



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**“Organización de los servicios de salud en
Colombia con enfoque territorial:
Los territorios regionales saludables”**

Jorge Bernal Conde

**Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Artes
Programa de Maestría en Ordenamiento Urbano Regional
Bogotá, Colombia
2014**

“Organización de los servicios de salud en Colombia con enfoque territorial: Los territorios regionales saludables”

Jorge Bernal Conde
Código: 3392381

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de:
Magister en Ordenamiento Urbano Regional

Director:
Jairo Ernesto Luna, PhD.

Codirector:
Gustavo Peralta Mahecha, PhD.

Línea de Investigación:
Sistemas urbano – regionales y ciudades intermedias en Colombia.

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Artes
Programa de Maestría en Ordenamiento Urbano Regional
Bogotá, Colombia
2014

Nancita, Jorge Andrés, Daniel Felipe y Anamaría.
Quienes todos los días me recuerdan que
la vida se hizo para que seamos felices.

Agradecimientos

A mi familia, mis amigos, mis compañeros de trabajo, mis docentes y compañeros de la universidad, que me orientaron, aconsejaron, animaron y me acercaron datos, información, publicaciones, libros y hechos de vida, para el desarrollo del trabajo.

A todos los compañeros de trabajo con quienes he compartido los temas de salud y de salud en el trabajo, especialmente en la administración de la ciudad de Bogotá D.C., de quienes aprendí que debe existir un enfoque territorial en la gestión pública, que oriente la garantía de los derechos ciudadanos y de los trabajadores del país.

A todos aquellos amigos visibles y anónimos que comparten conmigo el sueño de que exista una sociedad justa, y para lo cual todos los días ponen algo de sus ilusiones, de su energía y de su tiempo.

A José Ramón, Milciades y Julia Stela, que durante su vida aportaron a mi vida. Y a Olga Beatriz, que aún me pregunta cómo me encuentro.

A Libia Forero y Rocio Sotelo, quienes para mí representan a los técnicos que en forma denodada se esfuerzan por hacer bien las cosas para la gente y la ciudad, además de agradecer su acompañamiento técnico a este trabajo.

En especial, a mi director de trabajo de investigación, el profesor Jairo Ernesto Luna, con quien compartí propósitos, discusiones y acuerdos para alcanzar el resultado final de este trabajo.

Resumen

El resumen es una presentación abreviada y precisa (la NTC 1486 de 2008 recomienda A lo largo de la historia de Colombia se han vivido períodos de organización política y administrativa del Estado, con criterios de centralización del Estado y de descentralización, el último de ellos teniendo como principal referente la elección popular de alcaldes definida normativamente en el año 1986 y desarrollada en una primera contienda electoral en 1989.

Este hecho político se acompañó de la Ley 10 de 1990 y la Ley 60 de 1993, creando condiciones para que los alcaldes elegidos popularmente tuviesen competencias administrativas y asignación de recursos económicos, para organizar los servicios de salud en sus territorios municipales y departamentales.

Sin embargo, el Congreso de la República expidió la Ley 100 de 1993 creando el sistema general de seguridad social, SGSS, conteniendo el sistema general de seguridad social en salud, SGSSenS, basado en un modelo de aseguramiento de los habitantes, con rentabilidad, bajo los preceptos y principios de una economía de libre mercado, que se ha desarrollado durante dos décadas con un Estado débil en el ejercicio de la rectoría, la vigilancia y el control.

Manteniendo el espíritu de la Ley 100 de 1993, en los años 2001, 2007, 2011 y 2013 se expidieron leyes que reformaron el sistema de salud debilitando paulatinamente las estructuras institucionales del Estado en su ordenamiento territorial afectando sustancialmente la capacidad de gestión de los alcaldes y gobernadores, y sus directores y secretarios de salud, llegando a establecerles condiciones limitadas para intervenir en procura de la garantía de los derechos ciudadanos. Como resultado, hoy tenemos un sistema de salud en crisis que ha generado pérdida de legitimidad e institucionalidad en la gestión de los gobiernos locales y departamentales.

Sin embargo, en medio de la debilitada gestión de las alcaldías y las gobernaciones para garantizar el derecho a la salud, el país ha vivido dos hechos importantes en el ámbito del ordenamiento territorial y urbano, que consolida al municipio como la unidad de referencia territorial, política y administrativa del Estado con relación a los ciudadanos.

El primero, un proceso intensivo de urbanización que hoy se refleja en los diversos contrastes de ocupación del territorio, y el segundo, el desarrollo normativo jurídico del ordenamiento urbano y territorial del país.

El acelerado proceso de urbanismo que ha llevado el país, se hace evidente al encontrarse pocos municipios con una alta proporción de población urbana y, a la vez, cientos de municipios con baja proporción, considerándose altamente rurales.

En Colombia hay 26 municipios con población urbana mayor al 98%, que representan tan sólo el 2.5% del total de los 1123 municipios que tiene el país. Estos 26 municipios tienen 22 millones de habitantes urbanos, significando el 70%, de un total de 31.5 millones que existen en el país.

En contraste, hay 414 municipios pequeños con población urbana menor al 30%, que representan el 37% del total de municipios del país. Estos 414 municipios contienen tan sólo el 2,64% de esta población urbana del país.

En la tendencia del crecimiento de los municipios, también hay contrastes. Las ciudades intermedias con 300.000 a un millón de habitantes, en el período 1993 a 2005, en conjunto crecieron significativamente al pasar de un 9.5 a 16.8% del total de la población del país, mientras que los municipios pequeños, con 10.000 a 20.000 habitantes, en el mismo período, en conjunto pasaron de representar un 13.47 a 10.58% de toda la población del país, por estancamiento o migración poblacional.

El segundo hecho, inició con el Artículo 285 de la Constitución Política y se intensificó con la expedición de las leyes 1454 de 2011 conocida como Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial, LOOT; la 1551 de 2012, que moderniza la organización y el funcionamiento de los municipios; la 1617 de 2013, por la cual se expide el régimen para los distritos especiales; y la 1450 del 2011, que contiene el Plan Nacional de Desarrollo “Prosperidad para Todos”.

Todo el proceso normativo ha estado orientado a consolidar a los municipios como la unidad política administrativa del Estado; y a promover formas asociativas municipales, como las áreas metropolitanas y las provincias, en esquemas territoriales regionales, con el propósito de lograr mayor eficiencia en su gestión.

Ante las dificultades de gestión de alcaldes y gobernadores, se hace necesario elaborar una propuesta de organización de los servicios de salud con enfoque territorial: “Los territorios regionales saludables”; teniendo como principal referencia el desarrollo de las normas jurídicas del ordenamiento urbano territorial.

La propuesta de la definición de “territorios regionales saludables” reconoce la diversidad de los procesos de ocupación poblacional de los territorios del país y la rectoría que deben ejercer alcaldes y gobernadores, como representantes locales del Estado, en su responsabilidad de garantizar los derechos ciudadanos, en especial, el goce al derecho a la salud.

Palabras claves: Salud y ordenamiento territorial; redes integradas de servicios de salud; territorios regionales saludables; urbanización; descentralización en salud.

Abstract

Throughout the history of Colombia, different periods of political and administrative organization with criteria of state centralization and decentralization have been experienced, this last one having as main reference the popular election of mayors normatively defined in 1986 and evolved into a first electoral race in 1989.

This political event was accompanied by Act 10 of 1990 and Act 60 of 1993, creating conditions so the popularly elected mayors would have administrative responsibilities and allocation of financial resources to organize health services in their municipal and departmental territories.

However, the Congress passed Law 100 of 1993 created the general social security system, SGSS, which contains the health general system of social security, SGSSenS, based on an insurance model of the inhabitants, with profitability, under the precepts and principles of a free market economy, which has been developed over two decades with a weak state in the exercise of stewardship, monitoring and control.

Keeping the spirit of Act 100 of 1993, in 2001, 2007, 2011 and 2013 laws were issued that reformed the health system gradually weakening the institutional structures of the state in its territorial organization substantially affecting the management capacity of mayors and governors, along with their directors and health secretaries, becoming unable to intervene in an attempt to guarantee citizens' rights. As a result, today we have a health system in crisis, that has that has led to a loss of legitimacy and institutionalism in the management of local and departmental governments.

However, amid the weak management of mayors and governors to ensure the right to healthcare, the country has experienced two major developments in the field of territorial and urban planning, which consolidates the municipality as the unit of the state's territorial, political and administrative reference regarding the citizens.

The first, an intensive process of urbanization that today is reflected in the different contrasts of land use and second, the legal policy of urban development and land use in the country.

The accelerated process of urbanization that has led the country becomes clear when few municipalities are found with a high proportion of urban population and, at the same time, hundreds of municipalities with low proportion, considering highly rural.

In Colombia there are 26 municipalities with an urban population of 98%, representing only 2.5% of the total of 1123 municipalities in the country. These 26 municipalities have 22 million urban citizens, meaning 70% of a total 31.5 million in the country.

In contrast, there are 414 small municipalities with less than 30% urban population, accounting for 37% of all municipalities. These 414 municipalities contain only 2.64% of this urban population.

In the growth trend of municipalities, there are also contrasts. Intermediate cities with 300,000 to one million inhabitants significantly increased when going from 9.5 to 16.8% of the total population, in the period of 1993 to 2005, while small towns with 10,000 to 20,000 inhabitants, in the same period rose from 13.47 to 10.58% representation of the entire population of the country, these small growth mainly because stagnation or population migration.

The second event began with the Article 285 of the Constitution and was intensified with the enactment of Laws 1454 of 2011 known as the Organic Law of Zoning, LOOT, Act 1551 of 2012, that modernizes the organization and functioning of the municipalities, Act 1617 of 2013, by which the regime for special districts is issued, and the Law 1450 of 2011, which contains the National Development Plan "Prosperity for All".

The regulatory process has been aimed at consolidating municipalities as the administrative political unit of the state, and to promote local forms of association, such as metropolitan areas and provinces, in regional territorial schemes, in order to achieve a greater efficiency in their management.

Given the managing difficulties for mayors and governors, it is necessary to develop a proposal for the organization of health services with a territorial approach: "The healthy regional territories "; having as main reference the development of legal rules on territorial urban planning.

The proposal for the definition of "healthy regional territories" recognizes the diversity of processes on population occupation in the country's territories and the stewardship that mayors and governors must exercise, as local government representatives, in their responsibility to ensure the rights of citizens, especially the enjoyment of the right to healthcare.

Key words: Health and territorial planning; Integrated networks of health services; Healthy regional territories; urbanization.

Contenido

	Pág.
Resumen y Abstract	IX
Lista de gráficos.....	XVI
Lista de tablas	XVII
Presentación	1
Introducción	4
1. Definición del problema	13
2. Objetivos.....	17
2.1 Objetivo principal.....	17
2.2 Objetivos Específicos	17
3. Metodología	19
4. La ocupación del territorio en Colombia y la organización de los servicios de salud	23
4.1 Introducción.....	23
4.2 El viejo y el nuevo mundo: Encuentro de culturas.....	23
4.3 El inevitable entrecruzamiento epidemiológico	38
4.4 Las ciudades en la organización y el control territorial.....	43
4.5 Organización de servicios de salud en las ciudades.....	48
4.6 Desarrollo institucional del sector salud, en los territorios a escala central y local	52
4.7 Los sindicatos, los médicos y los cafeteros, en las políticas de organización de los servicio de salud.....	60
4.8 Conclusiones.....	68
5. La descentralización del estado colombiano y la organización de los servicios de salud.....	71
5.1 Introducción.....	71
5.2 Contexto del sistema nacional de salud, en el período 1950 a 1980	72
5.3 La salud en un modelo de desarrollo y eficiencia del Estado.....	79
5.3.1 La formación del recurso humano en salud	83

5.4 Los planes de desarrollo	84
5.5 La Atención Primaria en Salud, APS, en el marco de la planeación y los planes de desarrollo	87
5.6 Conclusiones	93
6. El proceso del crecimiento poblacional en Colombia	97
6.1 Introducción	97
6.2 Tendencia del crecimiento poblacional.....	98
6.2.1 Tendencia del crecimiento poblacional en el siglo XIX	98
6.2.2 Tendencia del crecimiento poblacional, en el siglo XX	98
6.2.3 Tendencia del crecimiento poblacional, en el siglo XXI	99
6.3 Grupos Indígenas.....	101
6.4 Población afro descendiente	101
6.5 Migración	102
6.6 Tendencia del crecimiento urbanístico de los municipios desde 1950.....	103
6.6.1 Colombia y la región de América Latina	103
6.5.2 El proceso en Colombia	104
6.5.3 La población rural.....	108
6.5.4 La población urbana.....	108
6.5.5 Las grandes y las pequeñas ciudades	111
6.6 Estructura del ordenamiento territorial.....	113
6.6.1 Departamentos.....	114
6.6.2 Provincias	114
6.6.3 Municipios	114
6.6.4 Distritos.....	115
6.6.5 Áreas metropolitanas	115
6.7 Conclusiones	116
7. Desarrollo normativo jurídico del ordenamiento territorial en Colombia	121
7.1 Introducción	121
7.2 La Constitución Política.....	122
7.2.1 Formas asociativas municipales.....	125
7.3 La ley Orgánica de Ordenamiento Territorial, LOOT	127
7.5 Las áreas metropolitanas	132
7.5.1 Origen del concepto	132
7.5.2 Desarrollo normativo, previo a la Constitución Política de 1991	134

7.5.3 Desarrollo normativo con la Constitución Política de 1991	136
7.5.4 Áreas metropolitanas creadas jurídicamente en Colombia	139
7.7 Conclusiones.....	141
8. Propuesta de escenarios de organización de los servicios de salud con enfoque territorial:	147
8.1 Introducción.....	147
8.2 La construcción social y jurídica del territorio y la organización de los servicios de salud.	149
8.2.1 El espacio y el territorio	149
8.2.2 El enfoque territorial en el marco jurídico del sistema de salud en Colombia	157
8.2.3 La organización de los servicios de salud en redes teniendo como referencia el territorio, en el marco jurídico de Colombia	158
8.3 Efectos en la salud pública, de la pérdida de la rectoría y el control del sistema de salud en los gobiernos locales.....	162
8.4 La propuesta: Los Territorios Regionales Saludables.....	165
8.4.1 Logros fundamentales en la implementación de los territorios regionales saludables.....	167
8.4.2 Escenarios de territorios regionales saludables:.....	170
8.5 Conclusiones.....	174

Lista de gráficos

	Pág.
Gráfico 1. Tendencia poblacional en Colombia.Censos durante el siglo XX.	99
Gráfico 2. Estructura de la población censada. Años 1990 – 2001 – 2011.	100
Gráfico 3. Proyección de población Urbana. Países de América Latina y del Caribe.Años 1970 – 2000 y proyección 2010	104
Gráfico 4. Tendencias de población urbana y rural. Colombia. Años 1938 – 2005	105
Gráfico 5. Proporciones de población urbana y rural y tasas de crecimiento intercensales. Colombia. Años 1938 – 2005.	106

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Registro poblacional según censos oficiales Colombia. 1918 – 2005.	99
Tabla 2. Proyección de la población mayor de 60 años. Colombia. 2000 – 2050	100
Tabla 3. Distribución de los municipios y de la población urbana, según proporción de población urbana. Colombia. 2005.	109
Tabla 4. Relación de ciudades con más de 200.000 habitantes. Colombia. 2010	110
Tabla 5. Distribución de la población por tamaño del municipio, según censos. Colombia. 1973 – 2005.	112

Presentación

En la introducción, el autor presenta y señala la importancia, el origen (los antecedentes) El trabajo de grado que he titulado “Organización de los servicios de salud en Colombia con enfoque territorial: Los territorios regionales saludables.”, tiene como objetivo además de cumplir con las exigencias académicas para optar al título de Magister en Ordenamiento Urbano Regional, acercar la identificación de los procesos de urbanización que ha tenido el país con los desarrollos jurídicos normativos del ordenamiento territorial en Colombia, para llegar a proponer la búsqueda de alternativas de organización de los servicios de salud para garantizar el derecho que tenemos todos los ciudadanos.

Para el logro de este propósito, el trabajo se ha organizado en una introducción y cinco (5) capítulos.

Los capítulos primero al cuarto contienen la revisión documental del trabajo de investigación, y el quinto y último, contiene la propuesta de definición de la “organización de los territorios regionales saludables”.

Los dos primeros capítulos están orientados a reseñar momentos históricos del país bajo la égida de los procesos de centralismo y descentralización del Estado, incluyendo la consecuente forma de organización de los servicios de salud, que se asumió en estos momentos.

El tercer capítulo, de manera sucinta presenta las formas como se ha presentado la ocupación poblacional del territorio en los últimos años en el país, creando procesos de formación de grandes y medianos municipios convertidos en importantes centros urbanos, y a la vez, cientos de municipios que han hibernado su crecimiento poblacional o reflejan los grandes efectos del modelo económico y del conflicto interno que ha tenido el país, generando importantes fenómenos de migración urbana y rural hacia las medianas y grandes ciudades.

El cuarto capítulo, presenta las principales leyes, y sus artículos, que desde la Constitución Política de 1991, han reiterado una y otra vez que los municipios son la base territorial, administrativa y política de la nación, y que en sus alcaldes y gobernadores está depositada la garantía estatal de los derechos políticos, sociales y económicos de los ciudadanos. El propósito de esta compilación normativa es presentar el criterio municipalista de nuestra nación, que en la historia moderna de nuestro país nace con la Constitución Política y se mantiene en cada ley que expide el Congreso de la República en esta materia.

De esta manera, reconocemos al municipio como la unidad básica estructural territorial, y a la vez, identificamos la diversidad de formas que hoy presentan los territorios municipales con relación a su ocupación urbana y rural.

El quinto, y último capítulo, contiene la propuesta de definición de la “organización de los territorios regionales saludables” apoyada en la experiencia laboral personal y colectiva en la administración pública de la ciudad de Bogotá D.C., y la revisión documental que contiene este trabajo de investigación.

La definición de la “organización de los territorios regionales saludables” considera las dinámicas poblacionales en los diferentes territorios del país y el desarrollo normativo del ordenamiento urbano regional, haciendo posible repensar la forma como los municipios, en sus diferentes tamaños y capacidades de gestión, se puedan organizar por territorios regionales con el propósito de fortalecer su capacidad de gestión para la organización de la prestación de los servicios de salud, como elemento fundamental para la garantía de los derechos de los ciudadanos, sin alguna discriminación.

La propuesta de “organización de los territorios regionales saludables” se consolida al tener como elemento estructurante en lo político y administrativo, el actual desarrollo jurídico normativo del ordenamiento territorial y urbano que ha construido el país en los últimos años, teniendo como pilar fundamental la mayor eficiencia del Estado, a través de formas asociativas de los municipios.

Con el resultado final del trabajo de grado espero contribuir al debate acerca del mejoramiento de la gestión de la organización de la prestación de los servicios de salud

en el marco de la garantía de un derecho ciudadano, bajo la comprensión que el municipio y su autoridad logran mayor eficiencia a través de conformar alguna de las formas asociativas municipales, a partir de la diversidad de sus dinámicas territoriales y poblacionales.

Jorge Bernal

Introducción

En la historia de la ocupación del territorio colombiano, se han establecido diferentes formas de construcción de conocimiento alrededor de la vida y la muerte, para identificar las causas de cómo se enferma, se accidenta o se muere su población, y la organización de servicios de salud, ya sea para mitigar el dolor o para lograr la cura de la enfermedad acaecida.

Durante la época prehispánica, los diferentes grupos indígenas construyeron un imaginario de comprensión de la enfermedad y la relación con su entorno natural y social, delegando en sus chamanes su alivio material y espiritual.

A lo largo de varios siglos, la construcción de este conocimiento se consolida al superarse entornos hostiles y al lograrse la transmisión de sus conocimientos a las siguientes generaciones. El conocimiento logrado, se fue enriqueciendo en espacios de encuentro cultural y comercial, entre comunidades indígenas.

Un posterior espacio de encuentro cultural fue la ciudad. La Corona Española, desde los albores de la conquista y durante la colonia, consolida una organización territorial basada en la fundación de ciudades desde donde imponían el control político, ideológico y territorial sobre las poblaciones indígenas aborígenes y los negros provenientes de África.

Con los conquistadores y colonizadores llegaron a América los médicos con el legado científico de Europa y la experiencia de la organización de los servicios de salud teniendo como base institucional a los hospitales pujantes de la España del siglo XV.

A través de ambos instrumentos institucionales, los médicos y los hospitales, los españoles impusieron una hegemonía ideológica en las ciudades del Nuevo Mundo. La iglesia, a través de sus diferentes órdenes religiosas, asumió la administración de los

hospitales con un enfoque netamente caritativo, a la vez que aprovecharon su cercanía con el dolor y la muerte de los pobres, para ampliar su propósito evangelizador.

Sin embargo, al darse una mezcla cultural como producto de la imposición ideológica de los españoles y de la resistencia territorial y cultural de las comunidades indígenas y afrodescendientes, la comprensión final del origen de la enfermedad y la intervención para su tratamiento fue producto del sincretismo cultural que contenía conocimientos y prácticas traídas del viejo continente, del continente Africano, y de las existentes en nuestro territorio indígena.

Tanto en las ciudades con su trazado americano, como en los pueblos de Indios, los palenques y las aldeas, como espacios de organización territorial y de expresión cultural, se organizaron formas de atención en salud para sus pobladores, que contenían la sumatoria del ejercicio de médicos con formación y título universitario dedicados a la atención de familias adineradas; médicos con práctica clínica sin reconocimiento académico, y muchos de ellos con conflictos jurídicos para el desarrollo de su ejercicio profesional; hospitales de caridad administrados por órdenes religiosas; y las prácticas indígenas y africanas ejercidas por chamanes y sacerdotes, legitimados por sus comunidades, con especial uso de plantas y minerales obtenidos de su entorno natural.

En especial, en el siglo XVI ya existían los “*médicos municipales*” contratados por la administración de la ciudad, para atender la población al interior de los hospitales y los centros de hospicio; intervenir los problemas sanitarios, las arrasadoras epidemias, e inclusive, la valoración del estado de salud de los esclavos provenientes de África, para su comercio.

En los períodos de la colonia y la república, y en especial en los siglos XIX y XX, las formas de organización de los servicios de salud tuvieron como marco los agitados procesos de imposición de ideales centralistas ó de descentralización política y administrativa del Estado colombiano, o la convivencia de estas dos tendencias

En la declaratoria de la Constitución de Cúcuta en 1821 se conformó la Gran Colombia integrada por Colombia, Venezuela, Ecuador y Panamá. Pero muy pronto, en 1832, al separarse los países Andinos, como producto de la contradicción entre la propuesta

centralista de Simón Bolívar y las expresiones federalistas impulsadas por el general Francisco de Paula Santander, el territorio colombiano toma el nombre de Nueva Granada. En 1843, se firma una nueva constitución con criterio centralista, que sólo se mantuvo hasta el año 1858, cuando se firma la Confederación Granadina que retoma una propuesta federalista de organización del Estado logrando su máxima expresión en la Constitución de Rio Negro en el año de 1863, al crearse los Estados Unidos de Colombia.

Este proceso de federalismo colombiano del siglo XIX, fue frágil dada la inexistencia de una economía con un mercado nacional articulado, que mantuviera un Estado único federado.

Con la Constitución Política de 1886, vuelve la corriente centralista convirtiendo los nueve Estados Federados en sendos departamentos; a la par que se prohíben los ejércitos y las milicias regionales, y el poder económico del Estado se centra en Santafé de Bogotá.

Este proceso se extiende en los inicios del siglo XX pasando de nueve (9) a veinticinco (25) departamentos con la consolidación de una economía alrededor de la producción, la comercialización interna y la exportación del café.

Con el café se logran dos hechos significativamente importantes: Primero, articular, a través de importantes vías terrestres, la producción cafetera desde las faldas de las diferentes cordilleras del territorio colombiano con la comercialización que se hacía en las principales ciudades del país, y especialmente en los principales puertos de exportación; y el segundo, insertar al país en la economía mundial a partir de la creciente actividad cafetera.

A lo largo del siglo XX, el centralismo político y administrativo del país orientó desde la Presidencia y el Congreso de la República, las políticas económicas y sociales, legislando con base en transacciones con los principales grupos de presión social, conduciendo a la existencia de unos municipios famélicos sin capacidad de resolver las necesidades básicas de la población, con pérdida de legitimidad institucional, y en un proceso de clientelismo político direccionado desde el gobierno central quien designaba a los gobernadores y los alcaldes, y a la vez, definía el destino de la inversión local en

los diferentes escenarios de las necesidades sociales de la población, como es el caso de los servicios de salud.

En este marco de Estado centralista y de políticas públicas generadas como producto de las negociaciones entre el Gobierno Nacional, el Congreso de la República y los sectores sociales de presión, la organización de los servicios de salud en Colombia se caracterizó por una clara fragmentación con profundos problemas de inequidad social.

En efecto, a mitad del siglo XX, los trabajadores vinculados a las empresas del sector privado tenían un sistema de salud organizado desde el Instituto de Seguros Sociales, representado en cada uno de los departamentos de la Nación; los trabajadores públicos recibían servicios de salud a través de las cajas de previsión social, como Cajanal, Caprecom, y otras mil más, existentes en los diferentes municipios del país; y las familias con capacidad de pago, acudían a los servicios médicos privados con la mejor tecnología existente, ubicados especialmente en los principales centros urbanos del país.

El resto de la población, urbana y rural, cercana al 70% del total del país, y considerada la más pobre, recibía los servicios de salud a través de la red pública de los hospitales en cada uno de los municipios y departamentos, con inmensas dificultades de acceso, oportunidad y calidad del servicio.

A partir del año 1986, se impulsa con vigor un proceso de descentralización política, administrativa, fiscal y social del Estado colombiano, que incluye rápidamente y de manera explícita, la reorientación de la financiación y la administración de la organización de los servicios de salud en el país.

Esta fase histórica de la descentralización del Estado colombiano se inicia en 1986 con la promulgación de la elección popular de alcaldes, que se materializa en el año 1989 con el primer proceso electoral, para un período de dos años.

Posteriormente, la Constitución Política de 1991, extendió el período de gobierno de los alcaldes a tres años, y en 1994, una reforma constitucional, volvió a extender su período de gobierno a cuatro (4) años. De manera simultánea, con la Constitución Política de 1991, se inició el proceso de elección popular de gobernadores, encontrándose

actualmente su período de gobierno, igual que los alcaldes para un tiempo de cuatro (4) años.

La descentralización política del país, a través de la elección popular de alcaldes y gobernadores, se acompañó de un proceso de descentralización fiscal, que incrementó significativamente el recaudo y los recursos económicos, para la inversión social en sus territorios.

Los anteriores componentes, político y fiscal, fueron complementados con una orientación administrativa que definió las competencias del orden nacional, departamental y municipal, en un concepto de unidad territorial y administrativa del Estado colombiano.

Finalmente, la descentralización para la ejecución de las políticas sociales y la organización para la prestación de los servicios educativos, de salud, de agua potable y de saneamiento ambiental, fueron visibles rápidamente, con asignación específica de recursos económicos significativamente crecientes, que en salud se reflejaron en mayor cobertura y mejoramiento de la estructura hospitalaria en los diferentes municipios del país, dirigidos a la atención de la población que estaba excluida de las estructuras institucionales de la seguridad social.

La nueva organización política, administrativa, fiscal y social del territorio colombiano, con una fuerte preponderancia municipalista, se erige sobre un marco jurídico amplio y explícito, y en concordancia, para la organización de los servicios de salud se expide la Ley 10 de 1990 y la Ley 60 de 1993, con una amplia reglamentación posterior.

Sin embargo, al igual que en muchos otros países de Latinoamérica, de manera simultánea con el nacimiento de este proceso de descentralización del Estado colombiano, se posiciona de manera nítida con la Constitución Política del año 1991, una corriente de pensamiento ideológico, político y económico neoliberal, con principios de control y austeridad fiscal; privatización de empresas y servicios a cargo del Estado; y desregulaciones y juegos de apertura económica al libre mercado.

La corriente de pensamiento neoliberal, en un principio no ataca la iniciativa descentralista del Estado, sino que en contrario, la incorpora para el logro de su agenda política y económica.

Con la expedición de la Constitución Política del año 1991, se definió nuestro país como un “*Estado social de derecho*”, pero a la vez y de manera contradictoria, los servicios de salud fueron definidos como un servicio público negando su categoría de derecho social. El concepto del servicio de salud establecido en la Constitución Política como un servicio público no fue casual y se asociaba a permitir la participación del sector privado en un modelo basado en el aseguramiento con ánimo de lucro en la administración y prestación de los servicios.

Posteriormente, y con base en estos parámetros, se promulgó la Ley 100 de 1993 que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el año 1993, con la expedición simultánea de dos normas, la Ley 60 que fortalece la descentralización administrativa del sistema de salud en el país, y la Ley 100, que pone la salud como servicio público en el marco de una economía de libre mercado, se gesta una historia de dos décadas que año tras año acumula una profunda crisis del sistema de salud que deslegitima los desarrollos de descentralización del Estado colombiano, y pone en una visible incapacidad de rectoría, organización y control de los servicios de salud, a las instituciones del Estado a nivel local y departamental, como son las alcaldías y las gobernaciones.

La incapacidad de los gobiernos locales y departamentales para realizar rectoría, organización y control de los servicios de salud, es producto de la misma fragmentación que se traía desde mitad del siglo XX, que se agrava con las funciones que el Estado le delega a las entidades promotoras de salud (EPS), quienes fueron facultadas para realizar el recaudo económico del sistema de salud; la afiliación de los ciudadanos; y la organización de la prestación del servicio de salud, a través de un contrato individual y un plan de beneficios determinado.

Todo el esquema de funcionamiento del sistema de salud en el país, se estructuró sin la existencia de alguna adherencia o relación con el territorio que habita la población que se vincula al sistema de salud: Un modelo sin referencia territorial.

En conclusión, cada EPS quedó facultada para organizar la prestación de los servicios de salud para cada afiliado o beneficiario, sin considerar la organización política y administrativa del Estado colombiano, en lo local y en lo departamental. Cada reforma a la Ley 100 de 1993, como la Ley 715 de 2001, la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, reafirmaron esta tesis, despojando totalmente a los alcaldes y gobernadores de las funciones de rectoría y control sobre la operación del sistema de salud en sus territorios. Este modelo de salud basado en un contrato individual de aseguramiento que ignora la organización política y administrativa del Estado a nivel municipal y departamental, y que centra la organización de los servicios de salud en el marco de una economía de libre mercado, ha generado preocupantes peores indicadores de gestión de los servicios de salud en el país.

Durante las dos décadas de funcionamiento del sistema general de seguridad social en salud, se ha presentado el cierre de históricos centros hospitalarios en las diferentes regiones del país; el deterioro de las condiciones laborales y salariales de los trabajadores del sector de la salud; la constante expresión de angustias y sufrimientos de amplios sectores de la población por la existencia de barreras de acceso a sus servicios de salud; la más profunda corrupción en el manejo administrativo y financiero de los recursos económicos del sector; las inmensas y crecientes deudas y el estancamiento en el flujo de los recursos económicos del sector, desde las entidades aseguradoras hacia las entidades hospitalarias, tanto públicas como privadas; y los anuncios que se repiten año tras año, de los organismos de control social como la Procuraduría General de la Nación, la Contraloría General de la República y la Defensoría del Pueblo, presentado informes que evidencian los problemas estructurales del sistema de salud, y reclamando reformas inmediatas y profundas.

Hoy existe un proceso de desgaste, deslegitimidad y desinstitucionalización de las alcaldías y gobernaciones, por su incapacidad institucional para intervenir los problemas estructurales, profundos y cotidianos, que garantice el acceso a los servicios de salud de la población que habita sus territorios.

El Estado colombiano, en sus más altas estructuras institucionales conoce el problema: La Corte Constitucional ha elevado a *“un derecho ciudadano”* la salud, a través de sus diferentes conceptos, y ha hecho un llamado al Gobierno Nacional para que *“... se eliminen los mercaderes de la salud”*; la Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la República hacen pronunciamientos públicos para *“... que haya una transformación de fondo en el sistema de salud”*; la Fiscalía General de la Nación crea *“... un grupo especializado para intervenir los niveles de corrupción que tiene el sistema de salud”*; el Vicepresidente de la República insta a que *“... se haga un gran acuerdo nacional por el derecho a la salud”*; y el Presidente de la República, anuncia una y otra vez *“... una reforma de fondo que garantice el derecho de la salud de todos los ciudadanos”*.

La Federación Médica Colombiana, FMC; la Asociación Colombiana de Pediatría, ACP; la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, ACHC; los sindicatos del sector de la salud; y otros sectores sociales, piden reiteradamente *“una reforma de fondo e inmediata al sistema de salud”*.

La Federación Nacional de Municipios, FNM, y la Federación de Gobernadores, FNG, le han planteado al Gobierno Nacional *“... que les entregue la administración y la operación del régimen subsidiado”*, que hoy es ejercido por las EPS.

De manera paralela a estos veinte años de aplicación del sistema de salud basado en el aseguramiento, ha existido un importante desarrollo y jurídico sobre el ordenamiento urbano que crea condiciones para construir una propuesta de organización de los servicios de salud basados en un enfoque territorial y de garantía de derechos para la población: *“la organización de los territorios regionales saludables”*.

La Constitución Política estableció como ordenamiento político y administrativo con criterio territorial a los departamentos, los municipios y los resguardos indígenas definiéndolos de primer, segundo y tercer nivel respectivamente.

Los departamentos han mantenido un concepto territorial de región o de subregión, conocidos como provincias, definidas estas como la agregación de municipios del mismo departamento que comparten una identidad cultural y territorial.

Los municipios, además de conformar provincias dentro de su departamento, como unidad político administrativa tienen la potestad para crear formas asociativas en un concepto de áreas metropolitanas como agregados de municipios que comparten dinámicas económicas, culturales y de movilidad.

El concepto de resguardo indígena es fundamentalmente de tipo cultural y de preservación de los elementos políticos y de identidad de una o más comunidades indígenas que lo pueden conformar.

Los desarrollos normativos como la ley orgánica de ordenamiento territorial, LOOT, la ley de municipios y la ley de áreas metropolitanas, tienen como espíritu fortalecer el concepto de municipalización como base del ordenamiento territorial del país, y simultáneamente, promueven la creación y operación de formas asociativas de municipios acogiendo los procesos de urbanización que ha tenido el país.

La promoción de formas asociativas de los municipios, jurídicamente está orientada para que las administraciones municipales tengan mayor capacidad de gestión, con eficiencia y en la procura de garantizar los derechos sociales, como el de la salud.

Además de los desarrollos normativos relacionados con el ordenamiento urbano y territorial, el país ha vivido procesos de urbanización que se intensificaron desde mediados del siglo XX transformando principalmente las grandes y medianas ciudades.

Hoy tenemos una gran urbe con más de siete millones de habitantes como es Bogotá D.C.; dos ciudades que superan cada una los dos millones de habitantes; diecisiete ciudades capitales que superan los doscientos mil habitantes, cada una convirtiéndose en importante nodo dinamizador de la economía y el flujo de personas con municipios adjuntos en pleno crecimiento, creando áreas metropolitanas de facto; pero a la vez, también tenemos cientos de municipios que no superan los diez mil habitantes con claras características económicas, culturales y poblacionales de ruralidad.

1. Definición del problema

Con la elección popular de alcaldes definida jurídicamente en 1986 y puesta en marcha desde 1989, y posteriormente, la elección popular de gobernadores, establecida en la Constitución Política, se dio inicio al último período de descentralización política que ha tenido el país.

Aunque esta decisión política se acompañó de la Ley 10 de 1990 y la Ley 60 de 1993, que estableció las competencias administrativas y la asignación de recursos económicos de la Nación hacia los departamentos y los municipios, el Congreso de la República expidió la Ley 100 de 1993 que creó el sistema de salud, basado en un modelo de aseguramiento de los habitantes, con rentabilidad, bajo los preceptos y principios de una economía de libre mercado, afectando sustancialmente la capacidad de gestión de alcaldes y gobernadores, que se acentúa con las reformas realizadas en el año 2001, 2007 y 2011.

El sistema de salud en Colombia ignora la organización política y administrativa del Estado a nivel municipal y departamental, al centrar la relación entre afiliado y aseguradora sin la más mínima posibilidad de intervención de un alcalde o un gobernador, o sus secretarios o directores de salud, para realizar acciones de rectoría, vigilancia o control en la garantía de los derechos ciudadanos de su población.

Durante las dos décadas de funcionamiento del sistema general de seguridad social en salud, a nivel municipal y departamental se han vivido muchos hechos que evidencian tanto la crisis del sistema de salud como la impotencia de los gobernantes para prevenir o corregir estos acontecimientos.

Se ha presentado el cierre de históricos centros hospitalarios en las diferentes regiones del país; el deterioro de las condiciones laborales y salariales de los trabajadores del sector de la salud; la constante expresión de angustias y sufrimientos de amplios

sectores de la población por la existencia de barreras de acceso a sus servicios de salud; la más profunda corrupción en el manejo administrativo y financiero de los recursos económicos del sector; las inmensas y crecientes deudas y el estancamiento en el flujo de los recursos económicos del sector, desde las entidades aseguradoras hacia las entidades hospitalarias, tanto públicas como privadas; entre otros.

En contraste, el Estado a través del órgano ejecutivo, representado en el Gobierno Nacional, y el órgano legislativo, representado en el Congreso de la República, ha expedido diferentes leyes en los últimos años dirigidas a fortalecer y consolidar la figura de la municipalidad como la base estructural política y administrativa de la nación.

A la vez que los órganos del Estado han reiterado la estructura municipal como la unidad territorial y administrativa del país, también han promovido el desarrollo de formas asociativas de los municipios orientado a que las administraciones municipales tengan mayor capacidad de gestión, con eficiencia y en la procura de garantizar los derechos sociales, como el de la salud.

Ante las expresiones locales y departamentales de problemas de gestión en la prestación de los servicios de salud, es posible y a la vez necesario, que se desarrollen escenarios de organización de los servicios de salud con enfoque territorial teniendo en cuenta los procesos de urbanismo que ha tenido el país en las últimas décadas y las bases jurídicas que ha tenido el ordenamiento urbano y territorial, colocando a los alcaldes y gobernadores como agentes fundamentales en la rectoría, la vigilancia y el control de la garantía del derecho a la salud.

El desarrollo de nuevos escenarios con criterio territorial para la organización de los servicios de salud en Colombia, son los “territorios regionales saludables”

Pregunta a resolver

¿Es posible en Colombia desarrollar la “organización de los territorios regionales saludables” a partir de identificar el proceso de urbanización que ha existido en el país, colocando como referencia el marco jurídico normativo del ordenamiento territorial que ha tenido como propósito consolidar los criterios de municipalización como unidad básica

territorial, político y administrativo del país, y el desarrollo de regiones a partir de formas asociativas de municipios?

Hipótesis inicial

La existencia de un sistema de salud en un marco económico de libre mercado, como ocurre en Colombia, va en contra vía de un proceso de descentralización política, administrativa, de gasto fiscal y de garantía de derechos, al primar en su operación un criterio rentista por encima de intereses de construcción de institucionalidad territorial y del bien común.

La organización de la operación de los servicios de salud de las entidades aseguradoras en un modelo de libre mercado, está circunscrito exclusivamente a lo establecido en un contrato comercial entre la aseguradora (entidad promotora de salud, EPS) y el ciudadano, que contiene el pago de una prima y el acceso a un plan de beneficios limitado.

La base rentista del modelo de salud afecta a todos los actores como son las instituciones prestadoras de servicios de salud; los trabajadores del sector de la salud; los estudiantes y los profesionales de la salud; los usuarios del sistema de salud; y en especial, a los gobernantes municipales y departamentales; producto de la condición de control absoluto que han ejercido las entidades aseguradoras de salud, y el débil papel del estado en la rectoría, la vigilancia y el control

En la actualidad existen instrumentos jurídicos normativos del ordenamiento territorial, desarrollados bajo el interés por fortalecer al municipio como base de la organización política y administrativa del Estado en un enfoque descentralista, y concomitantemente, también en su interés por crear formas asociativas municipales que propendan por la eficiencia en la administración del Estado.

Este proceso normativo que se ha mantenido desde la Constitución Política hasta el día de hoy, ha creado condiciones para proponer reformas a la organización de los servicios de salud basadas en un enfoque territorial, como es la “organización de territorios regionales saludables”, que tenga en cuenta el proceso de urbanización que ha vivido el

país en las últimas décadas, y la necesidad que los alcaldes y gobernadores ejerzan la rectoría, vigilancia y el control del sistema de salud en su jurisdicción.

.

2. Objetivos

2.1 Objetivo principal

Proponer escenarios de organización de territorios regionales saludables, considerando el proceso de urbanización que ha presentado el país y teniendo como base el desarrollo jurídico normativo del ordenamiento territorial existente, en especial, de los esquemas asociativos territoriales y las formas asociativas municipales.

2.2 Objetivos Específicos

- Describir los procesos de ocupación y ordenamiento del territorio en Colombia y las formas de organización de los servicios de salud.
- Relacionar el contexto político y social previo al establecimiento de la elección popular de alcaldes y gobernadores, como expresión de la descentralización del Estado en Colombia.
- Exponer las características del proceso de urbanización que ha tenido el país, en las últimas décadas.
- Presentar el desarrollo normativo jurídico del ordenamiento territorial, que actualmente tiene el país.
- Proponer diversas formas de organización de territorios regionales saludables, con base en la caracterización del proceso de urbanización y el desarrollo jurídico del ordenamiento territorial que ha presentado el país, en especial, de los esquemas asociativos territoriales y las formas asociativas municipales.

3. Metodología

El presente trabajo de investigación tiene como base los postulados del profesor Orlando Escorcía (ESCORCIA OYOLA, 2009), donde acogiéndome a sus criterios, se ubica como un **estudio de tipo propositivo**.

Fases de la investigación

El desarrollo del trabajo de investigación se realizó a través de cuatro (4) fases, permitiendo incorporar en él tanto los elementos ideológicos y técnicos adquiridos por el investigador en su vida académica y laboral, como su formación en el programa académico de la Maestría de Ordenamiento Urbano Regional. Las cuatro (4) fases del trabajo de investigación fueron:

- **Identificación del problema:**

En esta fase primó el análisis del autor, considerando su propia experiencia en el sector salud, especialmente su comprensión de construir y desarrollar políticas públicas de salud desde la perspectiva territorial y poblacional.

A partir de este sustrato, se adiciona el enfoque de la formación de la Maestría en Ordenamiento Urbano Regional, la discusión técnica y metodológica de los procesos de investigación, y el desarrollo del trabajo con los directores de la investigación.

- **Ordenamiento y procesamiento de la información:**

Definido el objeto, se desarrolla la compilación de documentos que contienen la historia de la medicina; los hechos que hoy caracterizan el sistema de salud vigente en el país; los fenómenos de descentralización y centralismo del Estado en Colombia; el proceso de urbanización que ha vivido el país; el desarrollo jurídico normativo que ha producido el Congreso de la República y la estructura ejecutiva de los gobiernos nacionales y locales; y finalmente las experiencias que en atención primaria en salud,

APS, han logrado poner en marcha algunas administraciones locales, departamentales y distritales.

El proceso de compilación llevó en sí mismo acciones de selección, de eliminación y de búsqueda de nuevos documentos, que permitieran tener cada vez mayor claridad, coherencia y unidad en el objeto de estudio, y la construcción de un producto final con una propuesta de organización de los servicios de salud con enfoque territorial.

Finalmente, se descartaron aquellas fuentes documentales que no aportaron de manera crítica al análisis de los componentes del trabajo de investigación o que, aún siendo importante, en su contenido creaban distorsiones o distractores con relación al objeto de estudio.

- **Planteamiento de problema:**

Con base en la revisión, selección y descarte de los documentos seleccionados, se logró un primer ordenamiento y una primera sistematización de la información, que generó un primer planteamiento del problema a investigar. Este ciclo se repitió en tres ocasiones, hasta lograr el planteamiento final que hoy está contenido en el producto del trabajo de investigación realizado.

Esta fase fue muy enriquecedora dentro de todo el proceso de investigado, y la más importante de todas las fases de investigación.

- **Resolución del problema:**

En esta fase se expresa de manera nítida la propuesta del autor del trabajo de investigación, manteniendo con fuerza los dos elementos fundamentales encontrados en las fases anteriores de ordenamiento de la información y planteamiento del problema: El proceso de urbanización que ha tenido el país y el desarrollo jurídico normativo que actualmente se ha logrado en materia de ordenamiento urbano.

En el marco del sector de la salud, la propuesta del autor coloca como mayor referencia dos hechos políticos y administrativos: Primero, la necesidad de que los representantes del Estado en las diferentes escalas territoriales, especialmente en lo local como son los

alcaldes y gobernadores, recuperen sus competencias de rectoría, vigilancia y control, y segundo, el desarrollo de las formas asociativas municipales, como instrumentos que le da mayor capacidad de gestión y eficiencia al Estado colombiano.

El estudio de tipo propositivo le permitió al autor del trabajo de investigación, acercar tres elementos fundamentales: Su experiencia en la administración del Estado en el sector salud, sus convicciones ideológicas, y su formación académica en la Maestría del Ordenamiento Urbano Regional.

Con base en lo anterior, se logró una adecuada revisión documental de los procesos del ordenamiento urbano y la situación de la gestión de alcaldes y gobernadores en el campo de la salud, para elaborar una propuesta que teniendo como referencia institucional y administrativa parte del marco jurídico actual facilitando el desarrollo de la “organización de los territorios regionales saludables”, reconociendo la atención primaria en salud, APS, como el principal ordenador territorial.

BIBLIOGRAFIA

ESCORCIA OYOLA, O. (2009). *Manual para la Investigación. Guía para la formulación, desarrollo y divulgación de proyectos*. Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Artes.

4. La ocupación del territorio en Colombia y la organización de los servicios de salud

4.1 Introducción

Este primer capítulo tiene el propósito de evidenciar que las diversas formas de organización de la República que se han presentado a lo largo de la historia del país, especialmente asociado a los procesos de centralización y descentralización del Estado, han determinado significativamente la forma de organización de los servicios de salud.

Ya en los siglos XIX y XX con la maduración de la República, se institucionaliza en Colombia la organización de los servicios de salud caracterizada especialmente por la transición de un servicio, ofrecido especialmente por la Iglesia con un enfoque de caridad, a la plena responsabilidad del Estado, quien definió el servicio de salud en la Constitución Política de 1936 como “asistencia pública”.

El desarrollo de estas ideas divide este capítulo en tres partes: La primera, hace alusión al encuentro cultural y epidemiológico que significó la conquista y la colonia en el territorio colombiano; la segunda, describe la incorporación de los elementos sanitarios en la fundación de las ciudades, y la construcción de estas, como control político e ideológico por parte de la Corona Española; y la tercera, presenta las contradicciones y las tensiones de diferentes sectores sociales y de las administraciones locales, con el Gobierno Nacional, que conllevaron a las diferentes formas de la organización de los servicios de salud en el país, en las escalas territoriales del nivel central y local.

4.2 El viejo y el nuevo mundo: Encuentro de culturas

El origen de la medicina en las diferentes culturas está estrechamente ligado al origen mismo de cada uno de los pueblos. En la medida que cada cultura hacia comprensión de su entorno natural y social iba incorporando sus conocimientos al entendimiento del funcionamiento del cuerpo y sus enfermedades, a la vez, este conocimiento de la

enfermedad y las prácticas para restablecer la salud, acrecentaba la comprensión del universo más inmediato de los diferentes grupos humanos.

El conocimiento obtenido, en procesos de hacer y errar, se fue transmitiendo de generación en generación, y se fue eliminando e imponiendo a través de las guerras y los hechos de poder.

La medicina primitiva era muy semejante en todos los países del mundo; era de carácter teúrgico y con tendencia a atribuir la enfermedad a las alteraciones de los humores del cuerpo. Los sacerdotes asociaban sus drogas a prácticas misteriosas que se acompañaban de ritual a las posibilidades humanas.¹

En Europa, desde el siglo XII, avanza raudamente el desarrollo científico creando condiciones para procesos políticos que fueron revolucionando las formas de gobernar y organizar las diferentes sociedades, conllevando a que la llegada de los conquistadores provenientes de España y de otros países no fuera un hecho del azar solamente.

Decayó la escolástica y aparecieron los librepensadores. Se multiplicaron las universidades. Se desarrolló la literatura nacional. Los inmigrantes griegos hicieron que se extendiera la afición a su lenguaje con cierto abandono del latín. Se hicieron modificaciones en la escultura y pintura. Se desarrolló la industria, el comercio y adquirió gran importancia el puerto de Barcelona y después el de Cádiz. Se generalizó el empleo de la brújula. Guttenberg (1439) descubrió la imprenta y dio a la luz la primera obra impresa, *La Vulgata*, 1445, y el uso del papel de trazo contribuyó al desarrollo del nuevo arte. En la guerra se empezó a usar el mosquete, en 1432, y las bombas después.²

A finales del siglo XV, España se encontraba en la necesidad de buscar nuevos mercados, razón por la cual llega a América generando dos hechos significativos: El

¹ Historia de la Medicina en Cuba siglos XVI a primera mitad del XVIII Orígenes de la medicina. Antecedentes españoles

² Historia de la Medicina en Cuba siglos XVI a primera mitad del XVIII Orígenes de la medicina. Antecedentes españoles

primero, demarca el concepto del viejo mundo y el nuevo mundo; y el segundo, un encuentro de tres culturas, la indígena, la europea y la africana, cada una con una construcción milenaria.

Los españoles, traen consigo el sincretismo cultural que Europa había logrado acumular, inclusive incorporando las culturas orientales.

La cuna de la medicina europea fue la India. Los himnos de Rig *Veda* fueron famosos. Para ellos la vida era un "soplo" que anima al cuerpo y la enfermedad la destrucción de la armonía corporal. Las leyes del Manú, daban consejos higiénicos. Creían en los cuatro elementos: aire, fuego, agua y tierra.

Entre los Iranios figuró Amchaspan, genio de la medicina. Aislaban a los leprosos y se ocuparon más de medidas de higiene.

Los Caldeos tenían una medicina empírica y sacerdotal. Creían en la influencia de los astros. En el libro *Hammurabí* 2.000 años antes de Cristo citan operaciones.

Entre los egipcios estaba muy adelantada la medicina y de ellos aprendieron los griegos. Era religiosa, empírica y polifarmaca. Partidarios de la teoría humoral tenían buenos clínicos. Conocían muy bien el arte de embalsamar y los enfermos se exponían al público para que los transeúntes dieran remedios, y en los templos se anotaban éstos en libros especiales, con la sintomatología de cada enfermo y así componían verdaderas obras de clínica.

Los hebreos tenían menos conocimientos que los egipcios. *La Biblia* recomendaba limpieza, lavados y abluciones. Tuvieron las primeras parteras Schipha y Perlanen y comían preparados especiales. La medicina China era muy antigua. Daban sus médicos gran importancia al estudio del pulso y al aspecto de la lengua. Introdujeron el ruibarbo y el hierro. Usaban medicamentos repugnantes. Temían a la sangría y castigaban al médico cuando no curaba al enfermo.³

³ Historia de la Medicina en Cuba siglos XVI a primera mitad del XVIII Orígenes de la medicina. Antecedentes españoles

Los españoles, los ingleses y los portugueses, trajeron a América concepciones de Estado, gobierno, religión, ciencia, ciudades, protección social y salud, que finalmente impusieron.

La concepción de la vida social de los españoles la materializaron, entre otras formas, a través de la construcción de ciudades, que incluyó criterios sanitarios para su fundación. En las ciudades incorporaron la construcción de hospitales, la gestión de los servicios de salud a través de la caridad y el establecimiento de la profesión médica.

En América también se había construido una concepción de organización social milenaria, desde el ingreso de los primeros hombres al continente americano estimado en 12.000 años A. de C. hasta el momento de la llegada de las diferentes expediciones europeas.

El desarrollo de las comunidades nativas de esta esquina del continente, que hoy es Colombia, según la propuesta del antropólogo Gerardo Reichel-Dolmatoff, se cumplió en cuatro etapas superpuestas. La primera llamada paleoindia, abarcaría desde 12.000 A. de C. La siguiente, o etapa formativa, iría desde los 3.000 a. de C. hasta comienzo de nuestra era. La tercera, conocida como de los cacicazgos o sociedades de rango, debió comenzar en algún momento del primer milenio de nuestra era, y tiene que ver con la formación de una institución político-social en diversos momentos, según cada uno de los grupos. La cuarta, y última etapa, o de las federaciones de aldeas, corresponden a los últimos siglos del período prehispánico. En este último periodo se encontraban las dos grandes culturas que más impactaron a los recién llegados: la Tairona y la Muisca.⁴

En América, y en lo que hoy es el territorio de Colombia, las culturas indígenas habían logrado importantes avances de comprensión de los fenómenos de la naturaleza y la

⁴ QUEVEDO, Emilio. Historia de la medicina en Colombia, Tomo I, Capítulo I. Bogotá: Tecnoquímicas, 2007. P.23

interrelación con el hombre y sus comunidades. Los grupos indígenas habían construido un imaginario que procuraba mantener un orden cósmico y habían delegado en el brujo o chaman su tranquilidad espiritual y los procesos de institucionalidad con prácticas de salud.

En opinión del antropólogo francés Lévi-strauss, ya en las bandas de cazadores y recolectores se destacaban un jefe civil y un brujo o jefe religioso. Por la atribución de algunas actividades poco diferenciadas. En la vida cotidiana este brujo realizaba las labores propias de los demás miembros de la banda, a diferencia de lo que ocurría en épocas posteriores. Desde tan remota época, el jefe religioso, brujo o chaman, “mantiene relaciones íntimas con las fuerzas sobrenaturales” (Lévi-strauss, 1974:193-194), a las cuales pertenecen, en gran medida, los malestares que hoy denominamos enfermedades. Sin embargo, el detalle de las prácticas curativas propias de estos primeros pobladores se desconoce, debido a la ausencia de escritura y la pérdida del legado rescatable de la tradición oral, quizá por efecto de la posterior colonización y la reducción poblacional y cultural que lo acompañó.⁵

La llegada de los españoles a tierras colombianas, acrecentó el devenir histórico en un territorio bastante poblado en las costas, las llanuras, las cordilleras, y con un importante proceso de organización social, cultural, y de construcción de conocimientos.

Estos indicios muestran que los aborígenes americanos habían alcanzado algún grado de progreso a la llegada de los conquistadores. Se destacan los conocimientos astronómicos de los Mayas, las técnicas de agricultura, comercio y comunicaciones de los Incas, y la arquitectura de los Mayas, Aztecas e Incas; en general la mayoría de culturas amerindias poseían una estructura social bien

⁵ QUEVEDO, Emilio. Historia de la medicina en Colombia, Tomo I, Capítulo I. Bogotá: Tecnoquímicas, 2007.

definida, con distinción jerárquica de poderes, artes y oficios, que permitía una convivencia social organizada.⁶

Es muy probable que las condiciones de salud de la población aborigen estuviesen asociadas a las condiciones ambientales, la ubicación de sus asentamientos, los tipos de alimentación, las prácticas laborales, los conflictos bélicos, entre otros hechos de su vida cotidiana.

Ya en América existían ciudades planificadas con criterio sanitario como Teotihuacan y Tenochtitlan que tuvieron agua potable y drenaje. Los habitantes de Tenochtitlan recolectaban la basura y lavaban sus calles diariamente.

El Códice Badiano, del año 1552, fue un libro original del médico indígena Martín de la Cruz del año 1552 traducido al latín por Juan Badiano, indio de Xochimilco. Este código está dividido por grupos de enfermedades y su manera de curarlas con hierbas, árboles y secreciones o plumas de algunos animales.

En Mesoamérica no hubo epidemias de enfermedades infecciosas asociadas al ganado, como la viruela y el sarampión, pero sí epidemias de disentería, influenza y neumonía. También se registran casos frecuentes de reumatismo, artritis y tuberculosis.

Los médicos eran miembros de la comunidad escogidos por tradición. En los médicos de las tribus indígenas se amalgamaba el quehacer como sacerdote y la función propia como curador, como consecuencia de la estrecha relación conceptual de salud, medio ambiente y espiritualidad.

Este médico-sacerdote no sólo es el sanador de problemas individuales, es ante todo una conciencia socializadora, puesto que la enfermedad es entendida como síntoma de un desorden grupal o económico y por tanto su papel también consiste en ser un importante foco de la organización social, política y religiosa, pudiendo servir de catalizador de ciertos procesos psicosociales o incluso ser

⁶REVISTA Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad del Cauca. Volumen 6 / No. 4 / Diciembre 2004. Medicina Amerindia Prehispánica y Contemporánea. Conocimiento, pensamiento y médicos de nuestras raíces culturales*. Francisco Bohórquez Góngora

fuelle de conflicto frente a su quehacer, visto como simple brujería, a nivel interno o externo de la comunidad.⁷

A su llegada, los españoles se encuentran con diferentes representaciones sociales en las organizaciones de los indígenas, que oficiaban como curadores o médicos.

Los grupos Tayrona, Colimas y Panches los nombraban Mohanes o Noamas, entre los Tukano y Kogí, los médicos se denominaban Shamanes, mientras que en el litoral pacífico se denominan Jaibanás, entre los Emberas, o Nieves entre otros grupos. Los Muisca daban a sus médicos-sacerdotes el nombre de «Ogque», que los españoles cambiaron a «Jeque». Entre los Paeces se les llama the' wala y entre los Guambianos médicos tradicionales.⁸

La práctica curativa indagaba por las condiciones de vida del enfermo y las ponía en un contexto de cosmovisión construyendo un saber ecológico de la enfermedad, que posteriormente procuraba a través de rituales y magias, lograr el equilibrio con su naturaleza.

El diagnóstico se basaba en prácticas adivinatorias, pero no eran las únicas fuentes. En muchos casos sus juicios se solían basar y aún así se hace, en una minuciosa indagación sobre las costumbres alimenticias, el modo de vida familiar, las condiciones sanitarias de la vivienda, las actividades agrícolas y el cumplimiento de los preceptos religiosos. Además se realizaba una detallada evaluación del enfermo, al que se tocaba y olía en busca de indicios etiológicos de su problema de salud. Posteriormente bajo en Estado de trance dado por algunas sustancias alucinatorias y cantos rituales entraba él y a veces el

⁷ REVISTA Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad del Cauca. Volumen 6 / No. 4 / Diciembre 2004. Medicina Amerindia Prehispánica y Contemporánea. Conocimiento, pensamiento y médicos de nuestras raíces culturales*. Francisco Bohórquez Góngora

⁸ REVISTA Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad del Cauca. Volumen 6 / No. 4 / Diciembre 2004. Medicina Amerindia Prehispánica y Contemporánea. Conocimiento, pensamiento y médicos de nuestras raíces culturales*. Francisco Bohórquez Góngora

enfermo, en el mundo espiritual para consultar el origen y significado de la enfermedad así como la vía de la curación.⁹

Las diferentes culturas indígenas construyeron su propio acervo cultural y científico alrededor de la salud y la enfermedad. La medicina peruana estaba dominada por la magia; la mexicana era profundamente teúrgica; la de los indios de Norteamérica y Suramérica estuvo muy asociada a la brujería.

Al llegar los españoles existía en la parte baja de la Sierra Nevada de Santa Marta, por debajo de los dos mil metros sobre el nivel del mar, la población Tairona con un importante desarrollo de prácticas en salud que mezclaban el conocimiento ambiental, los desequilibrios que generaban la enfermedad, y la construcción cultural de invocar energías que curaban a través de ritos y cantos.

Lo que sí se puede decir es que tenían una interesante clasificación de las enfermedades basadas en los colores, destacada por los historiadores de la medicina. Entre los Taironas, los chamanes estaban encargados del manejo benéfico o maléfico de las plantas y eran los responsables de conservar y transmitir las genealogías y el pasado mítico e histórico de sus comunidades. Para ellos utilizaban poemas y cantos, danzas y representaciones. Además fueron los oficiantes de los ritos de iniciación de paso y muerte, y se les atribuía una función de “planificadores ecológicos”, entre otras más, que presupones un “conocimiento especializado”. No fue esta la imagen que difundieron los cronistas, quienes, desde una cosmovisión española contrarreformista, los juzgaron como agentes del demonio.¹⁰

⁹ REVISTA Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad del Cauca. Volumen 6 / No. 4 / Diciembre 2004. Medicina Amerindia Prehispánica y Contemporánea. Conocimiento, pensamiento y médicos de nuestras raíces culturales*. Francisco Bohórquez Góngora

¹⁰ QUEVEDO, Emilio. Historia de la medicina en Colombia, Tomo I, Capítulo I. Bogotá: Tecnoquímicas, 2007. P.26.

Los españoles en su obsesión por encontrar oro y otras riquezas minerales, penetraban el territorio encontrándose con asentamientos indígenas organizados espacialmente, hasta las altas montañas de la cordillera oriental. Allí, se encontraba organizado el pueblo Muisca, ubicado dispersamente en los altiplanos y las laderas de la cordillera.

Entre los muiscas se destacaban los centros políticos y ceremoniales de Sugamuxi (Sogamoso), Tundama (Duitama), Hunza (Tunja) y Bacatá (Bogotá). En estas últimas localidades estaban los ricos tesoreros del Zipa y el Zaque, que tenían abundantes esmeraldas y bellísimas piezas de orfebrería, lo que les permitió pensar que estaban en las puertas de un fabuloso reino.¹¹

En España, para esta época de finales del siglo XV, los médicos gozaban de una importante jerarquía dentro de su sociedad. Esta condición, facilitaba que los médicos compartieran espacios políticos, académicos, y de importantes proyectos para su país.

Desde el punto de vista de la medicina española: se fundaron las universidades de Valencia y Barcelona, los primeros asilos para orates y la primera morbería o lazareto de Mallorca, el primero del mundo, contra la epidemia de 1441. Se crearon los médicos de Cámara para asistir a los Reyes y los primeros hospitales de campaña cuando el sitio de Granada. En 1490 se empezó a hacer la disección en amplia escala en Escuela de Medicina de Barcelona donde constaban los estudios de cuatro años. Se destacan en el campo de la medicina: Diego Cobo, Chirino de Guadalajara, Juan Villa (escribió *Epidemia y Peste* primera obra de medicina, impresa en España); Gutiérrez de Toledo, Pedro Pintor, Gaspar Torrella y otros.¹²

La importancia del grupo social médico en la Edad Media en Teruel, aunque no numeroso, sí tuvo relevancia y prestancia social, como demuestra el hecho de

¹¹ QUEVEDO, Emilio. Historia de la medicina en Colombia, Tomo I, Capítulo I. Bogotá: Tecnoquímicas, 2007. P. 28.

¹² Historia de la Medicina en Cuba siglos XVI a primera mitad del XVIII. Orígenes de la medicina. Antecedentes españoles.

que forman una Cofradía de Oficio y todos los años, hasta el año 1400, su patrono será San Lucas, celebrando su fiesta el 18 de octubre en la iglesia de San Pedro. El año 1400 se traslada la fiesta del Oficio al día 26 de Septiembre, venerando a los patronos, San Cosme y San Damián, con una misa que encargan al Capitulo General de Racioneros, por la que satisfacen 50 sueldos jaqueses.¹³

Fue así como los médicos hicieron parte de esta historia de la conquista de América desde los primeros viajes de Cristóbal Colón, ya sea como médicos de cabecera de importantes personalidades españolas o en su afán personal de hacer parte de importantes proyectos y aventuras de su país.

En la expedición no se incluían soldados ni colonos porque se trataba de un viaje de exploración, pero entre los tripulantes se habían embarcado los maestros Juan Sánchez, Alonso de Moguer y Diego. El primero era físico y cirujano, el segundo era también físico; no se ha podido esclarecer el apellido del tercero ni si era cirujano o boticario. Sánchez, a quien Colón había conocido en la botica del genovés Leonardo de Esbarroya durante las tertulias que allí se llevaban a cabo, se embarcó en la Santa María; ocupaba el cuarto lugar dentro de la jerarquía de la tripulación, después de Colón, Juan de la Cosa (dueño de la nave) y el piloto Sancho Ruiz. De Moguer, aunque sobre él se sabe muy poco, es seguro que viajó con Vicente Yañez Pinzón a bordo de la Niña. El maestro Diego hizo parte de la tripulación de la Pinta (De Subiría Consuegra, 1992:48-49; Fernández-Armesto, 1992:92). Así pues, con esta expedición, la medicina y la cirugía española iniciaban también la travesía del Atlántico.

El almirante llevó a cabo dos viajes más a la Indias. No se conoce el nombre del médico que hizo parte del tercer viaje (1498-1500), la flota que zarpó el 9 de mayo

¹³ Médicos en el Teruel medieval y del Siglo XVI. Escrito por Vidal Muñoz Garrido

contó con dos cirujanos: el maestro Bernal, judío converso, y otro cirujano cuyo nombre se desconoce (De Subiría Consuegra, 1992:55-58).¹⁴

También, para esta misma época España había avanzado en la atención hospitalaria, particularmente en tres aspectos: La imponente de su institucionalidad a través de su infraestructura; la formación médica y la reglamentación de su ejercicio; y la tercera, la atención en salud y la administración de los hospitales como responsabilidad del Estado.

Los hospitales de la época medieval desempeñaban una triple función: atendían enfermos; actuaban como asilos, recogiendo a los menesterosos y funcionaban asimismo como hospederías, pues daban cobijo temporal a peregrinos y viajeros de condición modesta. La mayor parte de los hospitales medievales era de fundación eclesiástica, aunque también los había, particularmente a lo largo de la ruta jacobea, de creación regia.¹⁵

En los dos últimos siglos de la Edad Media, no obstante, se produjeron importantes novedades en el terreno hospitalario. Por de pronto se crearon numerosos centros nuevos. Sólo en Madrid se fundaron, en el transcurso del siglo XIV, nueve hospitales. Uno de ellos se llamaba, muy expresivamente, de los pestosos, lo que pone de relieve la estrecha conexión con las epidemias que se propagaron durante el citado siglo. En Sevilla, como consecuencia de la peste de landre de 1383, surgió el hospital de San Cosme y San Damián, conocido popularmente como de las bubas.¹⁶

La política hospitalaria estaba estrechamente ligada a la resolución de los problemas de la pobreza y la mendicidad. Por esta razón, y producto del momento político que vivía el país, se redefinía el papel institucional de los hospitales y se mantenía su

¹⁴ QUEVEDO, Emilio. Historia de la medicina en Colombia, Tomo I, Capítulo I. Bogotá: Tecnoquímicas, 2007. P.20.

¹⁵ Portal Juntas de Castilla y de León. La página del arte y la Cultura en Español. Arte historia. La beneficencia. Los hospitales

¹⁶ Portal Juntas de Castilla y de León. La página del arte y la Cultura en Español. Arte historia. La beneficencia. Los hospitales

institucionalidad como un aspecto muy importante en la relación del Estado con sus ciudadanos.

El hospital ya era una institución consolidada en España en el momento de la conquista de América. En ese momento, la palabra hospital tenía un significado múltiple. En este término se englobaban diferentes tipos de instituciones con funciones diversas, que incluían hospicios para peregrinos, para pobres, para enfermos, para huérfanos, para niños expósitos, para locos, etc., todos con el denominador común de beneficiar a los pobres. La política hospitalaria en España fue más una política de manejo de la pobreza que una política sanitaria. Por tanto, para comprender la dimensión del problema hospitalario se hace necesario analizar la actitud mental predominante en el periodo con relación a la pobreza, al igual que la política del Estado español respecto a la mendicidad, pues ambos aspectos incidieron directamente sobre la orientación de su política hospitalaria.¹⁷¹⁷

Para fines del siglo XIV y principios del siglo XV, los hospitales estaban siendo sujetos de una reestructuración institucional, desagregando para unas funciones dirigidas hacia la población pobre y a otros, asignándosele funciones para la atención a los enfermos. Su reorganización institucional, también respondía a la difícil situación que estaba atravesando España, por los bloqueos de sus rutas comerciales con oriente.

En este contexto se fue configurando en España el “hospital general”, bajo la tutela del Estado. La pretensión de racionalizar la asistencia hospitalaria se expresó, desde comienzos del siglo XVI, en una política de reducción del número de hospitales mediante su concentración. Por ejemplo, en 1507, al construir el Hospital Real de Santiago de Compostela, los Reyes Católicos, con el apoyo del papa Julio II, incorporaron en la nueva fundación las rentas de los cuatro hospitales que ya existían en esta ciudad. Igualmente en 1532, se ordenó que en todas las ciudades donde existieran varios hospitales se

¹⁷ QUEVEDO, Emilio. Historia de la medicina en Colombia, Tomo I, Capítulo II. Bogotá: Tecnoquímicas, 2007. P.63.

redujera su número a dos, uno para pobres y enfermos, y otro para enfermos contagiosos.¹⁸

En España del siglo XV, además de médicos insertos en la alta jerarquía de poder y el proceso de reorganización y de redefinición de las funciones de los hospitales, como otro aspecto importante que incidió en la organización de los servicios de salud en América, fue el desarrollo de la formación universitaria de los cirujanos y la regulación del ejercicio de la profesión médica.

La apertura de universidades fue la antesala al desarrollo del período del renacimiento, como un gran movimiento cultural y social, que potenció el desarrollo científico de la época.

En el campo médico, en Francia, Inglaterra, Alemania e Italia se crearon condiciones para debatir las tesis hipocráticas y galénicas, dando apertura a trascendentales desarrollos científicos.

Al inicio de las universidades, las facultades de medicina eran instituciones débiles. Profesores como Curio y Sigmund Melanchton de la Universidad de Heidelberg tenían como estudiantes no más de 4 o 5 discípulos. Igual ocurría en las Universidades de Leipzig y Rostock. Con el pasar de los años fue aumentando el número de alumnos y egresados, como en Erfurt, donde en 1392 se graduaron solo 5 médicos y en 1570 se matricularon 15 alumnos, hasta que en el año de 1600 tuvo 198 alumnos de Medicina.

En el siglo XV las universidades crean el “teatro anatómico” sentando las bases para un esplendoroso desarrollo de la observación como base para la construcción del conocimiento científico.

¹⁸ QUEVEDO, Emilio. Historia de la medicina en Colombia, Tomo I, Capítulo II. Bogotá: Tecnoquímicas, 2007. P.64.

A la par con la apertura de las universidades, nacen los “colegios médicos”. El primero en Italia. El más importante de la época fue el “Colegio Real de Médicos de Londres” o Royal College of Physicians of London de 1518.

Estos colegios nacen con la finalidad de limitar el poder que tenían los gremios quirúrgicos y la de fiscalizar a los malos practicantes, tanto ingleses como extranjeros.

Los “Collegia Medicum” empezaron a tener carácter oficial dentro de la sociedad médica. Entre sus principales funciones se destacan la apreciación de errores diagnósticos; dictamen sobre cuestiones de jurisprudencia médica; supervisión del secreto profesional; definir los honorarios médicos, entre otras.

En la España del siglo XVI la práctica médica estaba en manos de diferentes tipos de sanadores. Los físicos o médicos, formados en las universidades. Los cirujanos que no recibían la formación universitaria, facultados para las manipulaciones sobre el cuerpo. Los cirujanos que no recibían la formación universitaria, llamados barberos, encargados de ejecutar las sangrías, de aplicar las ventosas, de “batir” cataratas, de extraer las piezas dentales y las llamada “piedras” (cálculos) , además de desempeñar labores propias de su oficio, como el afeitado y el corte de cabello. También estaban los boticarios, farmaceutas o apotecarios, que se ubicaban en una posición socio-técnica superior a la del barbero pero inferior a la de los médicos. Su aporte consistía en la elaboración de los medicamentos solicitados por el médico, bajo cuya dirección actuaban, aunque otras veces suministraban directamente la medicina a los pacientes. Su conocimiento de la botánica y de la acción medicamentosa de diferentes sustancias vegetales, animales y minerales, los convertía en un importante agente de salud. Otros practicantes de la medicina eran los sanadores musulmanes o alfaquíes; los médicos judíos, algunos de ellos empíricos; los algebristas, reparadores de huesos; los astrólogos, descifradores de los signos humanos; los curanderos, las mujeres herboleras o faitilleras, y los mariscales de forja o albéitares, veterinarios encargados del cuidado de los caballos y las cabalgaduras, así como de los perro y aves de cetrería pertenecientes a los

hostales reales y del cuidado de otros animales, aunque algunas veces atendían a humanos (Serrano Larráyo, 2004: 34).¹⁹

Para esta época, En España se coloca al municipio como referente para el ejercicio médico a través los contratos que se suscribían entre el gobernante y el profesional de la salud.

Tanto en Castilla como en Aragón, los contratos insistían en que el médico debía estar a disposición de la ciudad y sólo se podía ausentar previo permiso de las autoridades urbanas y bajo ciertas condiciones como dejar libros en prenda, perder todo o parte de su sueldo e incluso ser despedido de su cargo. La exigencia de cuidar a la “gente menuda” era muy resistida por los médicos. Por tanto, algunas ciudades, como en el caso de Murcia o Madrid, tuvieron que crear el cargo de médico de pobres, que debía asistirlos gratuitamente y visitarlos en hospitales. Todos estos contratos se firmaban por un tiempo muy corto, lo que convertía a los médicos en itinerantes. Como la mayoría de los médicos municipales era en buena parte judía y, por tanto, sin formación universitaria, los consejos municipales se daban el lujo de pagarles salarios más bajos que a los médicos cristianos. Además de los médicos y de los cirujanos, también ejercían oculistas, dentistas, comadronas, bismadores, algebristas, prácticos especializados en la cura manual de problemas urológicos y batidores de cataratas. Cada uno de estos sanadores ejercía un quehacer distinto y particular. Todos ellos estaban en un nivel social más bajo que los que tenían formación universitaria.²⁰

¹⁹ QUEVEDO, Emilio. Historia de la medicina en Colombia, Tomo I, Capítulo II. Bogotá: Tecnoquímicas, 2007. P.60.

²⁰ QUEVEDO, Emilio. Historia de la medicina en Colombia, Tomo I, Capítulo I. Bogotá: Tecnoquímicas, 2007. P.62

4.3 El inevitable entrecruzamiento epidemiológico

A partir de un hecho con espíritu netamente económico, como fue la búsqueda de nuevos mercados, se termina generando un encuentro de pueblos y culturas. Cada pueblo y su cultura era fruto de construcciones sociales en sus respectivos entornos geográficos y ambientales.

Los españoles han habitado por encima la línea del trópico en bajas montañas y regiones costeras, con climas que respondían a las diferentes estaciones climáticas.

El entrecruzamiento entre pobladores foráneos y aborígenes, y su relación con agentes infecciosos en nuevos entornos ambientales, generó nuevas formas de enfermarse con efectos transitorios de fácil recuperación, hasta devastadoras epidemias para todas las poblaciones.

... Los hombre de Colón comenzaron a presentar fiebre alta, gran postración y dolor de cuerpo; muchos enfermaron, pero casi todos se recuperaron sin recaídas. Después de los españoles, los indígenas empezaron a enfermar y a morir en gran número; no solo los de la isla de Santo Domingo, sino los traídos de otras islas como mano de obra para sustituir a los fallecidos. La enfermedad se propagó y causó la desaparición de los indios tainos, siboneyes, borinquenes y caribes, habitantes de la región de las Antillas. Poco después, alcanzó a grandes núcleos de aborígenes del continente americano, entre quienes ocasionó muchas muertes. Todo igual a partir de ese momento las enfermedades y las epidemias europeas comenzaron su propia invasión de América (Álvarez Chanca, 1989:117; Guerra, 1987: 9-12 López Sánchez, 1997: 12-15; porter.2004:39).²¹

Europa en su proceso urbanístico y también en su intercambio cultural y poblacional con Asia y algunas regiones africanas, había padecido y diezmado su población con la presencia y propagación de diversas enfermedades epidémicas.

²¹ QUEVEDO, Emilio. Historia de la medicina en Colombia, Tomo I, Capítulo I. Bogotá: Tecnoquímicas, 2007. P.27. ²² Ibíd. Pág. 14

En América, sus pueblos se habían agrupado en pequeñas organizaciones sociales dispersas en un vasto territorio con climas y entornos ecológicos tan diversos desde las costas hasta planicies que superaban los 2.000 metros de altura. No conocemos profundamente la celeridad de sus intercambios económicos y poblacionales pero los hallazgos antropológicos van dando cuenta de la tipología de sus cuerpos y las posibles formas de enfermarse y morir.

Las enfermedades degenerativas óseas también fueron frecuentes, como se ha podido apreciar en los estudios paleopatológicos de huesos. En el ejercicio del intercambio entre diferentes comunidades, los nativos tenían que acarrear pesadas cargas por caminos difíciles. Esto pudo haber originado lesiones como heridas y fracturas debidas a caídas y otros accidentes. En la Sabana de Bogotá se han encontrado huesos de origen muisca con algunas lesiones que, desde la paleopatología, corresponden a las causadas por la tuberculosis, también se han hallado posibles rastros de sífilis que datan de unos dos mil años antes de Cristo.²²

Los españoles encontraron entornos ecológicos extraños para sus organismos, y a la vez, trajeron enfermedades que fácilmente se propagaron en las poblaciones aborígenes puesto que sus organismos no habían construido mecanismos de defensa.

Así, no solo hubo un encuentro de pueblos y culturas si no de enfermedades y grandes y catastróficas epidemias.

El aislamiento territorial de los indígenas americanos a diferencia de los intensos intercambios culturales y comerciales de los otros continentes, determinó condiciones de inmunidad desfavorable frente a las enfermedades que había padecido la población de Oriente y de Europa, conllevando a que el encuentro de estas dos culturas generara un daño inmediato y descomunal.

²² Revista No 19. Título: Botánica y Medicina africanas en la Nueva Granada, Siglo XVII. Luz Adriana Maya Restrepo. Principales aportes hechos a la historia por Darío Betancourt. Diciembre 2001. Páginas 27 – 48.

Los indígenas presentaron enfermedades infecciosas como leishmaniasis y tuberculosis. Los europeos trajeron una enorme carga de epidemias como la viruela, registrada por primera vez en 1518 en Santo Domingo y Cuba. El sarampión y el tifo, también hicieron estragos en las poblaciones indígenas. Entre 1537 y 1546 una epidemia, que se cree fue de influenza, mató aproximadamente el 80% de los indios mexicanos, aproximadamente unos 800 mil.

Además del entrecruzamiento de españoles e indígenas, llegó el de los negros africanos. Desde las primeras décadas de la Conquista, a causa de la disminución de la población indígena, los españoles tuvieron la necesidad de traer esclavos desde el continente africano, para que asumieran los penosos trabajos que exigía la agricultura, la minería y el comercio.

Es Pedro Claver quien se dirige a España a través de una carta, llamada "La carta negra", contando la deplorable situación de los indígenas para finalmente solicitar que sean traídos negros africanos. En ella, Pedro Claver indica que los indígenas no están acostumbrados a las largas jornadas de trabajo, ni toleran las enfermedades que llegaban de Europa, produciéndose deterioro y exterminio de la población.

Fueron 320 años de comercio de esclavos y se estima en más de 17 millones de africanos los que llegaron a América.

Su presencia fue significativa en todos los países de América, encontrándose que en ciudades como Buenos Aires, en 1778, representaban el 29.7%, y en otras regiones de Argentina llegaba al 50%, del total de la población.

En la cultura, la influencia africana se reflejó en la música, el canto y el baile, especialmente.

En Argentina, en 1870 nace la Milonga como una composición de origen en los músicos negros, como fusión del candombe africano y de la habanera afro-cubana. Posteriormente, nace el tango que significa fiesta y baile de negros, basado en la presencia de guitarras de negros y mulatos, manteniendo la gestualidad africana.

Pedro Claver, en Cartagena de Indias comenzó a recibir los primeros negros africanos sin imaginar el estado de deterioro de salud con el que tocaban suelo americano. Poco a poco fue conociendo las condiciones infrahumanas en las que eran cazados, mercantilizados y transportados.

La trata se desarrollaba según un esquema rutinario: los futuros esclavos eran capturados en el interior o a lo largo de la costa, actividad que desencadenaba verdaderas guerras que dejaban como saldo infinidad de heridos y muertos, pero casi siempre un saldo “preciado”: los esclavos. Estos, una vez encadenados, eran trasladados a pie hasta los barracones -se encontraran donde se encontraran- con todo el esfuerzo físico que implicaba sobre todo para los heridos -por no hablar de los niños. Estos sitios eran sucios, pestilentes, el agua potable escaseaba, y el calor ahogaba. Obligados a convivir con las enfermedades, el maltrato, la sed, el hambre y la aglomeración se veían diezmados poco a poco. Dentro de esas estructuras se llevaba a cabo una de las actividades repugnantes de la trata: la separación de padres de hijos, de hermanos, esposos, amigos, parientes o vecinos, de acuerdo con la elección que llevara a cabo el comerciante. En estos lugares esperaban semanas o incluso meses hasta que el barco pasara a recogerlos, y una vez a bordo debían permanecer en las costas africanas hasta que el cargamento se completara. En el barco las condiciones eran incalificables, el hacinamiento, el hambre, la suciedad, la pestilencia, el calor sofocante, la tortura, el dolor y el pánico lo inundaba todo. Como la travesía duraba dos meses -en el mejor de los casos- la mortandad que se producía bajo esas condiciones era inmensa. Sumado a estos tormentos, antes de la llegada, los enfermos o heridos, que corrían el riesgo de no poder venderse, eran lanzados al mar.^[iv] Una vez llegados a destino los esclavos solían ser cebados o incluso drogados para que lucieran saludables, eran sometidos nuevamente a un examen anatómico pormenorizado y luego, eran comprados por algún plantador o minero ávido de explotarlos. Su calvario comenzaba un nuevo capítulo. En las plantaciones o en las minas, el hambre, la falta de sueño, las condiciones de trabajo inhumanas y los malos tratos, terminaban por agotar el vigor del esclavo, y una vez sin fuerzas,

el amo prefería comprar uno nuevo que cuidar de su esclavo enfermo. El círculo mortal comenzaba de nuevo su curso...²³

Los africanos también trajeron conocimientos, prácticas saludables y métodos de intervención de la enfermedad. Ellos aún en medio del exterminio y gracias a muchos procesos de resistencia cultural, fueron dejando en sus generaciones, en sus pueblos, y en general en América todo el legado de su tierra.

La relación que los bozales (africanos que llegaban directamente de África que no se expresaban en lengua castellana ni conocían la fe católica) y sus hijos nacidos en la Nueva Granada mantuvieron con los vegetales y los animales, en particular las aves, es otro de los legados ancestrales que la nación colombiana le debe a África. Los africanos le transmitieron a sus descendientes saberes y técnicas sobre el mundo vegetal y animal. Estos conocimientos, que fueron utilizados para curar los males del cuerpo y los del alma, se caracterizaban por un componente experimental cuyo éxito dependía también de la interacción con los espíritus. De ahí que el Tribunal de la Inquisición de Cartagena hubiera juzgado a los africanos y a sus hijos en calidad de "brujos(as)", "hechiceros(as)" y "curanderos(as)".²⁴

Los africanos dejaron tanta huella cultural que hoy se refleja en prácticas como el vudú haitiano, la santería cubana o el candomblé brasileño.

Ya en 1.510 se identifica la presencia de negros africanos, con la fundación de Santa María la Antigua del Darién en tierras del Nuevo Reino de Granada. Pero así mismo, se reseña históricamente la llegada de esclavos al continente americano desde los mismos inicios de la conquista.

²³ Revista No 19. Título: Botánica y Medicina africanas en la Nueva Granada, Siglo XVII. Luz Adriana Maya Restrepo. Principales aportes hechos a la historia por Darío Betancourt. Diciembre 2001. Páginas 27 – 48.

²⁴ Revista No 19. Título: Botánica y Medicina africanas en la Nueva Granada, Siglo XVII. Luz Adriana Maya Restrepo. Principales aportes hechos a la historia por Darío Betancourt. Diciembre 2001. Páginas 27 – 48.

Los barcos negreros zarpaban desde diversos puertos africanos, como Elmina, Gorée, Arguin, Santo Tomé y Luanda, en donde se concentraba forzosamente a las víctimas (hombres, mujeres y niños) de los traficantes europeos, para luego llevarlos a Cartagena, Veracruz, La Habana, y las islas de Barbados, Curazao y Jamaica, que funcionaban como centros de depósito y redistribución de los esclavos.²⁵

Asociado a la llegada de estos pobladores africanos, se menciona enfermedades como la lepra considerada una enfermedad originaria de África y Asia.

En cuanto a la malaria, su origen es discutido. Algunos estudiosos afirman que proviene de África, en tanto que otros opinan que esto es poco probable y se inclinan más por creer que es originaria del Viejo Continente, apoyándose en el hecho de que la malaria era una enfermedad conocida en Europa desde la Antigüedad, más frecuente en zonas pantanosas, que abundan en la cuenca mediterránea.²⁶

4.4 Las ciudades en la organización y el control territorial

Desde los albores de la conquista, se establecieron criterios de salubridad y prevención de riesgos en la fundación de ciudades y de pueblos de indios, pero a la vez, estas se diseñaron con el propósito de lograr el control político e ideológico sobre la población indígena, y posteriormente la población negra africana.

En los primeros años del siglo XVI se reciben instrucciones específicas para seleccionar los lugares donde se debían instalar las ciudades españolas en América. En la mayoría de las instrucciones, recomendaciones u órdenes que provenían de España se incorporaba la importancia de considerar el entorno y se indicaban los elementos que debían ser observados para garantizar la construcción de una ciudad saludable.

²⁵ QUEVEDO, Emilio. Historia de la medicina en Colombia, Tomo I, Capítulo II. Bogotá: Tecnoquímicas, 2007. P.94.

²⁶ QUEVEDO, Emilio. Historia de la medicina en Colombia, Tomo I, Capítulo II. Bogotá: Tecnoquímicas, 2007. P.94.

Después de haber elegido la provincia conviene elegir el lugar a propósito para fundar la ciudad en lo cual lo primero que se ha de mirar es que el aire sea saludable [...] Hay también otra señal para conocer la sanidad de un lugar, que es ver que si los hombres que habitan en él son de buen color, de robustos cuerpos y miembros bien formados. Si hay muchos muchachos y agudos y si también hay muchos hombres viejos; y por el contrario si los hombres son de ruines caras, los cuerpos disminuidos o enfermos, si hubiese pocos muchachos y tibios y menos viejos, no se puede dudar de que el lugar es pestilente (Tomás de Aquino, citado por De Solano, 1990: 67-68).

[...] y en la copia de animales sanos y de competente tamaño [...] y de sanos frutos y mantenimientos. Que no se críen cosas ponzoñosas y nocivas [...] de muchas y buenas aguas para beber y para regadíos. Los sitios y plantas de los pueblos se elijan en parte donde tengan agua cerca [...] y de que sea de fértiles y abundantes de todos frutos y mantenimientos y de buenas tierras para sembrarlos y recogerlos, y de pasto para criar ganados, de montes y arboledas para leña y materiales de casa y edificios (nuevas Ordenanzas, citadas por de Solano, 1990: 68-69).

De buena y feliz constelación del cielo, claro y benigno, el aire puro y suave, sin impedimento ni alteraciones; y de buen temple, sin exceso de calor o frío, y habiendo de declinar es mejor que sea frío [...] no se elijan lugares muy altos, porque son molestados de los vientos y es dificultoso el servicio y acarreo, ni en lugares muy bajos, porque suelen ser enfermos. Elijan lugares medianamente levantados que gocen de los aires libres, especialmente de los del Norte y Mediodía [...] (Nuevas Ordenanzas, citadas por De Solano, 1990:68-69).

El clima era fundamental: las ciudades debían ubicarse en un lugar templado, o frío en su defecto, pues se consideraba que las regiones cálidas propiciaban las enfermedades. Debían estar alejadas de zonas pantanosas para que sus vientos no portaran corrupciones; en suma debían evitarse los lugares que por algún motivo se pudiesen infectar y llevar malos olores y enfermedades hasta la fundación. El clima y la salubridad eran preponderantes para asegurar el equilibrio

en la salud, como bien lo promulgaba la medicina hipocrática –galénica, practicada en España y trasladada a América, no era el médico quien curaba, era la naturaleza; el galeno sólo facilitaba el proceso.²⁷

Estos mensajes provenientes del viejo continente contenían un acumulo de observaciones y experiencias que había vivido Europa asociado a las pestes que habían diezmando su población. Estas recomendaciones, también evidenciaban una construcción científica asociando el entorno ambiental con las condiciones de salud de la población.

Las instrucciones contenían indicadores biológicos como la existencia de algunos animales, algunas plantas y la misma tipología de la población que debería tenerse en cuenta para establecer las ciudades.

Las recomendaciones provenientes de España estaban embebidas de la teoría hipocrática-galénica, que hace un reconocimiento a la acción de los aires, los lugares y las aguas sobre la salud.

Así mismo se establecía un lugar diferente para la construcción de hospitales, dependiendo de sí los pacientes y sus enfermedades podían ser riesgo de contagio para la población.

Cuando se fundare y poblare alguna ciudad, villa o lugar, se pongan los hospitales para pobres y enfermos de enfermedades que no sean contagiosas, junto a las iglesias y por claustro de ellas, y para los enfermos de enfermedades contagiosas, en lugares levantados y partes que ningún viento dañoso, pasando por los hospitales, vaya a herir en las poblaciones.²⁸

En la Nueva Granda, la primera propuesta de organización territorial se erigió bajo la idea de construir ciudades españolas para españoles, sin embargo, la dinámica de la economía, la necesidad de mano de obra y fuerza de trabajo, y el rápido proceso de mestizaje frustraron esta iniciativa.

²⁷ QUEVEDO, Emilio. Historia de la medicina en Colombia, Tomo I, Capítulo II. Bogotá: Tecnoquímicas, 2007.

²⁸ QUEVEDO, Emilio. Historia de la medicina en Colombia, Tomo I, Capítulo II. Bogotá: Tecnoquímicas, 2007.

Desde la perspectiva de la producción de la tierra, la excavación de las minas, o sencillamente el comercio de los productos, se orientó la delimitación de pueblos de indios, con logros parciales, puesto que en la mayoría de los casos, la ciudad española en América, acogió una amalgama de pobladores.

Desde la Corona Española se promovió el desarrollo de pueblo de indios, con la garantía de los servicios de salud y centros hospitalarios.

Los pueblos estaban conformados por cerca de trescientos aborígenes; se debían construir tantas casas como fueran necesarias tratando de mantener la arquitectura tradicional y debían contar con plaza, calles, iglesia y un hospital (De Solano, 1990:43)²⁹

Sin embargo en la Nueva Granada, los servicios de salud representados en la construcción y atención de hospitales, tuvieron un hecho dual: mientras la Corona Española orientaba los criterios de fundación de estos pueblos incluyendo la construcción de los hospitales, en realidad se hizo caso omiso, y esta población allí radicada carecía de un hospital.

En el período del siglo XVI al siglo XVII, especialmente entre 1550 y 1650, se afianzó el proceso colonizador español y la organización espacial de los pueblos de indias quedó en firme. En 1621, por orden de Felipe IV se mantenía el modelo de circunscribir a los indígenas en pueblos organizados bajo normas urbanísticas.³⁰

Sin embargo, la continuidad del proceso de mestizaje y los hechos de resistencia y liberación fueron transformando los pueblos de indios en villas libres como nuevos territorios que tienen su máximo momento alrededor del año 1750.

²⁹ QUEVEDO, Emilio. Historia de la medicina en Colombia, Tomo I, Capítulo II. Bogotá: Tecnoquímicas, 2007.

P

³⁰ *Ibíd.*, p. 148.

La ciudad española contó desde sus orígenes con la presencia aborigen; fue un núcleo mixto de población enriquecido con la llegada de los esclavos africanos y centro de activo mestizaje (AprileGnisset, 1991: 242; de Solano, 1990:18). Ante este evidente fracaso de proyecto de segregación racial por medio de la separación física, los españoles recurrieron al fraccionamiento del espacio urbano creando los barrios.³¹

España construyó su imaginario del Nuevo Mundo como una red de ciudades. A todos sus representantes les determinó la misión de superar el afán de producción económica, para concomitantemente ocupar el territorio con estructuras de poder y control político e ideológico. Entonces, se trataba de conquistar, fundar ciudades, extraer riqueza y crear organización social.

La sociedad urbana-compacta, homogénea y limitante- estaba atada por una ideología, que ella misma debería defender e imponer sobre una realidad que se concebía como inerte y amorfa, realidad que no debería tener un desarrollo autónomo y espontáneo. Se trataba de defender a los invasores del riesgo del mestizaje y la aculturación. Para esto se utilizó la experiencia adquirida en las luchas contra los musulmanes y contra la Reforma: una red de ciudades, enmarcada en un sistema político rígido y jerárquico apoyada en la estructura ideológica cristiana de la monarquía con el respaldo de la iglesia.³²

Finalmente, los procesos de ocupación del territorio y la construcción de ciudades, respondió a la dinámica cultural, histórica y económica del Viejo Mundo, desde la protección de sus centros urbanos como puertos de comercialización, de tránsito, y hasta los localizados en centros productivos.

Así mismo, las ciudades de mayores poblamientos reflejaron los acontecimientos históricos de esas luchas de resistencia cultural y económica.

³¹ QUEVEDO, Emilio. Historia de la medicina en Colombia, Tomo I, Capítulo III. Bogotá: Tecnoquímicas, 2007. P.137. ³² Capítulo II.

³² QUEVEDO, Emilio. Historia de la medicina en Colombia, Tomo I, Capítulo III. Bogotá: Tecnoquímicas, 2007

4.5 Organización de servicios de salud en las ciudades

En el siglo XVI, desde la fundación de la primera ciudad en el territorio que hoy es Colombia, llamada Santa María la Antigua del Darién, hizo presencia representantes del gremio médico como el cirujano Alonso de Santiago, el bachiller Diego de Angulo y el médico Bareda.

Así mismo, desde el momento de la fundación de la ciudad de Cartagena, la Corona Española encargó al médico Luis de Soria como su representante para ir instalando el modelo de la organización de los servicios de salud.

Los facultativos provenientes de España, formados en la academia, se asentaron en las ciudades y prestaron sus servicios exclusivamente a los españoles y criollos de la clase alta. No fueron la única oferta médica en la urbe, ya que en ella también pusieron en práctica sus conocimientos curativos esclavos africanos, aborígenes y mestizos quienes contaban con una cantidad considerable de pacientes, aunque ejercieran furtivamente. Por su parte, los pueblos de indios que lograron mantenerse alejados de influencias externas contaron con la presencia de médicos nativos tradicionales que siguieron ejercieron su práctica curativa, enfrentando las dificultades propias, del catolicismo, que tacho todas estas prácticas como idolatras.³³

En América, rápidamente, y determinado especialmente por los procesos que vivía España, la organización de la prestación de los servicios de salud paso de ser un usufructo personal a uno de carácter territorial urbano. El servicio de los médicos que atendían a los representantes de la Corona Española y que acompañaban a los conquistadores en sus guerras, se fue transformando en un servicio médico contratado para atender las necesidades de las ciudades.

La medicina española en América también vivió este proceso. Así, una medicina y una cirugía que en los siglos XV y XVI se caracterizaron por ser

³³ QUEVEDO, Emilio. Historia de la medicina en Colombia, Tomo I, Capítulo III. Bogotá: Tecnoquímicas, 2007

prácticas de guerra que acompañaban a los huéspedes conquistadores en sus expediciones marítimas y terrestres, se fueron transformando de manera paulatina, desde finales del siglo XVI y durante todo el siglo XVII, en una medicina primordialmente urbana destinada a intervenir en los cuerpos sanos y enfermos de los peninsulares y criollos radicados en estos asentamientos ciudadanos. Los médicos, cirujanos y farmacéutas graduados en España eran traídos, en su mayoría, por los propios españoles, al menos por aquellos que pensaban en su salud para su servicio personal y, por lo tanto, se radicaron en las ciudades en donde residían dichos españoles. Uno que otro médico peninsular o europeo vino por su propia cuenta para “buscarse la vida”, y fue la ciudad el espacio propio para encontrar clientela que pudiera pagar los servicios que ellos ofrecían.³⁴

Con la construcción de hospitales en las ciudades, y especialmente en aquellas que iban creciendo, los médicos y cirujanos eran contratados para cumplir tareas como la atención a la población que llegaba en los barcos y las personas privadas de la libertad en las cárceles. Estos médicos y cirujanos estaban sometidos a controles estrictos con días fijos y horarios establecidos.

El ejercicio y la práctica médica en el Nuevo Reino de Granada, se realizó en medio de una gran diversidad de prácticas sanitarias que fue amalgamando sentidos y significados provenientes del Viejo Mundo y desarrollados en el Nuevo Mundo. Estos sentidos y significados contenían diversos tipos de conocimientos, y en sí mismos, múltiples formas de poder frente a las personas y sus grupos sociales.

En un mismo crisol histórico reunían y forcejaban tres herencias muy distintas: las provenientes de un fastuoso pasado grecolatino, las propias de ancestros indígenas milenarios y las herederas de las antiguas culturas de los confines africanos.³⁵

³⁴ QUEVEDO, Emilio. Historia de la medicina en Colombia, Tomo I, Capítulo III. Bogotá: Tecnoquímicas, 2007

³⁵ QUEVEDO, Emilio. Historia de la medicina en Colombia, Tomo I, Capítulo III. Bogotá: Tecnoquímicas, 2007. P.137

En nuestro espacio territorial se fundó la práctica médica como un elemento de poder, especialmente ideológico, procurando la eliminación de prácticas indígenas y africanas, e imponiendo el conocimiento médico institucional. A través de la iglesia, por medio de sus órdenes religiosas, se amplió el control ideológico dándole el poder de salvar vidas, o de salvar espíritus y almas antes de la muerte.

En lo referente a la construcción e institucionalidad de los hospitales, las decisiones en el Nuevo Reino de Granada incorporaron avances logrados en España durante el siglo XVI con la figura del hospital general financiado por el Estado, manteniendo la asociación entre hospitales, pobreza y caridad cristiana.

En ciudades como Popayán fue altamente notoria la relación entre religión y asistencia hospitalaria. La construcción de su hospital, que estuvo anexo a la iglesia principal, inició en 1.577, se puso en servicio en 1606 y solo estuvo activo 17 años hasta 1623. En la ciudad de Tunja ya se contaba con un hospital propio en el año de 1564; y en la ciudad de Santafé, se dio apertura de su hospital en el año de 1572, pasando en el año de 1.635 a la comunidad religiosa del San Juan de Dios quien se hizo cargo de su administración.

Desde el año 1.525 los reyes católicos hicieron los primeros aportes económicos necesarios para el sostenimiento del hospital de Cartagena.

En el caso de la ciudad portuaria de Cartagena el establecimiento de un hospital era un poco más apremiante ya que durante los siglos XVI y XVII fue un importante fuerte militar, lugar de presidio, plaza de ferias, centro de importación de esclavos y mercaderías, y de exportación de productos agrícolas y mineros, lo que le garantiza un flujo constante de dolientes.³⁶

En el hospital de Cartagena, se practicaron diligencias médico-legales como autopsias ordenadas por la justicia, conllevando a que el hospital adquiriera un mayor nivel de tecnología y su prestigio llevó a la demanda de servicios de personas que llegaban de Santa Marta, Riohacha, y otras regiones más distantes como Panamá y Caracas.

³⁶ Capítulo II.

Aunque la Corona Española, a través de sus diferentes actos administrativos, instó a la construcción de hospitales y el recaudo de impuestos para su subsistencia, el abandono permanente fue generando las condiciones para que la Iglesia, a través de las diferentes órdenes religiosas, entrara a tomar posesión de los hospitales, contratara los médicos, vinculara otro recurso humano, y diera la asistencia médica a los pobres, los indígenas y los africanos.

Esta intervención de las comunidades religiosas, logró rápidamente legitimidad entre la población y las autoridades políticas y económicas de la Nueva Granada, al considerar que sus servicios médicos eran estables, en las ciudades.

Los dominicos llegaron en 1552, los agustinos en 1587, los religiosos de la Encarnación en 1591 y los hermanos hospitalarios del San Juan de Dios obtuvieron licencia de Felipe II de diciembre de 1595 para construir el primer hospital de la orden en la América española. No obstante, estas primeras instituciones tuvieron vida efímera por cuanto la escasez de fondos y de médicos fue la norma. A esto se sumó el reducido número de camas en relación con el gran número de pacientes debido a la larga estancia hospitalaria de los enfermos (Osorio Fonseca, 1987: 7; Quevedo, 1993c:69 y 71).³⁷

Finalmente, el ejercicio médico y el desarrollo de la institución hospitalaria permitió un acercamiento del desarrollo cultural de los pueblos del Viejo Mundo y el Nuevo Mundo, y gracias a la observación y al criterio científico de varios de los profesionales de la salud, la conquista y la colonia de América también conllevó a la generación de ciencia y el desarrollo de publicaciones científicas.

³⁷ QUEVEDO, Emilio. Historia de la medicina en Colombia, Tomo I, Capítulo II. Bogotá: Tecnoquímicas, 2007. P.97

Otro aspecto que cabe resaltar en la obra del licenciado portugués es la importancia que le da al empleo de plantas nativas en el tratamiento de diferentes dolencias, cuya eficacia fue comprobada por el mismo. Se destacan, entre otras, el tabaco, la batatilla, la guayaba, la melaza de caña, el bálsamo de tolú, el agua de abey, la canela, la calaminta, el tamarindo, el plátano indiano, la patilla, la llamada esponjilla, descubierta por él en forma silvestre y que brindaba grandes beneficios en fiebres recias y extremas (Solano Alonso, 1998: 251). Refirió también una raíz empleada por los naturales para purgarse y que tenía un efecto prodigioso.³⁸

Durante su estancia en la ciudad amurallada López de León escribió su tratado práctica y teoría de Apostemas en general, cuestión y prácticas de la cirugía, de heridas, llagas y otras cosas nuevas y particulares. Agora nuevamente se han añadido los instrumentos ferrales que sirven al uso de la cirugía...compuesto por el licenciado Pedro López de León, cirujano en la ciudad de Cartagena de las Indias, fruto de su amplia experiencia. En él se refirió las enfermedades más comunes de esta ciudad: hidrocefalia (agua en la cabeza de los niños), ulcera en la cabeza, tiña, ñudos o glándulas, ophthalmia, fístula lagrimal, apostemas y úlceras de los oídos... (Solano Alonso, 1998:157-159).³⁹

4.6 Desarrollo institucional del sector salud, en los territorios a escala central y local

Entre la caridad y la asistencia pública

El Estado colombiano va plasmando a través de sus reformas constitucionales y sus procesos normativos jurídicos, el resultado parcial o final de la confrontación de intereses que viven los diferentes sectores económicos, políticos y sociales.

³⁸ QUEVEDO, Emilio. Historia de la medicina en Colombia, Tomo I, Capítulo II. Bogotá: Tecnoquímicas, 2007. P.97

³⁹ QUEVEDO, Emilio. Historia de la medicina en Colombia, Tomo I, Capítulo II. Bogotá: Tecnoquímicas, 2007

En el año 1886 se promulgó una nueva Constitución Política, que dio origen al período de la Regeneración, con un escenario de Estado claramente centralista con ideología conservadora, dando apertura a un nuevo episodio nacional en un contexto internacional de avance acelerado del capitalismo.

Puede observarse cómo de la integridad territorial con la que se contó tras la independencia de España, se tuvo entre los primeros efectos (entre 1810-1830) la dificultad por mantener en un solo Estado a tres naciones distintas: Quito, Cundinamarca y Venezuela. Tras una breve recuperación institucional y la consagración de la forma centralista(1830-1853), posteriormente se pasó a un periodo en el que el liberalismo penetró de una manera mucho más amplia la ideología política incidiendo en la forma del Estado (1853-1885), el cual paso a constituirse bajo un esquema Federal. Los cambios institucionales introducidos por la ideología liberal y la nueva forma del Estado fomentaron la multiplicación de las unidades territoriales hasta el punto de tener solo 9 Estados Soberanos en el nivel intermedio, pero 65 provincias en el nivel local, cuando en 1810 se contaba con apenas 15. Con la restauración del centralismo en 1886, si bien la situación territorial no fue diferente, el hecho de que se consagrara solo la descentralización administrativa y no la territorial ni la política como en la época federal, permitió reorientar-nuevamente en teoría- la noción de soberanía fragmentada hacia una sola y residente en la Nación como una totalidad.⁴⁰

En su afán de reorganización del Estado, especialmente de imponer una autoridad desde el gobierno central hacia los recién creados departamentos, se propone un nuevo orden de la salud pública en el país, basado en definirse como una función de responsabilidad directa del Estado.

⁴⁰ FELIPE FAUDEL CAJIAO- Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Facultad de Ciencia Política y Gobierno. Tensiones entre centralización y descentralización a la luz de los proyectos de Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial, período 1991-2010. Bogotá D.C. 2010. p.6

Como consecuencia de esta comprensión del Estado y la salud pública, se promulga la Ley 30 de 1886, por la cual se crea la Junta Central de Higiene.

La Ley 30 de 1886 había creado un cuerpo colegiado asesor del gobierno en las decisiones relacionadas con la higiene, al que denominó Junta Central de Higiene. Creó también juntas departamentales, pero éstas sólo funcionaron hasta la segunda década del siglo XX. La Junta trabajó con rigor en varios frentes, en especial, en la sanidad de los puertos, para cumplir los compromisos de las convenciones sanitarias internacionales asumidos por las leyes del 17 de 1908 y 109 de 1912, con las cuales Colombia adhirió a las convenciones sanitarias de Washington y de París, respectivamente (Colombia, Junta Central de Higiene 1918: 632). La Junta también trabajaba en el control de algunas enfermedades epidémicas y en el manejo de agua potable, aguas servidas y alimentos. Todo ello, en el marco de una extrema precariedad económica, porque sus acciones ocupaban el último reglón del gasto público y sus decisiones no tenía fuerzas de ley (Miranda, Quevedo y Hernández, 1993: 178-183).⁴¹

Desde la expedición de la Constitución Política del año 1886, que define a la salud pública como responsabilidad del Estado, se inicia un tránsito conceptual, territorial e institucional que culmina en un escenario de concepción liberal en la Constitución Política del año 1936, cuando se define que la “asistencia pública” debe dejar de tener en su gestión como elemento fundamental la caridad por parte de la Iglesia, para ser de plena responsabilidad del Estado.

De 1886 al año 1936, se presenta una gran diversidad de escenarios para el debate ideológico y político en la construcción de nación, desde quienes estaban ligados al poder económico tradicional latifundista hasta la naciente burguesía industrial ubicada en las ciudades, aunado a los devenires de la economía mundial.

⁴¹ HERNÁNDEZ, Mario. La salud fragmentada en Colombia. 1910-1946. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002. P. 45

Inclusive, entre la finalización del siglo XIX y la primera década del siglo XX, se presentaron dos hechos que simbolizan las duras tensiones y las trágicas consecuencias que vivió el país: La guerra de los mil días y la separación de Panamá.

Al final, la Constitución Política del año 1936 refleja un Estado que se transforma consolidando un pensamiento liberal, en medio de un conservatismo que se queda ligado a la tenencia de la tierra y la institucionalidad de la Iglesia, y en la otra orilla, un comunismo que se irradiaba desde otros países con el crecimiento de los movimientos obreros.

Tal como resalta Alberto Vasco, refiriéndose al trabajo de Álvaro Tirado sobre dicha reforma, en el siglo XIX era difícil hablar de un Estado homogéneo y consolidado, a pesar de tener una constitución (la del 86) bastante prolija y aparentemente consistente. Sólo hasta el año 36 puede hablarse de un cuerpo constitucional que da forma y coherencia a un proyecto concreto de Estado para Colombia.⁴²

Sobre la base de la correlación de fuerzas descrita, la reforma constitucional de 1936 tampoco significó un viraje muy fuerte hacia la izquierda. Si bien los temas claves, fueron la función social de la propiedad, el intervencionismo de Estado y las relaciones entre la Iglesia y el Estado.⁴³

Aunque producto de estos debates y definiciones finales, la Constitución del año 1936 incluyó en su Artículo 16 la “asistencia pública” como una “función del Estado”, las mismas dinámicas de los grupos sociales de presión conllevaron a un sistema de salud desarticulado y desigual.

⁴² QUEVEDO, Emilio. HERNÁNDEZ, Mario. Análisis sociohistórico, La salud en Colombia, primera parte. Ministerio de salud, 1990. Documento en línea.

⁴³ HERNÁNDEZ, Mario. La salud fragmentada en Colombia. 1910-1946. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002. P.126. ⁴⁴Ibíd., p.46. ⁴⁵Ibíd., p.50.

La organización institucional del sistema de salud, al igual que toda la administración del Estado, vivió indefiniciones en el nivel central y en la relación entre el gobierno central y los gobiernos locales.

En la segunda década del siglo XX, el direccionamiento del sistema de salud se designó al Consejo Superior de la Sanidad, a través de la Ley 33 de 1913, que fue reemplazado, un año más tarde, por la Junta Central de Higiene, a través de la Ley 84 de 1914. Finalmente, cuatro años más tarde, con la Ley 32 de 1918, esta Junta Central se convierte en la Dirección Nacional de Higiene.

En el sector de la salud los cambios no se dan solamente en su redefinición institucional, sino, además se encarga a sectores diferentes, ubicándose primero en el Ministerio de Gobierno y después en el Ministerio de Instrucción Pública.

Las tensiones entre el nivel central y local, se expresaron con fuerza en la definición de competencias y asignación de recursos, entre la Junta Central y las Juntas Departamentales de Higiene, las Juntas de Salubridad y las Comisiones Sanitarias.

Por la Ley 84 de 1914 el Consejo volvió a la antigua denominación de “Junta Central de Higiene”, pero ahora con los instrumentos jurídicos para realizar la “dirección, reglamentación y vigilancia de la higiene pública y privada de Nación”. Esta labor se enfrentó rápidamente con la práctica consuetudinaria de las autoridades regionales y locales. Ellas tomaban decisiones autónomas en relación con la salubridad y la higiene como parte del poder local que respaldaba la Reforma Constitucional del 1910. Así que en este campo, la tensión entre el Estado Centralista de las leyes, y el descentralizado y fragmentado de la realidad social y política del país, se hicieron evidentes. Además, pedir recursos para un aparato nacional resultaba contradictorio después de que el gobierno de Carlos E. Restrepo había devuelto gran parte de las rentas a departamentos y municipios como parte de su estrategia para

controlar a los gamonales regionales (Palacios, 1955: 94), tendencia que continuó durante toda la hegemonía conservadora.⁴⁴

En la tensión entre la asistencia pública del Estado y la caridad de la Iglesia en la segunda década del siglo XX, se hace más evidente las grandes diferencias de enfoque que predominaban en lo local y en el gobierno central.

El poder local se sustentaba institucionalmente en una simbiosis entre las Juntas de Beneficencia y la Iglesia, prestando una asistencia basada en la caridad proveniente del sector privado, anhelando acceder a recursos económicos del Estado.

El enfoque de la organización de la prestación de los servicios de salud, en la Dirección Nacional de Higiene, era otro. El nivel central se orientaba a la construcción de un modelo basado en la “asistencia pública” y el pleno control en la asignación de los recursos.

El debate se profundizó con la expedición de la Ley 46 de 1918, como respuesta a un brote de gripa que se propagó por todo el país, y que generó que el Director Nacional de Higiene, planteara la necesidad de atender a los pacientes en el marco de la “asistencia pública” y no de la caridad.

Es necesario legislar sobre asunto de tan alta importancia, a fin de hacer nacional este servicio en cuanto a su organización para que haya un plan uniforme y para establecer la debida separación entre la asistencia pública, que es asunto administrativo, y la beneficencia, que busca en la caridad los medios de hacer el bien. Podría establecerse un servicio de asistencia pública, central y servicios dependientes de él en los Departamentos, conservando éstos su acción, pero todo sujeto a una reglamentación uniforme para que no

⁴⁴ HERNÁNDEZ, Mario. La salud fragmentada en Colombia. 1910-1946. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002.

se pierdan fuerzas y recursos que diseminados y dirigidos sin método se agotan estérilmente (Colombia Dirección Nacional de Higiene, 1919:286).⁴⁵

El enfoque de “asistencia pública” incluyó la asignación de recursos del Estado para el mejoramiento de la infraestructura y la gestión de los hospitales del país, corrigiendo su deteriorado Estado que se asociaba al vaivén de la gestión de la caridad en los departamentos y los municipios.

Aunque en el poder local de las beneficencias se mantendría intacto por muchos años más, también se lograba que los hospitales acogieran y adelantaran las directrices provenientes del gobierno central, como la prestación de los servicios de salud a la población afectada por la tuberculosis, los servicios requeridos por la población gestante, y las acciones dirigidas a la protección infantil.

Aunque en este lapso de 1886 a 1936, paso a paso se iba estructurando un sistema de salud nacional desde la gestión en lo local, este propósito finalmente no se logra, porque al criterio administrativo y técnico se impuso el ejercicio de los grupos de poder. Finalmente, se construye un sistema fragmentado, que se hace explícito con la creación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, ICSS, y las cajas de previsión social nacional, departamentales y municipales.

Los higienistas posicionados técnicamente logran articular las directrices de la Dirección Nacional de Higiene con sus Juntas Departamentales, a quienes les asignan como principal tarea estudiar su jurisdicción.

Es necesario examinar las “condiciones climatéricas y las condiciones sociales que imponen sus leyes y que ofrecen circunstancias adversas para la salud” sugiere el Dr. García, que se requieren estudios locales en cada una de la regiones colombianas para construir por fin la “geografía patológica de Colombia” y es esta la principal función encomendada a las Juntas Departamentales de

⁴⁵ HERNÁNDEZ, Mario. La salud fragmentada en Colombia. 1910-1946. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002.

Higiene. QUEVEDO, Emilio. HERNÁNDEZ, Mario. Análisis sociohistórico, La salud en Colombia, primera parte. Ministerio de salud, 1990. Documento en línea. www.saludcolombia.com/actual/salud/55htm.⁴⁶

En lo local, las juntas de beneficencia continúan manteniendo el control en la prestación de los servicios de salud, considerando que en su composición está la representación del poder local, tanto los departamentos como los municipios, dirigidos por el máximo representante político, el gobernador ó el alcalde.

La representación política se complementaba con uno o varios delegados de la asamblea departamental o el concejo municipal. Adjunto al poder político, estaba el poder eclesiástico regional, y finalmente, el poder técnico, representado en un médico reconocido por su gremio, y los sectores económicos y políticos.

Las relaciones políticas entre el poder central y el poder local, facilitó que un porcentaje importante del presupuesto nacional se asignara a las juntas, de manera creciente entre 1910 a 1930.

Entre 1911 y 1913, la beneficencia obtuvo el 0.9 % al 1.3% del presupuesto de la nación. Este gasto aumentó considerablemente a mediados de los 20. Entre 1924 y 1929, los auxilios pasaron al 10.1% al 17% del presupuesto para Higiene y Asistencia Pública (Colombia, Departamento Nacional de Higiene. 1934: 251-263).⁴⁷

La asignación y el crecimiento presupuestal evidenciaban el entrecruzamiento que se daba entre las instituciones del nivel central y las instituciones del nivel local, y entre la caridad privada y el papel del Estado.

⁴⁶ QUEVEDO, Emilio. HERNÁNDEZ, Mario. Análisis sociohistórico, La salud en Colombia, primera parte. Ministerio de salud, 1990. Documento en línea. www.saludcolombia.com/actual/salud/55htm.

⁴⁷ HERNÁNDEZ, Mario. La salud fragmentada en Colombia. 1910-1946. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002. P.41.

Las instituciones locales, representadas especialmente por la beneficencia, no solamente contenían un ejercicio técnico de servicios de salud, sino que mantenían una representación ideológica, puesto que su cobertura incluía a los enfermos, pero se extendía a los indigentes, inimputables y ancianos. Todos ellos eran pobres que requerían asistencia que el Estado no proveía, y que les llegaba a través de la caridad religiosa.

La Junta del Estado Soberano de Cundinamarca, creada por la Ley 15 de agosto de 1869 (Restrepo y Villa: 41). Estas juntas administraban las donaciones privadas el producto de las loterías y, más adelante, las rentas de los licores. Pero desde la recuperación de las relaciones entre la Iglesia y el Estado con el Concordato de 1887 en el marco de la Regeneración, tanto la educación, como la administración de la atención de los pobres, estaban, en su mayoría, en mano de las órdenes religiosas. Al comenzar el siglo XX, las órdenes manejaban los recursos provenientes de donaciones de personas pudientes, líderes regionales y locales dueños de tierras y del comercio que cumplían con el deber cristiano de la caridad. También prestaban los servicios de cuidado de los pobres y de educación, como parte de su labor de catequesis.⁴⁸

4.7 Los sindicatos, los médicos y los cafeteros, en las políticas de organización de los servicio de salud

Las transformaciones institucionales y las reglas establecidas en las normas jurídicas, se presentan como el resultado de tensiones que viven las relaciones de los grupos de poder en la sociedad, en diferentes momentos y a diferentes velocidades, y con diferentes resultados transitorios o definitivos.

Los grupos de poder que tienen diferentes formas de interacción entre sí, con tensiones y con alianzas, definen las relaciones que se generan entre los intereses económicos y las relaciones políticas y sociales.

⁴⁸ HERNÁNDEZ, Mario. La salud fragmentada en Colombia. 1910-1946. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002. P.41.

La agenda pública o la construcción de políticas públicas, desde el Estado, es una expresión de estas relaciones económicas, políticas y sociales, en interacciones permanentes de los diferentes grupos de presión social.

En este estudio se entienden las políticas de salud y de seguridad social como acciones del Estado que se expresan en formas jurídicas, como leyes y decretos. Como tales, se inscriben en esa forma de organización del poder denominada Estado y pretenden incidir en determinados “campos sociales”, en el sentido de Bourdieu. Desde esta perspectiva, el Estado se entiende como una de las formas de organización del poder social, la cual cuenta con tres características fundamentales: es necesariamente territorial, es centralizado respecto de ese territorio y es autoritario. Respecto al poder estatal, todas las redes sociales tratan de oponerse, de facilitar o de afectar su acción para obtener condiciones favorables a sus objetivos.⁴⁹

La organización de los servicios de salud en el país, en medio de procesos de interés que determinan expresiones de descentralización y centralismo del Estado, se va transformando.

Considerando que el escenario final de la expresión de los diferentes intereses económicos y políticos es el poder legislativo, al Congreso de la República llega un proyecto de Acto Legislativo en el año 1935, en un marco de pensamiento liberal, expresando el “derecho a la salud” como “asistencia pública” con responsabilidad plena del Estado, como uno de los derechos civiles y de garantías sociales de los ciudadanos. El primer grupo social de poder, durante las primeras décadas del siglo XX, fue el de los obreros y sus organizaciones sindicales, como producto del avance del capitalismo, y de los acuerdos alcanzados en las negociaciones obrero – patronales.

⁴⁹ HERNÁNDEZ, Mario. La salud fragmentada en Colombia. 1910-1946. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002. P.29.

El auge de la industrialización y el desarrollo del capitalismo fueron llevando al país a un fenómeno de urbanización y de proletarización. En 1918, el 17% de los municipios colombianos tenían más de 20.000 habitantes y en 1938 esta población ya alcanzaba el 38%. Así mismo, el censo del año 1918 registro 1´153.445 trabajadores dependientes, y el 32,7% como población económicamente activa, PEA.

Aun cuando las primeras organizaciones sindicales surgieron como sociedades de auxilios mutuos, incluyendo recursos para la atención de enfermedades, los trabajadores tomaron como bandera política y reivindicación económica el tema de la pensión vitalicia, que era propia sólo de importantes cargos del Estado. En un principio el tema de la prestación de los servicios de salud no era prioridad en sus exigencias.

En general, los trabajadores y sus organizaciones se encontraban en una fase de crecimiento, con reivindicaciones en los temas salariales y de condiciones de trabajo dignas.

Propósito inicial: institucionalizar el movimiento obrero. El número de sindicatos con personería jurídica aumentó seis veces en una década (Moncayo y Rojas, 1978: 56). Pero no solo incluía a los obreros industriales, a pesar del notorio aumento del sector industrial. Por el contrario, la mayoría de los sindicatos tenía un perfil artesanal, como se observa, por ejemplo, en la composición de la Federación Local del Trabajo de Bogotá (Medina, 1980: 173) y, más aún, en la composición de los sindicatos participantes del Congreso de Cali en 1938. Incluso, La Ley facilitó la formación de asociaciones de profesionales libres y de propietarios, agrícolas e industriales, que también adoptaron el nombre de “sindicatos”, como el de propietarios de tierras mencionado anteriormente, dando la apariencia de absoluta neutralidad del Estado para el control de las fuerzas sociales.⁵⁰

En Colombia, se acogió la misma orientación de los movimientos sindicales internacionales con relación a sus posturas en la organización de sus servicios de salud.

⁵⁰ HERNÁNDEZ, Mario. La salud fragmentada en Colombia. 1910-1946. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002. P.106. ⁵¹Ibíd., p.81.

La base de sus exigencias no tuvo criterio territorial ni poblacional, sino de tipo económico y estrechamente ligado a las tensiones con el capital, expresado en los accidentes de trabajo y la consecuente responsabilidad del empleador.

Con todo, puede decirse que la legislación laboral elaborada entre 1910 y 1929, relacionada con la salud de los trabajadores, conservó una característica especial: se trataba de una perspectiva de corte liberal, basada en compensaciones a cargo del patrono como parte del salario, bien fuera como atención médica en casos de accidente o bien a través de indemnizaciones económicas por la incapacidad o la muerte ocasionadas por el trabajo. El mecanismo central era el aseguramiento adquirido por los patronos con empresas privadas o, en las grandes empresas, asumido por ellas mismas como aseguradoras este mecanismo operaba en las grandes empresas que podían o decidían asumirlo. El ministro Montalvo informaba que “sólo ciento cincuenta empresarios está cumpliendo con la fórmula legal de tener asegurados a sus trabajadores” (Colombia, Senado, (1928):6). Entre tanto, se desarrollaron reglas sobre las condiciones higiénicas y el control de algunos riesgos en el trabajo, pero el cumplimiento de estos parámetros aun dejaba mucho que desear.⁵¹

Producto de estas exigencias la organización de los servicios de salud, pasó por la conformación de las cajas de auxilios en varias empresas del Estado, como el correo postal y telegráfico, el Banco de la República, la Policía Nacional y el Ferrocarril de Cundinamarca.

Sin embargo, se da un paso cualitativamente importante cuando las organizaciones sindicales trascienden el escenario de la relación obrero-patronal, y se ligan con propuestas de tipo político y de transformación de la sociedad. Estas organizaciones sindicales incorporan en sus pliegos de peticiones o en sus agendas políticas los

⁵¹ HERNÁNDEZ, Mario. La salud fragmentada en Colombia. 1910-1946. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002.

elementos fundamentales del Estado de bienestar, incluyendo la responsabilidad estatal en la administración de recursos y la financiación basada en impuestos progresivos.

El otro grupo de presión son los médicos. En la construcción de las políticas públicas y la organización de los servicios de salud, históricamente, han sido los médicos el principal grupo de interés.

Al finalizar el siglo XIX y, especialmente en las primeras décadas del siglo XX, la formación médica y la práctica médica gozaban de haber incorporado la mejor tecnología, y se presentaban ante la sociedad y las instituciones de poder como cultivadores del conocimiento y la ética.

Los médicos eran un grupo de poder importante, no sólo por su condición de médicos, sino también por su origen en las más prestantes familias conservadoras o liberales del país.

De manera individual, o a través de su gremio, se hacían presentes como actores permanentes en el Congreso de la República; en las decisiones del gobierno central, como entidad consultora definida en la Constitución Política; y en las confrontaciones con la Iglesia.

Una vez elegido, el presidente López envió una carta al doctor Rafael Ucrós, presidente de la Academia Nacional de Medicina, para que ese organismo, consultor por Constitución de los asuntos de Higiene y asistencia pública se pronunciara sobre estos temas. López pedía recomendaciones para organizar ese ramo de la mejor manera, pero no incluyó, en absoluto, el problema de la salud de los trabajadores. Este era tema de abogados laboristas y economistas versados en la intervención del Estado y no de los médicos. Éstos, a su vez, se dedicaron sólo al tema de la higiene y la asistencia pública y, para nada, mencionaron el otro aspecto. Así que la separación de terrenos era tan evidente que nadie lo cuestionaba.

En general, la iglesia adoptó el discurso higienista como parte de su proyecto moralizador. Pero también hubo confrontaciones entre la iglesia e higienistas por otras razones. El mismo promotor de la protección infantil, el doctor Jorge Bejarano, se quejaba en 1938 de la intransigencia de muchos hospitales

manejados por las órdenes religiosas, que se veían afectados por la legislación de 1924. Decía: de las ciudades de Colombia Cali y Bogotá ofrecen hospitales para el niño enfermo. Los restantes no tienen ni siquiera una sala destinada a este cuidado dentro de los hospitales para adultos. Muchos eran los que tampoco ofrecían antes de un servicio de maternidad y raros no fueron aquellos en los que se combate con acritud y tesis hipócritas de orden social y moral, el abrirlo. Muchos ellos, sin embargo, recibían auxilios oficiales y a pesar de esta circunstancia, cerraban sus puertas a la mujer en trance de ser madre (Bejarano, 1938:501).⁵²

Los médicos también se organizaron empresarialmente. Esta el caso específico de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, que se creó en 1902, con el propósito de promover la práctica de la cirugía en Colombia.

La Sociedad de Cirugía tomó un hospicio atendido por religiosas con enfoque de la caridad, y consiguió recursos por donaciones para construir su hospital y un auxilio del gobierno en 1909, y posteriormente, un auxilio anual de la Nación.

Finalizando la década de los años 30 asociado al avance de la creación del Ministerio y la proyección de la creación del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, ICSS, el gremio médico concentró sus esfuerzos en lograr del Estado los acuerdos y la reglamentación de las mejores condiciones de trabajo para el pleno disfrute de su ejercicio profesional.

Con el auge de la productividad, comercialización y exportación del café, aparece el gremio cafetero, como otra fuerza de poder en el país.

La ubicación preponderante de la producción de café en la economía nacional, al abrir las puertas y conectarse con la economía mundial, generó tensiones entre los trabajadores obreros cafeteros y los dueños de la tierra y la producción cafetera.

⁵² HERNÁNDEZ, Mario. La salud fragmentada en Colombia. 1910-1946. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002.

En estas tensiones, los campesinos obreros cafeteros se fueron movilizando y organizado al interior de la misma estructura de producción, y el conflicto que iba creciendo alrededor de la propiedad de la tierra, se convirtió en un problema económico, pero especialmente político, para esta casta emergente en el país, y para los partidos políticos donde se hallaban muy activos.

Los campesinos acudían a sus movilizaciones sociales y gremiales, y los propietarios de la tierra a sus estrechos lazos con el poder local, económico, político y eclesiástico.

Ni la reforma agraria de la Ley 200 de 1936, logró un consenso y la tranquilidad anhelada en el sector.

Los campesinos cafeteros tenían, cada vez más, un pedazo de tierra para cultivar café y otros productos de subsistencia. Tenían, sobre todo, el control de su trabajo. No lucharon por la seguridad social o por un sistema de salud adecuado a sus necesidades, a pesar de ser sistemáticamente excluidos en la legislación laboral. Además, la mayoría resolvía sus problemas de salud con prácticas populares tradicionales, a su juicio más confiables que la de los prestigiosos médicos.⁵³

En acuerdo con el Estado, el gremio cafetero crea una institución que le permite total control sobre la producción, comercialización y exportación del grano: La Federación Nacional de Cafeteros.

Desde la Federación Nacional de Cafeteros, se promovió una nueva fractura del sistema de salud del país, al dársele potestad para contratar con los gobiernos del nivel central y el nivel local, el desarrollo de la sanidad rural.

En el VIII Congreso, realizado en 1937, se decidió aprobar una reforma de estatutos para organizar la sección de sanidad rural. La finalidad era “proteger

⁵³ HERNÁNDEZ, Mario. La salud fragmentada en Colombia. 1910-1946. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002. P.100

a los federados y a sus trabajadores por medio de activas y científicas campañas sanitarias y mediante el establecimiento de hospitales, casas de salud, médicos ambulantes, publicaciones, repartición o venta de medicamentos y específicos contra las enfermedades del trópico y contra el alcoholismo y emprender una activa campaña sanitaria de todo orden.⁵⁴

Posteriormente, la Federación contrato con el gobierno nacional para administrar los “centros mixtos de salud”, especialmente en regiones de pequeñas unidades de producción cafetera y en los municipios de mayor conflicto entre propietarios y arrendatarios.

La resistencia local

Las relaciones políticas y clientelistas construidas desde el poder central, a través de los partidos políticos, hizo que se creara un entorno de demandas y presiones por líderes locales y sectores organizados, y por lo tanto, presionaban decisiones que se tomaban en el gobierno central y el Congreso de la República.

En las principales ciudades, se cultivaba y aún se promovía, la caridad y las donaciones, como esfuerzo de gestión económica y control en la administración de las entidades de servicios de salud.

En Bogotá, por ejemplo, había cobrado mucho reconocimiento la Junta de auxilios de Emergencias, manejada por señoras de clase alta con base de donaciones de ricos y la compra de bonos por parte de empleados caritativos. En 1932, la Junta montó varias cafeterías para los pobres de solemnidad, en las que se repartían alimentos y vestidos. Para mostrar a los aportantes el buen uso de los recursos, la Junta decidió mostrar, al lado de las cafeterías, salones para la exposición de obras de afamados artistas. Así, se podría “poner en contacto a las clases elevadas con las clases humildes... realizando un experimento social del más alto interés” (el tiempo. 3 de agosto de 1932: 5). En Santa Marta, las damas de sociedad samaria constituyeron una Junta

⁵⁴ HERNÁNDEZ, Mario. La salud fragmentada en Colombia. 1910-1946. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002. P.100

Protectora de la Infancia y un Comité femenino al mando del doctor Fernando Urueta, con el apoyo del doctor Sabas Socarrás Sánchez, ambos médicos, las damas organizaban fiestas y bazares para este fin (El tiempo de agosto de 1932) entre tanto el doctor Jorge Bejarano dictaba un curso de higiene, puericultura y asistencia pública al Ateneo Femenino, centro cultural para las damas de sociedad que quieren recibir instrucción complementaria.⁵⁵

Pero definitivamente el poder se centró en las Juntas de Beneficencia que se sentían atacadas con las medidas establecidas desde el enfoque de la “asistencia social”, y la creación de una instancia local autónoma para la higiene y la asistencia social. El debate y las confrontaciones giraron alrededor de dos hechos: Lo local y el centro del país, y lo técnico y lo político.

4.8 Conclusiones

La llegada de la conquista y la colonia en América, y particularmente en el territorio que hoy ocupa Colombia, trajo consigo las condiciones para la aparición de múltiples episodios de epidemias que de manera catastrófica diezmaron las poblaciones indígenas principalmente.

Desde los albores de la conquista y hasta entrado el período colonial, se fundaron ciudades y otras formas de ocupación del territorio como los palenques, los pueblos de indios, y las villas, que fueron incorporando criterios de salubridad para su fundación y crecimiento.

Los conquistadores y colonizadores europeos siguiendo las orientaciones de la Corona Española, fundaron ciudades, establecieron hospitales y cedieron su administración a las comunidades religiosas, a través de las cuales acrecentaron el control político e ideológico de las comunidades indígenas, africanas, mestizas y mulatas.

Estos espacios territoriales donde se estructuraron las ciudades, fueron propicios para compartir, seleccionar y eliminar concepciones, desarrollos técnicos y científicos, e

⁵⁵ HERNÁNDEZ, Mario. La salud fragmentada en Colombia. 1910-1946. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002. P.134.

institucionalidades sanitarias que se traían desde Europa y África, o que ya se encontraban en América.

La imposición de la cultura europea sentó las bases del actual modelo institucional del sector de la salud en Colombia. En particular, tres hechos determinaron la forma de la organización de la prestación de los servicios de salud: La llegada de profesionales médicos, el desarrollo de la institucionalidad hospitalaria, y la regulación de la práctica médica municipal.

Con la aparición de la República, el desarrollo de la organización de los servicios de salud se comportó a la sazón de los procesos de centralización o federalización del Estado, reflejado en la creación y puesta en funcionamiento de instituciones que representaban la rectoría, la organización o el control del sector de la salud, como la Junta Central de Higiene, las Juntas Departamentales de Higiene, las Juntas de Salubridad, las comisiones sanitarias, y otras tantas estructuras del Estado que se mantenían o desaparecían.

En especial, las normas que se promovieron desde el Gobierno Nacional y se expidieron en el Congreso de la República durante los primeros años del siglo XX, reflejaron las contradicciones, los acuerdos o las presiones que ejercían diferentes sectores de la sociedad como los trabajadores sindicalizados, el gremio médico o sectores empresariales, como el gremio cafetero, conllevando a procesos de creación de sistemas de seguros de salud para poblaciones de trabajadores, garantizados a través de la gestión de entidades de la seguridad social.

Para la gran mayoría de la población, tanto rural como urbana, la organización para la prestación de los servicios de salud fue determinada por las tensiones de poder político y económico que existían entre las instituciones del nivel central y las instituciones del nivel local, basados en enfoques de caridad promovido desde la Iglesia y de responsabilidad del Estado, entendido como de “asistencia pública” liderado por sectores liberales.

En síntesis, las decisiones para estructurar de manera institucional la organización de la prestación de los servicios de salud en Colombia, dependían y eran producto, de los

debates entre las corrientes centralista y descentralista, y de las consideraciones técnicas y los acuerdos políticos que vivía el país.

5. La descentralización del estado colombiano y la organización de los servicios de salud

5.1 Introducción

A partir de la creación y el funcionamiento de instituciones especializadas en el sistema de seguridad social, y en particular en la organización de los servicios de salud, como el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, las cajas de previsión social, y la misma red de hospitales públicos y privados; se hizo manifiesto en el país una desarticulación institucional de la organización de los servicios de salud, y como efecto, la profundización de los problemas de inequidad en el acceso a estos servicios de salud, por parte de los diferentes sectores de la población del país.

En la segunda mitad del siglo XX, en la región latinoamericana, y en particular en nuestro país, surgen diversas expresiones políticas asociadas a inconformidades por los crecientes fenómenos sociales de pobreza, marginalidad y falta de espacio de participación política.

Para atenuar la presión de estas expresiones políticas, el Estado colombiano promovió diferentes formas de reorganización del Estado como el sistema nacional de salud.

Finalizando la década del 80, ante los diferentes hechos de tipo político, económico y social, el Gobierno Nacional establece la elección popular de alcaldes, creando nuevos escenarios de participación política.

A esta decisión política se acompañó la formulación de instrumentos jurídicos que facilitaban la administración del Estado desde los municipios y las gobernaciones, como la organización de los servicios de salud, en un claro proceso de descentralización del Estado.

Estos hechos se describen en este capítulo a través de cinco (5) partes, iniciando por describir los bajos valores en los indicadores de salud pública de la segunda mitad del siglo XX; posteriormente, el devenir de los abordajes del sistema de salud asociado a los conceptos de desarrollo y eficiencia del Estado hasta llegar a la formulación de los planes de desarrollo; finalmente, la puesta en marcha de la atención primaria en salud, APS, como la estrategia fundamental para lograr “salud para todos en el año 2000”, promovido desde la Organización Mundial de la Salud, OMS.

5.2 Contexto del sistema nacional de salud, en el período 1950 a 1980

Desde los inicios de la década del 50 Colombia ha vivido profundas transformaciones poblacionales y urbanas, convirtiéndose en un país ciudadano, cambiando sus costumbres y los perfiles de consumo. También, en este período, cambió el perfil de las enfermedades, los accidentes, y las formas de morir de los colombianos.

Estas transformaciones no han sido equitativas en el país, siendo manifiestas las inequidades regionales y poblacionales.

En Colombia las desigualdades regionales se han mantenido y se han vuelto persistentes. Ello se evidencia en las correlaciones que existe en la distribución de los índices de NBI en los censos de 1973, 1985, 1993 y 2005. Existe una alta correlación simple entre estos índices de NBI cuando se comparan los censos de manera consecutiva.⁵⁶

En salud, durante estos cuarenta años, pasamos de enfermarnos y morirnos de eventos de origen infeccioso a eventos asociados con enfermedades crónicas y de causa externa. Aparece con mayor frecuencia el registro de personas con diabetes, hipertensión ó cáncer. También aparecen los casos de accidentes de tránsito, y todos los eventos asociados a una violencia que no cesa.

⁵⁶ Luis Armando Galvis y Adolfo Meisel Roca. “Persistencia de las desigualdades regionales en Colombia: Un análisis espacial” No. 120. Cartagena. Enero de 2010. Página resumen.

La mortalidad, especialmente la Mortalidad Infantil (MI), y la fecundidad descendieron aceleradamente a partir de 1950. La mortalidad general (MG) disminuyó de 26 x 1000 en el período 1950-55, a la mitad al iniciarse la década de los años 70, y a 5.2 x 1000 en 1986. Este descenso en la mortalidad se reflejó en todos los grupos de edad, excepto en el grupo 15-44 años (que mantiene una tasa estable), y fue particularmente acentuado en los niños. La Mortalidad infantil (MI) descendió de 196 x 1000 en 1938, a 135 x 1000 en el período 1950-55 y a 45 x 1000 en el período actual 1985-90.⁵⁷

Para el caso de las muertes de niños menores de cinco años, antes de la década de los años 70, ellas representaban más del 50% del total del país, y finalizando los años 80 estas sólo representaban el 15%.

En general, la presencia de las enfermedades infecciosas y tropicales, EIT, se redujo sustancialmente durante este período. Este grupo de enfermedades ocupaba los primeros lugares en las estadísticas sanitarias del país, al iniciar la segunda mitad del siglo XX.

En la actualidad, las EIT ocasionan el 10% de las muertes (cuarto grupo de causas), 13% de los AVPP (tercer grupo de causas), 14% de la morbilidad por egreso hospitalario (MEH) (tercer grupo de causas), y 30% de la morbilidad por consulta externa (MCE) (segundo grupo de causas). Esto contrasta con la situación anterior al inicio de la década de los 70, cuando ocasionaban la mayor cantidad de mortalidad.⁵⁸

En contrario, los eventos de trauma y violencia se duplicaron en los años de la década del 80, seguidos por las enfermedades crónicas y, en tercer lugar, con una tendencia de descenso, aparecen las enfermedades infecciosas.

⁵⁷ YEPES, Francisco. La salud en Colombia, Tomo I. Ministerio de Salud, 1990. P 65

⁵⁸ YEPES, Francisco. La salud en Colombia, Tomo I. Ministerio de Salud, 1990. P 67.

Simultáneamente con la disminución de las enfermedades infecciosas, las enfermedades crónicas aumentaron. En la actualidad son las causas más importantes de mortalidad, y ocasionan el 43% de las muertes, 275 de los AVPP, 34% de la morbilidad por consulta externa (MCE), y 35% de la morbilidad por egreso hospitalario (MEH). Aunque comienzan a figurar desde una edad temprana, los grupos en alto riesgo son los adultos y la tercera edad.⁵⁹

La aparición de los casos de cáncer y su registro en los reportes de salud, comenzó a tener un especial interés por su alta frecuencia y severidad.

Con el incremento en la longevidad de la población, y por consiguiente, en el número de individuos a riesgo (ej., adultos y tercera edad), el cáncer es una causa de mortalidad cada vez más frecuente. Ocasiona el 13% de las muertes, 9% de los AVPP, y es la tercera causa de mortalidad y de AVPP, después de las enfermedades crónicas y del trauma y violencia. Llama la atención la no aparición del cáncer como causa importante de MEH y MCE, lo cual refleja su letalidad, y la presencia de barreras de acceso a los servicios asistenciales.⁶⁰

Con el desarrollo urbano, la aparición y aumento de frecuencia de nuevas enfermedades, y el avance de estudios epidemiológicos, se crean condiciones para construir nuevas teorías, investigaciones y programas que incorporan el enfoque de los determinantes sociales de la salud, DSS.

De esta manera, las políticas sanitarias comienzan a incorporar las condiciones ambientales, el estado de la vivienda ó el acceso a los alimentos adecuados y oportunos, como elementos determinantes de la salud de la población.

Esta tendencia universal, conllevó a que el concepto de desarrollo se asociara no solamente a los indicadores de crecimiento económico o urbano, sino también con las

⁵⁹ YEPES, Francisco. La salud en Colombia, Tomo I. Ministerio de Salud, 1990. P 68.

⁶⁰ *Ibíd.*, p.68

variables sociales, de condiciones de vida y salud, a tal punto que el desarrollo fue establecido como un derecho humano fundamental, en el año de 1994.

a Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), realizada en 1994 en El Cairo, en su programa de acción, asumió en consenso “el derecho al desarrollo como un derecho universal e inalienable, que es parte integrante de los derechos humanos fundamentales, y a la persona humana como sujeto central del desarrollo”.⁶¹

En este marco, en Colombia, desde la década del 50 se va gestando una reorganización del sistema de salud que se materializa en los inicios del 70, con el nombre de Sistema Nacional de Salud, SNS, con el propósito de unificar la fragmentación que se traía, avanzar en un proceso de descentralización, e implementar estrategias de eficiencia administrativa.

La definición y puesta en marcha del Sistema Nacional de Salud, se hace en el marco del “Plan de las Cuatro Estrategias”, elaborado con base en los planteamientos de la Operación Colombia, presentados por el Profesor Currie en 1961.

Bajo la “teoría de los sistemas” se orientó en el país la búsqueda de soluciones estructurales y coyunturales que tenía la agenda pública.

La teoría de los sistemas, contiene conceptos como suprasistema, macrosistema, subsistemas y sectores, que indican la necesidad de identificar las relaciones de dependencia y jerarquías existentes en los problemas diagnosticados, la definición de una política pública, las estrategias y los programas para intervenir las problemáticas sociales del país.

⁶¹ Universidad Externado de Colombia – Fondo de Población de las Naciones Unidas. DINÁMICAS DE POBLACIÓN, DESARROLLO Y TERRITORIO. Municipios de Colombia hablan de sus experiencias en la formulación de planes de desarrollo 2012-2015. Bogotá, 2012. P.9

El sistema se define como el conjunto de elementos relacionados entre sí, estructurado y con funciones y por lo tanto organizado para responder a objetivos comunes.

Igualmente, de la teoría se podía deducir que varios sistemas interactuantes conformarían un “macrosistema”, que el conjunto de normas compartidas por estos sistemas constituirían un “suprasistema” y que los elementos agrupados dentro del sistema, para cumplir una función específica, serían los “subsistemas”.⁶²

El Sistema Nacional de Salud, SNS, y la aplicación de la “teoría de los sistemas” se presentaron como la panacea a los grandes y graves problemas de desarticulación del sistema y de la inequidad social en el sector de la salud.

A través del Sistema Nacional de Salud se proyectó incluir a todas las instituciones que prestaban servicios de salud como un macrosistema; a las instituciones privadas las organizaría por sub-sectores; las relaciones con los demás sectores del Estado, las definiría en un concepto de suprasistema; con la definición de sus funciones vitales organizaría los subsistemas; y dentro del subsector estatal, incorporaría los avances ya logrados con la regionalización y los niveles de atención.

El desarrollo normativo del SNS es claro en la búsqueda de aplicar los conceptos de la teoría general de sistemas y hace énfasis en la función rectora del Ministerio de Salud Pública en todo el sistema, como control del sector de la salud por parte del Estado.

Pero, asimismo se hacía evidente la gran fracturación del sistema presentando la macrocefalia del componente de seguridad social y la fuerza de las formas privadas de prestación de servicio, que iban en crecimiento.

Aunque existían los elementos teóricos y el interés político por desarrollar un Sistema Nacional de Salud a lo largo del devenir normativo, el espíritu de rectoría y control del

⁶² YEPES, Francisco. La salud en Colombia, Tomo I. Ministerio de Salud, 1990. P.161.

sistema como unidad de cuerpo, de integralidad, y de profundización de la descentralización, se fue desvaneciendo y deslegitimando.

No obstante, todas estas disposiciones ocurren al final del periodo de gobierno, de tal forma que, al comenzar el siguiente año, se producen transformaciones a la legislación de manera que ya no es tan evidente la intención intervencionista y centralista de la primera versión. No es tan explícita la presencia de los subsectores dentro del Sistema y las funciones de dirección y coordinación del Ministerio pasan a ser más de tipo vigilancia y control.⁶³

Por ausencia de voluntad política y por la fuerza y de poder que ejercían los actores preponderantes del sistema, el país no logró tener un sistema único, ni su criterio territorial, logró articular el nivel nacional con el nivel local.

Estos hechos estaban asociados a los problemas estructurales de la sociedad colombiana, donde la pobreza y la inequidad social mantenía una clara tendencia creciente y de representación territorial.

Definida de esta manera, la periferia comprende el 38% de la población nacional y el 60% de la población con NBI. Por lo tanto, los departamentos de la periferia constituyen un ejemplo de la persistencia en los niveles de pobreza e inequidades.⁶⁴

Es importante resaltar que los niveles de pobreza, medidos por los índices de NBI municipales, en los últimos cuatro censos de población (1973, 1985, 1993 y 2005) han mostrado altos índices de persistencia. Por ejemplo si se observa la relación entre el NBI del 2005 y el del censo de 1993, se ve una relación bastante estrecha. La misma relación, aunque con menos fuerza se observa con los censos anteriores. Es de esperar que dicha relación sea menos fuerte a medida que nos alejamos en el horizonte temporal, pero se esperaría que hubiese más

⁶³ YEPES, Francisco. La salud en Colombia, Tomo I. Ministerio de Salud, 1990. P.163

⁶⁴ Luis Armando Galvis y Adolfo Meisel Roca. "Persistencia de las desigualdades regionales en Colombia: Un análisis espacial" No. 120. Cartagena. Enero de 2010. P.8.

movilidad, si las políticas del gobierno estuvieran siendo exitosas en combatir las disparidades.⁶⁵

Finalmente, terminando la década del 80, los balances fueron pobres y crean un entorno político y administrativo, que sirvió para justificar la entrada de las políticas de libre mercado al sector de la salud,

“El sector salud es de una gran inequidad. No sólo no entrega sus servicios en proporción a la necesidad (principio de equidad), sino que lo hace en relación inversa. Son precisamente las regiones y los grupos socioeconómicos con una mayor necesidad los que menos acceden a ellos”.

El sector muestra una mayor disponibilidad de tecnología asistencial (curativa), sin embargo aún presenta serias deficiencias cuantitativas que se aprecian por los déficits de coberturas, y cualitativas, que se observan en las deficiencias en la capacidad resolutive de los diferentes servicios.⁶⁶

El componente de seguridad social se mantiene sin el más mínimo criterio de territorialidad o descentralización, igual las cajas de previsión y la medicina privada. La prestación de servicios a la población más pobre se hacía a través de los centros y puestos de salud, que procuraban una organización y una denominación territorial.

Colombia carece de una política integral y coherente de salud la cual no puede ser meramente la formulación de una administración, sino el producto de un gran consenso nacional con amplias miras al futuro. Así como no hay una macropolítica, tampoco hay políticas particulares; ni una política hospitalaria, ni una de investigaciones, ni de medicamentos, ni de recursos humanos, ni de educación en salud, ni de calidad de los servicios, ni unos objetivos nacionales de salud, etc.⁶⁷

⁶⁵ *Ibíd.*, P.11

⁶⁶ YEPES, Francisco. La salud en Colombia, Tomo I. Ministerio de Salud, 1990. P.60.

⁶⁷ *Ibíd.*, p.61

Aunque fue evidente que el Sistema Nacional de Salud, se creó asociando los conceptos de eficiencia administrativa del Estado y planificación del desarrollo, su fracaso creó las condiciones para justificar en la década del 80, las políticas económicas basadas en un modelo neoliberal que genera un fuerte proceso de privatización del Estado, en particular del sector de la salud, que va sentenciando el fin del Sistema Nacional de Salud.

El modelo de Estado y de agenda pública construido bajo las tesis del neoliberalismo, parte de cuestionar la ineficiencia de las empresas estatales y el gasto en los programas de bienestar y subsidios, ensañándose en mostrarlos como onerosos y poco efectivos.

Estos fenómenos de interés político por descentralizar los servicios de salud y posteriormente, por mantener el pleno control en el Estado central, obedece al marco general de las tensiones y las contradicciones que se generan en la construcción de sociedad, administración del Estado y la definición de las políticas públicas.

Lo anterior se evidencia en que, por un lado, los territorios subnacionales demanda del centro mayor autonomía, entendida como una participación más activa en la “torta” de la riqueza nacional, mayor libertad para asignar los recursos que les son transferidos, mayor protagonismo en los asuntos de interés nacional y de autodeterminación del desarrollo local; por otro lado, hay fuerzas que buscan recortar las transferencias, intervenir los modelos de desarrollo local y supeditar la agenda de gestión local hacia la central.⁶⁸

5.3 La salud en un modelo de desarrollo y eficiencia del Estado

El Consejo Interamericano Económico y Social, celebrado en Uruguay en 1961, como respuesta inmediata para atenuar en los países de América los efectos de la revolución Cubana, fundamentó la explicación de la pobreza en el retraso tecnológico y

⁶⁸ FELIPE FAUDEL CAJIAO- Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Facultad de Ciencia Política y Gobierno. Tensiones entre centralización y descentralización a la luz de los proyectos de Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial, período 1991-2010. Bogotá D.C. 2010. p.3

administrativo de cada país, y planteó que la pobreza se resolvía a través de planificar la gestión del Estado.

Para el sector salud, la directriz de Uruguay se tradujo en la aplicación de medidas sobre el gasto, la gestión administrativa, y la articulación a un Estado planificador.

Esta condición obligó a que durante todo el período siguiente, se viviera una inocultable vinculación entre políticas y agenda del sector, con teorías desarrollistas en salud. Los recursos del sector salud dejaron de ser considerados como un gasto y se registraron como inversión, exigiéndose un rigor planificador, con medición a través de indicadores de eficiencia, y la eliminación de instituciones, programas o acciones que no se acojan dentro de este enfoque.

El Dr. Alberto Vasco presenta aún mejor la situación:

En el decenio de los sesenta, la teoría del desarrollo imperaba como explicación fundamental de la historia y la situación actual de los países de América Latina. Dicho desarrollo se movía dentro de un continuum sobre el cual era posible prever planificar el futuro, o al menos tener la ilusión de hacerlo, en la medida en que se suponía que los países crecen como los animales y las plantas, y ese crecimiento tiene un porvenir natural ya conocido, para lo cual basta esperar a que se dé el crecimiento normal de cada uno de ellos, hasta alcanzar el deseado desarrollo. Como resultado de esta visión del mundo, la planificación se convirtió en la panacea de la administración y aun de la política.⁶⁹

Además, el contenido del consejo celebrado en Uruguay, se presenta como una dualidad entre desarrollo y subdesarrollo, presente en momentos históricos diferentes y posibles de resolver en etapas consecutivas.

⁶⁹ YEPES, Francisco. La salud en Colombia, Tomo I. Ministerio de Salud, 1990. P.141.

De esta manera, los países desarrollados, sus organismos internacionales y sus consultores expertos, producen recomendaciones y programas de intervención y de cooperación para los países pobres.

A través de la Comisión Económica para América Latina, CEPAL, se construyen y difunden las bases del modelo y se crean las metodologías y los instrumentos para su ejecución. Para la década de los años 60 este modelo se institucionaliza con la creación del Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, ILPES.

En el sector salud, con las recomendaciones de Punta del Este, la discusión tomó un rumbo nuevo al establecerse el diálogo con los otros sectores del Estado, especialmente con el sector económico.

Una población sana y activa es fundamental para la economía y el progreso social. La salud es, por tanto, componente esencial del desarrollo y del nivel de vida. Los fondos que se erogan para el cuidado de la salud representan una inversión, una fuente de productividad y no un gasto. Su rendimiento puede medirse en una mejor capacidad de los miembros de la sociedad para crear, producir, invertir y consumir...Hay conciencia hoy de que los programas de salud forman parte de la planificación general del desarrollo. Definida la salud como un Estado de completo bienestar físico, mental y social, la interpretamos, a la luz de la Carta de Punta del Este, como un componente fundamental del desarrollo.⁷⁰

Esto obligó al sector salud a reacomodar sus planteamientos en términos aceptables para los economistas.

De esta manera, las iniciativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dentro de la organización de los servicios de salud, sólo eran válidas si eran medibles y costo-eficientes.

⁷⁰ YEPES, Francisco. La salud en Colombia, Tomo I. Ministerio de Salud, 1990. P.78.

La estrategia de servicios de salud consiste en la organización y desarrollo de servicios de salud para la prevención de enfermedades y atención de las personas, que sean apropiados a las necesidades de salud prioritarias de la población, de buena calidad, efectivos y eficientes, costeables y accesibles. El objetivo es tratar lo más oportunamente posible los casos de enfermedad y disminuir la letalidad y secuelas en la población.⁷¹

Como efecto de este abordaje de eficacia administrativa, dos hechos sintetizaban los diagnósticos de los problemas de ejecución en el sector salud: el primero, consideraba que el sector salud se había caracterizado por la diversidad de fuentes de financiación, de entidades recaudadoras y de instituciones que intervienen en la administración de los recursos, que de manera estructural, genera múltiples dificultades para lograr la mayor eficiencia en su gestión; y el segundo, la deficiente capacidad administrativa de las instituciones y de los directivos del sector salud.

La falta de capacitación gerencial del personal del sistema y la ausencia de desarrollos administrativos modernos adaptados a las peculiaridades del sector salud, han conducido a una situación administrativa del sector que se caracteriza por un gran atraso en la aplicación de herramientas modernas de administración y una práctica administrativa centrada en la solución de crisis.⁷²

Pero, la posibilidad de intervenir esta falencia se frustraba cuando se ponía en consideración que el aumento de los recursos humanos para salud sólo se podía obtener si mostraban resultados de corto plazo. Este resultado no se podría lograr, cuando en realidad, esta no era la causa de los problemas del sector.

Los debates acerca de las causas del problema y las dificultades para medir la eficiencia en el manejo de los recursos, conllevó a que los recursos públicos asignados para el sector de la salud, presentara una tendencia creciente durante el período 1966 – 1976 y

⁷¹ *Ibíd.*, p.61.

⁷² YEPES, Francisco. La salud en Colombia, Tomo I. Ministerio de Salud, 1990. P.62.

decreciente en el siguiente período 1977 – 1987, con relación al PIB y el presupuesto global de la Nación.

5.3.1 La formación del recurso humano en salud

Desde 1950 las universidades han venido transformando sus programas académicos para adaptarse a las políticas gubernamentales, y las directrices de los organismos internacionales.

En Octubre de 1963, en Cartagena de Indias se realiza una reunión de directivos universitarios para discutir y definir la integración de la academia con las directrices del enfoque del sector salud con el desarrollo económico del país y la región latinoamericana. Fue la III Asamblea de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME.

A este respecto, el Dr. José Félix Patiño comentaba al introducir el temario de la Asamblea de Cartagena:

Una Facultad de Medicina de este país no puede quedar satisfecha con adiestrar un excelente clínico. Su deber, su obligación más allá, a producir un médico general capacitado para procurar la atención integral de su colectividad dentro del marco de su participación en la planeación y ejecución acelerada del desarrollo económico y social del país.⁷³

Eran directrices para todos los países latinoamericanos. En Venezuela, en 1965 la Universidad Central con el apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, desarrolló un modelo de “administración en salud” aplicando las nociones de gerencia, planeación y economía en el manejo de las instituciones y los recursos del sector de la salud.

Los chilenos, también con el apoyo de la OPS, abren su escuela.

⁷³ *Ibíd.*, p.157.

En Medellín, con el auspicio del Ministerio de Salud de Colombia, se crea la Escuela de Salud Pública.

Tanto el Dr. Guillermo Restrepo, el Dr. Luis Fernando Duque, como el Dr. Francisco Yepes, coinciden en resaltar la importancia de esta escuela chilena, apoyada por el Dr. Horwitz desde la OPS, en la formación de salubristas colombianos y en la constitución del modelo CENDES OPS, de gran incidencia tanto a nivel nacional como latinoamericano.⁷⁴

5.4 Los planes de desarrollo

Se considera que el sector de la salud entra en el modelo desarrollista desde el año 1958 y logra su máxima expresión con la creación del Sistema Nacional de Salud.

Los conceptos de planeación y desarrollo ya se traían desde principios de siglo con experiencias de países, regiones o territorios más allá de nuestro país.

Las ideas sobre las ventajas de la planificación regional van a empezar a concretarse en la Norteamérica de los años 20 del siglo pasado, a través de la *Regional Plan Association*, RPA, (Asociación de Planificación Regional Americana), que agrupa urbanistas, arquitectos, economistas y sociólogos, entre otros. A través de ellas se proponen planes regionales, entre los que se destaca el Plan Regional para Nueva York y su entorno (RPNY) 1923-19298. La dimensión del plan abarcaba 5.000 millas cuadradas (aprox. 11.250km²)...²²

Londres pasa a ser el siguiente escenario donde se van a impulsar este tipo de políticas y en 1927 se crea la Comisión de Planificación Regional para el Gran Londres, que controlaría un área cuyo radio era de 25 millas (40km) partiendo desde el centro...

⁷⁴ YEPES, Francisco. La salud en Colombia, Tomo I. Ministerio de Salud, 1990. P.144

Por esta época, otros lugares de Europa empiezan a trabajar en planes regionales. Así, en 1920 se dio vida legal a la región del Ruhr en Alemania, y en 1932, se reconoció en Francia la existencia de la región parisiense.⁷⁵

La estrategia de la Alianza para el Progreso, coloca en el plano político la ilusión de un desarrollo económico y social progresivo, a cumplir con la adecuada construcción de los planes de desarrollo.

Por lo tanto, cada uno de los países de América se orienta a escalar niveles superiores de desarrollo aplicando técnicas administrativas, económicas y sociales presentadas por consultores externos.

En Colombia, se consolida el Departamento Nacional de Planeación erigiéndose como la máxima institución rectora para el desarrollo del país, y se exige a todas las instituciones del Estado del nivel central y local, ajustar su devenir a un plan de desarrollo medible.

Al final de esa misma década aparecen los estudios de la CEPAL, para cuya realización se ha preparado personal técnico latinoamericano en planeación y programación del desarrollo. Precisamente, el informe de este organismo sobre Colombia se constituyó en la base para la elaboración del Plan Cuatrienal de Desarrollo, más tarde Decenal, que vincula el país, en forma explícita, con la “Alianza para el Progreso”.⁷⁶

Para el período 1975 – 1978, se formula en Colombia el plan “Para cerrar la brecha, plan de desarrollo social, económico y regional”, que establece como políticas del sector salud:

- La ampliación de la cobertura, con prioridad en el grupo materno- infantil,
- La disminución de la brecha entre zonas urbanas y rurales,

⁷⁵ Universidad Nacional de Colombia/sede Bogotá. Secretaria de Planeación. Integración regional, colección 8. Bogotá ¿es posible un modelo regional desconcentrado? Capítulo 2 REVISION TEORICA MODELO DESCONCENTRADO. Patricia Rincón A., Mario García M. P 27

⁷⁶ YEPES, Francisco. La salud en Colombia, Tomo I. Ministerio de Salud, 1990. P.

- La disminución de la morbi-mortalidad causada por las deficiencias del saneamiento ambiental y las enfermedades inmunoprevenibles,
- La utilización máxima de la capacidad hospitalaria,
- La formación del recurso humano médico y paramédico,
- La articulación de las diversas instancias en el marco de SNS y la integración del sector salud con los otros sectores.

El plan del período siguiente se caracterizó por asignar un pequeño espacio al sector de la salud, y se denominó: “Plan de Integración Nacional. 1979-1982”.

En el período 1983-1986, el plan de desarrollo incorpora como consigna “La salud, factor de desarrollo”, y establece un capítulo específico a la atención integral a la infancia y la población indígena, como expresión de política social. Este plan se denominó: “Cambio con equidad. Plan de Desarrollo, 1983 – 1986”.

Terminando la década de los años 80, el plan de desarrollo del país se fundamentó como plan de economía social.

Este plan de desarrollo nacional, acercó desde su concepción hasta la construcción final, la planeación de los sectores sociales con la proyección económica y el desarrollo social del país.

El plan de Economía Social de Virgilio Barco, después de plantear unas Estrategias Generales, incluye un capítulo denominado “Programas Sectoriales para el Desarrollo Social”

Los programas:

- Salud Básica para Todos,
- Atención en los Niveles Complejos y Desarrollo de la Red Hospitalaria,
- Salud para los trabajadores Asalariados,
- Reorganización Institucional,
- Desarrollo de los Recursos Humanos,
- Desarrollo de los Recursos Físicos y,

- Reordenamiento Financiero”.⁷⁷

Ante estas disposiciones de incorporar las políticas sociales en un marco de planes de desarrollo, se ha logrado la incorporación de las universidades, las organizaciones no gubernamentales, y la cooperación internacional, y otras instituciones, en el desarrollo de procesos de formación y capacitación para incidir en la planificación regional, con la participación social y el uso de los instrumentos de ordenamiento territorial que tiene el país.

“PASE al desarrollo” genera capacidades a partir de programas de asistencia técnica y formación activa a “Grupos de Expertos Locales en Poblacion & Desarrollo” (GELP&D) de 15 a 20 municipios por programa a partir del modelo conceptual y metodológico BIT- PASE el cual se desarrolla en 3 momentos (identificación, comprensión y respuesta) y 10 pasos. Los GELP&D reciben entrenamiento técnico con acreditación académica para la construcción de políticas públicas en donde definen las inversiones y actualizaciones en el territorio para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población a partir de instrumentos de planificación como planes de desarrollo, planes de ordenamiento territorial y políticas derivadas.⁷⁸

5.5 La Atención Primaria en Salud, APS, en el marco de la planeación y los planes de desarrollo

Bajo las mismas premisas de eficiencia en el sector de la salud, se propone la implementación de la Atención Primaria en Salud, APS, en el año 1979 en Alma Ata, como estrategia para lograr “salud para todos en el año 2000”.

⁷⁷ YEPES, Francisco. La salud en Colombia, Tomo I. Ministerio de Salud, 1990. P.169

⁷⁸ Universidad Externado de Colombia – Fondo de Población de las Naciones Unidas. DINÁMICAS DE POBLACIÓN, DESARROLLO Y TERRITORIO. Municipios de Colombia hablan de sus experiencias en la formulación de planes de desarrollo 2012-2015. Bogotá, 2012. p.19

Esta Conferencia culminó con el propósito de todos los países asistentes, entre las cuales se encontraba Colombia por supuesto, de asumir la APS como la principal estrategia mundial para alcanzar la meta de Salud para Todos en el año 2000. El concepto de APS emanado de esta reunión... implicaba para cada país, el desarrollo de tales objetivos dentro de un plan nacional integral, con participación intersectorial, con funcionamiento ágil del sistema de salud y sus niveles de atención y, finalmente, con participación de la comunidad.⁷⁹

Al no alcanzar la meta del año 2.000, y al realizarse un reconocimiento de su valor filosófico, político y social, la Organización Mundial de la Salud, OMS, acoge los Objetivos del Milenio, ODM del año 2.000 y revitaliza la propuesta de APS con nuevos elementos conceptuales.

Ahora, la finalidad del proceso de renovación de la APS es revitalizar la capacidad de los países para articular una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que les permita mejorar la equidad y afrontar los problemas de salud presentes y futuros. Contar con un sistema de APS renovado se considera una condición esencial para poder alcanzar los compromisos de la Declaración del Milenio, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 8 de septiembre de 2000(1), pues aborda las causas fundamentales de los problemas de salud y considera a la salud como un derecho humano.⁸⁰

Tal como se planteó desde su origen, la estrategia de APS requería ser incorporada en el plan de desarrollo de cada país, y de esta manera, la forma como se asumió en cada país fue muy diversa.

Desde 1979, para todos los países miembros de la Organización Mundial de la Salud, la meta social más importante fue la definición y la implementación de la APS como estrategia para conseguir que en el año 2000 todos los ciudadanos del mundo

⁷⁹ YEPES, Francisco. La salud en Colombia, Tomo I. Ministerio de Salud, 1990. P.171

⁸⁰ YEPES, Francisco. La salud en Colombia, Tomo I. Ministerio de Salud, 1990. P.172

alcanzaran un Estado de salud, asociado a una vida social y económicamente productiva.

Su concepción y su espíritu contenían la globalidad de los servicios básicos o esenciales de salud.

- Alimentación y vivienda adecuadas, con protección de los hogares contra insectos y roedores;
- Abastecimiento de agua que permita buenas condiciones de higiene y potabilidad;
- Evacuación apropiada de desechos;
- Prestación de servicios de asistencia prenatal, natal y postnatal, incluida la planificación de la familia;
- Atención del recién nacido y del niño, con nutrición complementaria;
- Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas de la infancia;
- Prevención y tratamiento de las enfermedades localmente endémicas;
- Asistencia básica contra lesiones y trastornos para personas de todas las edades;
- Acceso fácil a fuentes de información fidedigna y práctica sobre los problemas de salud existentes y sobre los métodos adecuados para prevenirlos y resolverlos.

En Colombia era indispensable su inclusión en la política social y el mejoramiento de las condiciones de vida desde la perspectiva del quehacer intersectorial y la salud de la población.

A pesar de que el periodo 1981-1990 fue denominado el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental, las coberturas de acueducto y de alcantarillado disminuyeron en 2.7% y un 6.7% en el período 1981-1987. En la actualidad estas coberturas son del 57% y 41%. Tan sólo el 45% de la población recibe agua potable para su consumo y 5 localidades de 1.009 tratan sus aguas residuales antes de disponerlas en las fuentes receptoras.⁸¹

⁸¹ Universidad Externado de Colombia – Fondo de Población de las Naciones Unidas. DINÁMICAS DE POBLACIÓN, DESARROLLO Y TERRITORIO. Municipios de Colombia hablan de sus experiencias en la formulación de planes de desarrollo 2012-2015. Bogotá, 2012. P.9

Cerca de 13 millones de colombianos (43%) pueden ser considerados como pobres, ya que habitan en viviendas con necesidades básicas insatisfechas. En 1985, el 16% de las viviendas tenían piso en tierra, el 13% se encontraban en hacinamiento crítico (4 ó más personas por cuarto) y el 51% no tenían conexión con el acueducto.⁸²

Asociado a la existencia del Sistema Nacional de Salud, cada uno de los planes de desarrollo acogen, con una u otra intensidad, estos postulados.

Esto lo observamos en el “Plan de Integración Nacional. 1979-1982”, el plan “Cambio con equidad. Plan de Desarrollo, 1983 – 1986”, y en el plan del presidente Virgilio Barco, que incluyó un capítulo denominado “Programas Sectoriales para el Desarrollo Social”.

El Dr. Duque señala, además, que para la implementación de la APS era necesario contar con un Estado con fuerte presencia en todo territorio nacional; éste no era el caso de Colombia. Por tal razón “el discurso de la APS ha sido más florido que la decisión política de llevarlo a cabo.”⁸³

La APS como estrategia para ampliar cobertura de los servicios de salud en el mundo y en el país, logra su cometido. Esta estrategia permite llegar a más población con las acciones hacia las personas y el medio ambiente, a través de acciones simples y de bajo costo. Logra satisfacer las necesidades básicas de las comunidades en relación con las enfermedades que causaban la mayor frecuencia de mortalidad, especialmente en la niñez.

Pero también se hizo evidente que no logró la integración dentro del sector de la salud en sus diferentes niveles de los servicios de salud, ni con los demás sub-sectores del Sistema Nacional de Salud.

⁸² Universidad Externado de Colombia – Fondo de Población de las Naciones Unidas. DINÁMICAS DE POBLACIÓN, DESARROLLO Y TERRITORIO. Municipios de Colombia hablan de sus experiencias en la formulación de planes de desarrollo 2012-2015. Bogotá, 2012. P.9

⁸³ YEPES, Francisco. La salud en Colombia, Tomo I. Ministerio de Salud, 1990. P.62.

A nivel local, no se logran los procesos de intersectorialidad ni transectorialidad.

Estos resultados de balance negativo se reflejan en la deficiencia de los recursos humanos y la falta de la asignación adecuada de los recursos financieros que requería la implementación de la APS en todo el territorio nacional.

La deficiencia del recurso humano se mantiene aun cuando la formación en las escuelas de medicina fue girando de una cátedra higienista a una de medicina preventiva, y en algunos casos de salud pública. En estos cambios fueron pioneras la Universidad del Valle y la Universidad de Antioquia.

Estos cambios académicos conllevaron la incorporación de las ciencias sociales en la estructura de las áreas de las ciencias básicas en la formación médica.

Los profesionales médicos recibieron elementos conceptuales, acercamientos a objetos de estudio, y algunas herramientas metodológicas de ciencias sociales como antropología, sociología y ciencias políticas, entre otras.

La expectativa de lograr “salud para todos” ó universalización de la cobertura no se logra, aun cuando organizaciones no gubernamentales y empresas del sector privado acogen la APS, y con mayor fuerza la medicina familiar, como la Federación de Cafeteros de Colombia y las cajas de compensación familiar.

Entre otras causas de esta falta de universalización de la cobertura de las APS, se identificó que su desarrollo conceptual y operativo fue restringido a satisfacer algunas necesidades elementales de grupos humanos marginales; que la estructura del sistema y del sector era fundamentalmente curativa, restringiendo la universalización de la cobertura; y que el concepto de cobertura se fundamentó en actividades finales y no en necesidades comunitarias.

Como producto de desarrollos conceptuales errados, se incorporan prácticas economicistas que desdibujan la intencionalidad política de la participación comunitaria ó el desarrollo de programas que sólo respondían a intereses de organismos foráneos con financiación condicionada a propósitos específicos.

Durante el Ministerio del Dr. Antonio Ordoñez Plaja, los programas de planificación familiar se incluyen en la Sección Materno-Infantil del Ministerio, buscando “humanizar” tales acciones y aprovechar los dineros externos en problemas de salud materno-infantil más prioritarios para nuestro país.⁸⁴

Ante los balances de tipo conceptual, de enfoque, de modelos de gestión y de resultados, va surgiendo con fuerza en toda Latinoamérica una corriente de pensamiento que se autodenomina “medicina social” que parte de las ciencias sociales para comprender los fenómenos de la salud y la enfermedad, como procesos históricos.

Esta corriente, aunque logra tener cabida en la Organización Panamericana de la Salud, OPS, no logra afianzarse en la institucionalidad del sector de la salud en los diferentes países de América. Desde la academia, las organizaciones sociales y comunitarias, y desde diferentes instancias políticas, la medicina social se plantea como alternativa de pensamiento y acción en salud.

Ya para finales del siglo XX e inicios del siglo XXI, esta corriente de pensamiento y acción, manteniendo los elementos políticos, ideológicos y técnicos se expresa en la administración pública particularmente en gobiernos locales de países como Brasil, México, Colombia, Venezuela y el Salvador.

Finalmente, este acercamiento de gestión de los servicios de salud a través de la estrategia de Atención Primaria en Salud, nos deja balances muy importantes, y en especial, por primera vez, la reflexión de acercar la gestión local como escenario territorial y poblacional, con el ordenamiento más adecuado para garantizar el derecho a la salud que tiene la población.

La gestión de los servicios de salud desde lo local, aproxima los diferentes componentes del sector de la salud entre sí, y con los sectores que son responsables de garantizar la intervención sobre los determinantes sociales.

⁸⁴ YEPES, Francisco. La salud en Colombia, Tomo I. Ministerio de Salud, 1990

Desde el punto de vista práctico, la estructuración de un modelo a nivel de Atención Primaria para mejorar la capacidad resolutive de sus entes nos permite, por primera vez, pensar en la integración de los referentes espaciales (entendiendo estos como el elemento estructural mínimo de los diferentes sectores a nivel local) de un sistema primario de atención a todo el esquema de desarrollo local. Esta primera aproximación al “debe ser” de la Atención Primaria implica una serie de toma de decisiones sobre cobertura, tecnología, costos y situaciones de accesibilidad.⁸⁵

5.6 Conclusiones

Como producto de las decisiones políticas y administrativas del Estado, el sector salud inicia la segunda mitad del siglo XX con claros signos de inequidad en el acceso a sus servicios y preocupantes indicadores de salud pública.

Los procesos de urbanización que aceleradamente se desarrollaron en el país, conllevaron a cambios en los patrones de consumo y de condiciones de riesgo, cambiando el perfil de morbilidad de la población pasando de ser preponderantemente asociado a enfermedades infecciosas a eventos de tipo traumático y de enfermedades crónicas, como cáncer, problemas respiratorios y enfermedades cardiovasculares.

Ante la desarticulación de las diferentes formas institucionales existentes en el país para atender las necesidades en el sector salud y las inequidades creadas para acceder a estos servicios, se fue gestando la creación del Sistema Nacional de Salud, SNS.

Con el objeto de bloquear el crecimiento de las tesis emanadas de la revolución cubana, se adelanta en Punta del Este, Uruguay, la sesión del Consejo Interamericano Económico y Social, colocando como tesis predominante de la causa de la pobreza la inadecuada administración de los recursos, conllevando a posicionarse la necesidad de

⁸⁵ YEPES, Francisco. La salud en Colombia, Tomo I. Ministerio de Salud, 1990. P.9

la planificación del Estado, que en Colombia se materializó con la creación del Departamento Nacional de Planeación, DNP.

De esta manera, se crea el Sistema Nacional de Salud, SNS, amparado en la teoría de los sistemas y bajo la égida de la planificación administrativa.

Desde el enfoque territorial, el SNS se orienta a articular la gestión del Gobierno Nacional con los gobiernos locales, definiendo las competencias de manera complementaria y la concurrencia de recursos, para articular los diferentes subsistemas creados.

El Sistema Nacional de Salud, acogiendo las tesis de Punta del Este, se orienta administrativamente con tres propósitos: Disminución del gasto público, aplicación de modelos de gestión administrativa con indicadores de eficiencia, y la misión institucional derivada de los planes de los gobiernos nacionales, orientados desde el Departamento Nacional de Planeación.

Desde el año 1975 hasta la fecha, el enfoque en salud y el desarrollo de las políticas públicas quedan inmersas en los planes de desarrollo de los gobiernos nacionales para los períodos de 1975 – 1978; 1979 – 1982; y 1983 – 1986; previos a la promulgación de la elección popular de alcaldes, la nueva Constitución Política y la expedición de la Ley 100 de 1993, que crea una nueva organización del Estado para la prestación de los servicios de salud.

Las universidades incorporan las tesis de la planeación y la administración del Estado para combatir la pobreza, en la formación del recurso humano, creando escuelas y programas de administración en salud para acompañar a los gobiernos en su empeño por desarrollar el Sistema Nacional de Salud.

En el año 1979, la OMS promulga la estrategia de atención primaria en salud, APS, que se acoge en nuestro país en el marco del SNS. Sin embargo, la APS queda inmersa en un propósito circunscrito en su cobertura a poblaciones marginales y de carácter fundamentalmente curativo, que limita y ahoga su desarrollo.

El potencial intrínseco de la APS para ordenar los servicios de salud con un enfoque territorial no se desarrolla por las limitaciones del Sistema Nacional de Salud para

fortalecer la gestión local de alcaldes y gobernadores, y el ocaso que ya presentaba a mediados de la década del 80.

En el marco de la planificación del Estado y la eficiencia administrativa del sector salud, se denuncia la existencia de significativos recursos económicos en el sector que no son pertinentes con bajas coberturas en cientos de instituciones, problemas de calidad y oportunidad en el servicio, y fenómenos de inequidad en el acceso a los mismos, que van sentando las bases para justificar la introducción de modelos basados en el libre mercado y la fuerte participación del sector privado en la administración y la prestación de los servicios de salud, que finalmente aparece en la última década del siglo XX, con la Constitución Política de 1991 y la Ley 100 de 1993.

6.El proceso del crecimiento poblacional en Colombia

6.1 Introducción

Desde el siglo XIX, en el mundo se presenta un intenso crecimiento poblacional, que en la segunda mitad del siglo XX se hace más manifiesto en los países de América Latina. Colombia no escapa a esta tendencia universal, registrando un crecimiento entre los inicios del siglo XIX y los inicios del siglo XX de cuatro (4) veces su población, pasando de uno a cuatro millones de habitantes; y el crecimiento de inicios del siglo XX a los inicios del siglo XXI, se multiplico por diez (10), superando los cuarenta (40) millones de habitantes.

Esta dinámica poblacional ha presionado cambios en los procesos de urbanización, con efecto en la constitución de las ciudades y el desarrollo de regiones en el país, como asimismo, del crecimiento de las inequidades y las desigualdades sociales que hoy registra la población urbana y rural, o al interior de las mismas regiones o de las mismas ciudades.

Los fenómenos de pobreza y los conflictos sociales armados que ha vivido el país, crearon las condiciones para que la población del campo, especialmente los jóvenes, migraran hacia las ciudades, que a mitad del siglo XX, se dirigió hacia las principales capitales de departamento, registrándose grandes densidades urbanas y la conformación de áreas metropolitanas.

Posteriormente, además de las migraciones y los desplazamientos forzados de la población rural, se sumó la migración de la población urbana de las pequeñas ciudades, principalmente hacia las ciudades medianas de 100.000 a 300.000 habitantes.

La Constitución Política del año 1991 reconoce esta dinámica poblacional y establece los criterios para que Colombia como república unitaria, descentralizada y con autonomía de sus entidades territoriales, desarrolle un proceso de ordenamiento territorial a partir de las escalas territoriales de municipios, departamentos y regiones.

Estos hechos se describen en este capítulo a través de tres (3) partes: La tendencia del crecimiento poblacional; la tendencia del crecimiento urbanístico en los últimos cincuenta años; y la descripción de la estructura del ordenamiento territorial en Colombia.

6.2 Tendencia del crecimiento poblacional

6.2.1 Tendencia del crecimiento poblacional en el siglo XIX

Durante el siglo XIX el crecimiento de la población colombiana fue muy dinámico evidenciado por autores como Jorge Orlando Melo; y publicaciones diversas como Cien años de economía en Colombia de la Universidad Externado de Colombia; Demografía de Colombia Estadísticas de la Nueva Granada de H. Tovar; Análisis de los Censos de Población del siglo XIX en Colombia de Fernando Gómez; Compendio de Estadísticas Históricas de Colombia de Miguel Urrutia & Fernando Gómez; y algunas publicaciones especializadas como Anuario Estadístico de Colombia 1875 y Estadística General de la Nueva Granada 1843.

Se ha registrado en el libro “Las Transformaciones Sociodemográficas del siglo XX” de Carmen Elisa Flórez, el crecimiento poblacional de la siguiente manera:

Año 1825.	1.200.000 Habitantes.
Año 1851.	2.200.000 Habitantes.
Año 1905.	4.200.000 Habitantes.

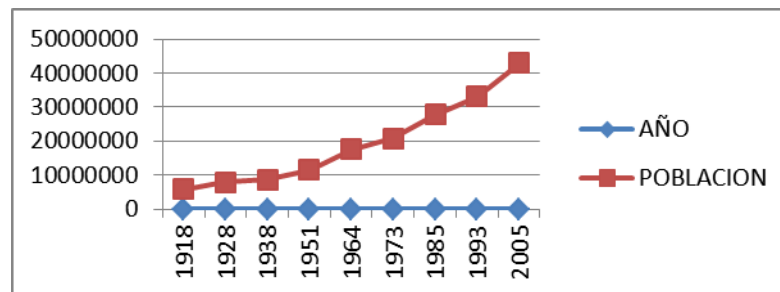
6.2.2 Tendencia del crecimiento poblacional, en el siglo XX

De manera oficial los censos realizados durante el siglo XX, muestran la siguiente tendencia poblacional:

Tabla 1.Registro poblacional según censos oficiales . Colombia. 1918 – 2005

AÑO	POBLACION
1918	5.855.077
1928	7.851.110
1938	8.697.041
1951	11.548.172
1964	17.484.508
1973	20.785.235
1985	27.837.932
1993	33.109.840
2005	42.888.592

Gráfico 1.Tendencia poblacional en Colombia . Censos durante el siglo XX



6.2.3 Tendencia del crecimiento poblacional, en el siglo XXI

Para Mayo del 2011, el DANE estimó en 46.000.000 de habitantes la población de nuestro país, y para el 2050 una población cercana a los 70 millones de habitantes.

El crecimiento del siglo XXI comparado con los desarrollos de los siglos XIX y XX no tendrá el mismo ritmo, puesto que a inicios del siglo XIX teníamos un millón de personas y a finales del siglo XX 40 millones.

Sin embargo, aunque la tasa de crecimiento es mucho menor, los principales cambios de este siglo XXI será la composición etárea, destacándose el proceso de envejecimiento que año tras año será más evidente.

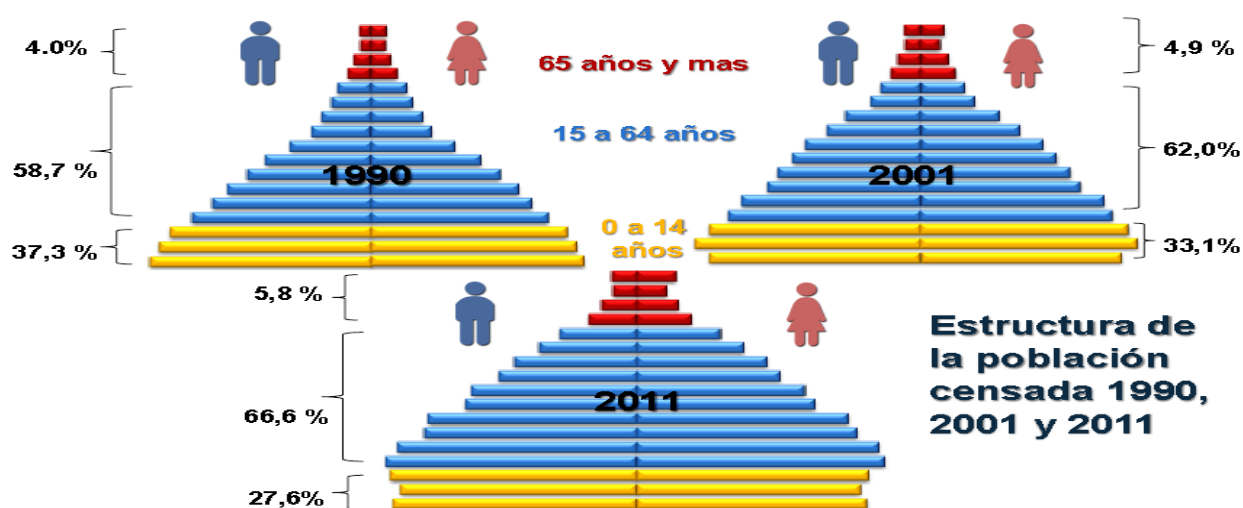
La siguiente tabla presenta la proyección de la población mayor de 60 años, indicando que a inicios del siglo XXI representaba tan sólo cerca del 7% de la población total, y a mitad del siglo ya se aproxima al 22%.

Tabla 2. Proyección de la población mayor de 60 años. Colombia. 2000 – 2050

AÑO	POBLACION TOTAL	POBLACION >60 AÑOS	%
2000	42.321.000	2.900.000	6,85%
2025	59.758.000	8.050.000	13,47%
2050	70.351.000	15.440.000	21,95%

Con base en las cifras proyectadas por el DANE, en el período de transición del siglo XX al siglo XXI, a corte de los años 1990, 2001 y 2011, la tendencia de la composición poblacional destaca una sensible disminución de la población menor de catorce (14) años, pasando de 37.3% del total de la población a 27.6; y para el mismo período, la población mayor de sesenta (60) años, pasó de representar el 4.0% al 5.8%, como se observa en el gráfico número 2.

Gráfico 2. Estructura de la población censada. Años 1990 – 2001 – 2011



6.3 Grupos Indígenas

El censo nacional de 2005 registró 1.378.884 indígenas, que representa el 3.4% de la población censada en el país, distribuidos entre más de 80 etnias, de las cuales las más numerosas son los wayúu, nasa, zenú y emberá.

La población indígena habita en 27 departamentos y 228 municipios del país.

La mayor población nativa se encuentra en su orden, en los departamentos de La Guajira, Cauca, Nariño, Córdoba, Sucre y Tolima.

La población indígena con mayor representatividad territorial, medida en mayor porcentaje de población indígena por departamento, está en Vaupés (66%), Guainía (65%), Guajira (45%), Vichada (44%), Amazonas (43%), Cauca (22%) y Putumayo (18%).

Los departamentos de la Guajira, Cauca y Nariño contienen cerca de la mitad de la totalidad de la población indígena del país.⁸⁶

6.4 Población afro descendiente

Para el año 2005, el censo nacional registró 4.261.996 afrocolombianos que representan el 10.5% de la población total censada.

Territorialmente, los departamentos con mayor número de personas de población afrodescendiente son el Valle del Cauca, Antioquia, Bolívar, Chocó, Nariño, Cauca y Atlántico.

Con relación a la composición poblacional en donde hay una mayor representación porcentual de población afrocolombiana, está en los departamentos de Chocó (83%), San Andrés y Providencia (57%), Bolívar (28%),

⁸⁶ DANE (1993): "Las estadísticas sociales de Colombia", Censo 1993, Resumen nacional. Censo 2005.
www.dane.gov.co

Valle del Cauca y Cauca (22%). De este modo Colombia es el tercer país con más componente negro, después de Estados Unidos y Brasil.⁸⁷

6.5 Migración

El Censo de 2005 arrojó que Bogotá y los departamentos del Valle del Cauca, Atlántico y Risaralda, son los principales lugares de destino de los migrantes, mientras que Boyacá, Cundinamarca, Tolima, Cauca y Caldas registran los mayores éxodos.

Son múltiples las razones para cambiar de municipio de residencia, ya sea de manera voluntaria o por procesos forzados. La búsqueda de mejores oportunidades económicas es la principal razón de la migración, además de las situaciones de violencia y la necesidad de continuar estudios. El 15,2% de quienes cambiaron de domicilio en los últimos cinco años lo hicieron por las dificultades para conseguir empleo en donde vivían.⁸⁸

En los cinco años anteriores al último censo nacional, 824.858 personas debieron desplazarse por "amenaza para su vida". El 49,8% se desplazó por razones familiares, que en muchos de estos casos pueden corresponder a los núcleos familiares de los amenazados o desplazados forzados.⁸⁹

La Agencia Presidencial para la Acción Social tiene un registro de 1.896.105 desplazados entre 1995 y octubre de 2006.

Los departamentos donde mayor número de personas tuvieron que desplazarse por la violencia fueron Antioquia, Bolívar, Magdalena, Cesar, Chocó, Caquetá, Putumayo y Tolima.

⁸⁷ DANE (1993): "Las estadísticas sociales de Colombia", Censo 1993, Resumen nacional. Censo 2005.
www.dane.gov.co

⁸⁸ DANE (1993): "Las estadísticas sociales de Colombia", Censo 1993, Resumen nacional. Censo 2005.
www.dane.gov.co

⁸⁹ DANE (1993): "Las estadísticas sociales de Colombia", Censo 1993, Resumen nacional. Censo 2005.
www.dane.gov.co

El desplazamiento forzoso ha sido más intensivo de las áreas rurales a las áreas urbanas, encontrándose departamentos que han llegado a sufrir una reducción de más del 40% de su población campesina: El censo 2005 destaca las cifras del departamento del Meta, en cuyo sector rural en 1993 vivían 202,202 personas, pero en 2005 sólo quedaban 138.399, y el departamento del Guaviare, donde se redujo durante el mismo período en un 67,5% la población rural.⁹⁰

La emigración internacional fue registrada en el censo del año 2005, donde se reportó que 3.331.107 de colombianos residen fuera de Colombia, teniendo como principales destinos a Estados Unidos en un 35,4%, España con 23,3% y Venezuela en un 18,5%.

6.6 Tendencia del crecimiento urbanístico de los municipios desde 1950

6.6.1 Colombia y la región de América Latina

Colombia conjuntamente con los demás países de América Latina se constituyó en el continente con mayor velocidad de urbanización en el siglo XX.

En el año 2000, en América Latina tres cuartas partes de la población vivía en áreas urbanas y su tendencia tenía rasgos muy similares a lo ocurrido en los países más desarrollados.

Este fenómeno continental fue producto de un acelerado crecimiento poblacional y una incesante migración de población rural a áreas urbanas, que para Colombia fue más intensivo que el promedio de los países de la región.

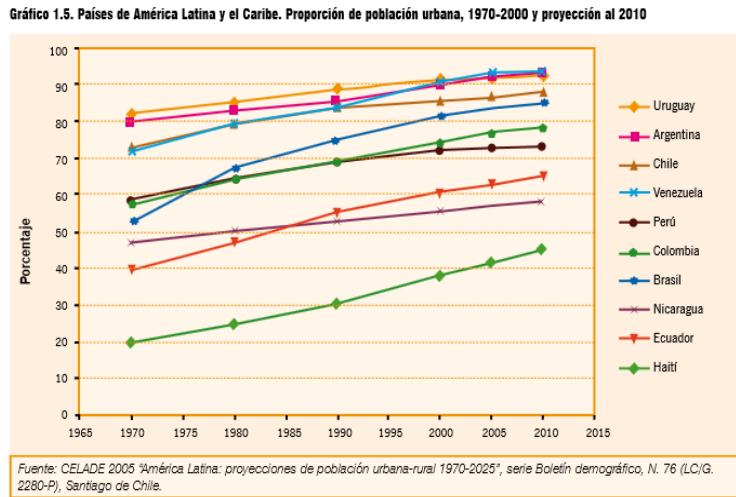
La región latinoamericana para los años 40, presentó la mayor tasa de crecimiento urbano con un 5,1%, y al final del siglo XX mantuvo un crecimiento de mayor ritmo, con una tasa media anual del 2.7% comparado con el 1.9% registrado en el mundo.

⁹⁰ DANE (1993): "Las estadísticas sociales de Colombia", Censo 1993, Resumen nacional. Censo 2005.
www.dane.gov.co

En términos absolutos, la población urbana de América Latina pasó de 69 millones en 1950 a 390 millones de personas en el año 2000.

Producto de lo anterior, y seguramente como efecto a las similares condiciones culturales y de modelo económico, el comportamiento de la distribución urbana y rural de Colombia en la segunda mitad del siglo XX fue similar al de América Latina, destacándose tres países, Uruguay, Argentina y Chile, con mayores niveles de urbanización, alcanzado proporciones por encima de 85% de población urbana.

Gráfico 3. Proyección de población urbana. Países de América Latina y del Caribe. Años 1970 – 2000 y proyección 2010



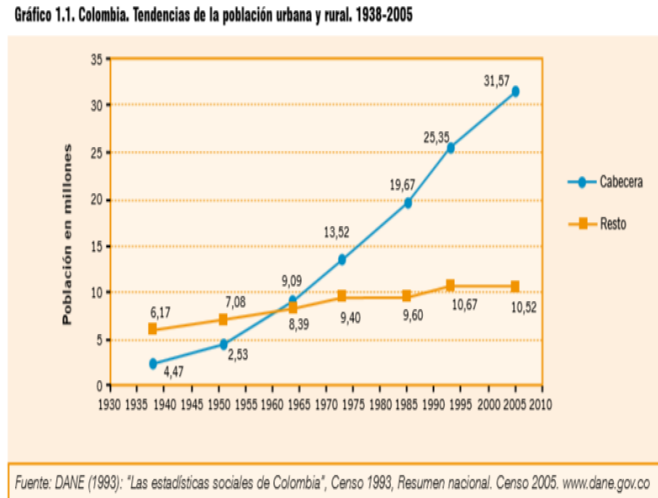
Fuente: Ciudad, espacio y población. UNFPA. Pág. 15

6.5.2 El proceso en Colombia

De mediados del siglo XX a los primeros años del siglo XXI, la población residente en las cabeceras municipales del país se multiplicó por doce al pasar de dos millones y medio a 31,5 millones de personas. Lo anterior significa que mientras la población en el país creció cuatro (4) veces, el proceso de urbanización para el mismo período, de 1951 a 2005, creció doce (12) veces.

A diferencia, para el mismo período, la población rural pasó de seis a diez millones y medio de personas, entendiéndose que ni siquiera se duplicó. En los tres últimos censos la población rural se mantuvo prácticamente constante.

Gráfico 4. Tendencias de población urbana y rural. Colombia. Años 1938 – 2005



Fuente: Ciudad, espacio y población. UNFPA. Pág. 13

En términos relativos significa que la población urbana pasó de constituir el 29% de la población a ser el 75%, es decir, que en un lapso de poco más de cinco décadas (1938-1992) el país sufrió una transformación diametral convirtiéndose de un país rural en un país eminentemente urbano. La población residente en las cabeceras municipales creció desde 1938 a un ritmo promedio anual de 3.8% mientras que la población residente fuera de la cabecera (conocida como "resto del municipio") creció a menos de 1% anual.⁹¹

⁹¹ RUÍZ, Magda. Ciudad, espacio y población. UNFPA: Universidad Externado de Colombia: Bogotá. 2007. P.13.

Gráfico 5. Proporciones de población urbana y rural y tasas de crecimiento intercensales. Colombia. Años 1938 – 2005.

Gráfico 1.2. Colombia. Proporciones de población urbana y rural intercensales. 1938-2005.

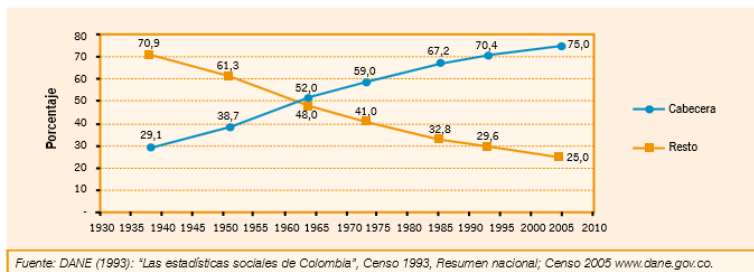
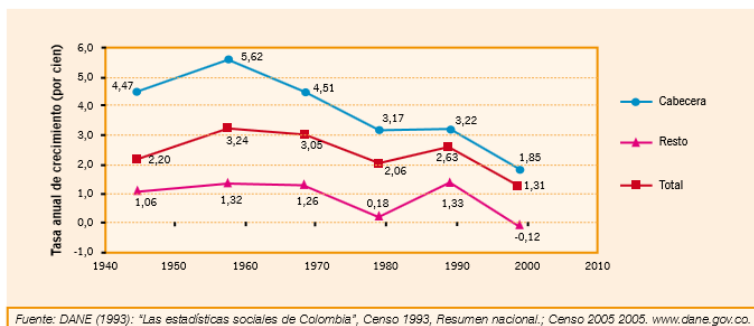


Gráfico 1.3. Colombia. Tasas de crecimiento intercensales. 1938-2005.



Fuente: Ciudad, espacio y población. UNFPA. Pág. 14

En términos generales, el comportamiento de la urbanización en nuestro país tiene unas características similares en todos los departamentos, reflejadas especialmente en las ciudades capitales y en los municipios con más de 100 mil habitantes.

La urbanización en Colombia va de la mano con tres procesos convergentes que caracterizan la dinámica poblacional del país: se incrementa la población residiendo en las áreas urbanas, aumenta la densidad en los municipios y se concentra una mayor proporción de habitantes en los principales centros urbanos.⁹²

⁹² RUÍZ, Magda. Ciudad, espacio y población. UNFPA: Universidad Externado de Colombia: Bogotá. 2007. P.16

Se estima para el año 2013, que de la población total de 46.5 millones de habitantes, 35.3 millones se encuentran ubicados en las diferentes cabeceras municipales, siendo clasificada en la categoría de población urbana.

La población restante, o sea los 11.2 millones de habitantes, se encuentra en lo que se denomina como “resto del municipio” o mejor identificada como población rural.

El proceso de urbanización se ha mantenido en el tiempo, caracterizado por el aumento de la densidad territorial y de mayor concentración en las ciudades capitales de los departamentos y en los municipios adjuntos creando áreas metropolitanas de facto. A la vez, existe un número muy importante de pequeños y medianos municipios con una importante población rural.

Este proceso de concentración urbana en las ciudades capitales y los municipios adjuntos, o áreas metropolitanas, también se ha acompañado a lo largo del siglo XIX y especialmente en el siglo XX, de extensas regiones del país con muy baja densidad poblacional.

La población se ha concentrado en el área andina y en las zonas costeras, mientras que la Orinoquía y la Amazonía, que representan prácticamente la mitad del territorio, contienen menos de 2% de la población. Allí los municipios son muy extensos –pueden tener una superficie siete veces mayor que departamentos del eje cafetero– y la escasa población vive a lo largo de las riberas de los ríos o en pequeños centros poblados.⁹³

De esta manera, departamentos de la Orinoquia y la Amazonia, como son Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada presentan muy bajos niveles de urbanización, en comparación con lo que presentan departamentos de la región Andina y Caribe como Atlántico con el 96%, y el Valle del Cauca y el Quindío con el 87%, como los más altos.

⁹³ RUÍZ, Magda. Ciudad, espacio y población. UNFPA: Universidad Externado de Colombia: Bogotá. 2007. P.16

Aún así, estos municipios de la Orinoquia y la Amazonía no escapan a los procesos de urbanización que se ha venido presentando con mayor intensidad en los últimos años, llegando a tasas similares a otras regiones del territorio nacional.

6.5.3 La población rural

De los 11.2 millones de personas residentes en las áreas rurales del país, se encuentran en las principales cuatro (4) ciudades del país, 87 mil habitantes, y en las siete (7) principales ciudades que tienen más de 500 mil habitantes, apenas se registran 125 mil habitantes.

Por lo tanto, en Colombia las ciudades que superan los 500 mil habitantes y que contienen en conjunto un número aproximado de diecisiete (17) millones de personas, son predominantemente urbanas con una ínfima población rural.

En contraste, en los 112 municipios que tienen poblaciones entre 50 y 500 mil habitantes, se estima que habitan dos millones setecientos cincuenta mil (2.750.000) pobladores en zona rural.

En municipios poco poblados, con menos de 50.000 habitantes, de los 11.2 millones de habitantes de las zonas rurales, habitan ocho (8) millones que representan el 73% de esta población.

En Colombia, se estima que uno de cada seis municipios tiene menos de 10.000 habitantes, definidos bajo el concepto de “municipios rurales”, puesto que en el 40% de estos, más de dos tercios de su población vive en áreas rurales.

6.5.4 La población urbana

En Colombia, para el año 2005, del total de los 1.119 municipios 47 que representan el 4.5% tenían una tasa de urbanización mayor al 90% y representaban el 62% de toda la población urbana del país con 19 y medio millones de personas, como se observa en la tabla número 3.

Tabla 3. Distribución de los municipios y de la población urbana Según proporción de población urbana. Colombia. 2005

Tabla 1.1. Colombia. Distribución de los municipios y de la población urbana según proporción de población urbana, 2005.

reagens1

% población urbana	N° municipios	Distribución municipios	Población urbana	Distribución población
0-9	70	6,26%	53.898	0,17%
10-19	153	13,67%	247.608	0,78%
20-29	191	17,07%	532.305	1,69%
30-39	189	16,89%	969.613	3,07%
40-49	151	13,49%	1.137.017	3,60%
50-59	103	9,20%	1.268.139	4,02%
60-69	73	6,52%	1.214.898	3,85%
70-79	78	6,97%	2.091.591	6,63%
80-89	64	5,72%	4.543.941	14,39%
90+	47	4,20%	19.507.285	61,80%
Total	1119	100,00%	31.566.295	100,0%

Fuente: Cálculos propios con base en DANE Censo 2005.

Fuente: Ciudad, espacio y población. UNFPA. Pág. 17

Asimismo, 600 municipios que representaban el 54% de este universo, no tenían más del 40% de su población como urbana, con un número aproximado de un millón ochocientas mil personas (1.800.000) que representan el 5.5% de toda la población urbana del país. En síntesis, tenemos una población urbana muy concentrada con una población rural muy dispersa, todos ellos con igualdad de derechos sociales, lo que implica que la organización de los modelos de gestión de los servicios de salud, debe considerar esta relación de territorio y población, identificando las características poblacionales, la dispersión o concentración poblacional, la diferenciación en la demanda de servicios de salud, y la garantía del acceso a ellos.

Las ciudades colombianas se han consolidado como ejes de desarrollo del país. En ellas se ubican los sectores más productivos de la economía, de modo que según el Departamento Nacional de Planeación, en 2004 las 7 principales ciudades del país generaban alrededor del 65% del PIB y concentraban el 45% de la población urbana nacional. Sólo Bogotá aportaba algo más del 22% del PIB y reunía alrededor del 21% de la población urbana nacional (DNP 2004).⁹⁴

⁹⁴ RUÍZ, Magda. Ciudad, espacio y población. UNFPA: Universidad Externado de Colombia: Bogotá. 2007. P.21

Pero al mismo tiempo, 414 municipios pequeños (el 37%) que tienen menos de 30% de población urbana, apenas albergan al 2,64% de la población. Así, en el extenso territorio nacional predominan aún las pequeñas localidades de carácter rural. Es decir que el país distribuye su población entre una gran cantidad de municipios pequeños de base rural y agropecuaria y unas cuantas ciudades importantes con alta concentración de población urbana.⁹⁵

Para el año 2010, según proyecciones del DANE, Colombia tuvo 26 ciudades con poblaciones superiores a los 200,000 habitantes cada una, distribuidos como lo muestra la tabla número 4.

Tabla 4. Relación de Ciudades con más de 200.000 habitantes. Colombia. 2010

ITEM	CIUDAD/ DEPARTAMENTO	HABITANTES	REGION
1	Bogotá / Cundinamarca	7.363.782	Andina
2	Medellín / Antioquia	2.309.446	Andina
3	Cali / Valle del Cauca	2.244.639	Andina
4	Barranquilla / Atlántico	1.186.540	Caribe
5	Cartagena / Bolívar	983.545	Caribe
6	Cúcuta / Norte de Santander	600.385	Andina
7	Bucaramanga / Santander	524.012	Andina
8	Soledad / Atlántico	514.735	Caribe
9	Ibagué / Tolima	496.575	Andina
10	Soacha / Cundinamarca	480.329	Andina
11	Santa Marta / Magdalena	425.591	Caribe
12	Villavicencio / Meta	407.977	Orinoquía
13	Bello / Antioquia	403.235	Andina
14	Pereira / Risaralda	383.623	Andina
15	Manizales / Caldas	361.393	Andina
16	Valledupar / Cesar	342.044	Caribe
17	Pasto / Nariño	338.493	Andina
18	Buenaventura / Valle del Cauca	327.955	Pacífica
19	Montería / Córdoba	313.593	Caribe
20	Neiva / Huila	310.902	Andina
21	Armenia / Quindío	281.013	Andina
22	Floridablanca / Santander	250.980	Andina
23	Sincelejo / Sucre	238.487	Caribe
24	Palmira / Valle del Cauca	236.235	Andina
25	Popayán / Cauca	235.495	Andina
26	Itagüí / Antioquia	229.829	Andina
TOTAL		21.790.833	

⁹⁵ *Ibíd.*, p.17

Estos 26 municipios, de los 1123 que tiene Colombia, que representan el 2.4%, contienen cerca de 22 millones de personas en el área urbana representando más del 60% de toda la población urbana del país.

De los 26 municipios, 19 son capitales de departamento y todos los 7 restantes se encuentran adjuntos a las mismas, creando de facto áreas metropolitanas con alta intensidad en su actividad económica y en sus dinámicas poblacionales, como ocurre para Itagüí y Bello con Medellín; Palmira y Buenaventura con Cali; Florida Blanca con Bucaramanga; Soledad con Barraquilla; y Soacha con Bogotá.

También es de destacar que de los 26 municipios más grandes en población, 17 de ellos se encuentran en la región Andina; 7 en la región Caribe; uno en la región Pacífica y uno en la Orinoquía. Esta situación hace manifiesta la tendencia de los procesos de urbanización y municipalización que ha tenido el país.

La asociación entre municipios y pobreza está muy asociada a los fenómenos de falta de inclusión social y marginalidad de las políticas públicas que han favorecido más al centro del país que la región periférica.

En términos de la distribución espacial de la persistencia de la pobreza, se puede decir que de los municipios que se podrían clasificar dentro de la categoría de la trampa de pobreza en 1993, el 56% pertenecen a la periferia del país. En el año 2005, ese porcentaje aumenta a 70%.⁹⁶

6.5.5 Las grandes y las pequeñas ciudades

En Colombia, las ciudades con más de trescientos mil habitantes, presentaron un importante crecimiento en el período comprendido entre los censos de los años 1973 a 2005, con un especial énfasis en el período de 1993 a 2005.

⁹⁶ FELIPE FAUDEL CAJIAO- Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Facultad de Ciencia Política y Gobierno. Tensiones entre centralización y descentralización a la luz de los proyectos de Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial, período 1991-2010. Bogotá D.C. 2010. P.19

Estas ciudades, en el censo de 1973 representaban el 28.7% de la población y en el año 2005 llegó a ser del 45.6%. Entre los censos de los años 1993 a 2005, pasó a representar del 37 al 45% del total de la población, como se observa en la tabla número 5.

Tabla 5. Distribución de la población por tamaño del municipio Según Censos. Colombia. 1973 - 2005

Tabla 1.2. Distribución de la población por tamaño del municipio según Censos 1973 a 2005 que se sig

Categoría	Censo 1973	Censo 1985	Censo 1993	Censo 2005
Bogotá	12,04%	14,26%	14,83%	16,11%
> 1.000.000	5,13%	10,09%	12,87%	12,86%
300.000-1.000.000	11,60%	10,90%	9,51%	16,78%
100.000-300.000	10,80%	12,56%	14,28%	12,44%
50.000-100.000	7,40%	9,15%	8,56%	8,78%
30.000-50.000	11,34%	9,25%	9,48%	8,61%
20.000-30.000	11,46%	10,27%	9,44%	7,43%
10.000-20.000	18,28%	14,33%	13,47%	10,58%
< 10.000	11,94%	9,20%	7,55%	6,41%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: DANE Censos 73, 85, 93 y 2005 sin ajustes

Fuente: Ciudad, espacio y población. UNFPA. Pág. 21

También se destaca la tendencia de las ciudades intermedias que tienen poblaciones entre 300.000 y un millón de habitantes, que sólo en el último período, del año 1993 a 2005, paso a representar de un 9.5 al 16.8% de la población total.

Los municipios de 30.000 a 300.000 habitantes, se mantuvieron estables pasando del año 1973 al año 2005, de un 29.5 a 29.7% del total de la población del país.

Y los municipios de menos de 30.000 personas presentaron un gran descenso en la representación del universo de la población del país, registrando un descenso constante en los censos de los años 1973, 1985, 1993 y 2005, pasando del 41.6 a 24.4%. En este tercer grupo, se destaca la situación de los municipios que tienen entre 10.000 a 20.000 habitantes, que sólo en el último período, del año 1993 a 2005, paso a representar del 13.47 a 10.58% de toda la población del país.

6.6 Estructura del ordenamiento territorial

El origen y el propósito del ordenamiento territorial ha estado estrechamente ligado a las formas de ocupación del espacio por las diferentes sociedades, y la búsqueda por resolver de la mejor manera sus necesidades fundamentales.

Cuando se habla de *ordenación del territorio* o de *ordenamiento territorial* se debe remontar al momento en el que el ser humano decidió asentarse en un espacio geográfico específico, dándole un orden según sus propias necesidades y prioridades. Sin embargo, su noción conceptual, teórica y práctica proviene del Viejo Continente y puede remontarse hacia la década de 1940, “[...] concebida en un principio como un alternativa para solucionar los problemas relacionados con la distribución y utilización de la tierra. En Colombia, así como en otros países del mundo, se ha seguido tradicionalmente el criterio francés de ordenamiento territorial conocido como “*aménagement du territoire*”, ligado precisamente a la utilización del territorio, pero también a la de sus recursos naturales y su planificación económica.

Este criterio, relacionado propiamente con los problemas de la reforma agraria de aquella época, ha venido evolucionando y transformándose continuamente hasta proponer una visión más integral de la cuestión territorial, articulándola no solo a problemas económicos, sino también socioculturales, políticos y medio ambientales. Así, tras realizar una comparación exhaustiva entre varios contextos internacionales, Ángel Massiris encuentra que el O.T. se entiende como una política de Estado y un proceso de planificación territorial integral y concertado, con la que se pretende configurar, en el largo plazo, una organización espacial del territorio, acorde con los objetivos del desarrollo económico, social, cultural y la política ambiental.⁹⁷

⁹⁷ FELIPE FAUDEL CAJIAO- Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Facultad de Ciencia Política y Gobierno. Tensiones entre centralización y descentralización a la luz de los proyectos de Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial, período 1991-2010. Bogotá D.C. 2010. P.19

En Colombia, la Constitución Política de 1991 tuvo en cuenta los procesos históricos de ordenamiento territorial, en la conformación de municipios y gobernaciones, e ignoró las estructuras culturales y ambientales de la ocupación del territorio, manteniendo como base de la organización política del país a los municipios y los departamentos, y como figura especial los resguardos indígenas.

6.6.1 Departamentos

El departamento es la unidad territorial de primer nivel en Colombia. El país está organizado administrativa y políticamente a través de 32 departamentos.

Un departamento es una entidad territorial que goza de plena autonomía para la administración, planificación y promoción del desarrollo económico y social al interior de su territorio, es gobernado por un gobernador, quien ejerce sus funciones desde la respectiva ciudad capital.

Cada departamento está conformado por áreas territoriales denominadas municipios.

6.6.2 Provincias

Provincia es el nombre genérico que de manera histórica y no jurídica se le ha asignado a algunas subdivisiones internas de un departamento. Su conformación esta territorialmente determinada por agrupaciones municipales.

6.6.3 Municipios

Los municipios corresponden al segundo nivel de división administrativa en Colombia. Según el DANE, Colombia tiene 1.123 municipios. El municipio es la entidad territorial fundamental y básica de la división político-administrativa del Estado en Colombia con autonomía política, fiscal y administrativa dentro de sus límites territoriales y el ordenamiento jurídico establecido. Un municipio es gobernado por un alcalde municipal y contiene un área urbana llamada cabecera municipal y un área rural.

6.6.4 Distritos

Los Distritos son municipios que se destacan por su importancia política, comercial, turística, cultural, industrial, ambiental, portuaria o fronteriza.

En Colombia existen cinco (5) distritos que son: Bogotá, Barranquilla, Buenaventura, Cartagena de Indias y Santa Marta.

Bogotá es el único municipio calificado como distrito que se considera entidad de primer orden, siendo autónoma e independiente, por lo tanto ni la Gobernación ni la Asamblea de Cundinamarca ejercen alguna injerencia sobre Bogotá.

6.6.5 Áreas metropolitanas

Un área metropolitana, según la Ley 1625 de 2013, es una entidad administrativa de derecho público, formada por un conjunto de 2 o más municipios integrados alrededor de un municipio núcleo, vinculados entre sí por dinámicas e interrelaciones territoriales, ambientales, económicas, sociales, demográficas, culturales y tecnológicas que para el logro de un desarrollo sustentable requiere una administración coordinada.

Las áreas metropolitanas están provistas de personería jurídica de derecho público, autonomía administrativa y patrimonio privado.

Jurídicamente en Colombia existen 7 áreas metropolitanas oficiales y un número estimado de otros 12 territorios que funcionan como áreas metropolitanas de facto.

Este fenómeno parte de entender que grandes ciudades especialmente aquellas que son capitales de departamento, actúan como polo de atracción de población urbana, teniendo como efecto que a su alrededor se encuentren municipios con significativo desarrollo de urbanización.

Dentro de los 26 municipios con más de 200 mil habitantes, siete de ellos están adjuntos a alguna capital de departamento, algunos de ellos con mayor crecimiento poblacional y de densidad, muy probablemente porque su población logra encontrar vinculación laboral en la ciudad capital y conservan a la vez, el costo de vida más bajo en su residencia.

Resguardos indígenas.

Los territorios indígenas, según la Constitución Política son el tercer nivel de división administrativa en Colombia.

Los resguardos indígenas son áreas de régimen especial que podrían incluir más de un departamento o municipio, puesto que no mantienen los mismos límites espaciales de nuestros municipios y los departamentos.

La población indígena está organizada territorialmente por cabildos. El Cabildo Indígena es una entidad atípica que cumple funciones definidas en la Constitución Política.

Para el año 2010 existían en Colombia 710 resguardos indígenas registrados.

Los cabildos dirigen política y culturalmente un resguardo pero no tienen asignadas funciones dirigidas a garantizar los derechos de la población, que son de exclusiva competencia de los alcaldes municipales donde estos están ubicados.

6.7 Conclusiones

Con relación al crecimiento poblacional, Colombia ha tenido un significativo desarrollo reflejado en los registros oficiales de los primeros años de los últimos tres siglos, XIX, XX y XXI, pasando de uno (1), a cuatro (4) y cuarenta (40) millones de habitantes respectivamente.

Este crecimiento poblacional ha sido especial en las últimas décadas del siglo XX, cuando la población creció de once (11) a cuarenta (40) millones de habitantes en el territorio nacional, de 1950 al año 2.000.

Así mismo, se vienen presentando cambios en la composición étnica, por fenómenos culturales, especialmente de la urbanización del país, reflejado en los censos y sus proyecciones de fin del siglo XX e inicios del siglo XXI, donde la población menor de 14 años pasa de representar el 37.3%, al 33.1% y el 27.6% de la población total para los años 1990, 2001, y 2011 respectivamente. Para los mismos períodos, la población mayor

de 65 años representó el 4.0%, 4.9% y el 5.8% del total de la población. Un significativo descenso de los niños y los jóvenes y un crecimiento de la población mayor de 65 años.

Para la primera mitad del siglo XXI, el DANE estima que la población mayor de 60 años aumentará muy significativamente su representación pasando de un 6.8% en el año 2000, a un 13,47% para el 2025 y un 21.95% para el año 2050.

En Colombia encontramos que la población indígena y afrodescendiente, para el año 2005 representa cerca del 14% del total del país, ubicándose muy focalizada.

Según el censo del año 2005, aunque la población indígena esta en 228 municipios del país, el 50% se encuentran en los departamentos de La Guajira, el Cauca y Nariño; y se destaca que proporcionalmente los departamentos con mayor población indígena son Vaupés, Guainía, La Guajira, Vichada y el Amazonas.

Según el mismo censo del año 2005, la población afrodescendiente se encuentra en los departamentos del Valle, Antioquia, Bolívar y el Choco; y se destaca que proporcionalmente los departamentos con mayor población afrodescendiente son Choco, San Andrés, Bolívar y el Valle.

En estos departamentos, con sus principales municipios, donde habita la población indígena y afrodescendiente, deben desarrollarse abordajes territoriales más allá de los límites municipales, considerando las características poblacionales, culturales y de condiciones socioeconómicas, bajo los criterios de los “territorios regionales saludables”. Con relación a la movilidad poblacional, los estudios oficiales han encontrado que en los últimos años la población que se ha desplazado de su lugar habitual de vivienda, el 49.8% lo ha hecho por “amenaza de su vida”, y el 15% por “falta de opciones de empleo”. En el período de 1996 al 2005, se estima que la población desplazada forzada fue de 1.9 millones de personas.

Los departamentos origen de la movilidad poblacional son principalmente Boyacá, Cundinamarca, Tolima, Cauca y Caldas, y los de recepción de población han sido Bogotá, el Valle, Atlántico y Risaralda.

En estos departamentos, y sus municipios, donde se origina y se recibe la población que históricamente ha existido una intensa movilidad poblacional, por cualquier razón, existe mayor argumentación para desarrollar un abordaje territorial, en el desarrollo de la organización de los servicios de salud bajo los principios de los “territorios regionales saludables”.

El comportamiento del crecimiento urbano ha sido intenso en el planeta con mayor fuerza en los países latino americanos, donde la tasa de crecimiento a mitad del siglo XX fue del 5.1%, y a fines del mismo siglo se mantuvo en el 2.7%, mientras que en el mundo fue del 1.9%. De esta manera, la población urbana en América Latina en el año 1950 fue de 69 millones y en el año 2.000 llegó a los 390 millones de habitantes.

Este fenómeno de la urbanización del planeta y de América Latina, en Colombia es aún más intenso considerando que en el año 1951 teníamos 2.5 millones de personas viviendo en las ciudades, y en el año 2005 este número se incrementó en doce (12) veces llegando a 31.5 millones de personas. Para el mismo período, el sector rural aumentó de seis (6) a diez y medio (10.5) millones de personas, significando un crecimiento del 1.7.

En el período de los años 1983 a 2005, la proporción de población urbana creció del 29% al 75%, y de la población rural descendió del 71% al 25%.

En conclusión, durante la segunda mitad del siglo XX, mientras que la población del país creció cuatro (4) veces, la población urbana asentada en las ciudades creció doce (12).

Este crecimiento urbano se presentó en todos los departamentos llegando a niveles tan altos como los registrados en la región Andina y Caribe como Atlántico con el 96%, y el Valle del Cauca y el Quindío con el 87%, asimismo, departamentos de la Orinoquia y la Amazonia, como son Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada presentan muy bajos niveles de urbanización, aunque sus capitales, no escapan a los procesos de urbanización que se ha venido presentando con mayor intensidad en los últimos años, llegando a tasas similares a otras regiones del territorio nacional.

Los fenómenos de urbanización en el país han dejado contrastes en los 1.123 municipios, a tal punto que 26 de ellos (2.4%), contienen cerca de 22 millones de

personas representando más del 60% de toda la población urbana del país, al mismo tiempo que, 414 municipios pequeños (37%) apenas albergan el 2,64% de la población urbana.

De los 26 municipios con 22 millones de personas, 19 son capitales de departamento y los 7 restantes se encuentran formando áreas metropolitanas. De estos 26 municipios, 17 se encuentran en la región Andina; 7 en la región Caribe; uno en la región Pacífica y uno en la Orinoquía; evidenciando el tipo de tendencia de los procesos de urbanización y municipalización que ha tenido el país.

Con respecto a la población rural, de los 11.2 millones de personas que hay en el país, tan sólo se encuentran en las siete (7) principales ciudades 125 mil habitantes, y en contraste, en los 112 municipios que tienen poblaciones entre 50 y 500 mil habitantes, se estima que habitan dos millones setecientos cincuenta mil (2.750.000) pobladores.

En municipios poco poblados, con menos de 50.000 habitantes habitan ocho (8) millones de campesinos, que representan el 73% de esta población.

Las ciudades que se fundaron durante la conquista y la colonia, presentaron cambios en su composición y densidad, durante las diferentes décadas del siglo XX reforzando la tesis de las cuatro grandes ciudades representadas en Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla, como polos urbanos por su crecimiento poblacional.

Sin embargo en el último cuarto del siglo XX, en Colombia las ciudades con más de trescientos mil habitantes, presentaron un importante crecimiento registrado en los censos de 1973 a 2005, pasando de representar el 28.7% al 45.6% de la población total del país, con un especial énfasis en el período de 1993 a 2005, pasando del 37% al 45%.

De mayor connotación encontramos un subgrupo, el de las ciudades intermedias con poblaciones entre 300.000 y un millón de habitantes, que sólo en el último período del año 1993 a 2005, paso a representar de un 9.5% al 16.8% de la población total del país.

En comparación con estos raudos crecimientos, encontramos un segmento de ciudades que no cambio su composición y otro segmento que cayó significativamente como

producto de la inercia poblacional o los fenómenos de migración por búsqueda de empleo o desplazamiento forzado.

Los municipios de 30.000 a 300.000 habitantes, se mantuvieron estables pasando del año 1973 al año 2005, de un 29.5 a 29.7% del total de la población del país.

Los municipios pequeños de menos de 30.000 personas registraron en los censos de los años 1973, 1985, 1993 y 2005, un descenso pasando del 41.6% a 24.4%, su representación del total de la población del país.

En este grupo de pequeños municipios, se destacan los que tienen entre 10.000 a 20.000 habitantes, que sólo en el último período, del año 1993 a 2005, paso a representar el 13.47% al 10.58% de toda la población del país.

Por todo lo anterior, Colombia en lo corrido de la segunda mitad del siglo XX y la primera década del siglo XXI experimenta no sólo cambios en la composición étnica de su población, sino especialmente una importante dinámica de los tamaños poblacionales de sus municipios, conformando importantes núcleos urbanos con desarrollo de áreas metropolitanas de facto, que son verdaderos territorios regionales, coexistiendo con una importante segmento de población rural que se moviliza desde los pequeños municipios hacia las ciudades de 300.000 a un millón de habitantes, de manera intensiva, ubicadas principalmente en la región Andina y Caribe.

7.Desarrollo normativo jurídico del ordenamiento territorial en Colombia

7.1 Introducción

Desde la Constitución Política, en su Artículo 1, se define nuestro país como una república unitaria, descentralizada y con autonomía de sus entidades territoriales, que se enfatiza al establecer al municipio, en su Artículo 311 como la entidad básica y fundamental de la organización política y administrativa del Estado.

La discusión entre definir un Estado como república unitaria o federal, es producto de cómo se resuelven las tensiones entre los diferentes sectores de poder y de presión.

Las tensiones entre centralización y descentralización tienen en medio un elemento del Estado en disputa: la soberanía. Bodin formula la noción clásica de este concepto, entendido como el poder supremo que ostenta el rey dentro de su reino, pero sometido a ciertos límites. Vista esta problemática desde el O.T.-como un instrumento que permite crear sinergias entre población, territorio o instituciones- debe comprenderse que es en el territorio- y bajo las diferentes formas que éste toma- en donde se materializan la soberanía y el poder del Estado. Por esta razón, los Estados organizan su territorio de acuerdo a una noción superior de soberanía: si consideran que esta debe ser única e indivisible, el Estado tendrá una forma *Unitaria*, pero si consideran que ésta deberá ser compartida entre un Estado general y sus subunidades internas, la forma del Estado será *Federal*⁹⁸

⁹⁸ FELIPE FAUDEL CAJIAO- Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Facultad de Ciencia Política y Gobierno. Tensiones entre centralización y descentralización a la luz de los proyectos de Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial, período 1991-2010. Bogotá D.C. 2010. p.5

Seguidamente la misma constitución establece que pueden existir otras formas de organización territorial, especialmente a través de formas asociativas municipales, con el propósito de lograr mayor eficiencia y cumplimiento de los principios del Estado social de derecho.

A partir de la Constitución Política se ha hecho un desarrollo normativo jurídico promovido desde el Gobierno Nacional y materializado en el Congreso de la República, dándole solidez al enfoque municipalista de nuestro país y las opciones de desarrollo regional con esquemas territoriales que pueden adquirir personería jurídica y autonomía administrativa, entre otras cosas, para la organización de prestación de servicios de salud en cabeza de alcaldes y gobernadores.

Para el logro del propósito de este capítulo, se ha dividido en cinco (5) partes que desarrollan lo pertinente desde el punto de vista jurídico: Lo referente a los hallazgos normativos existentes en la Constitución Política; la Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial, LOOT; los esquemas asociativos territoriales; las áreas metropolitanas; y los resguardos y los cabildos indígenas.

7.2 La Constitución Política

Han sido las Constituciones Políticas que tuvo el país durante el siglo XIX y sus diversas reformas, las mejores testigos de la intensa actividad que ha tenido el debate acerca del ordenamiento territorial por descentralizar al país, que al final han terminado, consolidando el concepto de Estado unitario y la municipalización, como base de la organización administrativa y política de Colombia.

Como bien anotaba el regenerador Rafael Núñez en la época, el propósito de la formula era que, con el tiempo, la fuerza descentralizadora aumentara gradualmente. Ello pudo evidenciarse a lo largo del siglo XX en las formas constitucionales de 1905, 1910, 1945, 1968 y 1986, que profundizan la descentralización ocupándose de las competencias de los departamentos y municipios. Al respecto, cabe destacar que estas reformas dieron mayor impulso a la descentralización local y no tanto al nivel intermedio, conllevado a que la

organización territorial del Estado actual sea similar a un reloj de arena con una Nación y unos municipios con amplias funciones y competencias, y unos departamentos con un papel cada vez menos protagónico. Excepto por las reformas de Reyes entre 1905 y 1909, consideradas por algunos como el primer ordenamiento territorial exitoso (se alteró la división territorial al elevar el número de departamentos a 34, las provincias a 95, un Distrito Capital y un territorio intendencial, se abrió la posibilidad de segregar distritos municipales de los departamentos, se determinó la base poblacional para diferenciar las cargas departamentales), y la contrarreforma de 1910 bajo el Gobierno de Carlos E. Restrepo (que ordeno el territorio nacional en 15 departamentos, 2 intendencias y 7 comisarías y dividió a los primeros, a la vez, en municipios) que se ocuparon por sobre todo en el nivel intermedio consolidando a los departamentos como unidades territoriales político-administrativas, el resto de reformas fortalecieron tanto a la Nación como al municipio, eliminaron las provincias y crearon entidades administrativas distintas al departamento y no necesariamente coincidentes como los límites de los mismos para ocuparse de algunos temas sectoriales (para efectos militares, fiscales educativos y de planificación).⁹⁹

En 1991 como producto de un proceso político se creó la Asamblea Constituyente que al final de seis meses de trabajo, y en medio de diferentes deliberaciones, presentó al país lo que sería la base del nuevo orden jurídico para los próximos años: la Constitución Política de 1991.

La propuesta y el desarrollo de la construcción de la Constitución Política respondió a fenómenos políticos, sociales y económicos internos del país, como también a hechos especialmente de tipo económico en Latinoamérica.

Desde el Artículo Primero de la Constitución Política, se establecen los elementos fundamentales de la concepción de Estado que se definió para nuestro país.

⁹⁹ FELIPE FAUDEL CAJIAO- Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Facultad de Ciencia Política y Gobierno. Tensiones entre centralización y descentralización a la luz de los proyectos de Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial, período 1991-2010. Bogotá D.C. 2010. P.15

Ante todo se hace un reconocimiento a los derechos ciudadanos estableciendo que Colombia es un Estado social de derecho. Este concepto es ampliado a lo largo de la misma Constitución Política, y en las dos décadas que llevamos de su vigencia lo ha desarrollado con liderazgo la Corte Constitucional.

Desde el punto de vista territorial, político y administrativo, la Constitución Política definió una concepción de unidad de Estado y de descentralización territorial, como elementos complementarios e indisolubles. Así mismo, señaló de manera taxativa la autonomía de las entidades territoriales.

Artículo 1. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

Definida Colombia como una República unitaria, descentralizada y con autonomía territorial, la misma Constitución Política en el Título XI aborda detenidamente los elementos del ordenamiento y la organización territorial, colocando como unidad básica al municipio, asignándole de manera inmediata e intrínseca la competencia de “prestar los servicios públicos”:

Artículo 311. Al municipio como entidad fundamental de la división político-administrativa del Estado le corresponde prestar los servicios públicos que determine la ley, construir las obras que demande el progreso local, ordenar el desarrollo de su territorio, promover la participación comunitaria, el mejoramiento social y cultural de sus habitantes y cumplir las demás funciones que le asignen la Constitución y las leyes.

En adelante, la organización política administrativa en nuestro país es definida como municipalista, producto de que el municipio se estableció como la unidad básica y entidad fundamental de la organización territorial y administrativa del país.

En el ordenamiento territorial del país, además de la estructura básica del municipio, la Constitución Política establece otros niveles espaciales como los departamentos, los distritos, y en especial, los territorios indígenas, y deja abierta la posibilidad de dar el carácter de entidad territorial a las provincias y las regiones.

Artículo 285. Fuera de la división general del territorio, habrá las que determine la ley para el cumplimiento de las funciones y servicios a cargo del Estado.

Artículo 286. Son entidades territoriales los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas.

La ley podrá darles el carácter de entidades territoriales a las regiones y provincias que se constituyan en los términos de la Constitución y de la ley.

7.2.1 Formas asociativas municipales

La Constitución Política establece posibilidades de integración territorial, a quien se le asigna entre otros propósitos, el de la prestación de los servicios públicos.

Las posibilidades de la integración territorial no solo van orientadas a lograr una mayor eficiencia administrativa del Estado, sino además, reconoce que hay ciertos territorios que contienen una especial dinámica poblacional que con facilidad rebasa sus límites jurisdiccionales o sencillamente, existen relaciones de dependencia entre diferentes territorios, generalmente vecinos, para el buen desarrollo social y económico.

Entre estas posibilidades de integración territorial se incluyó las zonas fronterizas, las áreas metropolitanas, y los distritos.

Artículo 289. Por mandato de la ley, los departamentos y municipios ubicados en zonas fronterizas podrán adelantar directamente con la entidad territorial limítrofe del país vecino, de igual nivel, programas de cooperación e integración, dirigidos a fomentar el desarrollo, la prestación de servicios públicos y la preservación del ambiente.

Artículo 302. La ley podrá establecer para uno o varios departamentos diversas capacidades y competencias de gestión administrativa y fiscal distintas a las señaladas para ellos en la Constitución, en atención a la necesidad de mejorar la administración o la prestación de los servicios públicos de acuerdo con su población, recursos económicos y naturales y circunstancias sociales, culturales y ecológicas.

En desarrollo de lo anterior, la ley podrá delegar, a uno o varios departamentos, atribuciones propias de los organismos o entidades públicas nacionales.

Artículo 319. Cuando dos o más municipios tengan relaciones económicas, sociales y físicas, que den al conjunto características de un área metropolitana, podrán organizarse como entidad administrativa encargada de programar y coordinar el desarrollo armónico e integrado del territorio colocado bajo su autoridad; racionalizar la prestación de los servicios públicos a cargo de quienes la integran y, si es el caso, prestar en común algunos de ellos; y ejecutar obras de interés metropolitano.

Para el caso de Bogotá, la Constitución le crea una condición nueva y especial, definiéndola como distrito capital, y deja planteada la posibilidad de establecerse en agregación con otros territorios municipales como área metropolitana, y con departamentos vecinos, como región.

Artículo 322. Santa Fe de Bogotá, capital de la República y del Departamento de Cundinamarca, se organiza como Distrito Capital.

Artículo 325. Con el fin de garantizar la ejecución de planes y programas de desarrollo integral y la prestación oportuna y eficiente de los servicios a su cargo, dentro de las condiciones que fijen la Constitución y la ley, el Distrito Capital podrá conformar un área metropolitana con los municipios circunvecinos y una región con otras entidades territoriales de carácter departamental.

7.3 La ley Orgánica de Ordenamiento Territorial, LOOT

El desarrollo jurídico del ordenamiento territorial ha estado precedido de un desarrollo conceptual universal, incorporando a los debates que ha tenido el país.

Efectivamente estudiosos del tema en el país como Borja, arguyen que el O.T. está relacionado con la dinámica permanente de creación y apropiación del espacio por parte de los grupos sociales con sus propias cultura y organización social, y con la estructura general y la forma, administración, recursos, competencias y planeación del Estado. Entendiendo así, el O.T. comprende tres grandes vertientes: una sociocultural, que se refiere a la redifinición de las relaciones entre el espacio socialmente constituido y la geografía política del Estado; otra política insitucional, relacionada con la estructura y forma del Estado denominado como “reformismo institucional”; y una tercera, implícita, mediambiental, en tanto que las dos anteriores independientemente de su coincidencia o no con elementos geográficos y naturales, se constituyen sobre una base geoambiental delimitada y transformada por ellas.¹⁰⁰

La Constitución Política en su Artículo 318 establece que debe expedirse una ley del más alto nivel que estructure de manera integral el ordenamiento territorial para el país. Después de varios intentos, discusiones y expresiones de intereses, se logra un producto final que no logra satisfacer todas las expectativas de quienes durante décadas han hecho elaboraciones conceptuales y técnicas respecto a cómo debe organizarse el territorio colombiano.

Finalmente, el Congreso de la República expide la ley orgánica de ordenamiento territorial conocida, como la Ley 1454 del año 2011, también llamada la LOOT.

Esta ley, en sus disposiciones generales, y obviamente en concordancia con la Constitución Política, establece los elementos fundamentales como el objeto, concepto, finalidad, y los principios rectores del ordenamiento territorial.

¹⁰⁰ FELIPE FAUDEL CAJIAO- Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Facultad de Ciencia Política y Gobierno. Tensiones entre centralización y descentralización a la luz de los proyectos de Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial, período 1991-2010. Bogotá D.C. 2010. P.20 – 21.

Artículo 1. Objeto de la ley. La presente ley tiene como objeto dictar las normas orgánicas para la organización político administrativa del territorio colombiano.⁹

Esta ley incorpora los enunciados de la Constitución Política estableciendo el ordenamiento territorial como un instrumento de planificación y gestión, y en especial lo coloca con la finalidad de promover la capacidad de descentralización que debe desarrollar el Estado.

Artículo 2. Concepto y finalidad del ordenamiento territorial. El ordenamiento territorial es un instrumento de planificación y de gestión de las entidades territoriales y un proceso de construcción colectiva de país, que se da de manera progresiva, gradual y flexible...

La finalidad del ordenamiento territorial es promover el aumento de la capacidad de descentralización, planeación, gestión y administración de sus propios intereses para las entidades e instancias de integración territorial...

El ordenamiento territorial propiciará las condiciones para concertar políticas públicas entre la Nación y las entidades territoriales...”

Esta norma coloca el ordenamiento territorial como un medio para crear ambientes que faciliten el desarrollo de políticas públicas, concertadas entre las escalas nacional y regional del Estado, para el buen gobierno y la eliminación de las inequidades regionales.

Artículo 3. Principios rectores del ordenamiento territorial.

15. Equidad social y equilibrio territorial. La ley de ordenamiento territorial reconoce los desequilibrios en el desarrollo económico, social y ambiental que existen entre diferentes regiones geográficas de nuestro país y buscará crear instrumentos para superar dichos desequilibrios...

16. Economía y buen gobierno. La organización territorial del Estado... promoverá mecanismos asociativos que privilegien la optimización del gasto público y el buen gobierno en su conformación y funcionamiento.

7.4 Los Esquemas Asociativos Territoriales

Al igual que la Constitución Política, y manteniendo un desarrollo coherente, la Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial, LOOT, establece posibilidades de integración territorial, que denomina “esquemas asociativos territoriales”.

Estos esquemas asociativos se plantean para las diferentes formas de carácter territorial asociadas con la administración, la planificación, la gestión y en términos generales, las diferentes formas que pueden conllevar a que el Estado sea más eficiente y pueda crear nuevas formas administrativas dirigidas a cumplir con la garantía estatal de los derechos ciudadanos.

Art 9 objeto. El Estado promoverá procesos asociativos entre entidades territoriales para la libre y voluntaria conformación de alianzas estratégicas que impulsen el desarrollo autónomo y sostenible de las comunidades.

La definición de políticas y modos de gestión regional y subregional estará limitada a la adición de entidades de planeación y gestión e incluirá alternativas flexibles.

El gobierno nacional promoverá la conformación de esquemas asociativos a través de incentivos a las regiones administrativas y de planificación, regiones de planeación y gestión, provincias administrativas y de planificación, áreas metropolitanas y entidades territoriales económicamente desarrolladas, para que se asocien con las más débiles, a fin de hacer efectivos los principios de solidaridad, equidad territorial, equidad social, sostenibilidad ambiental y equilibrio territorial, previstos en los numerales 8 y 15 del artículo 3 de la presente ley.

Artículo 10. Esquemas asociativos territoriales. Constituirán esquemas asociativos territoriales las regiones administrativas y de planificación, las regiones de planeación y gestión, las asociaciones de departamentos, las áreas metropolitanas, las asociaciones de distritos especiales, las provincias administrativas y de planificación, y las asociaciones de municipios.

Esta ley de manera taxativa y explícita articula la conformación de asociaciones territoriales con la prestación conjunta de los servicios públicos, donde tiene cabida la organización de los servicios de salud en un marco de garantía estatal de los derechos ciudadanos.

Artículo 11. Conformación de asociaciones de entidades territoriales. Las asociaciones de entidades territoriales se conformarán libremente por dos o más entes territoriales para prestar conjuntamente servicios públicos,...

Parágrafo. Podrán conformarse diversas asociaciones de entidades territoriales como personas jurídicas de derecho público.¹³

Formas asociativas municipales

De estos esquemas asociativos territoriales, la ley hace especificidad a los municipios, estableciendo formas de asociación que inclusive pueden llegar a realizarse entre municipios de uno y otro departamento.

Artículo 14. Asociaciones de municipios. Dos o más municipios de un mismo departamento o de varios departamentos, podrán asociarse administrativa y políticamente para organizar conjuntamente la prestación de servicios públicos,...

En particular, la ley rescata una figura histórica con mucha identidad cultural y geográfica en la población, como son las provincias.

Las provincias han sido entendidas más como unidades territoriales funcionales que como estructuras político-administrativas. Sin embargo la ley orgánica de ordenamiento territorial, LOOT le asigna competencias administrativas y de planificación.

A diferencia de las asociaciones municipales, las provincias están conformadas sólo por municipios de un mismo departamento.

Artículo 16. Provincias administrativas y de planificación. Dos o más municipios geográficamente contiguos de un mismo departamento podrán

constituirse mediante ordenanza en una provincia administrativa y de planificación...

Ha sido de tanto interés para el órgano legislativo establecer jurídicamente las diferentes formas de asociación entre municipios, que la misma ley caracteriza jurídica e institucionalmente estos esquemas asociativos, dándoles autonomía institucional y administrativa.

Artículo 17. Naturaleza y funcionamiento de los esquemas administrativos.

Las asociaciones de departamentos, las provincias y las asociaciones de distritos y de municipios son entidades administrativas de derecho público, con personería jurídica y patrimonio propio e independiente de los entes que la conforman.

El Congreso de la República en su interés de avanzar en el desarrollo jurídico del ordenamiento territorial, en el año 2012 expide la Ley de municipios y, posteriormente, la Ley de distritos.

Con la ley 1551 del año 2012, se propuso modernizar la normativa del régimen municipal considerando la autonomía que la Constitución Política le asignó a los municipios como unidad básica territorial, política y administrativa del Estado.

En su Artículo cuarto establece coherencia con la Ley orgánica de ordenamiento territorial, LOOT en el propósito de evitar duplicidades, y hacer más eficientes la gestión administrativa del Estado.

Artículo 4. Principios rectores del ejercicio de la competencia

b. concurrencia.

...las entidades competentes para el cumplimiento de la función o la prestación del servicio deberán realizar convenios o usar cualquiera de las formas asociativas previstas en la ley orgánica de ordenamiento territorial para evitar duplicidades y hacer más eficiente y económica la actividad administrativa.

d. complementariedad. Para complementar o perfeccionar la prestación de los servicios a su cargo y el desarrollo de proyectos locales, los municipios podrán hacer uso de mecanismos de asociación, cofinanciación y/o convenios.

En especial, el literal i de esta artículo hace relación a “economía y buen gobierno” donde establece que el municipio debe promover esquemas asociativos que “privilegien la reducción del gasto”, además del buen gobierno en su conformación y funcionamiento.

7.5 Las áreas metropolitanas

El desarrollo jurídico del concepto de áreas metropolitanas como expresión del ordenamiento territorial, es el más nutrido, obedeciendo a las experiencias que se han alcanzado a nivel mundial, y especialmente en los países desarrollados, y a los mismos procesos de urbanización que se han generado a lo largo y ancho del planeta, y en particular nuestro país.

De hecho, en Colombia existen algunas áreas metropolitanas definidas por diversas normas jurídicas, y otras existen de facto, producto de sus dinámicas históricas, económicas y poblacionales.

7.5.1 Origen del concepto

El concepto de áreas metropolitanas tiene un origen burocrático - administrativo que se generó en los Estados Unidos hacia comienzos del siglo XX, en los llamados “distritos Metropolitanos”.

El censo poblacional de Estados Unidos de 1910, fue el primero en incluir esta categoría de clasificación de las áreas urbanas. Para la época, los “Distritos Metropolitanos” eran aquellos que agrupaban a la gran ciudad con sus respectivos suburbios adyacentes.

En 1950 el término fue sustituido por el de “Área Metropolitana Estándar”, y en 1960 por el de “Área Metropolitana Estadística Estándar”, teniendo como criterio el tamaño de la población, la densidad y la estructura ocupacional.

Según Ricardo Larraiza, desde el punto geográfico y sociológico, un área metropolitana es una “zona de influencia de una gran ciudad”, y en consecuencia, se haya constituida por el territorio sometido al influjo de dicha ciudad o metrópoli, siendo sus dos características principales la existencia de una superficie delimitada y la de una ciudad principal que influye sobre dicha superficie.

Universalmente, se considera el área metropolitana, desde el abordaje jurídico, como el territorio donde existe una ciudad o metrópoli que contiene en ese mismo territorio a otras entidades o municipios, distritos etc., y que se encuentra sometido a la competencia o jurisdicción de órganos especiales de los que rigen la ciudad centro y los municipios comprendidos o influenciados.

Así mismo, se ha desarrollado el concepto de áreas metropolitanas desde el punto de vista administrativo, considerando que son entidades de derecho público, orientadas hacia la planificación y programación armónica del desarrollo de todo el territorio puesto bajo su jurisdicción, y provistas de atributos normativos con una jerarquía superior a la de los municipios asociados.

Siguiendo a Hall (2000), es posible afirmar, sin riesgo a equivocarse, que la planificación regional tiene sus fundamentos en las propuestas del escocés Patrick Geddes (1845-1932), tomadas, a su vez, de los fundadores de la geografía francesa, Reclus y Vidal de la Blanche. En su libro *Cities in Evolution* de 1915, Geddes ya se plantea el tema de cómo las nuevas tecnologías –energía eléctrica, motor de combustión– hacen que las grandes ciudades se dispersen y formen conglomerados. Dice “será necesario encontrar un nombre para estas ciudades-región, para esta agregación de ciudades [...]”.

También se ha presentado como concepto funcional:

Las relaciones entre ciudades se han definido tradicionalmente en términos de jerarquía. En la teoría de la ubicación o del lugar central (*central place theory*) hay dos elementos medulares. De un lado, el tamaño y la distribución espacial de las ciudades enfatiza la presencia de relaciones jerárquicas entre diferentes clases de lugares centrales ordenados jerárquicamente: unos son de primer orden, otros de segundo orden y así sucesivamente, de manera descendente. Los lugares o

ciudades de mayor orden (menor jerarquía) dependen de la provisión de bienes, servicios y, sobre todo, de funciones crecientemente especializadas por parte de los lugares de menor orden (mayor jerarquía). De otro lado, las relaciones horizontales entre ciudades de la misma clase –esto es, de similar tamaño– son casi inexistentes y redundantes, por cuanto esas ciudades suministran los mismos servicios y facilidades.

Existe una tendencia en las ciencias sociales que asocia la relación entre los municipios en vecindad con el desarrollo conjunto de las regiones.

Por último, es importante anotar que la pobreza no se distribuye aleatoriamente en el espacio. Evidencia empírica en este sentido se presenta en Pérez (2007), quien encuentra que la ubicación geográfica de la población es importante en términos de la distribución de índices como el NBI y el índice de calidad de vida. Dado que el autor encuentra que existen dependencias espaciales positivas en gran parte del territorio colombiano, se deduce de su trabajo que hay departamentos y municipios del país donde el rezago en la calidad de vida está correlacionado con el deterioro encontrado en los departamentos y municipios vecinos. Así mismo, existen municipios donde los mejores indicadores en términos de pobreza se corresponden con un buen desempeño en los índices de pobreza en las unidades vecinas.

7.5.2 Desarrollo normativo, previo a la Constitución Política de 1991

En el año de 1968, se adelanta una reforma a la Constitución Política vigente, que incluyó la definición de la agregación de municipios en general, y la conformación de áreas metropolitanas en particular, bajo el propósito explícito de mejoramiento de la administración y la prestación de los servicios públicos.

Lo anterior evidencia la relación estrecha que ha existido entre la búsqueda de formas de organización administrativa para lograr mayor eficiencia del Estado en la prestación de los servicios públicos para su población, con la definición de un ordenamiento espacial que agregue unidades territoriales municipales, manteniendo como base el municipio y

permitiendo inclusive, que estas nuevas formas organizativas superen la jurisdicción departamental.

¹⁸ Universidad Nacional de Colombia/sede Bogotá. Secretaria de Planeación. Integración regional, colección 8.Bogotá ¿es posible un modelo regional desconcentrado?. P 26

¹⁹ Universidad Nacional de Colombia/sede Bogotá. Secretaria de Planeación. Integración regional, colección 8.Bogotá ¿es posible un modelo regional desconcentrado?. P 33

²⁰ Luis Armando Galvis y Adolfo Meisel Roca. “Persistencia de las desigualdades

regionales en Colombia: Un análisis espacial” No. 120. Cartagena. Enero de 2010. P13
El Estado, desde esta época ha definido que estas figuras de ordenamiento territorial basadas en la agregación de unidades municipales, gocen de personería jurídica propia y autonomía administrativa, siempre y cuando, hayan obtenido el beneplácito y la voluntad política y jurídica de las autoridades político administrativas de los municipios y departamentos comprometidos.

La reforma a la Constitución Política de 1886, se adelantó a través de Acto Legislativo del año 1968, que en su Artículo 63 estableció:

Para la mejor administración o prestación de servicios públicos de dos o más municipios del mismo departamento, cuyas relaciones den al conjunto las características de un área metropolitana. La ley podrá organizarlos como tales, bajo autoridades o régimen especiales con su propia personería, garantizando una adecuada participación de las autoridades municipales en dicha organización. Corresponde a las asambleas, a iniciativa del gobernador y oída previamente la opinión de los concejos de los municipios interesados, disponer el funcionamiento de las entidades así autorizadas.²¹

Así las áreas metropolitanas se convierten en instrumentos de gestión administrativa y crean la opción de establecer nuevas formas de ordenamiento territorial, especialmente para las ciudades capitales y las ciudades intermedias que venían creciendo desde

principio de siglo XX, y de hecho habían creado diferentes formas de relacionarse y de necesitarse mutuamente.

Con base en esta reforma constitucional, se expidió posteriormente la Ley 61 de 1978, que fue llamada Ley Orgánica del Desarrollo Urbano.

Esta ley desarrolla jurídicamente el concepto y los alcances de la figura de “áreas metropolitanas”, teniendo en cuenta los desarrollos normativos y administrativos que se habían logrado en la gran mayoría de los países europeos y en buena parte de América, como Canadá, Estados Unidos, México, Venezuela y Brasil.

La Ley 61 le otorgó facultades extraordinarias al ejecutivo para regular las características básicas.

Con base en las facultades extraordinarias entregadas al Presidente de la República, y con respeto a los preceptos establecidos en ella, se expide el Decreto Ley 3104 de 1979, a través del cual se reguló sobre los alcances, propósitos, condiciones de constitución y de funcionamiento de las áreas metropolitanas en el país.

El legislador aprovecho el alcance dado por el Congreso de la República y definió sobre la conformación de las áreas que existían y que habían tenido una vida legalmente reconocidas, por el Gobierno colombiano.

7.5.3 Desarrollo normativo con la Constitución Política de 1991

La Constitución Política de 1991, acoge el concepto de áreas metropolitanas en su Artículo 319, y de inmediato lo desarrolla la Ley 128 de 1994. Lo anterior evidencia el interés del órgano legislativo por establecer condiciones favorables para el desarrollo del ordenamiento territorial asociado a las áreas metropolitanas.

La Ley 128 de 1994, establece:

OBJETO: Las Áreas Metropolitanas son entidades administrativas formadas por un conjunto de dos o más municipios integrados alrededor de un municipio núcleo

o metrópoli, vinculados entre sí por estrechas relaciones de orden físico, económico y social, que para la programación y coordinación de su desarrollo y para la racional prestación de sus servicios públicos requiere una administración coordinada.

NATURALEZA JURÍDICA: Las Áreas Metropolitanas están dotadas de personalidad jurídica de derecho público, autonomía administrativa, patrimonio propio autoridades y régimen especial.

JURISDICCIÓN Y DOMICILIO: La jurisdicción del Área Metropolitana comprenderá el territorio de los municipios que la conforman. Tendrá como sede el municipio que sea capital del departamento, el cual se denominará municipio núcleo. Cuando entre los municipios que conforman el área no exista capital del departamento, el municipio sede será aquél con mayor número de habitantes.

FUNCIONES: Son funciones de las áreas metropolitanas, entre otras, las siguientes:

- 1- Programar y coordinar el desarrollo armónico e integrado del territorio colocado bajo su jurisdicción.
- 2- Racionalizar la prestación de los servicios públicos a cargo de los municipios que la integran, y si es el caso, prestar en común alguno de ellos.
- 3- Ejecutar obras de interés metropolitano.²²

En el contenido de la Ley 128 de 1994, se destacan su Artículo 6, que protocoliza la conformación del área territorial para la creación del área metropolitana; el Artículo 14, que define las atribuciones básicas de la “junta metropolitana”; el artículo 17, que señala las funciones y atribuciones del Alcalde Metropolitano, dándole el carácter de unidad territorial política; el Artículo 19, que establece la creación de un gerente para administrar el nuevo territorio, reforzando el criterio de ordenamiento territorial para la administración pública, y le señala sus funciones; el Artículo 20, que crea un consejo metropolitano de administración; y el Artículo 28, que establece el tránsito de municipio a distrito.

Con relación a los órganos de control, la norma establece que estarán a cargo de:

- La junta metropolitana.
- Un Alcalde metropolitano.
- El gerente.
- Las unidades técnicas que según sus estatutos fueren indispensables para el cumplimiento de sus funciones.

En particular, con relación a la Junta Metropolitana, su composición contiene la estructura administrativa del territorio que conforma el área metropolitana, por lo tanto, la junta está integrada por:

- Los alcaldes de cada uno de los municipios que la integran.
- El gobernador del departamento o el secretario de planeación departamental como su representante.
- Un representante del concejo del municipio que constituye el núcleo principal.
- Un representante de los concejos de los municipios distintos al núcleo, elegido dentro de los presidentes de los respectivos concejos municipales.
- La junta metropolitana será presidida por el alcalde metropolitano.

Sí el área metropolitana estuviese conformada por municipios de diferentes departamentos, formarán parte de la junta los correspondientes gobernadores o sus representantes.

Los acuerdos de nivel metropolitano, pueden tener origen en los miembros de la junta metropolitana, en el representante legal del área, en los concejales de los municipios que la integran y en la iniciativa popular de conformidad con el Artículo 155 de la Constitución Nacional.

Dentro de las atribuciones establecidas a la Junta Metropolitana, está incluida la prestación de los servicios públicos:

- Planeación
- Obras públicas y vivienda
- Recursos naturales, manejo y conservación del ambiente

- Prestación de servicios públicos
- De orden fiscal
- De orden administrativo, y,
- Valorización.

7.5.4 Áreas metropolitanas creadas jurídicamente en Colombia

La creación jurídica de las áreas metropolitanas, se presenta especialmente en los años 1980 a 1982:

- **ÁREA METROPOLITANA DEL VALLE DE ABURRÁ:** Creada mediante ordenanza N° 34 de Noviembre 20 de 1980, conformada por Medellín, Bello, Barbosa, Copacabana, La Estrella, Girardota, Itagüí, Envigado, Caldas y Sabaneta.
- **ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA:** Creada mediante ordenanza N° 20 de 1981, conformada por Bucaramanga, Floridablanca y Girón. En 1986 se incorporó el Municipio de Piedecuesta.
- **ÁREA METROPOLITANA CENTRO OCCIDENTE:** Creada mediante ordenanza N° 57 de 1982, conformada por Pereira, Dosquebradas. En 1984 se incorpora el Municipio de La Virginia.
- **ÁREA METROPOLITANA DE BARRANQUILLA:** Creada mediante ordenanza 01 de 1982, conformada por Barranquilla, Puerto Colombia, Soledad y Malambo.
- **ÁREA METROPOLITANA DE CÚCUTA:** Creada mediante decreto 000508 de 1991, conformada por Cúcuta, Villa del Rosario, Los Patios y el Zulia.

7.6 Los resguardos y los cabildos indígenas

Las comunidades indígenas en virtud de la Constitución Política y las normas reglamentarias, habitan en “Resguardos”.

Un resguardo es una institución territorial legal y sociopolítica de carácter especial que se legitima con un título de propiedad colectiva que le transfiere la garantía de ser propietarios y poseedores de su territorio.

El título de propiedad colectiva da autonomía para la administración y vida propia territorial, materializada a través de una organización autónoma protegida por un fuero indígena y desarrollado a través de una estructura normativa propia.

Un resguardo Indígena está conformado por una o más comunidades indígenas.

Para el año 2010, según el INCODER y el Ministerio del Interior, existe un registro oficial de 796 resguardos Indígenas, distribuidos en 234 municipios a lo largo del país.

Los principales departamentos donde se encuentran resguardos Indígenas son: Chocó con 119, Cauca con 93, Tolima con 72, Putumayo con 66 y Nariño con 65.

Un resguardo Indígena está dirigido política y administrativamente por un Gobernador Indígena y un Cabildo Indígena. Los Gobernadores de Cabildo y los cabildantes gozan de un régimen especial para el cumplimiento de las funciones atribuidas, sin embargo es importante aclarar que ellos no son considerados servidores públicos tal y como lo establece el Artículo 123 de la Constitución Política, puesto que ellos no son miembros de una corporación pública ni empleados ni trabajadores del Estado.

Desde el punto de vista de organización territorial, y por lo tanto de la organización de servicios de salud para la garantía de los derechos poblacionales establecidos en la Constitución Política, es importante precisar que el Cabildo Indígena y sus autoridades como son los Gobernadores Indígenas y los miembros del cabildo no tienen autoridad civil, política ni dirección administrativa, como si ocurre para los alcaldes que dirigen los municipios y los gobernadores que dirigen los departamentos, tal como está previsto en los Artículos 188, 189 y 190 de la Ley 136 de 1994.

Por lo anterior, quien obre como Gobernador Indígena o cabildante no adquiere la categoría de servidor público, sino que su función está en el marco del desarrollo político cultural y comunitario de la comunidad o comunidades indígenas que hacen parte de un cabildo.

7.7 Conclusiones

El tímido desarrollo jurídico del ordenamiento territorial en el país es producto de la poca presión que alcanzan a ejercer tanto las corrientes sociales que han promovido la descentralización del Estado como la dinámica poblacional que ha presentado el país con fenómenos de urbanización y regionalización, especialmente expresado en áreas conurbadas metropolitanas.

Tanto el Congreso de la República como el Gobierno Nacional, y la Asamblea Constituyente de 1991, han mantenido como unidad básica de la organización territorial del país al municipio, debilitando la estructura departamental y dejando la organización regional como una opción de voluntad política de las administraciones municipales.

Aunque la argumentación de la creación jurídica de regiones en el marco del ordenamiento territorial ha tenido argumentos como la descentralización del Estado; la eficiencia de la administración pública; y la unidad de acción para el desarrollo de los servicios públicos en favor de la población; desde el abordaje jurídico los instrumentos no han pasado de ser enunciados sin un verdadero desarrollo en la organización territorial de la Nación.

Aun así, el marco normativo jurídico existente y en especial el desarrollado desde la Constitución Política del año 1991 hasta las normas de ordenamiento territorial del año 2012 y 2013, se ha caracterizado por mantener una base municipalista con opciones de implementar formas asociativas, que conllevan a establecer estructuras regionales con personería jurídica y administración autónoma.

Actualmente, el ordenamiento territorial se organiza jurídicamente desde la Constitución Política que define a nuestro país, en su Artículo primero, como una república unitaria, descentralizada y con autonomía de sus entidades territoriales, y en su Artículo 311, determina al municipio como la entidad básica y fundamental de la organización política y administrativa del Estado, asignándole entre otras funciones, la de prestar los servicios públicos que determine la ley.

La misma Constitución Política, en su Artículo 286, deja abierta la posibilidad para que el desarrollo normativo jurídico que adelante el Congreso de la República, del carácter de entidad territorial a las provincias y las regiones.

Con base en lo anterior, la Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial, LOOT, en su artículo segundo define el concepto del ordenamiento territorial, estableciéndolo como un instrumento de planificación y de gestión de las entidades territoriales con la finalidad de promover el aumento de la capacidad de descentralización, planeación, gestión y administración de las entidades e instancias de integración territorial.

En particular, la LOOT establece que el ordenamiento territorial propiciará las condiciones para crear ambientes que faciliten el desarrollo de políticas públicas entre la Nación y las entidades territoriales.

Esta misma norma establece dentro de los principios del ordenamiento territorial, el reconocimiento de los desequilibrios en el desarrollo económico, social y ambiental y la búsqueda de instrumentos para lograr superarlos.

Finalmente, y en el marco del propósito de esta investigación, la LOOT incluye como otro principio, la promoción de mecanismos asociativos que privilegien la optimización del gasto público y el buen gobierno en su conformación y funcionamiento.

El desarrollo de este principio lo logra esta norma, en su Artículo 9 y 11, al indicar que el Estado promoverá procesos asociativos entre entidades territoriales para la libre y voluntaria conformación de alianzas estratégicas, teniendo como referencia hacer efectivos los principios de solidaridad, equidad territorial, equidad social, sostenibilidad ambiental y equilibrio territorial.

Manteniendo su espíritu de avanzar en la promoción de los esquemas asociativos territoriales, en su Artículo 10, la LOOT desarrolla con bastante amplitud todas las posibilidades de alianzas estratégicas, incluyendo las regiones administrativas y de planificación, las regiones de planeación y gestión, las asociaciones de departamentos,

las áreas metropolitanas, las asociaciones de distritos especiales, las provincias administrativas y de planificación, y las asociaciones de municipios.

De esta diversidad de esquemas asociativos territoriales, la ley hace especificidad a los municipios, estableciendo formas de asociación que inclusive pueden llegar a realizarse entre municipios de uno y otro departamento, para organizar conjuntamente la prestación de servicios públicos.

En particular, la ley rescata una figura histórica con mucha identidad cultural y geográfica en la población, como son las provincias, entendidas más como unidades territoriales funcionales que como estructuras político-administrativas. La LOOt, le asigna competencias administrativas y de planificación, circunscribiéndolas territorialmente a la integración de varios municipios dentro de un mismo departamento.

Finalmente, fue de tanto interés para el órgano legislativo establecer jurídicamente las diferentes formas de asociación entre municipios, que la misma ley caracteriza jurídica e institucionalmente estos esquemas asociativos, dándoles autonomía institucional y administrativa, considerándolas como entidades de derecho público con personería jurídica y patrimonio propio e independiente de las instituciones municipales que la conforman.

Las áreas metropolitanas como formas asociativas municipales han tenido diferentes comprensiones conceptuales desde abordajes geográficos hasta funcionales con el propósito de ser instrumentos de intervención de problemas de inequidad territorial.

A diferencia de otras potenciales formas de asociaciones municipales para la construcción de regiones, el concepto de área metropolitana ha tenido un importante desarrollo jurídico antes y después de la Constitución Política de 1991.

En el año de 1968, se realiza la reforma a la Constitución Política de 1886, incluyéndose las áreas metropolitanas como instrumento para una mejor administración o prestación de servicios públicos de dos o más municipios del mismo departamento. Con base en lo anterior, la Ley 61 de 1978, llamada Ley Orgánica del Desarrollo Urbano, estableció que se podrá organizar áreas metropolitanas con personería propia. A partir de estas

disposiciones se expiden actos jurídicos que dan creación a cuatro (4) áreas metropolitanas entre los años 1980 a 1982, y una más en el año de 1991.

En la Constitución Política de 1991, se acoge el concepto de áreas metropolitanas en su Artículo 319, y de inmediato lo desarrolla la Ley 128 de 1994, evidenciándose el espíritu del legislador por facilitar el desarrollo de regiones considerando que en el marco del ordenamiento territorial.

Las áreas metropolitanas son definidas como entidades administrativas formadas por un conjunto de dos o más municipios integrados alrededor de un municipio, vinculados entre sí por estrechas relaciones de orden físico, económico y social.

Manteniendo los preceptos de la LOOT, normativamente las áreas metropolitanas quedan dotadas de personalidad jurídica de derecho público, autonomía administrativa, patrimonio propio autoridades y régimen especial.

Aún con este desarrollo jurídico desde la Constitución Política, en el país existen áreas metropolitanas de facto, más no por disposiciones jurídicas.

En síntesis, aunque el desarrollo jurídico normativo no ha sido amplio, sí ha sido coherente y constante en dar apertura para la creación de formas asociativas municipales con personería jurídica de derecho público, autonomía administrativa, y patrimonio propio, que conlleve a la conformación de territorios regionales, con base en querer ampliar los procesos de descentralización del Estado; la eficiencia de la administración pública; y el desarrollo de mejores formas para prestar los servicios públicos a los ciudadanos.

8. Propuesta de escenarios de organización de los servicios de salud con enfoque territorial:

Los territorios regionales saludables

8.1 Introducción

Un enfoque territorial contiene la necesidad de reconocer los procesos históricos que van transformando el paisaje natural y social de una ciudad, una región o un país; requiere la descripción de la población en su diversidad, su movilidad y la proyección en el tiempo; y exige cotejar las necesidades de la población para satisfacer su bienestar con la oferta institucional existente, que conlleve a planificar la respuesta, transformando las capacidades públicas y convocando la participación del sector privado.

Por esta razón un enfoque territorial en el sector salud, rebaza la dimensión de las empresas promotoras de salud, EPS, y las instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS, como máximos referentes de la salud de la población.

El actual sistema de salud en Colombia, ha incorporado instancias corporativas de connotación territorial, pero la esencia del enfoque asegurador con múltiples actores y sus propios intereses, le ha quitado fuerza y legitimidad institucional, careciendo de incidencia en la garantía del derecho a la salud en los municipios y departamentos, siendo desdeñada y marginada del acontecer territorial, como han sido los Consejos Territoriales de Salud.

Así mismo, diferentes entes territoriales han diseñado y puesto en operación abordajes territoriales para la prestación de los servicios de salud bajo la égida de la atención primaria

en salud, APS, que se diluyen con los cambios de administración o por las dificultades de su operación dentro del modelo del sistema de salud que existe en el país.

En especial, la Ley 1438 de 2011 que reformó la Ley 100 de 1993, incorporó como elemento de obligatorio cumplimiento la estrategia de atención primaria en salud, APS, y el desarrollo de las redes integradas de servicios de salud, RISS, cuya operación, funcionamiento y evaluación, no fue reglamentada por el Gobierno Nacional, quedando sin ejecución.

Esta misma norma, genera confusión al eliminar los pocos elementos jurídicos que aún daban competencia a alcaldes y gobernadores para ejercer la rectoría, la vigilancia y el control en el sistema de salud.

Además del desarrollo normativo jurídico, se debe considerar como factor determinante para la organización de los servicios de salud con enfoque territorial, los procesos de movilidad social que ha presentado la población desde las zonas urbanas y rurales de los pequeños municipios hacia las ciudades de 300.000 a un millón de habitantes.

Estos procesos de movilización han generado contrastes en el país, como el desarrollo de verdaderos territorios regionales como áreas metropolitanas y un inmenso número de municipios con pequeñas poblaciones urbanas y poblaciones rurales muy dispersas, hechos que nos exige la construcción de diversas formas para abordar la organización de la prestación de los servicios de salud, en diferentes “territorios regionales saludables”.

La construcción de “territorios regionales saludables” requiere de un pacto de voluntad política entre el Gobierno Nacional y los gobiernos locales, que podría materializarse acudiendo al poco pero significativo desarrollo normativo en el campo del ordenamiento urbano que existe en el país.

El desarrollo normativo del ordenamiento urbano facilita promover la conformación de “formas asociativas municipales”, como estructura fundamental, para el desarrollo de los “territorios regionales saludables” que potencie la capacidad de gestión del Estado para garantizar el derecho ciudadano a la salud.

El enfoque territorial a escala de máxima proximidad con los ciudadanos, permite mejor conocimiento de sus necesidades; mayor adaptación de la oferta institucional a sus necesidades; fortalecimiento de las acciones intersectoriales para la intervención de los

determinantes sociales de la salud; condiciones más idóneas para articular las acciones colectivas de salud pública con las acciones individuales de la atención médica; y mejores formas para promover la participación social, para que a través de veedurías y otras formas de gestión, acompañen los procesos de rectoría y control del sistema de salud, incluyendo la prevención de la corrupción por acciones de transparencia y denuncia social.

El desarrollo de estos conceptos se hace a través de tres partes. La primera, contiene la construcción social y jurídica del territorio, la segunda, los efectos en la salud pública de la pérdida de la rectoría y el control en los gobiernos locales, y la tercera, describe los elementos fundamentales de la propuesta de la creación de los “territorios regionales saludables”.

8.2 La construcción social y jurídica del territorio y la organización de los servicios de salud.

8.2.1 El espacio y el territorio

El concepto de territorio, como otras tantas acepciones, no se despoja de los desarrollos ideológicos y políticos por los cuales han trasegado las diferentes sociedades.

Pero de manera más simple, con poco esfuerzo asociamos territorio con nuestro barrio de pilatunas o nuestra patria chica, y ahí comenzamos a comprender que el concepto de territorio es una construcción social.

Por lo general se suele pensar que el territorio es simplemente el espacio que nos rodea y en muchas ocasiones en ese espacio se ven solamente sus características físicas (valles, montañas, ríos, clima), sin percatarnos de que el entorno circundante ha sido construido históricamente por distintas sociedades. En este sentido, el espacio geográfico no es un simple contenedor de cosas, sino una construcción permanente y nunca acabada, cambiante y contradictoria sobre los procesos de ocupación y apropiación de dicho espacio. El espacio geográfico se considera así en relación con la vida social y está a partir de las sociedades, las clases sociales, los grupos, las

comunidades, y, en definitiva, las formas de existencia concreta de las personas y entidades colectivas.¹⁰¹

Asimismo, también es cierto que la construcción de territorio, se hace en un espacio determinado.

Sobre un espacio físico los hombres inician una relación con sus componentes, con el entorno natural. Pero pronto, las organizaciones sociales van pasando de usufructuar el paisaje, los alimentos, la protección que nos genera la naturaleza, para pasar a construir riqueza y generar relaciones políticas y de poder.

El territorio no existe sin espacio y viceversa. Territorio es primariamente pertenencia, pero también alude a poder y control, límites y fronteras, apropiación y propiedad, singularidad y especificidad, así como a identidad, símbolo y cultura colectiva cuya expresión diferencial espacial y social es la base de la configuración territorial.¹⁰²

El territorio es el espacio social donde interactuamos con la naturaleza, nos protege y aprendemos a utilizarla, o la destruimos y creamos condiciones que laceran nuestras vidas.

Inclusive, la forma como decidimos interactuar con la naturaleza es producto de como interactuamos entre los hombres, de la forma como concebimos la sociedad y en ella, la forma como decidimos la forma de relacionarnos entre nosotros.

En las formas de relacionarnos entre nosotros y la forma como abordamos la relación con la naturaleza, se definen las condiciones sociales de los diferentes grupos humanos en un territorio determinado.

¹⁰¹ RUBIO, Rodrigo. El punto de partida: El territorio. [Mimeografía]

¹⁰² RUBIO, Rodrigo. El punto de partida: El territorio. [Mimeografía]

Es en los territorios sociales, donde están las diferentes poblaciones, sus condiciones de vida, sus problemas de salud, y las formas de resolverlos o agravarlos.

En estas relaciones generamos equidades o inequidades sociales.

El primero de ellos atañe al mencionado Dudley Stamp (1898-1966), quien ya en los años sesenta, poco después de publicar su Geografía Aplicada y una colección de libros sobre cuestiones prácticas referidas a Gran Bretaña, produjo una nueva obra - Geografía de la vida y la muerte - en la cual demostraba el valor de los estudios referidos a la salud. Trataba, entre otros temas, cómo quienes vivían cerca de una acería tenían menos oportunidades de sobre vida, cómo influyen los climas artificiales generados por la calefacción y las falencias sanitarias de los hijos de las familias pobres, desprovistos de alimentos y remedios.¹⁰³

En los procesos urbanísticos que ha vivido el país, tanto en el campo como en la ciudad se expresan las transformaciones del espacio físico convertidos en territorios con historia y con diversas formas de ocupación.

El desarrollo de las diferentes sociedades ha superado los límites de los municipios que han sido definidos de manera arbitraria, por consenso o de manera impositiva, puesto que sus propias dinámicas sociales para resolver sus necesidades básicas y fundamentales, abren paso a la construcción de región.

Construir regiones se ha convertido en los últimos años en una forma de enfrentar de manera integral problemas que no se han podido solucionar con visiones parciales sectoriales y jurisdicciones en entornos administrativos limitados. Hay asuntos que trascienden los límites administrativos de una ciudad, un municipio y un departamento, como el manejo de recursos ambientales, la movilidad de pasajeros y carga, la prestación de servicios sociales básicos y las decisiones de

¹⁰³ PICKENHYN. Jorge. Geografía de la salud: el camino de las aulas. Universidad Nacional de San Juan, Argentina.

ubicación de actividades económicas y población. El manejo de estos y otras similares requieren de herramientas metodológicas, técnicas e institucionales que permiten trascender los bordes jurisdiccionales tradicionales.¹⁰⁴

En este abordaje territorial, la discusión en torno al desarrollo sostenible tiene como uno de sus pilares fundamentales el tema de las ciudades y la región, dada la tendencia ya mencionada a la urbanización acelerada del planeta y las tendencias económicas de libre mercado.

Por lo anterior, se estableció el compromiso para que las ciudades avanzaran en la consolidación de la denominada Agenda 2111. En el marco de esta iniciativa, un grupo de diecisiete regiones metropolitanas europeas proponen desarrollar su accionar en torno a cinco objetivos centrales (Lutzky, 1999: 5-11):

e. “Procurar el balance de la estructura espacial metropolitana, puesto que las fuerzas del mercado por sí solas tienden a un uso extensivo del territorio a expensas de las áreas libres y verdes, con sus oportunidades recreativas y sus ecosistemas”.

f. “Consolidar la identidad y mejorar la calidad de vida en las ciudades y los centros regionales, a fin de disminuir la presión por la expansión hacia áreas rurales. [...] En razón de mejorar la calidad de vida, las regiones metropolitanas europeas dan prioridad al redesarrollo al interior de las ciudades y a la restricción a los desarrollos suburbanos en áreas verdes; [...] se muestran partidarias de renovar y restaurar edificaciones y vecindarios existentes en lugar de destruirlos y desarrollarlos de forma completamente nueva. Este propósito, unido a la mezcla de usos, densidades y un atractivo diseño de espacio público, proveerá una base urbana sostenible que retenga o atraiga población y evite la migración hacia los

¹⁰⁴ UNDESA/UNCRD. Mesa de Planificación Regional De las ciudades a las regiones. Desarrollo regional integrado en Bogotá- Cundinamarca.- P.4

suburbios".¹⁰⁵

Las diversas formas como se han enfrentado los problemas de nuestro país en los fenómenos de centralización y descentralización del Estado, ha llevado a diferentes formas de organización territorial; a la creación de instituciones; y a generarse formas de relación del Estado con sus ciudadanos, incluyendo los procesos de resistencia de las comunidades y desarrollo de los movimientos sociales. Nuestro país no siempre ha sido nuestro país.

Por estas razones, cuando el sistema de salud en nuestro país se construye sobre las bases de un modelo económico de libre mercado, intrínsecamente entra a desconocer la historia de los territorios y de las instituciones que deben asumir la garantía de los derechos de sus pobladores, como son las alcaldías y las gobernaciones.

Sólo, cuando el territorio o la organización territorial se conviertan en la principal e inexorable variable política, administrativa y operacional para la gestión del sistema de salud, habrá mayor probabilidad de una organización de la prestación de los servicios de salud, con mayor eficacia y pertinencia, en un enfoque de garantía de derechos ciudadanos.

De esta manera, el territorio se convierte en el primer abordaje para la comprensión de las relaciones existentes entre las personas en su ámbito barrial, escolar o laboral, identificando las condiciones sociales que determinan su salud, su bienestar y su vida.

La aproximación científica y política para comprender estas relaciones ha sido diversa, desde las ciencias biológicas hasta las ciencias sociales.

Por ese entonces, la geografía renovaba sus estrategias metodológicas, incorporando los estudios comparados de relación. Este enfoque, sumado a la fuerte tradición observadora, impuesta por viajeros como Alexander Von

¹⁰⁵ Universidad Nacional de Colombia/sede Bogotá. Secretaria de Planeación. Integración regional, colección 8. Bogotá ¿es posible un modelo regional desconcentrado?. P.29

Humboldt, Ferdinand Von Richthofen y Friedrich Ratzel, dio marco a la geografía científica decimonónica.¹⁰⁶

En paralelo, puede notarse en la historia de la salud el interés por estudios de “topografías médicas”, forma geográfica de enfrentar los miasmas, a quienes se atribuía en el siglo XIX el origen de las enfermedades transmisibles. Estos estudios localizados, que permitían indicar “los lugares sanos y enfermos, las zonas en que es posible habitar y aquéllas que deben evitarse (...) las “fiebres” del lugar, y el ‘temperamento’ de sus habitantes” posibilitan, en aquel entonces, una acción terapéutica más eficaz.¹⁰⁷

De estas protogeografías médicas se desprenden líneas de trabajo de importancia cada vez mayor, en coincidencia con el abandono de las teorías ecológicas sustentadas en los miasmas para ingresar en la época de los avances de la microbiología, encabezados entre otros Pasteur y las prácticas higienistas, como impulsaba Koch. Sin embargo, eran muy escasos aún los vínculos entre los geógrafos y las facultades de medicina.¹⁰⁸

A partir de estos atisbos de las ciencias geográficas para abordar las relaciones existentes en los fenómenos de la salud y la vida, se trasegó rápidamente hasta que estos fenómenos se convirtieron en objeto de estudio de las ciencias sociales, aún con resultados, entre optimistas y preocupantes.

Así, mientras el pasado siglo fue un fiel exponente de innumerables avances científico técnicos en materia de salud y la década del 70 marcó un hito en la salud pública moderna con la declaración explícita de la necesidad de una

¹⁰⁶ PICKENHYN. Jorge. Geografía de la salud: el camino de las aulas. Universidad Nacional de San Juan, Argentina.

¹⁰⁷ PICKENHYN. Jorge. Geografía de la salud: el camino de las aulas. Universidad Nacional de San Juan, Argentina.

¹⁰⁸ PICKENHYN. Jorge. Geografía de la salud: el camino de las aulas. Universidad Nacional de San Juan, Argentina.

estrategia integral que no solo preste servicios de salud sino que también aborde las causas sociales, económicas y políticas subyacentes en la mala salud, el siglo XXI dio entrada al nuevo milenio sin ver cumplida la meta de la Conferencia de Alma-Atá "Salud para todos en el año 2000".¹⁰⁹

Han sido diferentes las formas como en las últimas décadas, promovido desde escuelas de pensamiento y organismos internacionales, se ha relacionado el concepto de unidades territoriales, como el municipio o la región, para abordar el análisis de las condiciones sociales de las diversas poblaciones; sus determinantes sociales asociados a los perfiles de las formas de enfermarse o morir; y la organización de los servicios de salud para dar respuesta a las demandas de las necesidades de la población, en algún territorio determinado.

Como éstos, muchos proyectos de cooperación dirigidos a la promoción de la participación de la comunidad, el desarrollo de la gestión municipal en salud y el de los servicios de salud del nivel local, se articularon a través de la estrategia de los Sistemas Locales de Salud (SILOS). De acuerdo con OPS/OMS y la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali (1990), los SILOS constituyeron el programa más ambicioso y articulador de la cooperación técnica de la OPS, para la puesta en práctica de la estrategia de atención primaria y la descentralización de la salud en Colombia. Este programa buscaba dar salida al poco éxito de la SPT-2000 y de la estrategia de APS, y al escaso desarrollo de la integración funcional del SNS en su versión centralizada, particularmente en lo que se refería a la universalización y acceso equitativo a los servicios básicos. Más aún, si se reconocía el impacto sobre la salud de la crisis económica de los ochenta, de los procesos de reestructuración económica y "modernización" del Estado, y los cambios demográficos de la urbanización y el envejecimiento de la población.¹¹⁰

¹⁰⁹ OPS. LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y EL ESTADO COLOMBIANO. Cien años de historia. Capítulo II.1902-2002. Pág. 116.

¹¹⁰ *Ibíd.*, p.143.

También han sido diversas las formas de relacionar el municipio con el desarrollo social y político, en el caso particular de Colombia, ha sido evidente la relación entre los servicios de salud y el tema de paz.

En este marco surgió el apoyo al programa de “Municipios Saludables por la Paz”, por medio de varias iniciativas. El 1º de octubre de 1996, el presidente Samper hizo el lanzamiento oficial de la estrategia de los Municipios Saludables por la Paz. En el mismo año, se expidió la Resolución 3467 del MS que creaba y reglamentaba el Premio de Municipio Saludable por la Paz, poco después modificada por la Resolución 4296 de noviembre 19 de 1997. El Ministerio y la OPS definieron como Municipio Saludable por la Paz aquel cuya labor estaba dirigida a “buscar la movilización social impulsada desde diversos sectores para lograr la equidad, calidad de vida y desarrollo social en lo local, permitiendo la creación de ambientes propicios para la paz. Se basa en la implementación de acciones colectivas para mantener y mejorar las condiciones de salud y desarrollo que promuevan el bienestar colectivo y privilegien a la población más vulnerable” (Colombia, MS, 1998).

El proyecto se desarrolló en municipios de distintos departamentos del país como Versalles (Valle del Cauca), Barrancabermeja (Santander), Guapi (Cauca), Barbacoas (Nariño), Manizales (Caldas), La Vega (Cundinamarca), Valledupar (Cesar), Agustín Codazzi (Cesar), Cumaral (Meta), y diversas localidades de Bogotá (Ocampo López, 2000). Con el programa, la OPS en Colombia volvía a recuperar sus fueros en un terreno que había impulsado años atrás, la estrategia de Promoción de la Salud, que se había visto interrumpida por los avatares de la implantación de la reforma del sistema. En un contexto de violencia política, signo característico de la realidad social colombiana, alimentada por el narcotráfico y el tráfico de armas, se valoraba en el gobierno el esfuerzo de intentar la combinación de las estrategias de Promoción de la Salud y de descentralización. El panorama no era tan dramático para el proceso de descentralización, pues la Ley 60 de 1993 había definido las competencias de los niveles departamental y municipal en salud y educación, y había diseñado un sistema de distribución y asignación de recursos de la Nación hacia las regiones y municipios (sistema de transferencias). Pero los hospitales públicos se estaban convirtiendo en Empresas Sociales del Estado (ESE) y estaban entrando al sistema de competencia, facturación y contratación con las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS), administradoras del subsidio a la demanda. En 1997, 87% de ellos se habían

transformado en ESE (Jaramillo, 1999: 96). En estas condiciones, la recuperación del papel del municipio en el manejo de la salud resultaba interesante y necesaria.¹¹¹

8.2.2 El enfoque territorial en el marco jurídico del sistema de salud en Colombia

Desde la Ley 100 de 1993 se establece la necesidad de organizar el sistema de salud, y por lo tanto, la prestación de los servicios de salud, con un criterio territorial.

Considerando que esta ley se expide en el año de 1993 y está precedida de la Ley 10 de 1990 que creó “el sistema nacional de salud” y la Ley 60 de 1993, “que establece las competencias para fortalecer la descentralización en el país”, es evidente la influencia que estas dos normas tienen en el enfoque territorial del sistema de salud de la Ley 100, estableciéndose que los entes territoriales deberían asumir funciones de dirección y organización de los servicios de salud, como un servicio público.

ARTICULO 174.- El Sistema General de Seguridad Social en Salud a Nivel Territorial. El Sistema General de Seguridad Social en Salud integra, en todos los niveles territoriales, las instituciones de dirección, las entidades de promoción y prestación de servicios de salud, así como el conjunto de acciones de salud y control de los factores de riesgo en su respectiva jurisdicción y ámbito de competencia.

De conformidad con las disposiciones legales vigentes, y en especial la ley 10 de 1990 y la ley 60 de 1993, corresponde a los departamentos, distritos y municipios, funciones de dirección y organización de los servicios de salud para garantizar la salud pública y la oferta de servicios de salud por instituciones públicas, por contratación de servicios o por el otorgamiento de subsidios a la demanda.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud creado en 1993, en un principio amplía la competencia de departamentos, distritos y municipios para garantizar la

¹¹¹ OPS. LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y EL ESTADO COLOMBIANO. Cien años de historia. Capítulo II.1902-2002. Pág. 143

función social del Estado en la adecuada prestación y ampliación de coberturas de los servicios de salud, influenciado por los desarrollos políticos y normativos de la descentralización en el país.

De esta manera, los entes territoriales debían organizar, el sistema de subsidios a la población más pobre y vulnerable, realizando contratos para la atención de los afiliados de salud con las entidades promotoras de salud, EPS, que funcionen en su territorio y promover la creación de empresas solidarias de salud. Así mismo, apoyar la creación de entidades públicas promotoras de salud y la transformación, de los hospitales en instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS, con capacidad de ofrecer servicios a las diferentes EPS.

Estas competencias se fueron debilitando o eliminando a través de cada reforma al sistema de salud, en los años 2001, 2007, 2011, y 2013.

Así mismo, la Ley 100 de 1993, establece organismos corporativos, que aún en la Ley 1438 del año 2011 se mantienen, como instancias asesoras de los entes territoriales.

ARTICULO 175.- Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud. Las entidades territoriales de los niveles seccional, distrital y local, podrán crear un Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud que asesore a las Direcciones de Salud de la respectiva jurisdicción, en la formulación de los planes, estrategias, programas y proyectos de salud y en la orientación de los sistemas Territoriales de Seguridad Social en Salud, que desarrollen las políticas definidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

8.2.3 La organización de los servicios de salud en redes teniendo como referencia el territorio, en el marco jurídico de Colombia

Con relación a las instituciones prestadoras de servicios de salud, las normas han estado evolucionando desde la definición de instituciones individuales a la creación de redes integradas.

La Ley 100 de 1993 fue muy restrictiva y se limitó exclusivamente a mencionar las unidades prestadoras de servicios de salud como unidades institucionales individuales denominadas “empresa social del Estado, ESE”. Así mismo todas las instituciones, públicas o privadas, pasaron a categorizarse como “institución prestadora de servicios de salud, IPS”.

ARTICULO 156.- Características Básicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características:

g. Los afiliados al sistema elegirán libremente la Entidad Promotora de Salud, dentro de las condiciones de la presente ley. Así mismo, escogerán las instituciones prestadoras de servicios y/o los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la Entidad Promotora de Salud, dentro de las opciones por ella ofrecidas.

i. Las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las Entidades Promotoras de Salud o fuera de ellas. El Estado podrá establecer mecanismos para el fomento de estas organizaciones y abrir líneas de crédito para la organización de grupos de práctica profesional y para las Instituciones Prestadoras de Servicios de tipo comunitario y Solidario.

k. Las Entidades Promotoras de Salud podrán prestar servicios directos a sus afiliados por medio de sus propias Instituciones Prestadoras de Salud, o contratar con Instituciones Prestadoras y profesionales independientes o con grupos de práctica profesional, debidamente constituidos.

ARTICULO 185.- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los

servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

La Ley 715 del año 2001, que modificó la Ley 100 de 1993, logró dos desarrollos. El primero, inició el proceso normativo jurídico del concepto de la organización de “redes de servicios de salud”, y el segundo, en el marco del concepto territorial, integró los diferentes niveles de complejidad de las unidades de prestación de servicios.

ARTÍCULO 54. Organización y consolidación de redes. El servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta.

La red de servicios de salud se organizará por grados de complejidad relacionados entre sí mediante un sistema de referencia y contrarreferencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad, de acuerdo con la reglamentación que para tales efectos expida el Ministerio de Salud.

Con la expedición de la Ley 1438 del año 2011 se amplía el concepto de “redes de servicios de salud” a “redes integradas de servicios de salud”, y se establece como base conceptual y

operacional al territorio y la población de su jurisdicción. A estas redes se le asigna la función de ser la base del modelo de atención primaria en salud, APS.

Artículo 60. Definición de redes integradas de servicios de salud. Las redes integradas de salud se definen como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individual y/o colectiva...

Artículo 61 de las redes integradas de salud. La prestación de servicios de salud... se hará a través de las redes... ubicadas en un espacio poblacional determinado.

Las redes de atención que se organicen dispensaran con la suficiencia técnica, administrativa y financiera requerida, los servicios en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad,...

Artículo 63. Criterios determinantes para la conformación de las redes integradas de servicios de salud:

63.1 población y territorio a cargo,... tomando en consideración la accesibilidad geográfica, cultural y económica

63.3 modelo de **atención primaria en salud**...

63.5 adecuada **estructuración de los servicios de baja complejidad**.¹⁶

Esta misma Ley 1438 de 2011, consolida el criterio territorial al delegar en los consejos territoriales la responsabilidad de “organizar” y “conformar” las redes integradas:

Artículo 62. Conformación de redes integradas de servicios de salud. Las entidades territoriales municipios, distritos, departamentos y la nación según corresponda, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, a través de los consejos territoriales de seguridad social en salud, organizarán y conformarán las redes integradas...

Con el propósito de orientar la conformación de las redes integradas de servicios de salud, la Ley 1438 de 2013, incluye la opción de asociaciones institucionales como uniones temporales, consorcios u otra figura jurídica con instituciones prestadoras de salud, públicas, privadas o mixtas.

8.3 Efectos en la salud pública, de la pérdida de la rectoría y el control del sistema de salud en los gobiernos locales

Desde la Ley 100 de 1993, en un proceso que se desarrolló de manera creciente a través de la Ley 715 de 2001, la Ley 1122 de 2007 y, de manera especial, en la última reforma al sistema de salud contenida en la Ley 1438 de 2011, se elimina la rectoría, la vigilancia y el control de la organización de los servicios de salud que debe ejercer el Estado a través de los alcaldes y gobernadores, y por lo tanto de sus directores y secretarios de salud.

Estas funciones, de rectoría y control, se trasladaron de manera directa y explícita o a través de condicionantes, a las Empresas Promotoras de Salud, EPS, que a la vez las mismas normas, las dejan exentas de cualquier control en los niveles territoriales municipales y departamentales.

Esta concepción de Estado ignora y desdeña las competencias de los gobiernos locales, colocando las funciones de control del sistema de salud en el Estado centralista, representado por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

En esta lógica, se hace entendible los resultados paupérrimos que muestran los indicadores de salud pública.

El análisis de cifras permite establecer que algunos de los indicadores en salud han entrado en franco deterioro y en vista de la situación, así como de las repercusiones que esto tiene para el país, se dan a conocer a continuación, por cuanto merecen una urgente atención.¹¹²

¹¹² Contraloría General de la República. Desafíos del sistema Integral de Seguridad Social en Colombia. Noviembre 2007. Pág. 19

Análisis estadísticos del último decenio muestran que la mortalidad materna es en la actualidad similar a la existente en 1998, aunque con algunas disminuciones en los índices a partir del 2004. Mientras que la mortalidad infantil, se pondera en 68 muertes por 100/93.000 nacidos vivos, según el Ministerio de Protección Social. Por su parte, la publicación Deslinde, en su edición 41 de 2007, afirma que el indicador en Colombia está por encima de países como Venezuela, Costa Rica, Chile, Argentina, México o Cuba, con el mismo nivel de desarrollo, pero que destinan menos presupuesto al gasto en salud.¹¹³

Desconocer a los gobiernos locales para el desarrollo de la orientación y la operación del sistema de salud y la prestación de los servicios de salud, en sus elementos fundamentales, imposibilitando el control sobre las entidades aseguradoras y creando todas las dificultades para articular los servicios colectivos de salud pública con las acciones individuales de la atención médica, ha acrecentado la desigualdad social y los fenómenos de inequidad y justicia social en el país.

Todos estos fenómenos que exacerbaban la exclusión social se desarrollan en el marco de la disminución del papel del Estado frente al mercado; "...la pérdida del referente territorial frente a la dinámica del mercado ha generado una disminución del papel rector del Estado en la definición de las políticas públicas". Esto es especialmente importante en las políticas de salud pública y de prestación de servicios de salud, puesto que al dejar en manos del mercado la asignación de los recursos bajo criterios de eficiencia y rentabilidad, se da una tendencia a la concentración de servicios de mayor calidad y cobertura en las zonas de mayor nivel de desarrollo.¹¹⁴

Estos hechos se reflejan en diferentes indicadores de tipo territorial, poblacional y de ingresos económicos.

¹¹³ Contraloría General de la República. Desafíos del sistema Integral de Seguridad Social en Colombia. Noviembre 2007. Pág. 19

¹¹⁴ Contraloría, general de la República. Inclusión y Exclusión Social en Colombia. Informe social 2008. Pág. 39

Persisten diferenciales notables de salud entre diferentes grupos poblacionales. Estas diferencias se dan por nivel educativo, nivel de ingreso, región del país y por régimen de aseguramiento.¹¹⁵

La mortalidad infantil es 26 % mayor en zona rural, 42% mayor en la región pacífica que en la oriental, y 220% mayor en los más pobres que en los más ricos. Aunque los diferenciales socioeconómicos y regionales se disminuyeron entre 1990 y 2005, los urbanos rurales se aumentaron “Flórez y otros 2017”.¹¹⁶

En el caso de la desnutrición crónica, hay igualmente importantes diferenciales urbano-rurales, regionales y por nivel de ingreso. Todos los diferenciales se aumentaron entre 1990 y 2005. (Flórez y otros 2007).¹¹⁷

Igualmente, Vega y otros (2008) al estudiar el comportamiento de la anemia ferropénica a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia y de la encuesta de Nacional de Demografía y de Salud de 2005 encuentran que la anemia es dos veces mayor en los niños pobre de 1 a 4 años, 1.8 veces más en los niños pobres de 5 a 12 años que en los niños del quintil más rico. Igualmente encuentran que en la región atlántica se presenta 1,7 veces más ferropenia que en la región central.¹¹⁸

Sin rectoría del Estado, con gobiernos locales con muy escasa capacidad de maniobra y gestión en la orientación del sistema de salud, el efecto también se hace visible en la creación, sostenibilidad o el desarrollo de instituciones de prestación de servicios de salud y la imposibilidad de consolidar las redes integrales de servicios de salud que funcionen en la lógica de procurar mejores condiciones de salud para la población.

¹¹⁵ YEPES, Ramírez, SÁNCHEZ LH, Jaramillo. Luces y Sombras de la Ley 100 de 1993. UN, J. Pág.51.

¹¹⁶ YEPES, Ramírez, SÁNCHEZ LH, Jaramillo. Luces y Sombras de la Ley 100 de 1993. UN, J. Pág.51.

¹¹⁷ YEPES, Ramírez, SÁNCHEZ LH, Jaramillo. Luces y Sombras de la Ley 100 de 1993. UN, J. Pág.51.

¹¹⁸ YEPES, Ramírez, SÁNCHEZ LH, Jaramillo. Luces y Sombras de la Ley 100 de 1993. UN, J. Pág.51.

Se observa también problemas de disponibilidad en la oferta de atención porque el sistema ha incentivado su desarrollo en forma asimétrica. La red pública hospitalaria atraviesa por una crítica situación financiera y la red privada se concentra en las grandes ciudades. Esto se ve reforzado por la concepción de que el Estado no debe subsidiar la oferta de servicios de salud, si no que todas las instituciones públicas deben lograr un equilibrio financiero sin importar las condiciones contextuales en que se desarrolle. En consecuencia, por las leyes del mercado, las zonas pobres, de difícil acceso y de baja densidad de población están destinadas a carecer de oferta o a tenerla muy distante.¹¹⁹

8.4 La propuesta: Los Territorios Regionales Saludables

Ante estos hechos, que han sido visibles por las denuncias de la población, las organizaciones sociales, el quehacer de los medios de comunicación, el mismo gobierno nacional, los gobiernos locales, y los entes de control social, se hace necesario proponer posibles escenarios para estructurar la organización de la prestación de los servicios de salud con un enfoque territorial: los “territorios regionales saludables”.

Los “territorios regionales saludables” deben ser producto de un acuerdo político que conlleve a establecer la administración del Estado desde la organización territorial de “formas asociativas municipales”, como lo exponen las actuales leyes del ordenamiento territorial.

El acuerdo político debe incluir la asignación de instrumentos para que alcaldes y gobernadores tengan la autoridad, y por ende, la rectoría y la vigilancia del sistema de salud en su territorio.

El acuerdo político para desarrollar la gestión de los “territorios regionales saludables” debe contener como desarrollo institucional una articulación entre la Superintendencia Nacional de Salud y los gobiernos departamentales y locales, de concurrencia y

¹¹⁹ Contraloría General de la República. Inclusión y Exclusión Social en Colombia. Informe social 2008. Pág. 38

complementariedad, para desarrollar la vigilancia y el control del sistema de salud desde lo local.

En un proceso de descentralización, la rectoría de alcaldes y gobernadores facilita el cumplimiento de la garantía estatal del derecho a la salud, que debemos disfrutar todos los colombianos.

La rectoría de alcaldes y gobernadores podrá desarrollarse a través de “esquemas asociativos territoriales” definidos en el desarrollo jurídico normativo del ordenamiento territorial como “asociaciones de municipios”.

Ejes fundamentales para la puesta en marcha de los “territorios regionales saludables”:

El reconocimiento de la diversidad de tamaños y densidades poblaciones urbanas y rurales, que actualmente tiene el país como producto del modelo económico que ha generado inequidades sociales, sumado al fenómeno de la urbanización de los últimos cincuenta años.

1. Colocar como base jurídica, el desarrollo normativo que ha logrado el ordenamiento urbano y territorial en el país, en especial, teniendo en cuenta que los órganos ejecutivo y legislativo han sido reiterativos en colocar el municipio como la unidad básica territorial, política y administrativa del Estado, a la vez que han abierto el desarrollo normativo para la creación de regiones tipo áreas metropolitanas y las provincias, como “esquemas asociativos territoriales”, considerándolos mecanismos de eficiencia del Estado para la prestación de los servicios públicos.

2. Promover y lograr un acuerdo político para desarrollar los “esquemas asociativos territoriales” definidos en la normatividad del ordenamiento territorial, cuyo espíritu ha sido el de lograr mayor eficiencia y capacidad de gestión de los municipios, para nuestro caso, la prestación de los servicios de salud.

3. Establecer a la autoridad municipal y departamental como agentes representantes del Estado, para el desarrollo de la rectoría, la vigilancia y el control de la organización de

los servicios de salud, en un enfoque territorial, en el marco de garantizar el goce pleno del derecho a la salud.

4. Introducir los elementos conceptuales y operacionales de la atención primaria en salud, APS, y las redes integradas de servicios de salud, RISS, como base estructural de la organización de los servicios de salud, considerando que el criterio fundamental e inexorable para su organización y operación es el territorio.

8.4.1 Logros fundamentales en la implementación de los territorios regionales saludables:

1. El Estado Social de Derecho:

Posicionar, en el marco del Estado social de derecho que pregona la Constitución Política, el papel garantista del Estado en el pleno disfrute de los derechos ciudadanos.

El desarrollo de los territorios regionales saludables, crea condiciones para que los gobiernos locales y departamentales, asuman la representatividad del Estado en el cumplimiento de esta obligatoriedad.

2. El Ordenamiento Urbano, de lo Municipal a lo Regional:

Convocar a la sociedad, en especial a los actores del sistema de salud, a la reflexión acerca de la importancia del ordenamiento urbano en la organización de los servicios de salud y la garantía del derecho a la salud, colocando la rectoría, la vigilancia y el control del sistema de salud, en cabeza de alcaldes y gobernadores, y su operación a través de “territorios regionales saludables” con el desarrollo de las formas asociativas municipales.

Los fenómenos de urbanización de fines del siglo XX e inicios del siglo XXI, han determinado la consolidación de grandes municipios denominados distritos que han creado comunas o alcaldías locales, para organizar más eficientemente la administración pública. Asimismo, estos fenómenos de urbanización han desarrollado la fusión de municipios creando las áreas metropolitanas como verdaderos procesos de regionalización del espacio urbano.

3. La Gestión Social Integral:

Desarrollar la concepción de los determinantes sociales de la salud, organizando la administración pública de alcaldes y gobernadores a través de la gestión social integral desde la intersectorialidad.

El desarrollo de los “territorios regionales saludables”, exige la incorporación del enfoque de los determinantes sociales de la salud, y por lo tanto, conlleva a un ejercicio diferente de lo público para intervenir las condiciones de vida de la población desde la gestión social integral, con la participación de los diferentes sectores de la administración como la vivienda, el medio ambiente, el desarrollo económico, la seguridad alimentaria, la gestión de los servicios públicos, y otros, que articuladamente conllevan a un único propósito fundamental: el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y la garantía de los derechos ciudadanos.

4. Modelo de Atención en Salud:

Ordenamiento de la organización del modelo de atención en salud. El desarrollo de los “territorios regionales saludables”, facilita la incorporación de los principios del enfoque de atención primaria en salud, APS, en especial, la articulación de los servicios médicos de atención individual con los servicios colectivos de salud pública, como premisa fundamental para la construcción de las redes integrales de servicios de salud.

5. La Planificación en la Organización de los Servicios de Salud:

El conocimiento del territorio y la dinámica de sus poblaciones, incluyendo sus necesidades y el incumplimiento a la garantía de sus derechos, conlleva a ser más asertivos en la planificación de los recursos públicos y del sector privado para la organización de los servicios de salud con criterios de pertinencia, oportunidad, integralidad y calidad.

La caracterización de la población, sus determinantes sociales, los perfiles de salud, y por lo tanto, las demandas de la población, conllevan a conocer las posibilidades de crecimiento de los servicios de salud.

La planificación de los recursos a partir de identificar las necesidades poblacionales y la oferta de servicios de salud existente, orienta las políticas, la formación del talento humano, los desarrollo en ciencia y tecnología, y las inversiones del sector público, como la promoción de la participación del sector privado.

El enfoque territorial manifiesto en la operación de los “territorios regionales saludables” requiere el mejor uso de los sistemas de información geográfica, SIG, para potenciar las formas existentes de captura, transmisión y uso de datos, en las diversas escalas territoriales.

El conocimiento del territorio y el desarrollo de las redes integradas de servicios de salud, RIIS, facilita la toma de decisiones y la incorporación de los desarrollos tecnológicos e informáticos, como la historia clínica unificada, los servicios de telemedicina y las operaciones administrativas en red, como elementos estructurante de las redes territoriales de salud.

Conocer las dinámicas poblacionales, las necesidades para la garantía de sus derechos y la capacidad el Estado de adecuar sus instituciones, facilita la claridad para establecer las relaciones entre lo público y la participación del sector privado en la formación del talento humano, el desarrollo de la infraestructura, y la oferta de los servicios de salud, de manera complementaria e inserta en la operación de las redes integradas de servicios de salud, RISS.

Finalmente, la operación de la organización de los servicios de salud a través de “formas asociativas de municipios” en “territorios regionales saludables” conlleva mayor eficiencia del Estado, redefiniendo las formas de financiación y las fuentes, para el buen desarrollo del sistema de salud en el país.

6. La Participación Social como Relación entre el Estado y los Ciudadanos:

La organización de los “territorios regionales saludables” crea otra forma de acercamiento entre el Estado y sus ciudadanos. Genera nuevas formas de diálogo, partiendo de un concepto comprensible y palpable para el ciudadano: El territorio.

La articulación entre las acciones colectivas de salud pública y las intervenciones individuales de la atención médica, le permite al ciudadano comprender un modelo de gestión de los servicios de salud más integrados y a un Estado más eficiente eliminando las diversas barreras que existen en la prestación de los servicios de salud.

La relación directa entre el Estado, representado por el Alcalde o el Gobernador, y sus secretarios o directores de salud, como autoridad en el sistema de salud, crea confianza en la relación de un ciudadano con derechos y un Estado garante de los mismos. Aproxima al ciudadano a la comprensión del Estado Social de Derecho, como lo estableció la Constitución Política para nuestro país.

Esta confianza que genera el Estado permite una participación social más incidente en el devenir de los derechos ciudadanos, creando amplitud en la participación democrática.

La participación social a escalas más próximas de relación entre el Estado y el ciudadano genera mayores garantías de identidad y confianza, incluyendo acciones de veedurías ciudadanos, que transforman las condiciones propensas a fenómenos tan lesivos como la corrupción en el sector de la salud.

8.4.2 Escenarios de territorios regionales saludables:

1.- BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL.

- **Territorios:** 20 localidades. Desde la Alcaldía de Sumapaz y La Candelaria con menos de 50.000 mil habitantes, hasta las Alcaldías de Suba, Kennedy y Engativá, cada una con más de un millón de habitantes.
- **Población:** 7.5 millones de habitantes. Urbana: 99%.
- **Red pública de hospitales:** 22 hospitales, de los cuales ocho (8) prestan servicios de primer nivel; cinco (5) de 1 y 2 nivel; cuatro (4) exclusivos de nivel 2; y cinco (5) exclusivos de nivel 3.

- **Red privada:** Extensa red, con especial interés en los servicios de tercer nivel, pero concentrados (85%) en las localidades ubicadas en el nororiente de la ciudad.
- **Aseguramiento:** De los 7.5 millones de habitantes, 5.5 están en el régimen contributivo; 1.3 en el régimen subsidiado; y 0.7 como población vinculada (no asegurada). Estos valores se han mantenido en los últimos años.

Propuesta.

Crear seis (6) “territorios regionales saludables” a partir de establecer sendas formas asociativas de las veinte (20) localidades o alcaldías menores de la ciudad, por lo tanto, es un ejercicio dentro de los límites del municipio de Bogotá D.C.

Los territorios regionales saludables tendrán como primer referente institucional del sector de la salud a los actuales veintidós (22) hospitales públicos.

La institución rectora del sector de la salud será la Secretaría Distrital de Salud del Distrito Capital, y el ejercicio de intersectorialidad para el desarrollo de los determinantes sociales de la salud, serán las administraciones locales (Alcaldes Locales) de las veinte (20) alcaldías menores de la ciudad.

Responsables:

- Alcaldía Mayor de la ciudad.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.
- Veinte (20) alcaldes locales del municipio de Bogotá D.C.
- Gerentes de la red pública de hospitales del Distrito Capital.

2.- ÁREAS METROPOLITANAS.

Áreas de carácter jurídico:

En la actualidad, las áreas metropolitanas conformadas legalmente son cinco, establecidas mediante actos administrativos y jurídicos. Ellas son:

- **Área Metropolitana del Valle de Aburrá:** Creada mediante ordenanza N° 34 de Noviembre 20 de 1980, conformada por Medellín, Bello, Barbosa, Copacabana, La Estrella, Girardota, Itagüí, Envigado, Caldas y Sabaneta.
- **Área Metropolitana de Bucaramanga:** Creada mediante ordenanza N° 20 de 1981, conformada por Bucaramanga, Floridablanca y Girón. En 1986 se incorporó el Municipio de Piedecuesta.
- **Área Metropolitana Centro Occidente:** Creada mediante ordenanza N° 57 de 1982, conformada por Pereira, Dosquebradas. En 1984 se incorpora el Municipio de La Virginia.
- **Área Metropolitana de Barranquilla:** Creada mediante ordenanza 01 de 1982, conformada por Barranquilla, Puerto Colombia, Soledad y Malambo.
- **Área Metropolitana de Cúcuta:** Creada mediante decreto 000508 de 1991, conformada por Cúcuta, Villa del Rosario, Los Patios y el Zulia.

Áreas metropolitanas con dinámica real:

Son aquellas áreas territoriales de municipios agregados, que aunque no tienen una creación jurídica, su comportamiento poblacional, económico y cultural, es similar a las áreas formalmente creadas. Ellas son siete que se estructuran alrededor de sendas capitales de departamentos.

El universo de las áreas metropolitanas, jurídicas y de facto, se caracterizan por lo siguiente:

Población:

El total de la población estimada para estas áreas metropolitanas es de 25 millones de habitantes, con una tasa del 95 a 98 % urbana.

Proceso de urbanización:

Cada una de las áreas metropolitanas tiene como municipio nodal a la capital de departamento con más de trescientos mil (300.000) habitantes, y cada uno de los

municipios agregados que conforman el área usualmente superan los cien mil (100.000) habitantes.

Estas áreas metropolitanas tiene diversidad de tamaños que podemos clasificar en tres categorías: Más de dos millones de habitantes; entre uno y dos millones; y menos de un millón de personas.

Responsables:

- Gobernador de departamento.
- Alcalde de capital de departamento (ciudad nodal).
- Alcaldes de ciudades conurbadas o metropolitanas.
- Secretarios o directores locales de Salud.
- Gerentes de red de hospitales públicos.

3.- REGIONES O PROVINCIAS.

• **Territorios:**

El concepto de provincias en el ordenamiento territorial y en la estructura político administrativa del país se estableció en la Constitución Política de 1991, sin embargo, los desarrollos jurídicos posteriores no lo han consolidado, y por lo tanto, actualmente se presentan como una importante forma de relacionarse los ciudadanos dentro de un espacio territorial que les da identidad, y que a través de la historia se han agregado para resolver necesidades de producción, mercadeo y servicios sociales.

Las provincias son una forma de agregación municipal que se enmarca de manera exclusiva al interior de un único departamento, y por lo tanto, en algunos casos se conoce como subregiones o regiones departamentales.

Cada departamento puede organizar sus pequeños y medianos municipios a través de “formas asociativas municipales” conformando diferentes provincias, cuyas unidades municipales comparten su desarrollo económico y social, teniendo a un municipio como su punto de referencia nodal.

- **Proceso de urbanización:**

En esta propuesta para la organización de los servicios de salud, se incluye como municipios nodales a aquellos que tiene entre 50.000 a 100.000 habitantes; y a los municipios que se agregan para formar la provincia a aquellos de menos de 10.000 habitantes hasta los municipios con población entre 30.000 y 50.000 habitantes.

- **Poblaciones:**

La mayor proporción de la población es rural. Los municipios que forman parte de las provincias tienen tasas de 30 a 40% de población urbana y 60 a 70% de población rural.

Responsables:

- Gobernador de departamento.
- Alcaldía cabeza de la provincia.
- Alcaldías de los demás municipios agregados a la provincia.
- Secretarios o directores o responsables locales de salud.
- Gerentes de la red pública de hospitales.

8.5 Conclusiones

El territorio es una construcción social que se desarrolla a partir de las relaciones del hombre con la naturaleza y de la relación de los hombres en sí mismo, estableciendo relaciones de poder y dominación, generando fenómenos de equidad o inequidad social al interior de un territorio y entre diferentes territorios.

Es en los territorios sociales, donde están las diferentes poblaciones, sus condiciones de vida, sus problemas de salud, y las formas de resolverlos o agravarlos.

En los procesos urbanísticos que ha vivido el país, tanto en el campo como en la ciudad se expresan las transformaciones del espacio físico convertidos en territorios con historia y con diversas formas de ocupación.

El desarrollo de las diferentes sociedades ha superado los límites de los municipios que han sido definidos de manera arbitraria, por consenso o de manera impositiva, puesto

que sus propias dinámicas sociales para resolver sus necesidades básicas y fundamentales, abren paso a la construcción de región.

Las diversas formas como se han enfrentado los problemas de nuestro país en los fenómenos de centralización y descentralización del Estado, ha llevado a diferentes formas de organización territorial; a la creación de instituciones; y a generarse formas de relación del Estado con sus ciudadanos.

Han sido diferentes las formas como en las últimas décadas, promovido desde escuelas de pensamiento y organismos internacionales, se ha relacionado el concepto de unidades territoriales, como el municipio o la región, para abordar el análisis de las condiciones sociales de las diversas poblaciones; sus determinantes sociales asociados a los perfiles de las formas de enfermarse o morir; y la organización de los servicios de salud para dar respuesta a las demandas de las necesidades de la población, en algún territorio determinado.

El desarrollo jurídico del sistema de salud en Colombia desde el Sistema Nacional de Salud y posteriormente con la creación del sistema de seguridad social siempre ha considerado un ordenamiento territorial definiendo competencias a los entes territoriales y creando instancias corporativas con carácter asesor como los consejos territoriales de seguridad social en salud.

En el desarrollo de las normas que han modificado la Ley 100 de 1993 como la Ley 715 del 2001, la Ley 1122 de 2007, y la Ley 1438 de 2011, le han ido eliminando las competencias de rectoría, vigilancia y control a alcaldes y gobernadores, y por lo tanto a sus direcciones y secretarías de salud.

La organización de los servicios de salud en redes, ha ido evolucionando desde la Ley 100 de 1993 que solo hizo referencia a unidades hospitalarias o IPS; la Ley 715 del año 2001 que estableció las “redes de servicios de salud”, y la Ley 1438 de 2011 que define las redes integradas de servicios de salud.

Con base en los signos de crisis del sistema de salud vigente en el país, y el desarrollo jurídico normativo que coloca al municipio como la unidad básica del ordenamiento territorial y permite la creación de “formas asociativas municipales” con plena autonomía administrativa, se propone la creación de los “territorios regionales saludables.”.

Los “territorios regionales saludables” se deben construir a partir del desarrollo de cinco ejes fundamentales: El reconocimiento de la diversidad territorial y poblacional; el desarrollo normativo del ordenamiento urbano y territorial; la oportunidad de constituirse “esquemas asociativos territoriales, como las áreas metropolitanas y las provincias”; incorporar los desarrollos de las redes integradas de servicios de salud; y establecer la autoridad municipal y departamental como los agentes del Estado responsables de la rectoría, la vigilancia y el control de los servicios de salud, para la garantía de los derechos ciudadanos.

Los logros fundamentales en la implementación de los “territorios regionales saludables”, serán seis (6): Posicionar el papel garantista del Estado en el pleno disfrute de los derechos ciudadanos; convocar a la sociedad, en especial a los actores del sistema de salud, a la reflexión acerca de la importancia del ordenamiento urbano en la organización de los servicios de salud y la garantía del derecho a la salud; desarrollar la concepción de los determinantes sociales de la salud, organizando la administración pública a través de la gestión social integral desde la intersectorialidad; ordenar la organización del modelo de atención en salud, incorporando los principios del enfoque de atención primaria en salud, APS; la planificación en la organización de los servicios de salud, a partir del conocimiento del territorio y la dinámica de sus poblaciones; la participación social como nuevas formas de relación entre el Estado y los ciudadanos, a partir de un concepto comprensible y palpable para el ciudadano: El territorio.

Se definen tres tipos de “territorios regionales saludables”: Bogotá D.C., las áreas metropolitanas, y las provincias departamentales.

Bogotá D.C. como territorio regional saludable podrá crear seis redes territoriales de servicios de salud, teniendo como base territorial las veinte alcaldías locales y en ellas los veintidós hospitales públicos.

Las áreas metropolitanas tendrán como base territorial los municipios capitales de departamento (municipio nodal), y como municipios agregados aquellos que se encuentran espacialmente adjuntos o contiguos y con quien comparte dinámicas de economía locales, movilidad poblacional y búsqueda de eficiencias administrativas para garantizar derechos ciudadanos.

Para el caso de las provincias departamentales, el marco territorial es una agregación de municipios caracterizados por alta proporcionalidad rural. Es la agregación de pequeños y medianos municipios que históricamente han compartido su desarrollo económico y social, y han creado instituciones y procesos de gestión que han compartido en esfuerzos concurrentes y sinérgicos.