ejes jurídico- funcional y espacial de las RS. Como corolario, a partir de 1970, se instrumentó formalmente el subsistema de seguridad social que terminaría por materializar la modalidad tripartita del mapa sanitario argentino actual.

Según González García y Tobar (2004), a lo largo de los últimos 50 años del siglo XX y en especial con el advenimiento de la medicina hiperespecializada, Argentina centralizó su modelo de atención médica en la figura del hospital, denominándose este fenómeno como hospitalocentrismo. Bajo esta dinámica, el funcionamiento de las RS no lograba articular los equipamientos que la conformaban, sino que reproducía la fragmentación del sistema asistencial. Durante el siglo XXI, las Bases del Plan Federal de Salud en el período 2004-2007 y su extensión hasta 2015 (COFESA, 2004) observaron la escasez de recursos financieros y humanos en el nivel primario, así como una relativa depreciación desde sus potenciales usuarios que preferían recurrir a otros niveles de atención. La falta de coordinación generaba la sobrecarga de ciertos escalafones y la subutilización de otros. Al mismo tiempo, animaba la superposición de efectores y programas, explicada por un sistema de salud compuesto por tres subsistemas en compleja articulación: el público, el privado y el de seguridad social que

promovía y reproducía una histórica fragmentación de los servicios médicos (Testa, 1988; Vassallo y Bascolo, 2001; González García y Tobar, 2004; COFESA, 2004; Belmartino, 2005; Ramacciotti, 2009; Aveni, 2016; Crojethovic, 2021, Ramacciotti, 2023).

En síntesis, las RS argentinas continúan inscriptas dentro de un modelo hospitalocéntrico y subsiste el foco en sus ejes jurídico- funcional, aunque se agrega un interés en el eje de capital humano. En adelante, este último eje y el de participación ciudadana requieren ser profundizados en la producción bibliográfica para poder acercarse a la integralidad que propone Bravo (1974) en la conceptualización de las RS.

## **Regiones sanitarias y geografía**

Tradicionalmente, la Región en Geografía ha sido concebida como un área diferenciada y asociada a lo particular, lo singular. Actualmente, Haesbaert (2014) expresa que el significado de Región puede ser pensado en dos sentidos: el interno, al distinguir sus elementos, especificidad y flexibilidad; y el externo, al considerar su vínculo con otros dentro de la constelación de conceptos geográficos. En esa constelación que propone el autor, los planetas (categorías geográficas) giran alrededor de la estrella central (Espacio Geográfico). De esta manera, la Región puede formarse a partir de una o varias de las dimensiones materiales y simbólicas del espacio geográfico, según el foco de análisis de las relaciones sociales. Una Región orientada a rescatar las relaciones de poder se enlazaría a la dimensión Territorio; una Región emparentada con las representaciones se articularía con la dimensión Paisaje; una Región enfocada en la relación Sociedad-Naturaleza se acercaría a la dimensión Ambiente; una Región que recree al espacio vivido se conectaría a la dimensión Lugar.

En cuanto al sentido interno, Haesbaert (2010) sintetiza las variadas concepciones de la Región con el término ‘arte-facto’. Delinea un *continuum* que va desde explicarla como un constructo intelectual que clasifica al espacio geográfico mediante criterios de diferenciación y homogeneización, hasta interpretarla como una realidad resultante de la división territorial del trabajo y de la manifestación de las identidades regionales. Propone, además, un abordaje normativo de la región que sea un instrumento propositivo y concreto de acción/intervención para la planificación cuyo actor central, si bien no único, sea el Estado (Passi, 1986; Haesbaert, 2019). El Estado, en sus diversos niveles de gestión, es la entidad que tiene la potestad de crear centros de salud. Con lo cual, las decisiones gubernamentales que establecen su localización geográfica, dan cuenta del alcance de una RS, y traslucen el sentido normativo e institucional de la categoría conceptual Región.

La institucionalización de una región se sucede a partir de cuatro procesos simultáneos. En primer lugar, la adquisición de una forma territorial o recorte del espacio con ciertos límites. En segundo lugar, el desarrollo de una forma simbólica que se manifiesta en prácticas para

construir narrativas de identidad y un sentido de pertenencia a la región. En tercer lugar, la presencia de instituciones que buscan mantener las dos formas anteriores. Y, en cuarto lugar, una identidad regional establecida en las prácticas socioespaciales y en la conciencia, pasible de ser utilizada por diversos actores para la lucha en pos de obtener recursos y generar reconocimiento de esa región en el sistema regional (Passi, 1986).

El cumplimiento de los cuatro procesos mencionados daría como resultado una región consolidada, aunque su origen puede partir indistintamente de cualquiera de ellos. Benedetti (2017) sostiene que una región-plan se gesta cuando una estructura productiva se institucionaliza. Tal es el caso de las RS que han sido planificadas como un instrumento de intervención estatal partiendo en mayor o menor grado de la dinámica productiva y funcional de cada nodo urbano de influencia regional. Se entienden como una clasificación de espacios de acuerdo a múltiples criterios y dimensiones de homogeneidad interna y diferenciación externa en determinados contextos geográficos e históricos.

Las RS cumplen con el primer y tercer proceso de institucionalización que mencionaba Passi (1986) inicialmente. Es decir, poseen una forma territorial delimitada y una red de instituciones que gestionan al interior de esa porción del espacio. Sin embargo, no han conseguido cristalizar el segundo y el cuarto proceso, los cuales implicarían la constitución de territorios diferenciados y la proyección de un sentido de pertenencia de sus habitantes a la RS que ocupan, acercándose a la creación de una ‘identidad regional’. Estas contribuciones teóricas de la ciencia geográfica podrían ser de utilidad al Estado argentino al momento de formular y aplicar una política de salud como la regionalización sanitaria.

## **Discusión y reflexiones de cierre**

A modo de balance, la producción académica sobre RS está abocada, en líneas generales, al aspecto jurídico-funcional de las RS y en menor medida a otros que quedan circumscritos a los hallazgos provenientes de países como Cuba y Brasil. Sin embargo, no se han problematizado cuatro cuestiones. Primero, el concepto geográfico de región del que parten para su diseño; segundo, la contemplación de su diversidad interna en la instrumentación de las políticas de salud; tercero, su delimitación, cuestión medular que debe ser revisada para ajustarse a las necesidades concretas de quienes las habitan cotidianamente. Tampoco se habría evaluado si esa entidad cumple efectivamente su función descentralizadora en el sistema de salud facilitando la asociación coordinada de los servicios y cuáles son las repercusiones territoriales que ese proceso atestigua.

Por su parte, la aplicación de los principios de la OPS a las RS en Argentina necesita una revisión crítica. Desde el plano institucional y el eje jurídico- funcional, no ha implicado en la práctica una mayor descentralización pues estas entidades no cuentan con capacidad

decisoria ni resolutiva en el ordenamiento de sus establecimientos (Repetto *et al.*, 2001). Efectivamente, se ha llegado sólo a una desconcentración de ciertas funciones y acciones administrativas, pero las directrices a seguir continúan definiéndose en otras esferas, de manera centralizada (Paganini y Pracilio, 2000). Desde el eje espacial, la RS funciona como una división administrativa, un espacio escenario en el que se desenvuelven actores sin tener un rol activo en el desarrollo de las relaciones sociales (Ramírez y López Levi, 2015) y sin constituirse como un territorio diferenciado (Quintero 1995 citado por Benedetti, 2009). Este uso conceptual y práctico de la RS acaba por concebirla como una entidad autónoma deslindada de su entorno, potenciando la fragmentación del sistema de salud.

Un sistema de salud que siga el criterio de RS, en línea con los principios rectores de la OPS, es un desafío porque cada una de ellas es fruto de un entramado de decisiones político-administrativas, sociales, económicas y epidemiológicas, las cuales conllevan diversas maneras de dividir al territorio y, consecuentemente, la superposición de regiones bajo lógicas de diferentes actores que dan lugar a nuevas fronteras internas. Por tanto, las RS producen y reproducen desigualdades espaciales entre sujetos individuales y colectivos con sus territorios. En ese sentido, las aportaciones de la Geografía permitirían respetar la diversidad de cada RS sin perder su unidad y, de ese modo, potenciarían la operatividad de esta categoría para captar los determinantes sociales de la salud que actúan en cada una de ellas.

En Latinoamérica en general y en Argentina en particular hay un panorama desigual y sectorial de aplicación de políticas vinculadas a ese paradigma (García Ramírez y Vélez Álvarez, 2013). En esa línea, las RS podrían complejizarse en tanto herramientas de la gestión pública de la salud que sean sensibles al momento de abordar las “circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (OMS, 2008; citado por OPS, 2012, p. 14).

Más allá del período de análisis de este escrito que llega a 2019, la emergencia por la pandemia de COVID-19 en marzo de 2020 y la proclamación en diciembre de 2021 de la voz ‘Una sola Salud o One Health’ (OMS, 2022) por parte de la OMS junto a otros cuerpos internacionales, abren nuevos interrogantes sobre las RS. La salud humana, la salud animal y la salud ambiental son indisociables e interdependientes, por lo que se asiste a un compromiso manifiesto de estas instituciones para enfrentar amenazas como las zoonosis que son responsables de la mayoría de las enfermedades emergentes, y los impactos de la deforestación, la agricultura y la ganadería intensivas, la contaminación, el cambio climático, entre otros.

Este nuevo escenario habría resignificado el papel de las RS en nuestro país al desempeñarse como concentradoras de insumos, sedes y organizadoras de reuniones intersectoriales para monitorear los casos, la situación de los contagios y la distribución de personas afectadas en lugares de aislamiento. Nuevos horizontes que este trabajo deja planteados en esa área futura de indagación científica.

## Bibliografía

- Álvarez Pérez, A. et. al. (2008). La regionalización de los servicios de salud como una estrategia de reorganización sanitaria. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 46(1), enero-abril. Recuperado de <https://revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/639/593>
- Amrein, M. & Young, P. (2015). Ramón Carrillo (1906-1956). El primer ministro de Salud Pública de la Argentina. *Revista Fronteras en Medicina*. 9(1), 26-33. doi: 10.31954/RFEM/201501/0026-0033
- Ares, S. (2011). *Espacio de vida, espacio vivido y territorio en Chapadmalal, partido de General Pueyrredon* (Tesis de Maestría). Repositorio de la Universidad Nacional de Quilmes. Argentina.
- Bankauskaite, V.; Dubois, H. F. W. & Saltman, R. (2004). La descentralización sanitaria en Europa. En Saltman, R., Bankauskaite, V. & Vrangbæk, K. (eds.) *Descentralización en el cuidado de la salud* (pp. 22-43). Madrid: Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias. Recuperado de <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/decentralization-in-health-care-strategies-and-outcomes>
- Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*. CABA: Siglo XXI Editorial.
- Benedetti, A. (2009). Los usos de la categoría región en el pensamiento geográfico argentino. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias sociales*. XIII (286). Recuperado de <https://revistes.ub.edu/index.php/ScriptaNova/issue/view/50>
- Benedetti, A. (2017). *Epistemología de la geografía contemporánea*, Bernal: Universidad Virtual de Quilmes.
- Bertoncello, R. (2018). Movilidad, migración, fijación territorial de la población. Desafíos para la investigación en Geografía. En Mikkelsen y Picone (comp.) *Geografías del presente para construir el mañana* (pp. 11-25) Tandil, 16 al 19 de mayo. CIG-IGEHCs-UNCPBACONICET.
- Bousquat, A. (2019). Atención primaria en RS: política, estructura y organización. *Cadernos de Saúde Pública*, 35 (14) (Supl.2). doi: 10.1590/0102-311x00099118

- Bravo, A. (1974). Regionalización: organización y funcionamiento coordinado de los servicios de salud en zonas rurales y urbanas: *Cuarta Conferencia Regional de Hospitales en América Latina, Primer Congreso Nacional de Hospitales*. Caracas, Venezuela. 20 al 25 de enero.
- Carrillo, R. (2018). *Política sanitaria Argentina* (Universidad de Lanús, Reeditora). Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús (obra original publicada en 1949).
- Coelho de Albuquerque, A. et. al. (2019). Evaluación del desempeño de la regionalización de la vigilancia en salud en seis Regiones de Salud de Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 35 (14) (Supl.2). doi: 10.1590/0102-311x00065218
- Courgeau, D. (1990). Nuevos enfoques para medir la movilidad espacial interna de la población. *Notas de Población*, 50. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano de Demografía. Demográficos y Urbanos. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/entities/publication/3ef904ef-b18f-4cb1-a732-96748d162183>
- Crojethovic, M. (2021). *Actores e instituciones en las políticas de salud I y II. Módulo 1 y Módulo 2. Diplomatura Gestión de las Políticas de salud en el Territorio*. UNGS
- D'Ángelo Seixas, P. (2019). La circularidad de los médicos en cinco regiones de São Paulo, Brasil: patrones y factores intervinientes. *Cadernos de Saúde Pública*, 35 (14) (Supl.2). doi: 10.1590/0102-311x00135018
- Dias de Lima, L. et. al. (2019). Arreglos regionales de gobernanza del Sistema Único de Salud: diversidad de prestadores y desigualdad espacial e la prestación de servicios. *Cadernos de Saúde Pública*, 35 (14) (Supl.2). doi: 10.1590/0102-311x00094618
- Dueñas Fernández, R. (2016). Regionalización de los servicios de salud para la asistencia médica en Cuba: Ejemplo del Cardiocentro Ernesto Che Guevara. *CorSalud. Sociedad Cubana de Cardiología*. Oct-Dic; 8(4), 248-256. Recuperado de <https://www.medicgraphic.com/pdfs/corsalud/cor-2016/cor164f.pdf>
- Falleti, T. & Cunial, S. (2019). *Participación ciudadana programática en salud pública: el caso de Argentina*. *Cadernos de Saúde Pública*, 35 (14) (Supl.2). doi: 10.1590/0102-311x00243218
- García Ramírez, J. & Vélez Álvarez, C. (2013). América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. *Revista de Salud Pública*, 15(5), 731-742. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=422309410077>
- González García, G. & Tobar, F. (2004). *Salud para los argentinos: economía, política y reforma del sistema de salud en Argentina*. Bs. As.: Ed. ISALUD.
- Haesbaert, R. (2004). *O mito da desterritorialização. Do “fim dos territórios” a multiterritorialidade*. Río de Janeiro: Bertrand Brasil.

- Haesbaert, R. (2010). *Regional-Global, Dilemas da Região e da Regionalização na Geografia Contemporânea*, Río de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Haesbaert, R. (2014). Por uma constelação geográfica de conceitos. En Haesbaert, R. *Viver no limite: territorio e multi/tranterritorialidade en tempos de insegurança e contencão*. (pp. 19-51). Rio de Janeiro, Bertrand Brasil.
- Haesbaert, R. (2019). *Regional-global: dilemas de la región y de la regionalización en la geografía contemporánea*; CABA: CLACSO. Editorial de la FFyL; Bogotá: UPN. Recuperado de <https://www.clacso.org/regional-global/>
- Marchildon, G. (2019). El desafío de la integración en la regionalización: el caso de Canadá. *Cadernos de Saúde Pública*, 35 (14) (Supl.2). doi: 10.1590/0102-311x00084418
- Mendes, E. (2013). *Las redes de atención de salud*. Brasil: OPS. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3147?show=full>
- Ministério da Saúde do Brasil. (s/f). *Regionalización*. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/dgip/regionalizacao>
- OMS. (2017). *Presencia de la OMS en los países, territorios y zonas: informe de 2017*. Ginebra: OMS; Recuperado de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255805/WHO-CCU-17.04-spa.pdf>
- OPS. (2012). Determinantes e inequidades en salud. En *Salud en las Américas 2012*. Volumen Regional. OPS (12-59). Recuperado de [https://www.academia.edu/37570560/\\_Determinantes\\_e\\_inequidades\\_de\\_la\\_salud\\_paho](https://www.academia.edu/37570560/_Determinantes_e_inequidades_de_la_salud_paho)
- OPS. (2023). *Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: Un marco para el análisis de políticas*. Washington, DC: OPS. doi: 10.37774/9789275326787
- Paasi, A. (1986). The institutionalization of regions: a theoretical framework for understanding the emergence of regions and the constitution of regional identity. *Fennia* vol. 164 (1), Oulu. Recuperado de <https://fennia.journal.fi/article/view/9052>
- Paganini, J.M. & Pracilio, H. (2000). Los sistemas locales de salud: un camino hacia la equidad. *Publicación INUS*. La Plata: Facultad de Ciencias Médicas, UNLP. Recuperado de [https://www.edumargen.org/docs/curso6/unid01/apunt04\\_01.pdf](https://www.edumargen.org/docs/curso6/unid01/apunt04_01.pdf)
- Pickenhayn, J. (2009). (comp.) *Salud y enfermedad en Geografía*. Bs. As.: Editorial Lugar
- Pierantoni, C. (2019). Graduación en Salud: oferta y estrategias para fortalecer la regionalización del Sistema Único de Salud. *Cadernos de Saúde Pública*, 35 (14) (Supl.2). doi: 10.1590/0102-311x00066018
- Ramacciotti, K. (2009). *La política sanitaria del peronismo*. Bs. As.: Editorial Biblos

Ramacciotti, K. (ed.) (2023). *Estudiar, cuidar y reclamar: la enfermería argentina durante la pandemia de Covid-19*. Bs. As.: Editorial Biblos

Ramírez, L. (2004). La moderna Geografía de la Salud y las Tecnologías de la Información Geográfica. *Revista Investigaciones y Ensayos Geográficos*, 4(4):53-64. Recuperado de <https://revistaunaf.wixsite.com/georevistafermoza/student-life>

Repetto, F. (coord.), et. al. (2001). *Descentralización de la Salud Pública en los Noventa: una reforma a mitad de camino*. Serie Documentos de Trabajo 55. Bs. As.: Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional

Santos, M. (2000). *La Naturaleza del Espacio*. Barcelona: Ariel.

Seguinot Barbosa, J. (2007). Métodos cuantitativos en Geografía de la Salud: experiencia personal. En Buzai, G. (comp.) *Métodos cuantitativos en Geografía de la Salud* (103-110). PROEG 2.

Testa, M. (1988). Atención ¿Primaria o Primitiva? de la salud: *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires: Grupo Editor de las Jornadas. Pp. 75-90.

Tobar, F. (2015). Módulo 1. Salud y cuestión social. En Chiara M. (Comp.) *Cuaderno de trabajo. Gestión territorial integrada para el sector salud*. Los Polvorines: UNGS

Vassallo, C. & Bascolo, E. (2001). *De la fragmentación a la integración del sector salud: una propuesta para universalizar la salud desde una estrategia federalista*. Informe técnico. Presidencia de la Nación Argentina Consejo Nacional de Políticas Sociales.

Xavier, D. et. al. (2019). Las Regiones de Salud en Brasil según hospitalizaciones: método para apoyar la regionalización de la salud. *Cadernos de Saúde Pública*, 35 (14) (Supl.2). doi: 10.1590/0102-311x00076118

## **Sobre la autora**

**Silvina Mariel Aveni.** Profesora en Geografía (Universidad Nacional de Mar del Plata). Magíster en Ciencias Sociales y Humanidades con mención en Historia (Universidad Nacional de Quilmes). Becaria doctoral en Temas Estratégicos del CONICET, con lugar de trabajo en el Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales (INHUS- CONICET). Doctoranda en Geografía (UNLP). Graduada Adscripta a la Investigación en el Grupo de Estudios Sobre Población y Territorio (GESPyT), Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata. Docente en nivel medio, superior no universitario y universitario. Sus publicaciones se han inscripto en la línea de investigación: Salud y Territorio, Geografía de la Salud, Accesibilidad Geográfica, Mortalidad Infantil, Calidad de Vida.