

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID



**Los conceptos de espacio y territorio en el
pensamiento contemporáneo en salud.**

Jenny González Vargas

Tutor: Felipe Javier Hernando Sanz

**Universidad Complutense de Madrid
Madrid, 2019**

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE GEOGRAFÍA E HISTORIA



Los conceptos de espacio y territorio en el pensamiento contemporáneo en salud.

Jenny González Vargas

Trabajo de fin de Máster

Máster en Dinámicas Territoriales y Desarrollo

Tutor: Felipe Javier Hernando Sanz

Universidad Complutense de Madrid

Madrid, 2019

Contenido

Introducción	1
Planteamiento del problema	4
Pregunta de investigación.....	7
Objetivos	7
Método	8
1. Corrientes de pensamiento en la geografía.....	11
1.1 Posibilista regional	12
1.2 Neopositivista.....	13
1.3 Radical o Crítica	16
2 Los conceptos de espacio y territorio en el pensamiento contemporáneo en salud y su relación con la geografía.....	19
2.1 Biomedicina y la perspectiva ecológica del espacio	21
2.2 Determinación social del proceso salud-enfermedad y la perspectiva territorial.....	23
2.3 Determinantes sociales de las inequidades en salud y la perspectiva espacial	28
3 El concepto de territorio en el proceso de elaboración de los planes territoriales de salud en Colombia.....	35
3.1 Contextualización de la estrategia implementada para la elaboración de los PTS	37
3.2 Distintas comprensiones del concepto de territorio	43
3.2.1 Territorio como circunscripción administrativa.....	46
3.2.2 Territorio como contenedor de objetos, personas y situaciones.....	48
3.2.3 Territorio y perspectiva espacial	51
Síntesis explicativa	57
Bibliografía	62

Lista de Figuras:

Figura 1. Fases del proceso de investigación	8
Figura 2. Esquema heurístico de la investigación.....	9
Figura 3. Dimensiones prioritarias y transversales en salud.....	38
Figura 4. Ruta metodológica para la Formulación de los PTS	39
Figura 5. Representación de los conceptos de territorio	45
Figura 6. Representación del territorio como contenedor	49
Figura 7. Espacialización de las tensiones	52
Figura 8. Identificación de racimos y ejes estructurantes	52
Figura 9. Representación de la configuración Territorial: “El Toro Galopante”	54
Figura 10. Representación de la configuración Territorial: “Vichada exótico y vulnerable como el manatí”	55

Introducción

En el año 2016 hice parte del grupo de profesionales encargado de acompañar el proceso de planeamiento territorial en salud, para los departamentos y distritos de Colombia. Este proceso de planeamiento se implementó bajo las directrices de una estrategia¹ que articulaba la planeación para el desarrollo y el enfoque de los determinantes sociales de la salud.

Las bases conceptuales de dicha estrategia argumentaban, por un lado, que en el desarrollo territorial estaban comprometidas, de manera simultánea e interdependiente, cuatro dimensiones – la dimensión poblacional, la dimensión ambiental, la dimensión económica y la dimensión social –; y, por otro, que la salud era el resultado de la interacción entre tales dimensiones y que, por tanto, era imprescindible comprender el “territorio”.

Los argumentos de las bases conceptuales de la estrategia, y especialmente el hecho de que intentaran explicaciones de la interacción entre lo social y lo biológico en el proceso salud-enfermedad, animaron mi interés por estudiar el concepto de territorio y sus dinámicas.

Durante el proceso de planeamiento, el concepto de territorio fue copiosamente utilizado, pero sin ninguna necesidad de definirlo, y se usó sin distinción para hacer referencia a lugares, a circunscripciones administrativas o a cualquier terreno habitado, implementándose coloquialmente en el proceso. De esto, emergió una insatisfacción teórica que motivó la búsqueda de los significados del concepto y, tras haber empezado una revisión de la literatura, me di cuenta de que no solo el concepto de territorio, sino el de espacio, era comúnmente utilizado con diferentes acepciones, para tratar de explicar el vínculo ser humano-medio-salud.

Los conceptos de espacio y territorio han sido involucrados en la salud con el interés de relacionar el contexto social y las características de los ecosistemas con el proceso salud-enfermedad. De esta forma, se han puesto en juego diversas comprensiones de estos conceptos, se utilizan indistintamente para delimitar áreas, o para referirse a una división político-administrativa, también se incorporan términos como “organización espacial” e incluso se habla de luchas de poder por el “espacio” y el “territorio”.

¹ En el capítulo 3 se describe de manera más detallada la estrategia que orientó el proceso de elaboración de los planes territoriales de salud en Colombia periodo 2016-2019.

Así, en esta variedad de usos, se dispone de términos que convencionalmente se consideran ajenos a la salud y entonces se empiezan a reflejar coincidencias teóricas con otras disciplinas.

Teniendo en cuenta que los conceptos de espacio y territorio, involucrados en la salud, son asuntos clave en la geografía, y que esta disciplina los ha estudiado en todas sus dimensiones y desde diferentes enfoques, emergió en mí la idea decidida, de emprender una investigación sobre estas nociones bajo la perspectiva geográfica, con el derrotero de esclarecer qué conceptos de espacio y territorio han soportado el pensamiento contemporáneo en salud y cómo se relacionan estas concepciones con el pensamiento en geografía.

El proceso investigativo para responder a este interrogante se emprendió con la estructuración teórica, que fue fundamental para apropiarse de los conceptos de la geografía que, hasta entonces, me eran ajenos.

El desarrollo de esta fase epistemológica permitió identificar que los teóricos de la geografía están agrupados según las formas de comprender y explicar fenómenos en corrientes de pensamiento, las cuales muestran una toma de postura frente a los temas clave de la geografía.

En este sentido, en el presente trabajo de investigación las corrientes de pensamiento se entienden como esas agrupaciones de pensadores y sus formas de comprender y explicar los temas clave de su disciplina.

Entonces, el marco teórico que permitió la comprensión de los conceptos de espacio y territorio se organizó en tres corrientes de pensamiento en la geografía:

1. Posibilista regional
2. Neopositivista
3. Radical o crítica

Por su parte, los teóricos en salud también se encuentran agrupados en corrientes de pensamiento según las formas de comprender y explicar la relación salud-enfermedad que, en este trabajo se denominaron como:

1. Biomedicina
2. Determinación social del proceso salud-enfermedad
3. Determinantes sociales de las inequidades en salud

Con la estructuración teórica se emprendió el contraste entre las corrientes de pensamiento en geografía y en salud a la luz de los conceptos de espacio y territorio, y lo que resultó es un texto

que muestra las relaciones entre las formas de comprender los conceptos y que explora tendencias en la interpretación y uso de ellos en salud.

Dicha parte del documento se organizó por cada corriente de pensamiento en salud, en cuyo contenido se identifican dos partes: una que describe de manera resumida las bases teóricas y epistemológicas de la corriente, y otra, que integra la descripción y explicación de los conceptos de espacio y territorio que han soportado su pensamiento y las relaciones con la geografía.

Es preciso señalar, que la presentación de las corrientes de pensamiento se ordenó cronológicamente, de acuerdo con el momento de su aparición en la historia del debate, sin que ello desconozca que dicho debate permanece abierto en la ciencia, y que cada corriente permanece en carrera con las diferentes miradas que proyectan de la realidad.

El desarrollo investigativo permitió apropiarse elementos conceptuales para abordar, de alguna manera, la insatisfacción teórica que emergió del proceso de planeamiento en el año 2016. En este sentido, el análisis del concepto de territorio que sustentó la elaboración de los planes territoriales de salud en Colombia se presenta como un ejemplo aplicado de su incorporación en el campo de la salud.

De acuerdo con lo anterior, el escrito se encuentra organizado en cuatro partes. En la primera, se hace el planteamiento del problema que deriva en la formulación de la pregunta de investigación. Enseguida, se exponen los objetivos que orientaron el trabajo y el método empleado para lograr dichos objetivos y, por tanto, para dar respuesta a la pregunta de investigación.

En la segunda parte, se expone el marco teórico ordenado en tres corrientes de pensamiento en geografía: posibilista regional, neopositivista y radical o crítica. En la tercera parte se presenta el contraste entre las corrientes de pensamiento de las disciplinas en relación con los conceptos de espacio y territorio. Finalmente, en la cuarta parte, se describen los hallazgos del análisis del concepto de territorio en el proceso de elaboración de los planes territoriales de salud en Colombia.

Planteamiento del problema

En la segunda mitad del siglo XIX la medicina tropical fijó su interés en el “lugar” donde ocurrían problemas en salud; la ubicación geográfica de casos se constituía en un elemento fundamental para conocer y controlar enfermedades en países colonizados. Esta curiosidad por la distribución de patologías en el espacio se vio reforzada y respaldada por el interés imperialista de los países europeos por conocer bien sus colonias, con el fin de fomentar el comercio y difundir su producción industrial (Capel, 2012).

Luego, a finales del mismo siglo, se enfrentaron dos teorías de la causalidad de las enfermedades: la teoría del germen y la perspectiva socio histórica. La primera sustentó, en un principio, que un microorganismo era causa necesaria para una enfermedad, y, posteriormente, que ese microorganismo era causa suficiente para que esta ocurriera (Henaó, 2018, p.77).

Por su parte, la perspectiva sociohistórica aceptaba el postulado de organismos microscópicos como causas necesarias para la enfermedad, pero rechazaba el supuesto como causa suficiente, por cuanto defendía que la aparición de patologías estaba determinada por las formas de organización social (Henaó, 2018).

En este contexto, en la teoría del germen se considera el “lugar” como el sustrato que propicia el encuentro entre el microorganismo y el ser humano, y en la perspectiva sociohistórica se contempla el “espacio” como un factor social definitivo en la salud y la enfermedad de las personas.

Ya en la segunda mitad del siglo XX, surgen las teorías multicausales que matizan, agregando otras causas o factores, la teoría del germen y sostienen que la enfermedad no es exclusivamente biológica, sino que se produce bajo la influencia de factores sociales. Con las teorías multicausales se renueva la preocupación por la distribución geográfica de las enfermedades, que ya antes había dado impulso a la medicina tropical, potenciando el estudio de situaciones en salud en la organización “espacial” y el uso de los sistemas de información geográfica.

Por otro lado, a partir de los años noventa del siglo XX, en el marco de la medición del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública² y de la gestión de la salud, que agrupa diferentes enfoques para controlar el gasto (Cépré, 2011), se ha incorporado el término “territorio” para hacer referencia a cualquier circunscripción político-administrativa sobre la cual la autoridad sanitaria tiene jurisdicción para implementar acciones en salud. Adicionalmente en el contexto neoliberal, y con el argumento del aumento en los costos de la atención en salud, se ha posicionado la idea de que es necesario ganar eficiencia gastando menos dinero (Giblin, 2011), y en ese sentido, se ha reforzado la interpretación del “territorio” como un escenario donde se expresa el poder institucional primordialmente para la administración y gestión de recursos en salud (Amat-Roze, 2011).

Bajo estas circunstancias, la geografía se convierte en una disciplina útil para desarrollar diagnósticos concretos de situaciones de salud y para señalar la ubicación de servicios en redes (Giblin, 2011 p. 5), pero muchas veces esos diagnósticos están centrados en la enfermedad, responden a una lógica administrativa y no aportan a la comprensión de los conceptos de espacio y de territorio y el papel que tienen en el proceso salud-enfermedad (Borde, 2018).

En este contexto, es posible decir que se han ido agregando al vocabulario de salud los términos de espacio y territorio con el interés de relacionar el contexto social y las características del medio ambiente con los procesos de salud-enfermedad, aunque sin la preocupación de sostener un debate teórico-conceptual, ni un diálogo transdisciplinar que permita la comprensión de los conceptos y su papel activo en la salud (Borde, 2018).

En varias publicaciones de salud, los conceptos de espacio y territorio se usan indistintamente, no son definidos en sus marcos teórico-conceptuales, ni es explicada la manera como se comprenden (Borde, 2018). Tanto el territorio como el espacio son usados para delimitar áreas con características comunes, para referirse a divisiones administrativas, para referirse a cualquier localización geográfica, para insinuar espacios habitados donde suceden fenómenos de distinta naturaleza que tienen una “organización espacial” (Amat-Roze, 2011). Esta multiplicidad de interpretaciones ocasiona confusión acerca de cómo se comprenden el espacio y el territorio.

² Las once funciones esenciales de salud pública son propuestas por la Organización Panamericana de la Salud que sostiene que estas orientan el quehacer y la responsabilidad de las autoridades sanitarias de los países de América, y que tienen la finalidad de mejorar el desempeño de la salud pública. Estas funciones tienen estándares e indicadores definidos para su evaluación periódica.

Así como son variadas las formas de comprender el espacio y el territorio en el pensamiento en salud, en la geografía específicamente en la subdisciplina denominada hoy como “Geografía de la salud”, también han sido diversas las formas de pensar la salud.

En el estudio de Kearns y Moon (2002), que tuvo por objeto identificar las “novedades” en las investigaciones de la geografía de la salud, se señaló que en los años setenta del siglo XX la entonces denominada geografía médica, estudiaba la ecología de las enfermedades y la investigación de los servicios de salud, y que luego en los años ochenta, la “nueva geografía de la salud” (p.1), impulsó un enfoque del bienestar, que reconoció que la enfermedad no se producía en un vacío social y destacó la importancia del “lugar”, entendiéndolo como un “constructo viviente que importa” y no como un contenedor pasivo en el que las cosas simplemente se registran (Kearns & Moon, 2002 p.609).

El nuevo enfoque para comprender la salud se evidenció también en el cambio de nombre que tuvo la subdisciplina de la geografía médica, y en la variación de los énfasis y métodos de estudio.

A partir del año 1976 la Comisión de Geografía Médica de la Unión Geográfica Internacional, pasó a ser denominada Comisión de Geografía de la Salud, y así, mientras que en la geografía médica se hacía énfasis en el modelo biomédico y en metodologías cuantitativas, en la geografía de la salud se destacaba la adopción de un modelo social y la utilización de metodologías cualitativas (Jori, 2013).

Entonces, en el contexto de la nueva geografía de la salud, surge en el año 1995, la revista *Health and Place* cuya preocupación central es el lugar, la ubicación de los procesos de salud y su atención. De igual forma, en ediciones sucesivas de *The Dictionary of Human Geography* en las que hace entrada la geografía de la salud, se señala la importancia del “lugar” en las investigaciones (Kearns & Moon, 2002).

Volviendo al estudio de Kearns y Moon (2002), que identifica el “lugar” como un tema central y cambiante en las investigaciones, se ponen en evidencia tres perspectivas para el estudio del “lugar” en la geografía de la salud: primero, la perspectiva de la ubicación o localización geográfica; segundo, la perspectiva del paisaje en el que existe una intersección entre lo cultural, lo político, lo económico y en donde se manifiesta la estructura social; y tercero, la perspectiva multinivel referida a los estudios cuantitativos que analizan los datos a diferentes escalas (Kearns & Moon, 2002).

Al mismo tiempo en que se ha dado este debate en la geografía, en la salud se han incorporado términos y métodos geográficos para su puesta en marcha, se ha analizado la distribución espacial de enfermedades y muertes y los factores sociales relacionados con ellas, se han usado registros estadísticos referidos a unidades territoriales, y se han hecho variadas representaciones cartográficas. Estos aspectos develan nexos con la geografía y sus formas de comprender los conceptos de espacio y territorio.

Estas distintas formas de comprender el espacio y el territorio, tanto en la salud como en la geografía, ponen de relieve que, desde sus disciplinas, los pensadores asumen, dentro de una gama de posibilidades, alguna forma de entender el mundo, alguna visión de mundo, y que al interior de esas formas se comparten fundamentos epistemológicos y ontológicos; es decir, formas de conocer el objeto y de concebirlo. De ahí, surge la pregunta de investigación.

Pregunta de investigación

¿Qué conceptos de espacio y territorio han soportado el pensamiento contemporáneo en salud y cómo se relacionan estos conceptos con el pensamiento en geografía?

Objetivos

El objetivo general de este trabajo es contrastar el pensamiento en geografía con el pensamiento contemporáneo en salud a la luz de los conceptos de espacio y territorio.

Este objetivo general se concreta en tres objetivos específicos:

1. Identificar los conceptos de espacio y territorio en el pensamiento de la geografía.
2. Relacionar los conceptos de espacio y territorio identificados en el pensamiento de la geografía, con las elaboraciones del pensamiento contemporáneo en salud.
3. Analizar qué concepto de territorio soportó el proceso de elaboración de los Planes Territoriales de Salud en Colombia, como ejemplo concreto de la incorporación del concepto en el campo de la salud.

Método

El método es el “conjunto de procedimientos ordenados que permiten orientar la agudeza de la mente para descubrir o explicar una verdad”, por lo tanto, este permite simplificar la complejidad de un problema, al seleccionar los elementos más significativos, con el fin de proceder a una estructuración conceptual y explicación (Aguilera, 2013, p.86).

El método en la presente investigación fue de tipo heurístico, por cuanto para resolver el problema de investigación se recurrió no solo al uso del raciocinio, sino a los conocimientos obtenidos a través de la experiencia y a fuentes históricas (Rodríguez, 2007, p.86).

La investigación se organizó en tres fases que, si bien se explican secuencialmente, no fueron estrictamente consecutivas, sino que se intersectaron en varios momentos para ajustar, reconstruir y aclarar las ideas y los conceptos.

Figura 1. Fases del proceso de investigación



Elaboración Propia

Fase I. Identificación de las orientaciones epistemológicas en las corrientes de pensamiento en la geografía

La primera etapa para conducir la investigación consistió en configurar una estructura teórica, para la elaboración de hipótesis y la definición de categorías de análisis. Esta configuración tuvo dos grandes momentos.

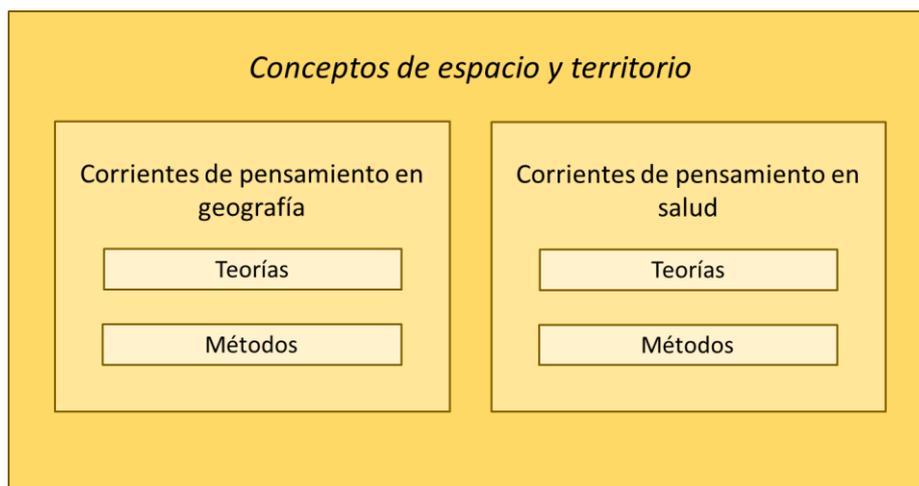
El primero correspondió a la identificación de corrientes de pensamiento en la geografía desde comienzos del siglo XX hasta nuestros días, sus fundamentos teóricos y métodos utilizados. Esto permitió encuadrar el proceso investigativo e identificar los correspondientes conceptos de espacio y territorio.

El segundo momento, consistió en un recorrido histórico por las corrientes de pensamiento contemporáneo en salud y sus teorías para explicar el proceso salud-enfermedad.

Fase II. Relación entre la geografía y la salud a la luz de los conceptos de espacio y territorio.

Este proceso descriptivo y explicativo se realizó a partir del análisis de dos componentes: las teorías y los métodos, en cada una de las corrientes de pensamiento en la geografía y la salud. Ambos componentes facilitaron la comprensión de los conceptos de espacio y territorio, así como el contraste de los aspectos afines, relacionados o conectados entre el pensamiento en la geografía y la salud.

Figura 2. Esquema heurístico de la investigación



Elaboración Propia.

Fase III. Análisis del concepto de territorio en el planeamiento en salud en Colombia.

Con el fin de ilustrar una de las formas en que se ha incorporado el concepto de territorio en el campo de la salud, se realizó el análisis del proceso de elaboración de los Planes Territoriales de Salud (PTS) en Colombia en el año 2016, así, identificar qué concepto de territorio sustentó su desarrollo.

Para este fin se desarrollaron los siguientes pasos:

-Lectura y análisis de los documentos conceptual y metodológico del nivel nacional, que orientaron el proceso de elaboración de los PTS.

- A partir de los conceptos de espacio y territorio que se habían identificado en las fases previas de la investigación, se definieron categorías para clasificar los hallazgos.

-Identificación de las menciones que directamente utilizaron la palabra territorio o aludieron a su concepto y su clasificación en las categorías definidas previamente.

-Descripción de los hallazgos por categoría.

-Fuentes de información:

Para el desarrollo del trabajo de investigación se utilizaron fuentes primarias y secundarias que, en la fase I y II se constituyeron en estudios y trabajos relacionados con la historia, las corrientes de pensamiento y sus teorías en la geografía, así como los relacionados con los diversos modelos explicativos del proceso salud enfermedad en la historia reciente. Adicionalmente en las fuentes de información se incluyeron escritos que habían señalado las relaciones entre ambas disciplinas en torno a los conceptos de espacio y territorio, como artículos de geografía de la salud y salud pública.

Para la fase III, las fuentes de información primaria fueron los documentos orientadores del proceso, denominados “Lineamientos conceptuales” y “Lineamientos metodológicos, técnicos y operativos” de la Estrategia PASE a la Equidad en salud del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Adicionalmente se consultaron los documentos “Plan Territorial de Salud” elaborados por los equipos técnicos en los departamentos del país.

1. Corrientes de pensamiento en la geografía

Cada corriente de pensamiento nos enseña su toma de posturas sobre los problemas del conocimiento, es decir, sobre los fundamentos teóricos que permiten la problematización del objeto de estudio y los métodos mediante los cuales se crea un nuevo conocimiento (Nava, 2009).

En este sentido, con el presente marco teórico se pretende hacer una exposición concreta de las perspectivas teóricas y metodológicas que facilitaron la comprensión de los conceptos de espacio y territorio en cada corriente de pensamiento de la geografía, sin la pretensión de hacer diferenciaciones precisas y amplias, sino una reflexión sobre la forma como se comprende el objeto de estudio del presente trabajo.

A partir de la revisión de las publicaciones de geógrafos españoles (Capel, 2012) y colombianos (Delgado, 2003), se tomó la decisión de organizar la estructura teórica de la geografía, en las siguientes corrientes de pensamiento a partir del siglo XX: posibilista regional, neopositivista y radical o crítica.

A continuación, se presenta la estructura teórica del proceso de investigación en las tres grandes corrientes de pensamiento mencionadas.

A principios del siglo XIX el espacio no se constituía en una categoría central en el estudio de la geografía, esta disciplina se centraba en la localización o existencia de objetos contenidos en una porción de la superficie terrestre, pero el espacio en sí mismo, no era objeto de análisis ni reflexiones (Delgado, 2003).

Ya en la segunda mitad del mismo siglo, aparece en el pensamiento geográfico el problema-clave de la relación hombre-medio, cuyo estudio promovió la integración con otras disciplinas como la biología, la sociología, la medicina y la historia. Esta integración disciplinar potenció y alimentó el estudio del espacio desde distintas perspectivas que lo consideraron un factor imprescindible para comprender la sociedad y sus procesos (Capel, 2012, p. 241).

Desde entonces permanece un debate en el que se busca comprender la confusión creada, en parte por el fraccionamiento de las disciplinas, de las múltiples interpretaciones del espacio y del territorio, las cuales se mueven en diversos enfoques y complejidades.

1.1 Posibilista regional

La corriente de pensamiento posibilista regional que se desarrolló en la primera mitad del siglo XX, tenía como objeto de estudio el espacio concreto, entendido este, como una porción de la superficie de la tierra cuyo contenido eran los objetos y la relación hombre-medio.

Las investigaciones en esta corriente de pensamiento se realizaron a partir del análisis de las condiciones físicas del terreno, los límites, extensión y localización de fenómenos, y sus resultados, le permitían hacer un contraste de similitudes y diferencias entre áreas.

Un genuino estudio de geografía regional partía de delimitar una porción de la superficie terrestre para luego describir sus características físicas, humanas y culturales, de modo que dicha descripción llegara a reflejar la personalidad de esa porción de tierra denominada región. (Delgado, 2003 p.25)

El interés del pensamiento posibilista regional se centró en los objetos localizados en una zona específica y en la descripción, más que la explicación, del proceso de transformación visible de los paisajes, pero su referencia al espacio se relacionó con una porción de la superficie de la tierra donde se localizaban dichos objetos y transformaciones (Capel, 2012; Delgado, 2003)

Paul Vidal de La Blache (1845-1918³) reiteró que la superficie de la tierra era el campo de estudio por excelencia de la geografía, e hizo énfasis en que, en la superficie existían combinaciones de elementos que mantenían un vínculo, expresado este, en la noción de “medio”. En este sentido Vidal de La Blache consideró al medio “capaz de agrupar y de mantener juntos seres heterogéneos en cohabitación y correlación recíprocas” (Capel, 2012, p.313).

La corriente posibilista regional, tomando los postulados de La Blache, consideró que el ser humano se insertaba en el “medio” el cual era susceptible de ser usado libremente por el hombre, quien lo modificaba, pero al mismo tiempo era influenciado por él, sin embargo, no se interesó por el espacio más que como un contenedor, y se centró en describir situaciones ocurridas sobre la superficie terrestre y las transformaciones estéticas que se configuraban (Capel, 2012).

³ Biografías y Vidas. “Paul Vidal de La Blache”. Biografías y vidas. La enciclopedia biográfica en línea. 2004-2017. https://www.biografiasyvidas.com/biografia/v/vidal_de_la_blache.htm Consultado el 12 de junio de 2019.

Bajo las premisas Vidalianas de las relaciones hombre-medio, Maximilien Sorre (1880-1962⁴) agregó conceptos de las ciencias biológicas para explorar las relaciones del ser humano con su entorno y en 1933 publicó su investigación titulada *Complexes pathogènes et géographie médicale* (Complejos patógenos y geografía médica) en donde propuso el concepto de “complejos patógenos” como muestra de las diversas interacciones entre las personas, las condiciones físicas del medio y los objetos contenidos en un lugar específico de la superficie terrestre (Capel, 2012).

En las descripciones de objetos y situaciones que realizó el posibilismo distinguían propiedades o relaciones en común entre unas zonas y otras, buscando identificar regiones las cuales fueron comprendidas como la “suma de las partes” contenidas en ellas (Vargas, 2012, p.315).

A las porciones de la superficie de la tierra, la corriente posibilista regional las denominaba indistintamente, y los geógrafos en ese entonces, no se interesaron en participar en los debates filosóficos y científicos relacionados con la naturaleza del espacio, lo que frenó el desarrollo teórico en la geografía en relación con las teorizaciones del espacio (Delgado, 2003).

1.2 Neopositivista

La corriente neopositivista comenzó su desarrollo a partir de los postulados del Círculo de Viena conformado por filósofos provenientes de distintas ramas de la ciencia, especialmente de la física y las matemáticas. En 1929 este grupo de filósofos publicó su manifiesto en el que se expusieron los objetivos y características de su “positivismo lógico”, “empirismo lógico” o “neopositivismo” cuyo punto de partida fue siempre la experiencia, “ya que solo hay conocimiento a partir de ella” (Capel, 2012, p.337).

Muchos de sus miembros migraron a Gran Bretaña y Estados Unidos bajo la amenaza nazi, lo que resultó en el desarrollo de la corriente neopositivista en el mundo anglosajón a partir de 1940, allí el punto de partida continúa siendo empírico y anti idealista, pero se destacó la necesidad de la verificabilidad de las proposiciones, es decir la capacidad de comprobar la verdad o falsedad de los postulados. En este sentido, el neopositivismo rechazó el determinismo causal de los fenómenos, aspecto que lo diferenció del positivismo del siglo XIX, y las inferencias inductivas pasaron a ser consideradas como probables (Capel, 2012).

⁴ Biografías y Vidas. “Maximilien Sorre”. Biografías y vidas. La enciclopedia biográfica en línea. 2004-2017. <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/s/sorre.htm> Consultado el 12 de junio de 2019.

En los años 1940-1950 en medio de una crisis económica y social y después de la segunda guerra mundial, se solicitaron a las ciencias sociales desde diversos frentes, respuestas eficaces a problemas económicos del sistema capitalista, instrumentos para el estudio de la sociedad sus conflictos y condiciones de vida y recomendaciones para la planificación urbana y la reconstrucción de ciudades devastadas por la guerra.

Esta diversidad de demandas se dio en medio de avances tecnológicos como la aparición de los ordenadores potentes para el procesamiento de información y las tecnologías de información y comunicación, que hicieron inevitable el cambio en los métodos y en la teorías de las disciplinas que se estimularon para dar respuesta a las solicitudes (Capel, 2012).

En este contexto, la corriente neopositivista se distanció de los métodos cualitativos e hizo énfasis en la construcción de modelos y análisis con métodos matemáticos o estadísticos con los que pretendían dar neutralidad, imparcialidad y objetividad a los estudios. Este cuantitativismo soportado en las tesis neopositivistas, alcanzó su máximo desarrollo en 1950, cuando todas las disciplinas de las ciencias sociales, incluyendo la geografía, intentaron introducir estos métodos como solución general a sus problemas, entonces con esta “revolución cuantitativa” surgió una “nueva geografía” (Capel, 2012, p.340).

La naciente geografía sostuvo, de modo contrario al posibilismo, que la sola descripción de los fenómenos era insuficiente y que la explicación de ellos debía ser el objetivo principal de la geografía. Según el geógrafo Fred K. Schaefer (1904-1953⁵) “la ciencia no está tan interesada en los hechos individuales como en los patrones que presentan”, y que por tanto en la geografía se debían formular las leyes que “rigen la distribución espacial de ciertas características en la superficie de la tierra” (Citado por Capel, 2012, p. 347).

Resumiendo lo anteriormente dicho, en la corriente de pensamiento neopositivista la causalidad se plantea en términos de probabilidades, se hace énfasis en la organización del espacio, la cuantificación y la búsqueda de leyes que expliquen dicha organización (Delgado, 2003).

En el Neopositivismo el espacio es comprendido como espacio concreto, es decir, como la superficie de la tierra con toda su diversidad, pero se incluyeron dentro del concepto la localización de poblaciones y su actividad, la organización espacial, distribuciones y

⁵ Años de nacimiento y muerte consultados en Wikipedia. “Fred Kurt Schaefer”. Wikipedia. Enciclopedia Libre en línea. 2001-2018 https://en.wikipedia.org/wiki/Fred_K._Schaefer. Consultado el 13 de junio de 2019.

asociaciones espaciales, así como las estructuras espaciales, que aluden a un espacio relativo (Capel, 2012; Gudiño, 2005).

Con estas bases teóricas, a partir de los años sesenta el estudio del espacio se abordó a partir de la teoría general de los sistemas. En este marco, el concepto de ecosistema fue involucrado como base para las investigaciones porque se consideró que poseía características compartidas con los sistemas generales. Dichas características estaban referidas a que incluía el binomio hombre-medio y sus interacciones, tenía una estructura ordenada y comprensible y una dinámica funcional, por tanto, compartía particularidades con un sistema abierto que tendía al equilibrio (Capel, 2012)

En el año 1971 Peter Haggett (1933⁶) y Richard J. Chorley (1927⁷) publicaron *Socio-Economic Models in Geography*, trabajo que integró los conceptos del neopositivismo y posicionó el uso de modelos matemáticos para distintas subdisciplinas de la geografía, argumentando que la construcción y aplicación de modelos daba respuesta a la necesidad de simplificar la realidad para facilitar su entendimiento (Delgado, 2003).

Con las estructuras espaciales y el énfasis cuantitativo, el espacio adquirió una dimensión geométrica y se centraron las investigaciones en la clasificación de dichas estructuras a diversas escalas: local, urbano y regional. Adicionalmente el método cartográfico con un “lenguaje de signos, puntos, líneas, áreas, redes”, permitió la representación de la totalidad de los fenómenos espaciales a partir de modelos (Gudiño, 2005, p.5).

Esta modelación de la organización del espacio ofreció un argumento fundamental para justificar la geografía como la ciencia encargada del estudio del espacio y fortaleció el prestigio de esta disciplina que estaba en declive con el posibilismo regional (Delgado, 2003).

Sin embargo, la corriente neopositivista desde el principio fue decididamente ahistórica lo que sumado a su énfasis eminentemente cuantitativo, ha sustentado una serie de críticas sobre ella. Las críticas a esta corriente de pensamiento se fundamentan en que convierte a los fenómenos sociales en “cosas” al no considerar la dimensión histórica y compleja de los procesos. Lo que deriva en que los resultados de sus estudios no den cuenta de la realidad social verdadera, ni de las fuerzas y relaciones en que actúa el ser humano; en palabras de Theodor Adorno (1903-

⁶ Biografías y Vidas. “Peter Haggett”. Biografías y vidas. La enciclopedia biográfica en línea. 2004-2017. <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/h/haggett.htm> Consultado el 12 de junio de 2019.

⁷ Biografías y Vidas. “Richard J. Chorley”. Biografías y vidas. La enciclopedia biográfica en línea. 2004-2017. <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/c/chorley.htm> Consultado el 12 de junio de 2019.

1969⁸) “el ideal epistemológico de la elegante explicación matemática, unánime y máximamente sencilla fracasa allí donde el objeto mismo, la sociedad, no es unánime ni es sencillo” (Citado por Capel, 2012, p.375)

Esta disputa entre enfoques “cuantitativos” y “cualitativos” que aún sigue vigente, en los años setenta marcó el surgimiento de la corriente de pensamiento crítica o radical, como una reacción férrea contra el predominio cuantitativo promovido en los países capitalistas.

1.3 Radical o Crítica

En los años sesenta del siglo XX la crisis del sistema mundial de dominación lleva a una nueva comprensión de los problemas de los denominados entonces “países dependientes” y pone en cuestión el papel de las potencias y del sistema capitalista. Se empiezan a sentir como inaceptables las diferencias entre la gran capacidad productiva y el desarrollo tecnológico de países desarrollados, en contraste con las condiciones en que se da la producción y el reparto desigual de beneficios en los países en desventaja (Capel, 2012).

Se originaron protestas por las condiciones precarias de trabajo y el deterioro de las condiciones de vida, que además se dieron paralelas a la degradación ambiental como resultado del desarrollo capitalista. En este contexto, a finales de la década, emergió la corriente crítica que pretendió un cambio radical (de ahí su denominación) que fuera a la raíz de los problemas del sistema.

En los años setenta se consolidó la corriente de pensamiento radical que manifestó también su descontento frente a lo que la corriente neopositivista ofrecía para la comprensión de los fenómenos sociales sobre los que se tomó nueva conciencia.

En este sentido, la corriente de pensamiento radical con perspectiva política pretende una transformación social que se interesa por la desigualdad, la pobreza y la relación sociedad-naturaleza. Pretende el uso de técnicas para “romper y reconstruir la estructura de opiniones convencionales” y superar la insatisfacción “del carácter ocultador de una parte de la realidad que poseen los estudios geográficos” (Capel, 2012).

⁸ Biografías y Vidas. “Theodor Adorno”. Biografías y vidas. La enciclopedia biográfica en línea. 2004-2017. <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/a/adorno.htm> Consultado el 12 de junio de 2019.

Con este derrotero, la corriente de pensamiento radical propone su integración con otras ciencias sociales, porque en palabras del geógrafo Steen Folke (1940⁹): “No es accidental que las ciencias sociales estén fragmentadas. Si la clase dominante está interesada solo en verdades parciales y soluciones parciales, ello se consigue mejor dentro de un marco de disciplinas científicas altamente fragmentado...” (Citado por Capel, 2012, p.389).

Además, a finales de 1980 la corriente radical se inscribió como corriente crítica porque deja de centrarse exclusivamente en la noción de clase, para “sumar las de voces feministas, ambientalistas, antirracistas y otros” (Herrera, 2019, p.49).

Uno de los aportes de este pluralismo consiste en superar una visión geométrica del espacio e involucrar las condiciones socio-históricas que lo generan, posicionando la idea de que conocer la organización del espacio implica tomar en cuenta la estructura económica y social determinadas por los procesos históricos (Delgado, 2003).

Entonces, se asumió el espacio como producto social y como objeto compuesto por fenómenos socioeconómicos que tienen evidentes diferencias, pero que se encuentran íntimamente relacionados entre sí, trascendiendo de una perspectiva geométrica y de contenedor, a un elemento central en el proceso de acumulación que refleja las desigualdades existentes (Gudiño, 2005).

Como se mencionó anteriormente, la corriente radical o crítica rechazó los fundamentos y metodologías de la corriente neopositivista que pretendía que las ciencias fueran “objetivas”, eliminando juicios de valor y posturas políticas a partir de métodos cuantitativos. En esta disputa aún vigente, la corriente radical posicionó la importancia de comprender los fenómenos por encima de una explicación matemática y promovió el uso de técnicas cualitativas.

El proceso de desarrollo teórico-metodológico de la corriente radical se dio en diversas direcciones. El “Behaviorismo”¹⁰ involucró el tema del comportamiento, el “Humanismo” insertó vivencias particulares, significados emocionales y la identidad; y la “Geografía del bienestar” asumió como su objeto de estudio el bienestar social.

En esta variedad que construye el pensamiento en la corriente radical, es preciso señalar que la Geografía del bienestar adoptó una forma particularmente distinta. Mientras la corriente radical

⁹ Año de nacimiento consultado en Wikipedia. “Steen Folke”. Wikipedia. Enciclopedia Libre en línea. 2001-2018 https://da.wikipedia.org/wiki/Steen_Folke. Consultado el 13 de junio de 2019.

¹⁰ Del inglés *behaviour*: comportamiento

desde sus orígenes reclamó que solo un cambio revolucionario podría lograr una sociedad más justa y que era preciso tomar distancia de los análisis cuantitativos para el estudio de los procesos sociales, la geografía del bienestar se inclinó a favor de un “cambio” progresivo dentro del mismo sistema y mostró preferencia por el uso de métodos cuantitativos para la realización de estudios, asumiendo así una “perspectiva liberal” (Smith, 1980, p.28)¹¹.

La corriente radical o crítica es receptiva a diversas perspectivas. El behaviorismo, posicionó el interés por el comportamiento humano, por el proceso de toma de decisiones, la percepción y apropiación de espacios, lo que hizo que la geografía se volviera hacia otras disciplinas ajenas a su formación, enriqueciendo su visión del espacio con perspectivas sociales y de la psicología (Capel, 2012).

Por su parte, la perspectiva humanística destacó los significados, valores y propósitos de las acciones humanas, por lo que el concepto abstracto de espacio perdió centralidad y se enfatizó en un espacio concreto como ámbito de la existencia, único y que está subsumido en la dimensión cultural. De igual forma, sustentó la idea de que, a partir de la visión personal combinada con las representaciones, modelada por la cultura y la estructura social, los seres humanos organizan su comportamiento en el espacio (Capel, 2012).

La fenomenología como perspectiva relacionada con el humanismo, sustenta que para entender el mundo es preciso entender la acción humana sobre este, por lo tanto, se requiere caracterizar y comprender la vida cotidiana de las personas sobre él (Delgado, 2003). Este aspecto es importante para la corriente radical o crítica, pues valida la importancia de los espacios donde se da la relación persona-mundo (Delgado, 2003) lo que implica que el espacio se organiza a diferentes escalas (hogar, barrio, nación, planeta), está cargado de historia, es móvil y contingente como toda realidad social (Capel, 2012)

Con este pluralismo en su pensamiento, la corriente radical o crítica no se interesa en un concepto de espacio como una determinada porción o región de la superficie terrestre, ni como contenedor de objetos, ni el sistema abstracto de movimientos, nodos y redes, sino que centra

¹¹ Teniendo en cuenta la particular perspectiva de la Geografía del Bienestar y la relevancia que tiene en la corriente de pensamiento en salud denominada Determinantes sociales de las inequidades en salud, esta línea de pensamiento se expone en este marco teórico, fuera del texto correspondiente a la corriente de pensamiento radical o crítica y se identifica con un subtítulo aparte.

su interés en el espacio social producido por las relaciones sociales y las interrelaciones entre sociedad-naturaleza (Delgado, 2003).

-Geografía del Bienestar

Como se mencionó anteriormente, la geografía del bienestar asumió una perspectiva liberal, dentro de la corriente radical o crítica que, como señala Smith (1980) recurrió a la integración de la corriente neopositivista y su “rigor esencial...para analizar contextos de interés público”, y la corriente crítica que dirigió el “interés hacia los problemas humanos reales” (p.28).

En este marco, el bienestar social es estudiado en un contexto espacial a partir del análisis de “quién consigue qué, dónde lo consigue y cómo”, argumentando la importancia de comprender que “con la distribución y consumo de las cosas sobre las que se basa el bienestar humano” es donde realmente se comprende la perspectiva humanista (Smith, 1980, p.30, 37).

La geografía del bienestar estudia los grupos poblacionales (quién), aquello que le da bienestar y malestar a la población (qué), la ubicación de problemas en lugares y zonas dentro del espacio (dónde) y las relaciones causa-efecto entre actividades de la sociedad, que contribuyen a determinar quién, qué y dónde (cómo). (Smith, 1980, p.31).

La geografía del bienestar tiene como una de sus tareas básicas la “descripción,” p.33, que incluye el análisis de las estructuras poblacionales, sociales y económicas, que en la geografía según Smith “son objetos de curiosidad legítima pero solo pertinentes en relación al tema de bienestar social, en cuanto ayudan a diferenciar geográficamente las posibilidades de la vida humana” (Smith, 1980, p.33) en este sentido, el consumo y distribución de bienes y servicios en el espacio son definitivos para el bienestar y es preciso incluir la medición de diversos indicadores para establecer el nivel de bienestar en la población en un territorio.

2 Los conceptos de espacio y territorio en el pensamiento contemporáneo en salud y su relación con la geografía

En el siglo XIX, con el desarrollo de la revolución industrial y sus dinámicas de urbanización, crecimiento de las clases trabajadoras y empobrecimiento de la población, las relaciones entre salud y sociedad se hicieron más evidentes, entonces el análisis de la salud como fenómeno social, adquirió mayor importancia (Morales, Borde, Eslava, & Concha, 2013)

La salud de la población empezó a concebirse como un problema de toda la sociedad que no se determina exclusivamente en aspectos biológicos, lo que dio paso a la perspectiva multicausal para la explicación del proceso salud-enfermedad.

En el siglo XX en el marco de dicha perspectiva multicausal, se transita por modelos explicativos que sustentan que la enfermedad es causada por la influencia simultánea de varios factores pertenecientes a las personas, al ambiente y al agente de la enfermedad, resaltando la interrelación de los seres vivos entre sí y con el medio ambiente, otorgando a los factores de riesgo y a la relación causa-efecto, una responsabilidad definitiva en la comprensión de la enfermedad, a esta perspectiva le denominamos en este trabajo como la corriente de pensamiento de la biomedicina.

Ya hacia finales del siglo XX, se configuraron dos corrientes de pensamiento alrededor de la comprensión social de la salud. La primera, denominada en el presente trabajo como Determinación social del proceso salud-enfermedad emergió en los años setenta a partir de la insatisfacción frente a políticas de desarrollo de la época que no permitían mejores condiciones de vida y salud para los pueblos y frente a un enfoque biomédico que se encontraba deficiente para la comprensión de la salud y la enfermedad (Eslava Castañeda, 2017).

La segunda, llamada en este trabajo como Determinantes sociales de las inequidades en salud derivada de la epidemiología clásica, luego epidemiología social anglosajona, emergió en el año 2005, pero cobró relevancia en el año 2008 con la publicación del informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud OMS, desde entonces se constituye en la corriente de pensamiento hegemónica en salud (Morales et al., 2013).

Estas corrientes de pensamiento han incorporado los conceptos de espacio y territorio de variadas formas y en ellas se evidencia que comparten con la geografía formas de pensar y de comprender estos conceptos, aunque sus enfoques se desarrollen en momentos desiguales, tienen sin proponérselo, coincidencias teóricas y se dispone de métodos que convencionalmente se considerarían ajenos.

Las corrientes de pensamiento de la salud muestran nexos con la geografía en lo referente a los conceptos de espacio y territorio, en el sentido que ambas disciplinas integran la complejidad de las interacciones hombre-medio, los procesos sociales y los procesos que determinan su configuración.

2.1 Biomedicina y la perspectiva ecológica del espacio

En el siglo XVIII la teoría microbiológica y la teoría de la deficiencia de micronutrientes, ofrecieron un modelo explicativo unicausal de la enfermedad (Sanin, 2006). Posteriormente se demostró que hay una serie de factores, no exclusivamente biológicos, que son potencialmente causantes de enfermedades en el ser humano o huésped, a los cuales se les denominó agente (Valencia, 2007).

La evaluación progresiva de las enfermedades y la imposibilidad de desarrollar soluciones mostraron que la salud-enfermedad era más compleja que la noción huésped-agente. Entonces a finales del siglo XIX se introdujo un nuevo elemento a la explicación de la salud-enfermedad que fue el medio ambiente, con lo que nació la tríada ecológica de la enfermedad.

En esta se consideraron tres elementos: agente-huésped-medio que, en interacción, introducían mayor complejidad a la anterior explicación unicausal de la enfermedad. En esta triada el huésped humano es el protagonista central expuesto a factores que influyen sobre él y de cuyo equilibrio depende el estado de salud (Rojas, 1993).

El agente es la denominación genérica para todo lo que es capaz aisladamente o en asociación con otros, de ocasionar el desequilibrio en la salud de las personas.

Por su parte, el ambiente se refiere a aquellos factores externos, naturales y artificiales, que rodean al hombre y que pueden ser modificados por él. El medio ambiente como tercer factor ha sido sujeto de ampliación progresiva y en él se han introducido toda una serie de factores, incluyendo más adelante lo social (Valencia, 2007).

De esta forma los factores ambientales se hicieron más evidentes en la explicación de la enfermedad y se desarrolló el concepto de factores de riesgo entendidos como “condiciones que modifican la posibilidad de ocurrencia de un fenómeno de salud” (Sanin, 2006 p.2).

Posteriormente, a mediados del siglo XX se propone una nueva perspectiva explicativa denominada Historia natural de la enfermedad, que en el contexto de la medicina preventiva, sustenta que “el complejo proceso de desviación de la salud es el resultado de cadenas continuas de causas y efectos, no solo de causas únicas o específicas” (Leavell & Clark, 1965, p.15).

En esta perspectiva, al mismo tiempo que se argumenta la existencia de múltiples causas en cadena, se definen dos periodos del proceso patológico. El primer periodo denominado prepatogénico se refiere al equilibrio en la interacción agente-huésped-medio y corresponde al estado de salud de las personas donde no hay alteraciones celulares ni orgánicas.

El segundo es el periodo patogénico en donde existen alteraciones instauradas en el huésped. Este periodo se plantea en dos etapas, una en la que el agente no percibe cambios, y la otra en donde aparecen signos y síntomas (Leavell & Clark, 1965). En esta explicación, la enfermedad una vez instaurada puede tomar cursos distintos dependiendo de los factores, del medio y del agente, estos cursos se refieren a la recuperación, cronicidad, incapacidad o muerte.

En este contexto, se potencia el estudio de las asociaciones causales a partir de cálculos estadísticos, se investigan las formas e intensidades en que los factores influyen en la salud de las poblaciones, y adquiere centralidad la investigación del medio ambiente y su relación con la salud.

La corriente de pensamiento de la Biomedicina explica la salud-enfermedad desde una perspectiva ecológica y comprende el espacio como la porción de la superficie terrestre que contiene al huésped, al agente y al medio, así como la relación entre ellos.

Retomando el marco teórico de esta investigación, la corriente de pensamiento posibilista regional en la geografía se ocupa de describir los objetos y las relaciones hombre-medio existentes sobre la superficie terrestre, por tanto, resulta coherente señalar la relación entre estas corrientes de pensamiento.

En la corriente posibilista regional, se denominaba indistintamente como "espacio", "lugar", "región" y "territorio" a las porciones de superficie terrestre contenedoras de diversos tipos de elementos y situaciones con existencia independiente de los fenómenos contenidos en ella (Delgado, 2003).

Uno de los pioneros en visibilizar las relaciones entre términos y perspectivas biológicas con la geografía, fue el geógrafo Maximilien Sorre, quien en el marco del posibilismo, coincidía en que además de los microorganismos causantes de la enfermedad, podrían intervenir otros elementos como el clima y los animales domésticos y propuso el concepto de "complejos patógenos" (Akhtar, 2003).

Estos complejos se definen como sistemas ubicados en lugares específicos de la superficie terrestre, que involucran un conjunto de elementos biológicos y ambientales alrededor de una determinada enfermedad (Jori, 2013).

Sorre sostuvo que estos complejos podrían ser simples o complejos dependiendo del número de factores que incluía y cada uno de ellos implicaba una asociación de seres vivos que interactúan entre sí y con el medio, en medio de cuya actividad surge la enfermedad (Akhtar, 2003).

A principios del siglo XX, el método para el estudio geográfico de las enfermedades difundido por Sorre fue integrado con las ciencias de la salud y se potenció la realización de mapas que mostraban “los lugares de reproducción de enfermedades”. La representación de los lugares endémicos, eran insumo para el análisis de localización de enfermedades que, agrupándose, se veían como una “patología zonal” con distinción entre regiones (Akhtar, 2003, párr.14).

Con las teorías de Sorre, proliferaron los estudios en salud por zonas o regiones que incluían dos enfoques: el encargado de describir la distribución de las enfermedades en la superficie terrestre y el encargado de las características físicas y sociales de las zonas o regiones en que se daban los eventos patológicos.

En la biomedicina se le otorga un papel fundamental al espacio concreto, no solo porque contiene los múltiples factores que influyen en la enfermedad de las personas, sino porque propicia la interacción entre el agente y el huésped, constituyéndose en la explicación de lo sano y lo enfermo.

La orientación ecológica de la biomedicina empieza a matizarse hacia los años noventa del siglo XX con la “teoría ecosocial” (Henaó, 2018), aunque, la Medicina social latinoamericana desde los años setenta, ya proponía un replanteamiento tanto de las acciones en la salud, como de los modelos explicativos de la salud y la enfermedad. De igual forma la orientación ecológica de los estudios en geografía comienza a ser matizada en los años cincuenta del mismo siglo, a raíz de la aparición de la perspectiva cuantitativa.

2.2 Determinación social del proceso salud-enfermedad y la perspectiva territorial

La corriente de pensamiento de la Determinación social del proceso salud-enfermedad, emergió en los años setenta del siglo XX en el marco de la entonces Medicina Social

Latinoamericana, y comprende la salud-enfermedad como un proceso complejo, dialéctico, multidimensional y socio-históricamente determinado (Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada, & Merhy, 2002).

La determinación social explica que no hay procesos puramente biológicos o naturales, que la distribución desigual de la salud y la enfermedad se determina de los patrones de producción y reproducción social que configuran los modos de vivir de los diferentes grupos de población. A su vez, esos patrones se determinan por fuerzas productivas y relaciones de producción en el sistema capitalista de la producción, así, los procesos sociales fijan los términos de la configuración del proceso salud-enfermedad y, por tanto, subsumen los procesos biológicos.

De igual forma, señala que el proceso salud-enfermedad se configura en un movimiento contradictorio de procesos destructivos y protectores en tres dominios: general (socio-natural), particular (modos de vida) y singular (individual, fisiología, fisiopatología) (Breilh, 2010 p.88).

Cuando se habla de las inequidades y desigualdades en salud, esta corriente de pensamiento sostiene que no solo se trata de injusticias en la distribución y el acceso a bienes y servicios, sino injusticias en el proceso intrínseco de acumulación capitalista que las genera.

En este sentido, la exposición diferencial a condiciones de vida insalubres no debe considerarse fortuita, sino que debe ser reconocida como sistemática, estructural y “funcional al régimen de acumulación capitalista y basada en diferentes mecanismos de dominación” (Borde, Hernández, & Porto, 2015, p.850).

Entonces, las desigualdades son injustas porque son producidas por una apropiación indebida de los medios de realización de la vida, por parte de una clase social, de una etnia o de un género, por lo tanto, en el proceso salud-enfermedad se reconocen sujetos construidos en las relaciones y procesos de dominación históricos (Borde, Hernández, & Porto, 2015).

Recientemente, respecto a los procesos históricos en la Determinación social, Henao (2018) en su investigación “Poder mundial y salud”, ahonda en la determinación histórica del proceso salud-enfermedad.

Esta pensadora explica que, los procesos históricos fijan los términos de la configuración salud-enfermedad y subsumen los procesos sociales y biológicos. También señala que los problemas de salud pública además de darse en los dominios singular, particular y general, al mismo tiempo se dan en “las escalas espaciales – micro, meso y macro – y duraciones del tiempo histórico – corta, media y larga...” (Henao, 2018, p. 338).

Henao (2018) entonces, explica la subsunción en el proceso salud-enfermedad como la subordinación de los procesos biológicos a los procesos sociales y la subordinación de estos a los “procesos territoriales e históricos” (p.342).

Esta corriente de pensamiento de la Determinación social también ha hecho, recientemente, explícita la importancia de los conceptos de espacio y territorio en el proceso salud-enfermedad.

Jaime Breilh (1947¹²) (2010), uno de los teóricos más representativos de la corriente, propone avanzar hacia “una construcción innovadora del espacio de la salud... retomando los aportes de la... geografía” (p.83).

Con esta propuesta, Breilh insta a transformar “las nociones empíricas de ‘lugar’, ‘tiempo’ y ‘persona’ [que] siguen sometiendo al pensamiento de la salud pública y de la epidemiología a un encuadre empirista que continúa multiplicándose” (Breilh, 2010, p.84).

Adicionalmente, este pensador destaca que en el proceso salud-enfermedad no hay un espacio de la salud como un “lugar estático, continente y pasivo, sino un espacio complejo y en movimiento creador” lo que señala la necesidad de “superar la acepción empírica de la noción de ‘lugar’ que reduce esta categoría a un simple continente físico o circunscripción administrativa” (Breilh, 2010, p.84,87).

Los aportes teóricos que dispone Breilh para avanzar en el debate del concepto de espacio son tomados de la corriente radical o crítica de la geografía, específicamente de autores como Henry Lefebvre, Manuel Castells, David Harvey y Milton Santos. De ellos, Breilh destaca la perspectiva de la producción social del espacio y la ruptura con su concepción geométrica.

El autor recoge de la corriente radical de la geografía, que “los seres humanos con sus relaciones prácticas dan al espacio y sus elementos ciertas formas, funciones y significaciones” (Breilh, 2010, p.85). Esta conceptualización del espacio se desarrolla en los postulados de configuración territorial del geógrafo Milton Santos (1926-2001¹³) en la corriente radical o crítica.

¹² Curriculum Vitae. “Jaime Breilh Paz y Miño, Md. MSc. PhD”. En [http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/372/File/pdfs/DOCENTES/JAIME%20BREILH/CVita%20Jaime%20Breilh%20enero%202013%20\(1\).pdf](http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/372/File/pdfs/DOCENTES/JAIME%20BREILH/CVita%20Jaime%20Breilh%20enero%202013%20(1).pdf) Consultado el 14 de junio de 2019.

¹³ Bosque, J. y García Ballesteros, A. (2003). Milton de Almeida Santos (1926-2001) en Anales de Geografía de la Universidad Complutense, N.º 23, págs. 9-19.

Es preciso señalar que Breilh en la publicación del año 2010, no considera el territorio en sus planteamientos, sino que opta por referirse al espacio, sin embargo, el concepto de configuración territorial de la corriente radical o crítica desarrolla la conceptualización que este autor pone en el debate en su escrito.

Para comprender el concepto de configuración territorial, es preciso referirse, en primer lugar, al concepto de espacio que le antecede.

El espacio está formado por objetos geográficos naturales y artificiales y por la sociedad; las acciones y procesos sociales dan vida a esos objetos que adquieren ciertas formas y disposiciones (Santos, 2009).

Dichas formas geográficas, por lo tanto, contienen “fracciones de lo social en movimiento” por eso se les considera “formas-contenido”, lo que las hace cambiantes en la medida de las dinámicas sociales (Santos, 1996, p.28).

En este sentido, los objetos existentes y las acciones realizadas sobre ellos, van adquiriendo una organización que a su vez se produce del “uso del territorio”, lo cual determina la “configuración territorial” (Robert, 2015, p.87, 92).

Así, la configuración territorial tiene una conformación histórica y según Santos, está formada por todas las cosas que conforman la naturaleza y por el conjunto de sistemas de ingeniería (transportes, comunicaciones, producción de energía, etc.) sobrepuestos a la naturaleza, de tal forma que, al ser usados de diferentes maneras, producen una organización y permiten la creación de condiciones de trabajo propias de cada momento de la historia (Santos, 1996)

Esta utilización ocasiona una organización, que a su vez responde a las necesidades del proceso productivo, por lo tanto, dicho uso otorga funcionalidad a la configuración del territorio (Santos citado por Robert, 2015).

Entonces, el concepto de espacio puesto en debate por la Determinación social del proceso salud-enfermedad en el escrito de Breilh, se relaciona con el concepto de configuración territorial de la corriente de pensamiento radical o crítica, por cuanto ambos incluyen los seres humanos y sus relaciones que configuran formas cambiantes que, a su vez, determinan funciones y significados en el territorio, procesos que al mismo tiempo van configurando el proceso salud-enfermedad.

Otro avance en el debate del espacio y el territorio lo hacen Elis Borde y Mauricio Torres en el año 2017. Estos autores, a diferencia de Breilh, optan por el concepto de territorio dentro de sus planteamientos.

En el artículo “El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública” señalan que “la gente vive, enferma y muere dependiendo de las condiciones en que trabaja (producción) y vive (reproducción), dinámicas [estas] que se dan ligadas al territorio” (Borde & Torres, 2017, p.272). Con esta afirmación, los autores señalan el papel definitivo del territorio en la configuración del proceso salud-enfermedad.

Estos autores, como Breilh, toman elementos de la corriente radical o crítica de la geografía en sus conceptualizaciones, y proponen la comprensión del territorio a partir de la triada “territorio-territorialidad-territorialización” (Borde & Torres, 2017), que indica la producción social del territorio, así como la identidad, apropiación y relaciones de poder que se combinan para definir territorios (Montañez & Delgado, 1998).

Esta tríada, significa que los procesos de territorialización y la construcción de territorialidades constituyen los territorios (Borde, 2018, p.14), es decir, la territorialización comprendida como la apropiación de personas, grupos sociales o estados sobre un espacio, y la territorialidad entendida como identidad y afectividad, generan y configuran múltiples territorios.

De acuerdo con esta triada, el concepto de territorio implica las relaciones de poder, que se dan en medio del régimen capitalista que vuelca las energías humanas a aumentar objetos y medios de producción y no al desarrollo y cuidado de la vida (Breilh, 2010).

En este sentido, la corriente de pensamiento de la Determinación social del proceso salud-enfermedad ha argumentado que los procesos de producción y reproducción generan transformaciones o adaptaciones territoriales en cuyos procesos está subsumida la salud, y que en estas dinámicas se produce el movimiento contradictorio de procesos protectores o saludables y procesos destructivos o malsanos que condicionan los genotipos y fenotipos (Borde, 2018).

En este sentido, Borde y Torres (2017) hacen un llamado a “comprender el territorio a la luz de la configuración de nuevas territorialidades establecidas por el marco de la globalización, en tanto se organiza principalmente por las dinámicas económicas de las transnacionales”, porque estas nuevas formas de apropiación del territorio derivan en “configuraciones de bienestar y malestar” (p. 266, 267).

Estos enunciados, revelan, nuevamente, que existe una relación con la corriente de pensamiento radical o crítica que señala que el territorio es organizado y usado bajo una lógica exclusiva de producción en el marco de una economía globalizada, y que muchos de estos usos se tornan incluso irracionales frente a los intereses de la mayoría de la población (Santos citado por Robert, 2015, p.142). Dicho de otra manera, ambas corrientes reconocen y afirman las interdependencias existentes entre el nivel global y el local y las configuraciones del territorio a diferentes escalas, derivadas de los procesos económicos del sistema capitalista.

Con las investigaciones recientes en la Determinación social del proceso salud-enfermedad, se pone de manifiesto un interés progresivo, por la comprensión de los conceptos de espacio y territorio en el campo de la salud.

En este camino, se han incorporado en su corpus teórico, teorías relacionadas con la corriente de pensamiento crítica de la geografía, y se ha tomado distancia tanto de los abordajes dominantes en la salud, como de los planteamientos neopositivistas de la geografía, al señalar que el concepto de territorio no se comprende como el espacio donde las relaciones sociales de poder solamente existen y que además, va más allá de la distribución espacial y de las características físicas ambientales (Borde & Torres, 2017).

Además, que el concepto de territorio está relacionado con la idea de dominio en un espacio determinado; está ligado a la idea de poder público, estatal o privado en todas las escalas (Montañez & Delgado, 1998, p.124). Por eso para comprenderlo, es preciso involucrar una perspectiva socio-histórica, las escalas mundial, nacional, regional y local, la dinámica política, los intereses y conflictos por el territorio; elementos que no se abordan en las corrientes de pensamiento hegemónicas.

2.3 Determinantes sociales de las inequidades en salud y la perspectiva espacial

El concepto de determinantes sociales de la salud surgió en el marco de las críticas a la corriente de pensamiento de la biomedicina que, reiteraban las limitaciones que tenían las intervenciones en salud sustentadas en los factores de riesgo de enfermedades, pues los resultados no evidenciaban mejoramiento de las condiciones de salud, y además se evidenciaban diferencias muy marcadas entre grupos sociales.

En el año 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) crea la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) con el propósito de movilizar conocimientos sobre los

determinantes sociales de la salud y poder establecer una “acción de política en los países de ingresos bajos y medianos donde las necesidades son mayores” (Commission on Social determinants of health- CDSS, 2007, p. 6).

Ese mismo año, en el documento Marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud (2005), se presentaron las teorías, definiciones y métodos centrales para la comprensión y abordaje de la salud. Si bien estas bases han tenido ajustes, sus fundamentos y métodos continúan vigentes y hasta el día de hoy ostentan la hegemonía explicativa de la enfermedad.

El modelo explicativo de la salud y la enfermedad, en la corriente de pensamiento de los determinantes sociales de las inequidades en salud, está configurado por niveles.

En el nivel más externo, se ubica el contexto socio político entendido como una serie de aspectos estructurales, culturales de un sistema social que influyen los patrones de estratificación social. En el siguiente nivel, se encuentran los determinantes estructurales que causan de manera directa la estratificación social y definen la posición socioeconómica individual. Dentro de ellos se encuentran la ocupación, educación, clase social, el ingreso, el género y la raza (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2005).

Finalmente, en un nivel interno, se encuentran los determinantes intermedios que determinan diferencias en el grado de exposición y vulnerabilidad a condiciones que “ponen en riesgo la salud” dentro de los que están las circunstancias materiales, factores psicosociales, factores conductuales y biológicos, y el sistema de salud (CDSS, 2007, p.67).

Si bien la corriente de los Determinantes sociales de las inequidades en salud, hace manifiesto un distanciamiento con el enfoque tradicional de factores de riesgo individuales de la enfermedad, argumentando que estos factores no explican suficientemente el “gradiente socioeconómico” en la salud, y que la atención médica no es el principal promotor del mejoramiento de esta, en el desarrollo de sus bases conceptuales se hace referencia a “factores [que] permiten que las personas permanezcan sanas”(p.4), “factores determinantes de las diferencias individuales de salud”(p.9), “factores que ponen en riesgo la salud”(p.15) (Commission on Social determinants of health (CDSS), 2007), que no hacen explícita tal diferencia con el enfoque biomédico tradicional.

Esta corriente de pensamiento asume la equidad sanitaria como valor central, y este valor ha sido sustentado en que una sociedad es justa en la medida que todos sus miembros tienen la

libertad de elegir entre una variedad de opciones deseables, el plan de vida que valoren como “bueno” y en este sentido, consideran que un gobierno justo es el que proporciona las condiciones adecuadas para que las personas puedan elegir, y en caso de ocurrir lo contrario, se tomen medidas para igualar oportunidades en salud (Commission on Social determinants of health (CDSS), 2007).

De este modo, se hace énfasis en el individuo y se apuesta como prioridad a políticas sociales redistributivas, pero no se insiste en la contracorriente que supone el ritmo acelerado de concentración de riqueza y exclusión social, propias de la acumulación de capital, en medio de la cual se tendrían que implementar dichas políticas sociales y de salud (Breilh, 2013).

En este sentido, con en esta propuesta de justicia redistributiva se pretenden reparar los daños producidos por el sistema económico mundial, sin embargo, esta debe construirse de tal manera que no altere ni transforme el mismo sistema los genera.

Sustentados en estos fundamentos, se realizan numerosos estudios en los que se continúan corroborando con suficiente evidencia, las abrumadoras diferencias entre la salud de las personas en desventaja social frente a las privilegiadas, para sustentar la ya consensuada idea de que la salud está socialmente determinada (Navarro, 2009). Además, se propone mejorar las condiciones de vida y luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, para así eliminar las desigualdades injustas en salud (Morales et al., 2013). Sin embargo, se habla de políticas sin procurar transformar la política y no se mencionan cuáles recursos deben movilizarse y ajustarse, ni cómo lograr una mejor distribución (Navarro, 2009).

En medio del discurso en el que se reconoce que la salud no se da en un vacío social, la biomedicina fue matizada con la perspectiva social y el concepto de espacio como contenedor tomó un matiz diferente y empezó a ser comprendido a la luz de la perspectiva espacial de la corriente de pensamiento neopositivista y toma elementos de la geografía del bienestar de la corriente radical o crítica, para para la implementación de indicadores territoriales.

La corriente de pensamiento de los Determinantes sociales de las inequidades en salud, asume la equidad sanitaria como valor central y la define como la ausencia de diferencias injustas y evitables en salud “entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente (Commission on Social determinants of health (CDSS), 2007, p.7).

En esta afirmación se hace alusión a la definición geográfica de diferencias como uno de los elementos generadores de inequidad, lo que señala la importancia del espacio en la salud, en el

sentido que este se constituye en un escenario que imprime características diferenciadoras a las personas que se ubican en él, así, el espacio marca patrones para la aparición de inequidades y desigualdades en salud.

Esto ocasiona que, en esta corriente de pensamiento, se varíen las escalas espaciales de análisis involucrando con mayor importancia a los ámbitos locales con el fin de enfocarse en la comprensión de diferencias espaciales.

Entonces teniendo en cuenta que previamente con la corriente de pensamiento posibilista regional la unidad de análisis era la región, esta corriente de pensamiento contempla escalas más particulares de análisis para enfocarse en el análisis de patrones diferenciales. Además, se incorporan diversos objetos de estudio como la distribución de enfermedades y servicios y la accesibilidad a dichos servicios, así como la comparación inter local de estos aspectos (Jori, 2013).

En el marco de esta perspectiva geométrica del espacio, se realizan mediciones de las distancias y tiempos en que lugares localizados en la superficie terrestre, se aproximan o separan unos de otros y de las personas (Delgado, 2003), lo que esta corriente de pensamiento en salud ha utilizado profusamente para la investigación epidemiológica y para la planeación de servicios.

En las investigaciones realizadas, se ha recurrido a técnicas estadísticas y cartográficas de análisis espacial, inscritas en la corriente neopositivista, para identificar la distribución de las enfermedades, tratar de explicar las variaciones espaciales de la incidencia de patologías a partir de leyes y explicar patrones de localización de eventos y equipamientos de salud (Jori, 2013).

Estos análisis, si bien contribuyen a comprender situaciones y al planeamiento en salud, convierten las estructuras sociales en variables, cosifica procesos en factores y fragmenta la realidad, incluso, al agregar distintas y complejas variables se proporciona un análisis lineal que no refleja del todo la complejidad del territorio ni de los procesos sociales e históricos que tienen un papel definitivo en la configuración del proceso salud-enfermedad (Breilh, 2013).

Entonces, en la corriente de los Determinantes sociales de las inequidades en salud, el espacio es comprendido como espacio concreto o porción de la superficie de la tierra con su diversidad, pero también como espacio relativo.

En este sentido, el espacio es asumido como una porción de la superficie terrestre donde ocurren fenómenos de diversa índole cuya distribución o frecuencia, deriva en una estructura

espacial (organización interna) que es producida a su vez, por diversos procesos espaciales (Peter Gould citado por Delgado, 2003).

Esta comprensión se fundamenta en la naturaleza relativa del espacio en donde es básica la distancia relativa. Esta se sustenta en el concepto de convergencia espacio-temporal de Donald G. Janelle, más adelante desarrollada por David Harvey como compresión espacio-tiempo, que se entiende “como "encogimiento" o "compresión" del mundo” (Delgado, 2003, p. 45).

Esta idea del espacio y la distancia relativa permite medir la variación a la que los lugares ubicados sobre la superficie terrestre se aproximan o se separan unos de otros en distancia-tiempo (Delgado, 2003).

En esta forma de comprender el espacio, que ha incorporado la corriente de pensamiento de los Determinantes Sociales, es importante el concepto de regiones nodales. Estas se entienden como sistemas espaciales abiertos que están constituidos por la interrelación de lugares con funciones similares, que son definidos por flujos de personas, mercancías y dinero y que se dan en función a las distancias desde un nodo o centro. (Delgado, 2003).

Este concepto, que lleva implícito el asunto de la medición, ha sido usado para el diseño de redes de prestación de servicios de salud.

En el año 2010 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publica el documento marco para la implementación de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en los países de las Américas. En este documento señalan que “las RISS procuran asegurar una distribución equitativa de sus unidades operativas y la proximidad geográfica a la población servida. Igualmente, las RISS se preocupan por atender tamaños poblacionales óptimos para facilitar el acceso a los servicios en oferta” (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2010, p.38).

Así, la organización de las redes de servicios se sustenta en los conceptos de espacio y distancia relativos y en las regiones nodales, lo que ha favorecido el análisis de la distribución de población y enfermedades, el estudio de patrones de la actividad médica y el “consumo” de servicios, permitiendo una planeación de servicios más sensible espacialmente (Jones & Moon, 1993).

Sin embargo, el diseño de las redes se ha centrado en criterios de ahorro de tiempo y dinero y eficiencia en el gasto, prevalece la preocupación por las relaciones espaciales entre individuos, lugares e instituciones y no por las características relacionadas con la salud en el territorio (Kearns, 1993). Además, en la conformación de dichas redes, no tienen centralidad los procesos

sociales, la percepción y apropiación de espacios, así como los significados y valoraciones que dan origen a un sentido de pertenencia o rechazo frente a los lugares dentro de esa red.

En la corriente de Determinantes sociales de las inequidades en salud se ha incrustado la utilización de factores geográficos para el análisis del acceso a los servicios de salud dentro de las redes. Tal es el caso del “modelo de las cuatro aes”, trabajado por el geógrafo Charles M. Good en 1987 (Jori, 2013 p.15). quien sugirió la existencia de:

Cuatro “barreras” que condicionan el acceso de la población a los servicios de asistencia sanitaria: *availability* (disponibilidad de los servicios), *accessibility* (transportes, carreteras, etc.), *affordability* (coste de la asistencia y de los tratamientos en relación a los ingresos) y *acceptability* (distancia socio-cultural entre la población y los profesionales sanitarios) (Jori, 2013 p.15).

Estos factores, posteriormente fueron complementados con el condicionante de calidad de servicios y se consideraron elementos “esenciales e interrelacionados” con el derecho a la salud, y permanentemente se utilizan para el diseño y evaluación de redes de servicios y modelos de atención en salud (Naciones Unidas, Comité derechos economicos, sociales y culturales, 2000 p.3).

Por otro lado y retomando las consideraciones de inequidad y desigualdades en la corriente de Determinantes sociales, se identifican relaciones con los postulados de la geografía del bienestar, por cuanto comparte las nociones de “indicadores sociales territoriales” para describir las desigualdades en salud (Smith, 1980 p.35).

Aunque la geografía del bienestar fundamentó algunas críticas a la corriente neopositivista, no desiste del uso de técnicas cuantitativas, pero hace énfasis en que los análisis con indicadores cuantitativos deben orientarse a resolver problemas como la degradación del medio ambiente, las desigualdades socio-económicas y el deterioro de la salud de las poblaciones (Jori, 2013).

La geografía del bienestar se refiere al bienestar general o social como “todas las cosas que contribuyen a la calidad de la existencia humana” (Smith, 1980 p.31), en este sentido, estudiar quién consigue qué, dónde y cómo, proporciona elementos para analizar las posibilidades de la vida de las personas.

Por su parte, la corriente de pensamiento de los Determinantes sociales de las inequidades en salud considera que una sociedad es justa en la medida que todos sus miembros tienen la

libertad de elegir el plan de vida que valoren como bueno y por tanto deben tener a su alcance condiciones adecuadas para poder elegir (CDSS, 2005).

En este sentido, el espacio también es interpretado como un escenario de “bienes y males” que proporciona a personas y a diversos grupos de población satisfacción o insatisfacción, en diferentes localizaciones y a distintas subdivisiones zonales entendidas como las escalas nacional, regional, barrial, local (Smith, 1980, p.31).

Por tanto, es fundamental reconocer la existencia de desigualdades como punto de partida para favorecer el bienestar, además se considera necesario el desarrollo de indicadores para describirlas y explicarlas.

La geografía del bienestar propone tres grandes tipos de indicadores: i) *outputs* o de resultados, es decir, indicadores del bienestar observado, ii) de necesidades, los cuales identifican las brechas o diferencias entre lo deseado y lo observado y iii) de efectividad en la satisfacción de necesidades, los cuales pueden tomar la forma de relación costo-beneficio o de funciones sociales (Smith, 1980 p.35,36).

La corriente de los determinantes sociales de las inequidades en salud ha involucrado el uso de este tipo de indicadores para la medición de desigualdades. A partir de cálculos estadísticos que involucran la renta, el consumo, el acceso a bienes y servicios e indicadores económicos, buscan identificar las diferencias entre individuos y grupos a diferentes escalas.

Estos análisis contribuyen en gran medida a continuar la denuncia frente a las abrumadoras diferencias entre la salud y bienestar de las personas en desventaja social frente a las privilegiadas, pero los análisis en esta corriente de pensamiento en salud se quedan cortos frente a los procesos intrínsecos que generan las desigualdades.

Preguntas como ¿Quiénes generan las desigualdades? ¿Cómo se generan? “¿Quiénes se benefician de las desigualdades que matan?” (Navarro, 2009, p. 440) quedan sin respuesta, y no se trata solo de denunciar las consecuencias sino de transformar las fuerzas que generan las inequidades y desigualdades en salud.

3 El concepto de territorio en el proceso de elaboración de los planes territoriales de salud en Colombia.

El presente capítulo tiene como finalidad analizar qué concepto de territorio soportó el proceso de elaboración de los Planes Territoriales de Salud (PTS) 2016-2019 en Colombia, como ejemplo aplicado de la incorporación del concepto en el campo de la salud.

Los Planes Territoriales de Salud se constituyen en uno de los instrumentos que permiten la implementación de la política pública nacional denominada Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP). Estos planes territoriales debían ser elaborados como parte integral de los planes de gobierno de los mandatarios en 32 departamentos, seis distritos y 1.101 municipios del país, y deberían contener los objetivos y las metas que, para mejorar las condiciones de salud de las poblaciones, orientaran por cuatro años a dichos gobiernos locales¹⁴.

Los PTS se elaboraron en el año 2016, año en el que Colombia contaba con 48.747.708 habitantes, donde el 49,37% (24.069.035) eran hombres y el 50,63% (24.678.673) mujeres (Ministerio de salud y protección social, 2016).

Para el mismo año, el 76,58% (37.332.955) de la población colombiana habitaba en las cabeceras municipales y el 23,42% (11.414.753) en el resto; y, se proyecta que para 2050 el 84,30% de la población esté concentrada en las áreas urbanas (Ministerio de salud y protección social, 2016).

Según las estimaciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas-DANE, las tasas de crecimiento natural en Colombia muestran un descenso a través del tiempo, pasando de 22,03 personas por cada mil habitantes en el quinquenio 1985-1990 a una tasa proyectada de 12,08 en el quinquenio 2015-2020, esto, en términos relativos representa una reducción del 45,17% en la tasa de crecimiento natural (Ministerio de salud y protección social, 2016).

¹⁴ Es preciso señalar que la organización de redes de prestación de servicios de salud no se encuentra incluida en este proceso de planeamiento territorial, debido a que en Colombia en el marco de la ley 100 de 1993, dicha organización está a cargo de las Empresas Promotoras de Servicios de Salud (EPS). Estas Empresas, para cumplir con las responsabilidades delegadas por el Ministerio de Salud, deben conformar redes de prestación de servicios, para lo que realizan contrataciones de forma independiente y autónoma con hospitales y clínicas o usan su propia red de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS).

Entonces, En el proceso de elaboración de los PTS no se incluye el análisis de la territorialización de los servicios de salud; su énfasis está en establecer los objetivos y acciones en salud pública.

La situación de salud del país ha presentado mejorías relacionadas con el descenso de la mortalidad evitable y la morbilidad. Sin embargo, persisten problemas en salud que afectan de forma más profunda a las personas en desventaja social frente a las privilegiadas.

En Colombia la mortalidad ha tendido al descenso y sus causas cambian conforme se produce la transición demográfica. La tasa de mortalidad de adultos por cada 1000 habitantes en el año 2005 fue de 144 y en 2016 fue de 137 (World Health Organization, 2019). La cifra para el año 2016 se encuentra cercana a la media latinoamericana que es de 143, y se considera alta si se compara con las tasas de países europeos como España que es de 56, o Francia que es de 71 en el mismo año (World Health Organization, 2019).

Entre los años 2005 y 2014, la primera causa de muerte en Colombia fue las agrupadas como enfermedades del sistema circulatorio; seguidas de las demás causas entre las que se cuentan las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, la diabetes mellitus, las deficiencias nutricionales y las neoplasias (Ministerio de salud y protección social, 2016).

Aunque la mortalidad por causas externas se ubica en el cuarto lugar de frecuencia, la carga de la mortalidad medida en años de vida potencialmente perdidos (AVPP), señala las causas externas, como primera causa de mortalidad prematura, revelando el peso que genera la violencia en la mortalidad en el país (Ministerio de salud y protección social, 2016).

Por su parte, la mortalidad infantil ha descendido en los últimos años. La tasa de mortalidad en menores de cinco años en el año 2000 era de 25 por 1000 nacidos vivos, en el 2005 descendió a 21,6 y en el año 2016 llegó a 15,2. Sin embargo, esta cifra sigue siendo alta si se compara con países como Chile (7,7), Alemania (3,8) y España (3,1) (World Health Organization, 2019), además, se trata de muertes evitables y consideradas injustas que deben ser sujeto de intervención de políticas públicas.

En este contexto, en el que es preciso concentrar esfuerzos para el mejoramiento de la salud y calidad de vida de la población, se emprendió el proceso de formulación de los Planes territoriales de salud en Colombia.

Dichos PTS se elaboraron bajo las directrices conceptuales y metodológicas de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud cuyo desarrollo tuvo como punto de partida que “la salud es el resultado de la trama de relaciones que se dan entre las dinámicas [poblacionales] demográficas, ambientales, sociales y económicas (PASE) presentes en el territorio” (Ministerio de Salud y Protección Social, (MSPS), 2015a, p.142).

A continuación, se realiza una contextualización de la estrategia que orientó el desarrollo del proceso, y posteriormente, se presentan los hallazgos del análisis.

3.1 Contextualización de la estrategia implementada para la elaboración de los PTS

La Estrategia PASE a la Equidad en Salud propuso una forma de planeamiento en salud para la que fijó unas bases conceptuales y metodológicas¹⁵ que resultaron de la integración de los postulados del Plan Decenal de Salud Pública del país fundamentado en los Determinantes Sociales de la Salud, y el modelo denominado BIT PASE (Balances de las tensiones que se generan en las Interacciones entre las dinámicas poblacionales, ambientales, sociales y económicas), el cual había sido usado para “procesos de ordenamiento territorial y planeación del desarrollo en Colombia” (MSPS, 2015a, p.70).

Este modelo BIT PASE, adaptado para el planeamiento en salud, reconoce en sus bases conceptuales “cuatro dimensiones del desarrollo que son constitutivas de la forma de organización de la existencia humana en el planeta: [las dimensiones] poblacional, ambiental, social y económica”, de ahí su sigla PASE (MSPS, 2015a, p.76).

Con la adaptación de este modelo se pretende involucrar, en el proceso de elaboración de los PTS, la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud, argumentando que estos provienen de cualquiera de las dimensiones PASE y que las dinámicas de dichas dimensiones interactúan con las situaciones o eventos en salud (MSPS, 2015a, p.84).

Los resultados de la interacción o “entramado de relaciones” entre las dinámicas PASE y las situaciones en salud, se expresan en diez dimensiones de la salud¹⁶, ocho prioritarias y dos transversales como se muestra en la figura 3.

¹⁵ Las bases conceptuales de la estrategia fueron publicadas en el documento “Lineamientos conceptuales de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud” y las metodológicas en el documento “Lineamientos metodológicos, técnicos y operativos. Estrategia PASE a la Equidad en Salud”. Ambos del Ministerio de Salud y Protección Social, en cooperación con el Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA y la Universidad Externado de Colombia.

¹⁶ En los documentos conceptual y metodológico de la Estrategia PASE a la Equidad en salud, las diez dimensiones en salud son también denominadas dimensiones prioritarias para la vida, porque así fueron denominadas en el Plan Decenal de Salud Pública del país.

Figura 3. Dimensiones prioritarias y transversales en salud

DIMENSIÓN TRANSVERSAL	DIMENSIONES PRIORITARIAS	DIMENSIÓN TRANSVERSAL
GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES	1. Salud ambiental	FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA
	2. Vida saludable y condiciones no transmisibles	
	3. Convivencia social y salud mental	
	4. Seguridad alimentaria y nutricional	
	5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	
	6. Vida saludable y enfermedades transmisibles	
	7. Salud pública en emergencias y desastres	
	8. Salud y Ámbito Laboral	

Fuente: MSPS. Lineamientos conceptuales Estrategia PASE a la equidad en salud. 2015. p.29

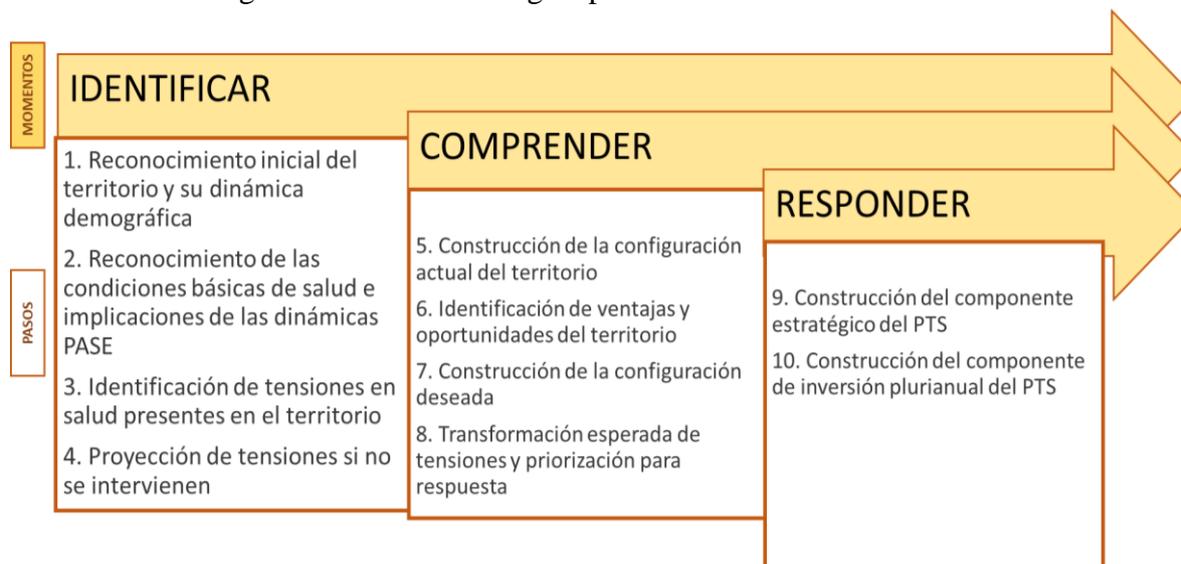
Al considerar que “el modelo BIT PASE interactúa con el Modelo de determinantes de la salud y explica la manera en que estos inciden en las condiciones de salud-enfermedad a nivel territorial”, se adoptó la Estrategia PASE a la Equidad en Salud, en adelante estrategia PASE, como el marco oficial para elaborar los Planes Territoriales de Salud en Colombia (MSPS, 2015a, p.79).

Por su parte, las orientaciones metodológicas de la Estrategia PASE contemplaron cinco procesos dentro de los que se encuentra el denominado “Ruta lógica para la formulación de Planes Territoriales de Salud”¹⁷, el cual estableció una secuencia metodológica de tres momentos y diez pasos con sus actividades para la elaboración de los PTS.

La metodología tiene tres grandes momentos metodológicos denominados “identificar”, “comprender” y “responder” (Figura 4). Cada uno de ellos se despliega en pasos que se entienden como etapas dentro de cada momento, y estos, a su vez, agrupan las actividades para la elaboración de los PTS.

¹⁷ El proceso denominado “Ruta lógica para la formulación de Planes Territoriales de Salud” se constituye en el centro de análisis de esta capítulo del trabajo, por cuanto fue el que orientó el paso a paso de la elaboración de los Planes territoriales de salud a nivel Nacional, sin embargo, la explicación de los pasos y actividades se realiza de manera resumida y destacando las actividades claves para el análisis del concepto de territorio.

Figura 4. Ruta metodológica para la Formulación de los PTS



Fuente: Elaboración propia a partir de los Lineamientos metodológicos, técnicos y operativos. Estrategia PASE a la Equidad en Salud. MSPS. p.25-27

EL MOMENTO IDENTIFICAR

La finalidad de este momento es obtener un panorama sobre las condiciones vigentes del “territorio” en cada una de las dimensiones del desarrollo PASE, en las diez dimensiones de la salud y las interacciones entre ellas (Ministerio de Salud y Protección Social, (MSPS), 2015b, p.63).

Este momento inicia con el paso de reconocimiento inicial del territorio y su dinámica demográfica, que incluye actividades para localizar en mapas a mano, los elementos de las dimensiones poblacional, ambiental, social y económica definidos en la metodología. Estos elementos consisten en límites administrativos, grupos de población, elementos biofísicos, zonas de amenaza y riesgo, infraestructuras de salud, educativas y de bienestar social; zonas de producción agrícola y pecuaria, de producción industrial, minero extractiva, entre otros.

Además, se realiza el análisis de indicadores referentes al tamaño, crecimiento, estructura, distribución y movilidad de la población.

De manera seguida, se identifican y describen situaciones que ocurren en el territorio en cada dimensión PASE y de salud, y se respaldan con los indicadores respectivos. Para esto, cada

dimensión se subdivide en grupos temáticos orientadores, para los cuales se identifican las situaciones e indicadores:

Ejemplo de la actividad de reconocimiento inicial del territorio dimensión ambiental

Componentes del desarrollo	Componentes asociados a las competencias sectoriales	Breve descripción de la situación presente	Indicadores
Ambiente Natural	Medio Ambiente y Recursos naturales		
	Emisiones		
	Condiciones del aire		
	Áreas de Riesgo y Amenaza (inundaciones, incendios, vulcanismo, movimientos de masa)		
	Clasificación y delimitación del territorio (Delimitación del suelo urbano, expansión, rural, rural-suburbano, protección)		
Ambiente Construido	Servicios públicos domiciliarios		
	Saneamiento básico		
	Espacio público		
	Movilidad (vías de acceso)		
	Vivienda		

Fuente: Elaborado a partir de Lineamientos metodológicos, técnicos y operativos. Estrategia PASE a la Equidad en Salud. MSPS

Ejemplo de la actividad de reconocimiento de condiciones básicas en salud

DIMENSIONES	COMPONENTES	ÁREAS DE OBSERVACIÓN	Breve descripción de la situación presente	Indicadores
Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas	Carga de enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo		
		Carga de enfermedades desatendidas.		
		Carga de enfermedades infecciosas por ETA y EDA.		
		Vigilancia y control de condiciones nuevas y reemergentes.		
		Carga de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).		
	Enfermedades inmunoprevenibles	Gestión integral del Plan Ampliado de Inmunizaciones.		
		Carga de enfermedades inmunoprevenibles.		
	Condiciones y situaciones endemo-epidémicas	Carga de enfermedades transmitidas por vectores.		
		Atención integral de enfermedades transmitidas por vectores.		
		Carga de enfermedades zoonóticas.		
		Atención integral de enfermedades zoonóticas.		

Fuente: Elaborado a partir de Lineamientos metodológicos, técnicos y operativos. Estrategia PASE a la Equidad en Salud. MSPS

Una vez terminadas las actividades para reconocer los elementos básicos en el mapa y describir las situaciones presentes en cada departamento y distrito, la ruta metodológica indica la

“identificación de tensiones en salud presentes en el territorio”. Este paso tiene gran importancia en el proceso ya que de este se despliegan los objetivos y metas sanitarias.

La identificación de una tensión consiste en describir las secuencias de acontecimientos interrelacionados que ocasionan un evento o una situación problemática en salud. En esta actividad, la información que se ha identificado en los pasos anteriores debe cobrar sentido y aportar en el análisis de los determinantes sociales de la salud (MSPS, 2015b, p.104).

Una tensión incluye además del reconocimiento de la situación o evento problemático en salud que se acompaña de una magnitud expresada en indicadores, la identificación de los factores que generan o causan dicha situación, los efectos o implicaciones que tiene, aquellas situaciones o condiciones que agravan la situación, a los que la estrategia denomina reforzadores, y el reconocimiento de elementos que contribuyen a mitigar o disminuir el impacto de la tensión, que se denominan liberadores (MSPS, 2015b, p.105).

MOMENTO COMPRENDER

Con relación a este momento metodológico, es importante anotar que se propone como una fase diferenciadora de otros procesos de planeación, argumentando que estos tradicionalmente “saltan” de la etapa de diagnóstico caracterizada generalmente por la recolección de información e indicadores, a la etapa de diseño de programas y proyectos, mientras que, este momento intermedio aporta una visión de conjunto de las condiciones vigentes en el territorio y de la forma como se ligan unas situaciones con otras, para generar la configuración territorial que explica los resultados de salud acontecidos (MSPS, 2015b, p.63).

En este momento se desarrollan tres actividades relevantes: la primera se refiere a la localización en el espacio, sobre un mapa geográfico, de las tensiones identificadas en el territorio. Para el ejercicio las tensiones se representaron con círculos de colores.

La segunda actividad busca establecer las agrupaciones de tensiones que comparten generadores, reforzadores y situaciones, ya que dichos elementos compartidos darán cuenta de un racimo, nodo o eje estructurante en el territorio, el cual articula la totalidad de los elementos presentes y permite comprender los determinantes de la salud (MSPS, 2015b).

La tercera actividad consiste en la explicación de forma sintética y mediante una imagen de la configuración del territorio, la cual resulta de la observación y análisis de la “localización y

distribución de los nodos o elementos articuladores y de los flujos de intercambio que los unen” (MSPS, 2015a, p.150).

En el documento conceptual una configuración se define como la “organización particular de los elementos que conforman un todo en donde cada elemento queda definido por el tipo de relaciones que guarda con los demás elementos y el lugar que ocupa en esa estructura” (MSPS, 2015a, p.173).

En este orden de ideas, refieren que “en la configuración de salud, cada una de las tensiones queda comprendida por el lugar que ocupa en la trama de relaciones y por la conexión de sentido que se establece entre ellas al relacionarlas espacial y temporalmente” (MSPS, 2015a, p.150).

De esta forma este momento metodológico busca comprender el entramado de relaciones que determinan las situaciones de salud, haciendo visibles los factores estructurales que requieren atención prioritaria.

En actividades posteriores de este mismo momento metodológico, se procede a la construcción de la configuración deseada, la cual se constituye en la transformación del escenario actual a un escenario futuro deseado, hacia el que se deberían dirigir los esfuerzos.

MOMENTO DE RESPONDER

Esta fase del proceso tiene como finalidad definir el componente estratégico y de inversión en salud. A partir de la identificación de los nodos o ejes estructurantes y la configuración territorial realizada en pasos anteriores, se define la visión, los objetivos y metas estratégicos del PTS, y a partir de las tensiones identificadas por cada dimensión de salud, se definen objetivos y metas sanitarias (MSPS, 2015b, p.183).

Todo el componente estratégico compuesto tanto por objetivos y metas estratégicas, como por objetivos y metas sanitarias, así como por el plan presupuestal, orientan la construcción de los planes de acción en salud con que se implementa el plan territorial de salud.

3.2 Distintas comprensiones del concepto de territorio

La definición de territorio encontrada en el documento conceptual que sustentó el proceso de elaboración de los PTS se identificó en un encarte o explicación marginal fuera del cuerpo del texto, que señaló que, el territorio es “entendido como la apropiación y transformación de espacios geográficos con características demográficas y ambientales particulares” (MSPS, 2015a, p.88). Sin embargo, esta frase no se desarrolló con otros postulados, ni adquirió relevancia en el texto. La ausencia de una definición clara, o de un acuerdo en cómo se iba a comprender el concepto de territorio, generó múltiples comprensiones de él.

En este aparte del trabajo se hará referencia a las diversas comprensiones que tuvo el concepto de territorio en el proceso de planeamiento. Estas fueron analizadas a partir del conjunto de menciones, en los lineamientos conceptuales y metodológicos de la Estrategia PASE, que utilizaron el concepto de territorio; y a partir de la revisión de tres PTS que permiten ejemplificar los hallazgos.

Adicionalmente, se señalarán algunas dificultades identificadas en la aplicación del concepto en el proceso de planeamiento.

La selección de los PTS¹⁸ para ejemplificar los hallazgos se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Pertener al nivel departamental, ya que al constituirse en la escala territorial de mayor nivel después del nacional, se procura una homogeneidad respecto a los agentes participantes y las competencias asignadas por ley.
- Pertener a departamentos con diferencial peso demográfico, que a pesar de que son el mismo nivel político-administrativo, tengan diferente cantidad de población.
- Presencia de grupos étnicos distintos, lo que sugiere una lectura cultural y de arraigo diferente en cada territorio.

¹⁸ Los PTS con los que se ejemplifican los hallazgos se encuentran publicados en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, son de acceso libre y corresponden a los departamentos de Arauca, Vichada y Nariño.

-Departamentos con un PIB a precios corrientes, con valores diferenciales entre ellos, lo que da heterogeneidad respecto al crecimiento económico.

-PTS con información completa en todos los pasos y actividades de la metodología, con imágenes legibles, disponibles en el Portal Web Gestión PDSP del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Tabla 1. Características de los Departamentos cuyos PTS ilustran los hallazgos

Criterio	ARAUCA	NARIÑO	VICHADA	Fuente
Nivel	Departamental	Departamental	Departamental	
Población 2015	262.315 habitantes	1.744.228 habitantes	71.974 habitantes	ASIS Departamental 2015
Presencia de diversos grupos étnicos	Población Indígena 2.24% Afrocolombianos 4,05%	Población indígena 12.6 % Afrocolombianos 20.4 %	Población indígena 39.61% Afrocolombianos 2.50%	ASIS Departamental 2015
PIB a precios corrientes (miles de millones de pesos)	4.346	14.120	605	DANE 2017 (Base 2015)
Información disponible	Completa	Completa	Completa	Portal Web Gestión PDSP

Elaboración propia

De acuerdo con un sondeo inicial para identificar la frecuencia de uso del término territorio en el proceso, se encontró que en los “Lineamientos conceptuales de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud”, la palabra territorio se mencionó literalmente en 159 oportunidades a lo largo de sus 207 páginas y en los “Lineamientos metodológicos, técnicos y operativos”, el término se encontró 292 veces en 260 páginas. Esta frecuencia en el uso del término territorio reiteró la centralidad del concepto en el proceso.

La comprensión del territorio en la elaboración de los Planes territoriales de salud confluyó en tres grandes conceptos:

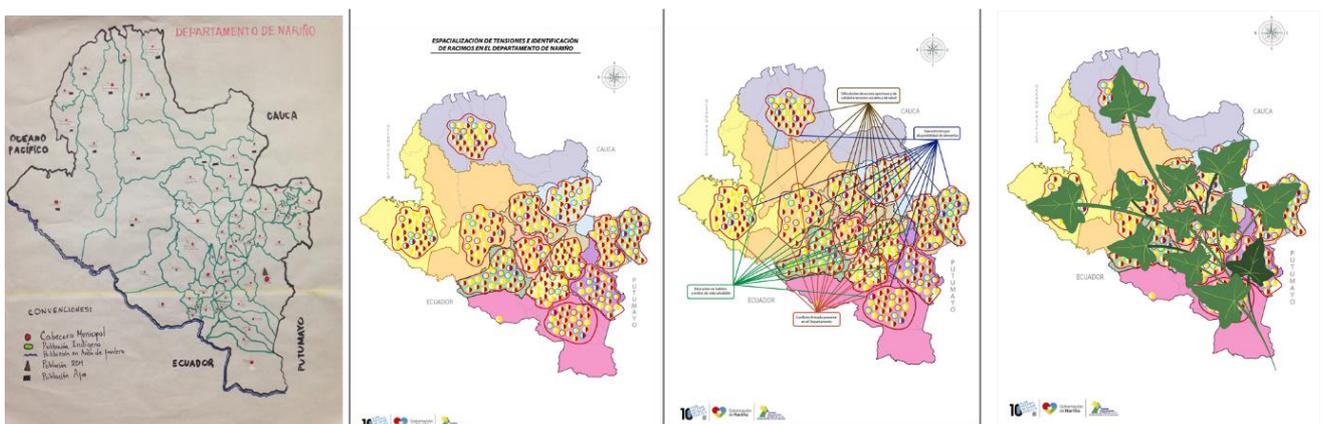
1. Territorio como circunscripción administrativa.
2. Territorio como contenedor de cosas, personas y situaciones.
3. Territorio y perspectiva espacial.

El concepto de territorio como circunscripción administrativa se encontró principalmente, en el encuadre del proceso en el ciclo de la gestión pública y en el momento metodológico denominado “responder”, aunque fue el concepto predominante durante la elaboración de los PTS.

En el transcurrir del proceso se fueron integrando al concepto distintos elementos de las denominadas dimensiones PASE y de salud y entonces, se comprendió el territorio como contenedor de personas, cosas y situaciones. Este concepto predominó en el momento identificar.

Posteriormente, en el momento metodológico de comprender, se insertó la interrelación de fenómenos y su distribución espacial, lo que aludió al concepto de espacio relativo. Esta comprensión del territorio sobresalió en las actividades centrales de la metodología denominadas identificación de tensiones, identificación de racimos y ejes estructurantes y configuración territorial.

Figura 5. Representación de los conceptos de territorio



Fuente: Tomado de Portal Web PDSP. PTS Nariño: P2M1P1A1, P2M2P5A9, P2M2P5A10, P2M2P5A11

En síntesis, se puede afirmar que al ir agregando de manera acumulativa distintos elementos de análisis, la comprensión del territorio fue adquiriendo complejidad. Inició con una comprensión como porción de la superficie terrestre donde se ubican personas, objetos y situaciones derivadas de la relación entre ellos, y finalizó comprendiéndose como escenario de interacciones sociales que derivan en una organización y estructura específicas (figura 5). Aunque, la idea de territorio con límites administrativos rígidos acompañó estas comprensiones durante todo el proceso.

3.2.1 Territorio como circunscripción administrativa

El concepto de territorio como circunscripción administrativa se derivó del uso instrumental o funcional que se hizo de él en el proceso. Este concepto fue utilizado para hacer referencia a las “entidades territoriales” tal como se establecen en la Constitución Política de Colombia que, en el marco de la descentralización administrativa, corresponden a departamentos, distritos y municipios. Estas entidades territoriales son entendidas como las “entidades administrativo-territoriales de menor nivel”, en las que se “reparte la administración del Estado” (Ministerio de Relaciones Exteriores, 2014, p.1)

En este caso, el concepto de territorio como circunscripción administrativa, se constituyó en un llamado a observar el marco normativo, a promover relaciones institucionales y a un riguroso cumplimiento de las funciones y competencias.

Según lo estipulado en los lineamientos conceptuales, “los PTS se elaboran en los departamentos, distritos y municipios, con base en las competencias, necesidades, condiciones y características de su territorio” (MSPS, 2015a, p.46).

En esta comprensión del territorio se concretó entonces el predominio de la lógica gubernamental y normativa propia de procesos de planeamiento tradicionales, lo que advirtió límites administrativos rígidos para el análisis y para la organización de respuestas en salud, al mismo tiempo que se indicó que las acciones debían estar orientadas al cumplimiento de la legislación vigente de acuerdo con su nivel.

Al respecto, en el proceso de elaboración de los PTS se hizo referencia a que los ejes estructurantes y la configuración territorial, que se identificaron en el momento comprender y que se constituyen en determinantes sociales de la salud, debían encuadrarse y adaptarse al marco de decretos y resoluciones normativas:

“Este ejercicio se nutrirá de la lectura cruzada entre competencias de ley en materia de salud y de otros sectores, tomando en cuenta, además, la evaluación de los recursos disponibles, de manera que las acciones e intervenciones propuestas resulten viables y técnicamente posibles” (MSPS, 2015a, p.151).

Por otra parte, el concepto de territorio como circunscripción administrativa indicó que la escala territorial para organizar la salud se sigue definiendo a partir de criterios administrativos, por tanto, la escala sigue siendo el departamento, el distrito y el municipio, cuyos rectores

(gobernadores y alcaldes) tienen a cargo dirigir, coordinar y vigilar el sector salud en su jurisdicción.

En este contexto, y bajo la consigna de un aparente aumento de costos de la salud e insuficiente presupuesto, a los rectores de dichas entidades territoriales se les demanda el cumplimiento de sus funciones con el menor gasto posible, lo que se constituye en uno de los problemas para incorporar el territorio en política pública en salud.

Esto se constituye en un problema en la medida que por ganar en eficiencia, se ha impuesto la idea de que el enfoque de territorio corresponde a la realización de diagnósticos “geográficos” a partir de indicadores de salud, para señalar los lugares donde se deben ubicar los esfuerzos (Giblin, 2011), es decir, para definir dónde invertir de manera priorizada los recursos. Estas priorizaciones responden a una lógica de mercado y no responden a los procesos sociales que configuran el proceso salud-enfermedad que son los que deben ordenar en primer lugar las propuestas en salud.

Si bien, en las orientaciones conceptuales del proceso de elaboración de los PTS, también se usó el concepto de territorio para referirse a interrelaciones entre fenómenos y situaciones, dominó en gran parte del proceso la lógica del territorio como división político-administrativa, lo cual se constituyó en una dificultad para comprender el territorio como un todo complejo de producción social en donde se generan procesos destructivos y protectores que condicionan la salud de las personas.

Así, el pensamiento integral e innovador en salud se vio limitado, se favoreció la fragmentación del territorio, se restringió la comprensión de los procesos sociales que desbordan los límites administrativos, además, se transmitió una idea de cerramiento y de limitación en las actuaciones de la población y de los gobernantes como lo enseña el siguiente aparte del documento conceptual del proceso:

“Los determinantes estructurales se expresan como aquellas condiciones presentes en los territorios sobre las cuales tanto los individuos como las colectividades y las instituciones locales tienen escasa o ninguna capacidad de control o transformación a corto y mediano plazo, bien sea porque dependen de las estructuras y dinámicas macro de mayor jerarquía, porque no tienen competencias para transformarlos, porque su capacidad de respuesta es escasa o nula frente a tales condiciones o porque están fuera de su control directo” (MSPS, 2015a, p.86).

Esta conceptualización, se tradujo en casos concretos de impotencia o indiferencia frente a situaciones que desbordan las competencias asignadas por ley:

“Es importante señalar que otro de los aportantes de contaminantes atmosféricas es el complejo petrolero Caño Limón, por los procesos industriales que realizan en la extracción de petróleo y los resultados de las pruebas isocinéticas, son entregados a la Autoridad Nacional de Licencias Ambientales ANLA” (Unidad Administrativa Especial De Salud De Arauca, 2016, hoja P2M1P1A3 y P2M1P2A4 párr. 3).

Esta situación identificada como un determinante de la salud que excedía las competencias de la autoridad sanitaria no tuvo continuidad en el contenido del PTS, es decir, no se incluyó en los análisis de tensiones, ni en la configuración territorial y por tanto no se incluyó tampoco en la fase de respuesta que concretaba los objetivos y metas del Plan Territorial en Salud.

Sobre las consideraciones anteriores, se puede decir que el concepto de circunscripción administrativa en el proceso de elaboración de PTS pudo ocasionar la exclusión en el análisis, de realidades sociales que configuran el bienestar y malestar de las poblaciones.

No se desconoce que la legislación o marco normativo tenga un papel necesario a la hora de un proceso de planeación pública, sino que se convoca a construir políticas y programas en salud en las que prime sobre lo administrativo, la comprensión del territorio y sus procesos de territorialización, que se orienten a la transformación de procesos de opresión, exclusión y despojo que genera modos de vivir malsanos y que se ponga en juego una re-organización de unidades territoriales de salud que no respondan a la tradicional división político-administrativa.

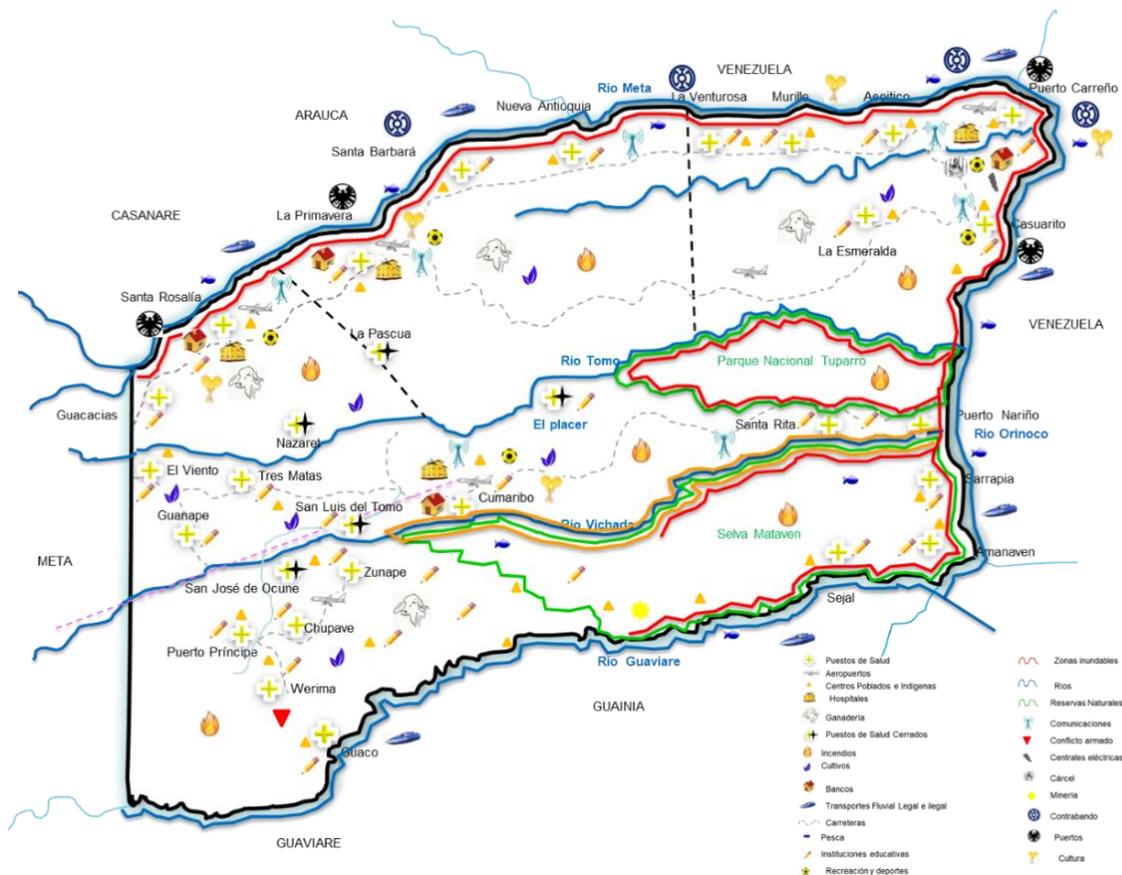
3.2.2 Territorio como contenedor de objetos, personas y situaciones

El concepto de territorio como contenedor hizo referencia a una porción de la superficie terrestre en donde se localizan objetos (naturales y artificiales) y seres humanos, así como las situaciones derivadas de las relaciones entre ellos.

En el paso metodológico denominado “reconocimiento inicial del territorio” se hizo alusión al territorio como un terreno que tiene unas características físicas específicas y unos límites identificables, dentro del cual se ubican grupos de población, infraestructuras, bienes y servicios y se demarcan zonas de interés económico.

En esta fase del proceso, el territorio se comprendió como un *container* con existencia independiente de los fenómenos contenidos en él en el sentido que, se instó a la identificación y localización de elementos inscritos en las dimensiones poblacional, ambiental, social y económica, sin embargo, hasta ese momento no se realizó ningún tipo de análisis y se limitaron a hacer un inventario de los objetos que existen dentro de cada departamento y distrito según las indicaciones metodológicas.

Figura 6. Representación del territorio como contenedor



Fuente: Tomado de Portal Web Gestión PDSP. PTS Vichada P2M1P1A1

Posteriormente, se integraron a la comprensión del concepto, las situaciones ocurridas dentro de un espacio concreto, las cuales se identificaron y sustentaron a partir de la interpretación de indicadores.

Según lo dispuso la ruta metodológica, para el reconocimiento integral del territorio “se realiza una breve descripción de la situación presente en la entidad territorial... y se consignan los principales indicadores de referencia...” (MSPS, 2015b, p. 73).

Comprender el territorio a partir de indicadores permite realizar distintas mediciones, interpretaciones y análisis, pero supone algunas dificultades, que en este proceso se relacionan con las fuentes de información.

En esta fase de elaboración de los PTS, el reconocimiento de dinámicas básicas respondió a la información derivada de diversos sistemas de información que tenían distintos niveles de especificidad y confiabilidad, lo que supone algunas limitaciones como la irregularidad en la integración de datos de los diferentes agentes en el territorio, por ejemplo, los sectores privados con los gubernamentales y comunitarios como se evidenció en el siguiente PTS:

“El 2006 es el año donde se presenta el menor número de nacimientos, probablemente se relacione con en el subregistro de estadísticas vitales y la ocurrencia de partos no institucionales, teniendo en cuenta las características de la población departamental con un predominio indígena, en donde su primera opción es el parto domiciliario por partera...En el 2012 nuevamente aumentan las cifras de nacimientos reflejando un fortalecimiento en las estadísticas vitales del Departamento, es importante resaltar que para este año las Registradurías Municipales inician el proceso de certificación de aquellos hechos vitales que ocurren a nivel domiciliario y el municipio de Cumaribo realiza un levantamiento de estas estadísticas” (DTS Departamento de Vichada, 2016, P2M1P1A2).

Adicionalmente, la comprensión del territorio a partir de indicadores, pudo dificultarse porque los promedios o medias estadísticas encubren diferencias sensibles entre unos espacios y otros, también por información incompleta o subregistros que dificultan conocer la desigual distribución de problemas sociales y de salud, identificándose “áreas enigmas” (Iñiguez Rojas, 1998, p.705) reflejo de la ausencia o mala calidad de información:

“...existen varios factores que inciden sobre la llegada de nuevas persona[s] al Departamento, algunas posibles causas son la minería ilegal y cultivos ilícitos, sin tener evidencias documentadas... la tasa bruta de migración está en valor positivo lo que indica que la inmigración es mayor que la emigración, no se tiene documentado información de la población que emigra del departamento” (Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2016, P2M1P1A3)

Entonces las situaciones, con sus indicadores, se utilizaron para fines descriptivos, además las mediciones y la escala se definieron según división administrativa lo que pudo favorecer la generalización de situaciones, la exclusión de procesos en espacios segregados y de fenómenos

ubicados en zonas limítrofes, que no permiten comprender el territorio como producto de relaciones sociales, sino que se sigue reforzando el concepto de territorio como *container* con existencia independiente de su contenido.

Este concepto de territorio recoge varios de los elementos que se expusieron en la corriente de pensamiento posibilista regional, por cuanto se realizó la identificación de condiciones físicas del terreno, la localización de objetos dentro de él y la descripción de situaciones, pero estos elementos, en este punto del proceso, se ven como fenómenos estáticos que no se explican, sino que sólo se describen.

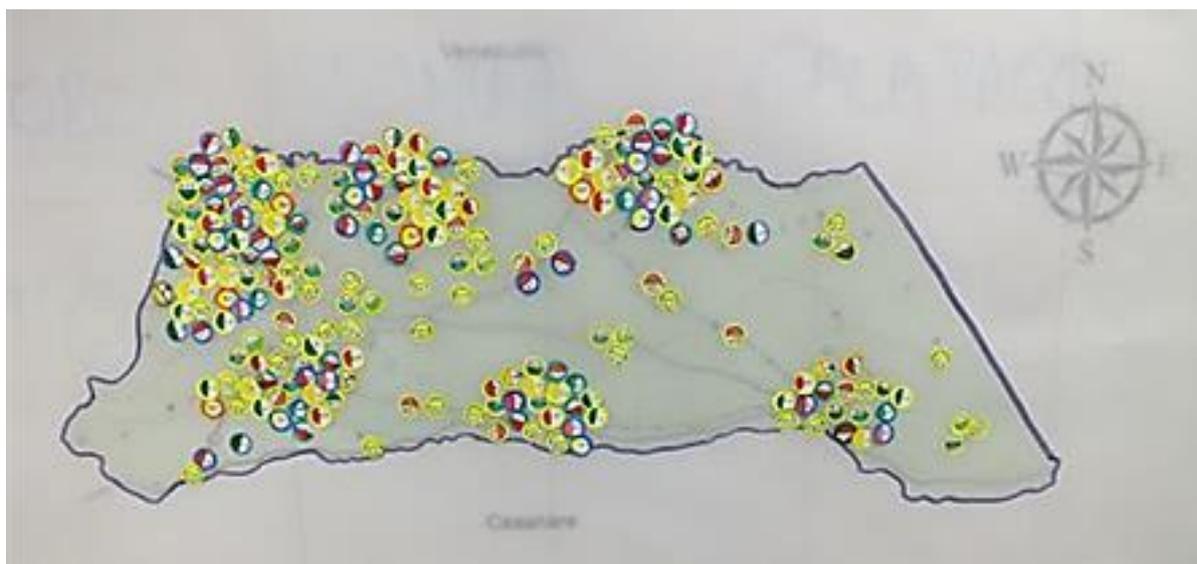
3.2.3 Territorio y perspectiva espacial

En el proceso de elaboración de los PTS tanto en el paso de identificación de tensiones como en el momento de comprender, predominó el concepto de territorio, incorporando algunos elementos de la corriente de pensamiento neopositivista, como espacio.

Retomando lo dicho en el aparte teórico del presente trabajo, el espacio en la corriente neopositivista se comprende como la superficie terrestre donde ocurren fenómenos de diversa índole cuya distribución origina una estructura espacial que, es producida también, por diversos procesos espaciales (Delgado, 2003).

En este sentido, la identificación y espacialización de las tensiones, así como la identificación de nodos, racimos o ejes estructurantes, se ajustan a esta conceptualización, por cuanto se identificaron secuencias de acontecimientos que ocasionaban problemas en salud, que fueron localizadas en el mapa geográfico de la entidad territorial (figura 7), con el fin de identificar sus interrelaciones (figura 8), la manera en que se distribuían en el espacio y la estructura en la que se organizaron.

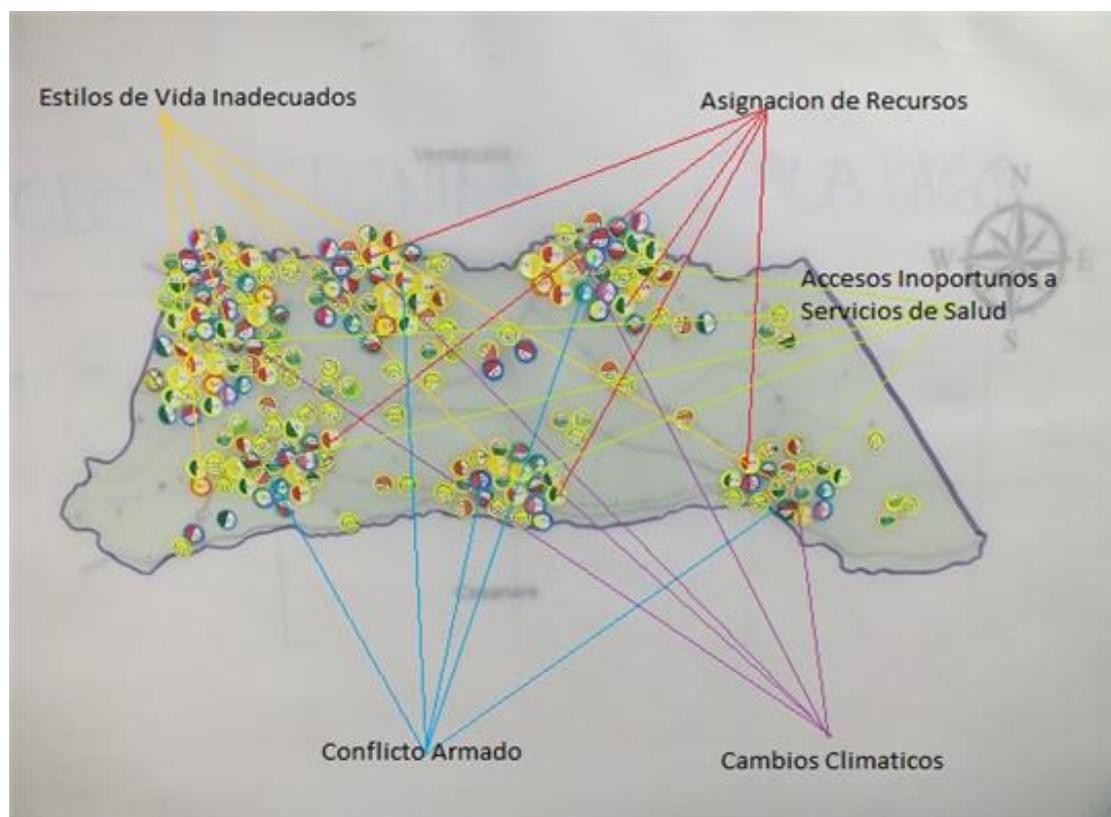
Figura 7. Espacialización de las tensiones



Fuente: Tomado de Portal web de Gestión PDSP, PTS Arauca P2M2P5A9.

Cada uno de los círculos de color representan una “tensión” o secuencia de acontecimientos que determinan una situación problemática en salud. La ubicación en su lugar de ocurrencia se realizó para luego identificar su “confluencia o superposición en zonas específicas del territorio” (MSPS, 2015b, p.146).

Figura 8. Identificación de racimos y ejes estructurantes



Fuente: Tomado de Portal web de Gestión PDSP, PTS Arauca P2M2P5A10

No obstante, y teniendo en cuenta que en la corriente de pensamiento neopositivista las mediciones son imprescindibles para el estudio del espacio, es preciso señalar que este aspecto no se cumplió en el proceso de elaboración de los PTS, toda vez que a pesar de que en las tensiones siempre se incluyeron magnitudes expresadas en indicadores y posteriormente se le asignaron valores numéricos para su priorización, no se realizaron mediciones de ningún tipo con los datos recopilados.

La espacialización de tensiones en mapas geográficos tampoco se empleó para mediciones de distancia o distancia-tiempo. Tampoco se emplearon métodos estadísticos para estimar relaciones entre variables, explorar relaciones o entender factores claves.

El interés por la estructura espacial y los procesos sociales que la configuran se enfocó en las interrelaciones entre ellos, con el fin de explicar la salud-enfermedad en cada departamento y decidir las actuaciones que en materia de salud se deberían implementar.

Si bien, no se utilizaron métodos cuantitativos, a pesar de contar con insumos que son una gran oportunidad para futuras investigaciones, la comprensión del territorio está relacionada con los postulados de la corriente neopositivista que recurre al análisis de problemas en el espacio, a partir de los flujos o procesos que conforman una estructura y sus interrelaciones, para así establecer de manera informada, la ubicación de bienes y servicios para atender una población determinada.

Las actividades de identificación de tensiones, su espacialización y la identificación de racimos fueron el insumo fundamental para la identificación de la configuración territorial.

Esta identificación de la configuración del territorio tuvo como finalidad ofrecer una visión integral de las interacciones ocurridas en el espacio en materia poblacional, ambiental, social, y económica, que explicaran la ocurrencia de situaciones problemáticas e inequidades en salud.

En los resultados del ejercicio de configuraciones es importante destacar, algunos casos que introducen a la comprensión del concepto de territorio elementos de identidad y relaciones de poder y dominio, claves en la comprensión de su papel en el proceso salud-enfermedad.

La configuración territorial del departamento de Arauca (figura 9) fue descrita mediante la figura de un toro, animal emblemático de su cultura llanera.

Figura 9. Representación de la configuración Territorial: “El Toro Galopante”



Fuente: Tomado de Portal web de Gestión PDSP, PTS Arauca P2M2P5A11

En esta configuración territorial se describió el conflicto armado como uno de los determinantes sociales de la salud en el departamento:

“...Su frente y cornamenta enfrenta valiente y estoicamente el conflicto armado, germen de toda suerte de infortunadas circunstancias manifestado en población desplazada, campos minados, enfrentamientos armados, extorsión y atentados terroristas, dificultando así mismo la movilidad en todo el territorio, afectando intercambios comerciales, la disponibilidad de alimentos, provocando discapacidades, muertes prematuras y toda clase de afectaciones en la salud mental e incrementando los costos de vida y la demanda de servicios de salud” (Unidad Administrativa Especial De Salud De Arauca, 2016, hoja P2M2P5A11).

En esta descripción hay un reconocimiento de la existencia de un conflicto armado que configura un proceso destructivo de la vida y la salud en la población. También reconoce una lucha social que ha resistido los embates de la guerra, pero este proceso territorial no fue analizado con mayor profundidad, su descripción fue una causa-efecto que no vinculó los procesos históricos de militarización, despojo y ocupación que transforman el territorio y que, además, configuran modos de vida y determinan de salud de la población.

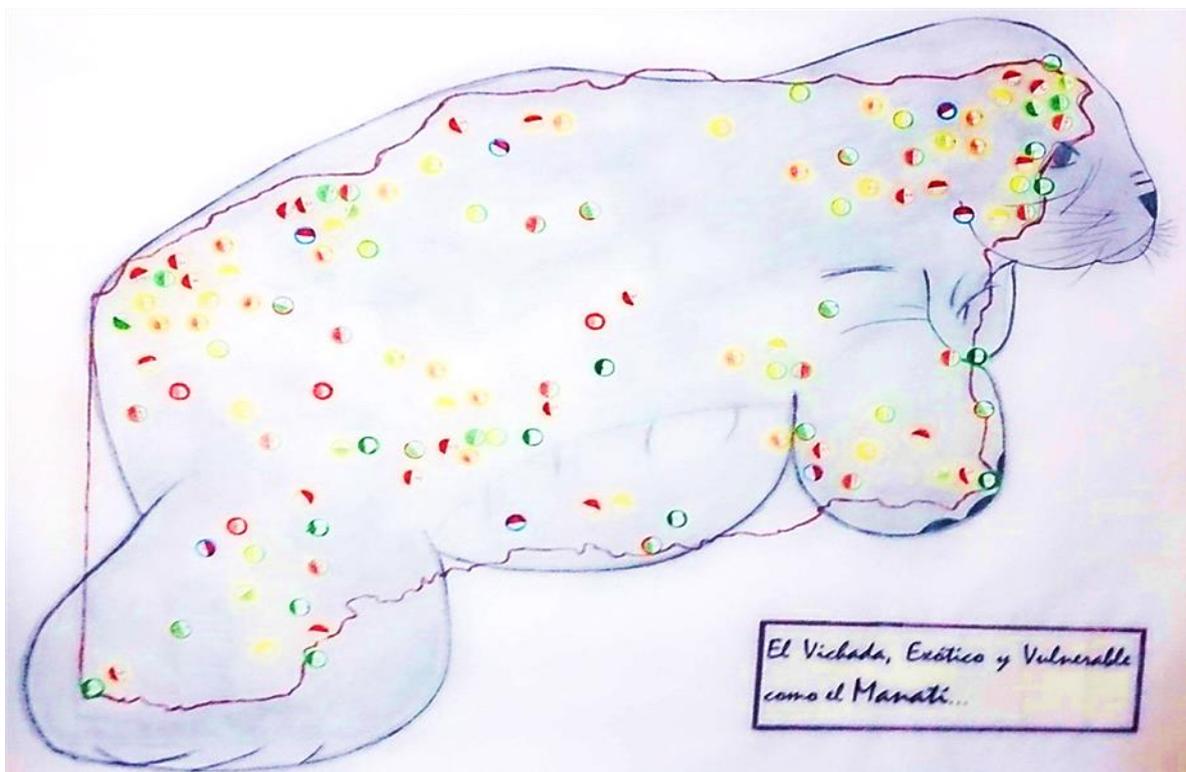
De igual forma en la configuración territorial descrita en este PTS se menciona que:

“Su vientre personaliza la población de Puerto Rondón, un poco aislada y abandonada a su suerte, pero no menos importante porque su virgen territorio dedicado históricamente a la ganadería se está convirtiendo en foco de interés forestal y de nuevas exploraciones petroleras” (Unidad Administrativa Especial De Salud De Arauca, 2016, hoja P2M2P5A11).

En este aparte, se describe cómo el territorio se ve obligado a adquirir unas características específicas en función de los actores hegemónicos, en el sentido que se transforma para responder a una economía dominante, sin embargo, no se explicó en la configuración, cómo se dan estas transformaciones y la manera en que generan modos de vivir mal sanos.

Otro ejemplo con elementos adicionales a la perspectiva espacial es el PTS del departamento del Vichada. Su configuración territorial fue explicada a través de la imagen de un Manatí (figura 10) que “al igual que el departamento es extenso, grande y robusto, aun así, es poco visible pese a la importancia de su presencia y conservación...” (PTS Vichada P2M2P5A11).

Figura 10. Representación de la configuración Territorial: “Vichada exótico y vulnerable como el manatí”



Fuente: Tomado de Portal web de Gestión PDSP, PTS Vichada P2M2P5A11

Con este enunciado se hizo referencia a la forma como los participantes del proceso perciben su departamento dentro del contexto nacional. Ellos se identifican como un departamento de gran extensión territorial, con una gran biodiversidad y riqueza natural, pero vulnerable frente a la degradación ambiental que enfrenta recientemente.

En la configuración territorial de este departamento se describe como uno de los ejes estructurantes el modelo de salud, que no da respuesta a las necesidades de la población étnica y rural dispersa:

“Vichada al igual que el Manatí, cuenta con características particulares, dada su diversidad étnica, con la presencia de los pueblos indígenas: Sikuani, Piapocos, Salivas, Cubeos, Curripacos, Amoruas, Puinabes, Yaruros y los Piaroas, los cuales deben ser cuidados y conservados, generando modelos de atención en salud con enfoque diferencial que actualmente carece el territorio y son fundamentales para responder a sus necesidades en salud” (DTS Departamento de Vichada, 2016, P2M2P5A11).

En este ejercicio, se reconoce la importancia de la salvaguarda étnica y de una atención diferencial; sin embargo, no se vinculan al análisis las desigualdades producidas por la apropiación indebida de recursos que han desplazado a las comunidades indígenas, no se incluyen los procesos histórico-territoriales de dominación sobre grupos étnicos en desventaja social, que han ocasionado su desterritorialización y el condicionamiento de la salud física y psicológica por el despojo de sus territorios ancestrales.

Analizando estas configuraciones territoriales, vale la pena decir que la comprensión del concepto de territorio en el proceso de elaboración de los PTS conduce a un debate entre las corrientes de pensamiento de la Determinación social del proceso salud-enfermedad y de los Determinantes sociales de las inequidades en salud, porque las configuraciones reflejan la forma en que comprenden y explican la salud y la enfermedad y no necesariamente su comprensión del territorio.

Por eso, se puede decir que mientras las descripciones de las configuraciones intentan incorporar elementos de territorialidad y territorialización explicados por la corriente radical o crítica de la geografía, la secuencia metodológica, adaptada al modelo de los Determinantes sociales, los orienta por la perspectiva espacial de la corriente neopositivista.

Finalmente, es posible decir que, en el proceso de elaboración de los PTS, se fueron incluyendo paulatinamente elementos territoriales básicos para la comprensión de la salud y se promovió la idea de que en el territorio se encuentran las claves analíticas para comprender el proceso salud-enfermedad. Sin embargo, los conceptos de territorio como circunscripción administrativa, como contenedor de elementos y situaciones y la idea de un espacio abstracto, no permitieron avanzar en un análisis del territorio que se constituye en procesos de territorialización y territorialidad, que se organiza y se transforma bajo una lógica de producción que va en contra de la salud y que está basada en mecanismos malsanos de despojo y dominación y depredación del medio ambiente.

Síntesis explicativa

Los conceptos de espacio y territorio han sido objeto de diversos debates pues variadas son las disciplinas que desde sus visiones, interpretaciones e intereses le atribuyen determinadas características y significados. Por su parte, la geografía ha debatido permanentemente estos conceptos y los ha reconstituido constantemente, y la salud ha incorporado diversos conceptos de espacio y territorio con diferentes acepciones, cierta ambigüedad y un uso plurisemántico que ha dificultado su comprensión.

Las distintas formas de comprender el espacio y el territorio, en las áreas científicas salud y geografía, ponen de relieve que, desde sus disciplinas, los pensadores asumen, dentro de una gama de posibilidades, alguna forma de entender el mundo, alguna cosmovisión, y que al interior de esas formas se comparten fundamentos epistemológicos y ontológicos; es decir, formas de conocer el objeto y de concebirlo.

En medio de sus debates teóricos, ambas disciplinas se han agrupado en corrientes de pensamiento que han asumido formas de comprender y explicar sus objetos de estudio. En la geografía, los estudiosos del espacio y el territorio se encuentran, generalizando, en tres corrientes de pensamiento desde comienzos del siglo XX hasta nuestros días: posibilista regional, neopositivista y radical o crítica.

En salud, en este mismo recorrido temporal, se han agrupado según la manera en la que comprenden la salud y la enfermedad en tres corrientes de pensamiento: biomedicina, determinación social del proceso salud-enfermedad y determinantes sociales de las inequidades en salud.

Entre las corrientes de pensamiento de la salud y la geografía, se evidencian relaciones a la luz de los conceptos de espacio y territorio, ambas integran a la comprensión de dichos conceptos, la complejidad de las interacciones hombre-medio y los procesos sociales.

En la corriente de pensamiento de la biomedicina, que emerge hacia mediados del siglo XX, comprende el espacio como una porción de la superficie terrestre que contiene al huésped, al agente y al medio, así como la relación entre ellos, es decir, entre el ser humano, el causante de la enfermedad y el medio ambiente que los rodea.

Esta comprensión ecológica del espacio se relaciona con los postulados del pensamiento posibilista regional en la geografía, por cuanto esta estudia el espacio concreto y su contenido que son los objetos y la relación hombre-medio.

Las relaciones entre estas corrientes de pensamiento se evidencian de manera clara con los “complejos patógenos” del geógrafo Maximilien Sorre, los cuales se entienden como sistemas ubicados en lugares específicos de la superficie terrestre, que involucran un conjunto de elementos biológicos y ambientales alrededor de una determinada enfermedad.

Así, ambas disciplinas comprenden el espacio como una parte de la superficie de la tierra en donde existen combinaciones de elementos, incluido el hombre, que mantienen un vínculo que es el medio ambiente que los rodea.

Los conceptos de la corriente posibilista regional integrados con la salud, potenciaron la realización de mapas con la localización de patologías, para describir, más que explicar, las características comunes encontradas, lo que permitía luego definir regiones. Entonces, la unidad de análisis fue la región y el espacio como contenedor de características.

Posteriormente, en los años setenta del siglo XX la corriente de pensamiento de la Determinación social del proceso salud-enfermedad sustenta que la salud y la enfermedad, son parte de un mismo proceso, y que su configuración está determinada por procesos sociales que subsumen lo biológico.

La Determinación social ha destacado recientemente en sus estudios, el concepto de territorio como categoría fundamental en la salud y para comprenderlo, dispuso de los aportes teóricos de la corriente radical o crítica de la geografía, de la que toma la perspectiva de producción social del territorio, su carácter dinámico y político, y rescata las nociones de apropiación, ejercicio de dominio y control sobre la superficie terrestre, pero también, las ideas de identidad y pertenencia.

Con estos elementos, propone la comprensión del territorio, a partir de la triada “territorio-territorialidad-territorialización” y tomando las teorizaciones de la corriente radical, explica que el territorio es constituido tanto por procesos de territorialización, comprendidos como la apropiación de personas, grupos sociales o estados sobre un espacio, como por la territorialidad, entendida como la identidad y afectividad por el territorio.

Así, de los procesos de territorialidad y territorialización emergen territorios, cuya transformación y configuración obedece a procesos de producción en el marco de una economía globalizada.

En este sentido, las corrientes de pensamiento, radical en geografía y de la determinación social en la salud, reconocen las interdependencias que existen entre el nivel global y el local y las configuraciones del territorio a diferentes escalas, que se derivan de los procesos económicos del sistema capitalista.

La configuración del territorio bajo la lógica de producción, en que coinciden ambas corrientes de pensamiento, rompe las interacciones para el cuidado de la vida y se concentra en una lógica de acumulación y apropiación indebida de los medios de realización de la vida, que genera modos de vivir mal sanos y exposición a condiciones de vida y trabajo insalubres.

Con estos argumentos, la Determinación social del proceso salud enfermedad toma distancia tanto de la perspectiva geométrica del espacio, como de la corriente de los Determinantes sociales de las inequidades en salud que, si bien, promueve el reconocimiento y denuncia de las desigualdades que produce la sociedad, no propone un análisis y transformación de las relaciones de poder, dominación, explotación y marginación que configuran el proceso salud-enfermedad.

La corriente de pensamiento de los Determinantes sociales de las inequidades en salud emerge en el año 2005 y hasta el día de hoy ostenta la hegemonía explicativa de la enfermedad.

Esta corriente sustenta que los determinantes sociales estructurales como la ocupación, educación, clase social y el ingreso causan de manera directa la estratificación social y definen la posición socioeconómica, y que los determinantes intermediarios definen las diferencias en el grado de exposición y vulnerabilidad a condiciones que ponen en riesgo la salud.

Entonces, tras reconocer que las condiciones sociales influyen en el estado de salud de las personas, la corriente de la biomedicina, que la precedía como corriente de pensamiento hegemónica, fue matizada con la perspectiva social, y, el concepto de espacio como contenedor adquirió atributos diferentes y empezó a ser comprendido a la luz de la perspectiva espacial de la corriente de pensamiento neopositivista.

En la corriente de pensamiento neopositivista, la causalidad se plantea en términos de probabilidades, se hace énfasis en la organización del espacio, la cuantificación y la búsqueda de leyes que expliquen dicha organización. En este sentido, en salud cobra centralidad el concepto de espacio abstracto, y, la distribución de enfermedades y las relaciones dentro de las redes de prestación de servicios de salud se convierten en el objeto de estudio esencial.

En esta comprensión del espacio, se ha recurrido a técnicas, estadísticas y cartográficas, de análisis para tratar de explicar las variaciones espaciales de la incidencia de enfermedades y explicar patrones de localización tanto de eventos en salud como de equipamientos.

Por otro lado, en la corriente de los Determinantes sociales de las inequidades en salud, también se identificaron relaciones con los postulados de la geografía del bienestar, por cuanto los elementos de indicadores sociales territoriales se han adoptado para medir las desigualdades en salud.

La interpretación de la salud como un indicador de calidad de vida o de progreso social se contextualiza en la investigación de la geografía del bienestar, que consideró un grupo de variables que podrían contribuir al establecimiento de diferentes niveles de bienestar social a diversas escalas espaciales.

A partir de cálculos estadísticos que involucran indicadores económicos, la renta, el consumo, el acceso a bienes y servicios, se hacen correlaciones de variables socioeconómicas con problemas de salud, para identificar las diferencias entre individuos y grupos a diferentes escalas.

Estos análisis continúan contribuyendo a la denuncia de las abrumadoras diferencias entre la salud y bienestar de las personas en desventaja social frente a las privilegiadas, pero los análisis en esta corriente de pensamiento en salud no cavan en los procesos que generan las desigualdades, ni procura la transformación de un sistema represivo y productor de enfermedad.

Finalmente, en el marco de las teorías los Determinantes sociales de las inequidades en salud, Colombia desarrolló el proceso de elaboración de los planes territoriales de salud (PTS) en el año 2016. En este proceso se involucraron distintas comprensiones del concepto de territorio que evidenciaron la intención de integrar tanto la noción de circunscripción administrativa, como la de espacio habitado que es expresión de las dinámicas ambiental, social y económica.

En el desarrollo del proceso de planeamiento se fueron agregando, de manera acumulativa, distintos elementos a la comprensión del territorio que fue adquiriendo complejidad. Se inicia con una comprensión como porción de la superficie terrestre que contiene a personas, objetos y situaciones, y finaliza comprendiéndose como escenario de interacciones sociales que derivan en una organización y estructura específicas. Aunque, la idea de territorio como circunscripción administrativa acompañó estas comprensiones durante todo el proceso.

En coherencia con la corriente de pensamiento de los determinantes sociales de las inequidades en salud, que fue el sustento teórico para el proceso, se tuvo una comprensión del espacio desde la perspectiva espacial de la corriente neopositivista, en el sentido que se recurre al análisis de problemas en el espacio, a partir de los flujos o procesos que conforman una estructura y sus interrelaciones, para así establecer de manera informada, la ubicación de bienes y servicios para atender una población determinada.

Comprender con mayor rigor, los conceptos de espacio y territorio, abren diversas posibilidades analíticas para explicar el proceso salud-enfermedad, y aunque existen diversos significados de ellos, es preciso dejar de lado su comprensión isotrópica, porque no da cuenta de la complejidad de lo social, el carácter histórico, político y relacional que implica la comprensión de estos conceptos.

Es clave aproximarse al concepto de territorio, pues contribuye a comprender las complejas relaciones entre individuos, la sociedad y la naturaleza que determinan el proceso salud-enfermedad.

La geografía proporciona herramientas teóricas y metodológicas para comprender los conceptos de espacio y el territorio, y cada corriente de pensamiento enfatiza en aspectos específicos, incorpora elementos a veces opuestos, otros convergentes, que dan lugar a continuar el debate, por eso, no se concluye en un final, sino que el debate continúa incorporando diversas y multidisciplinarias reflexiones y discusiones que también aportarán a la comprensión del papel del espacio y el territorio en el proceso salud-enfermedad.

Bibliografía

- Aguilera, R. (2013). Identidad y diferenciación entre método y metodología. (28), 81-103. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-16162013000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Akhtar, R. (2003). Medical geography: Has J.M. may borrowed M. Sorre's 1933 concept of pathogenic complexes? *Cybergeo: European Journal of Geography*, Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/30440161_Medical_geography_Has_JM_May_borrowed_M_Sorre's_1933_concept_of_pathogenic_complexes
- Amat-Roze, J. (2011). La territorialisation de la santé: quand le territoire fait débat. *Hérodote*, 143(4), 13-32. Recuperado de <https://www.cairn.info/revue-herodote-2011-4-page-13.htm>
- Borde, E. (2018). Hacia una comprensión histórico-territorial de la determinación social de los procesos salud-enfermedad y las desigualdades en salud. *Universidad Nacional de Colombia*. Unpublished manuscript.
- Borde, E., & Hernández, M. (2018b). Revisiting the social determinants of health agenda from the global south. *Global Public Health*, 1-16. doi:10.1080/17441692.2018.1551913
- Borde, E., Hernández-Álvarez, M., & Porto, Marcelo Firpo de Souza. (2015). Uma análise crítica da abordagem dos determinantes sociais da saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde Em Debate*, 39(106), 841-854. doi:10.1590/0103-1104201510600030023
- Borde, E., & Torres, M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde Em Debate*, 41(spe2), 264-275. doi:10.1590/0103-11042017s222
- Breilh, J. (enero-abril, 2010). La epidemiología crítica: Una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. 6(1), 83-101. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115246007>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(S1), 13-27.

- Capel, H. (2012). *Filosofía y ciencia en la geografía contemporánea* (Nueva ed. amp. ed.). Barcelona: Ediciones del Serbal.
- Cépré, L. (2011). Rivalités, territoire et santé : enjeux et constats pour une vraie démocratie sanitaire. *Hérodote*, 143(4), 65-88. doi:10.3917/her.143.0065 Recuperado de <https://www.cairn.info/revue-herodote-2011-4-page-65.htm>
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). (2005). *Marco conceptual de la comisión sobre determinantes sociales en salud*; (1-39). Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3229/mod_page/content/1/determinantes/bibliocomplementaria/unidad_2.2bc/ud22bc-marco-conceptual-ddsOMS.pdf
- Commission on Social determinants of health (CDSS). (2007). *A conceptual framework for action* DTSS. Recuperado de https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
- Delgado, O. (2003). *Debates sobre el espacio en la geografía contemporánea* Universidad Nacional de Colombia. Colombia: Unibiblos
- DTS Departamento de Vichada. (2016). *PTS departamento de vichada*. Portal Web PDSP Ministerio de Salud y Protección Social: Recuperado de <https://sme-pdsp.minsalud.gov.co/Home/Informes>
- Eslava Castañeda, J. C. (2017). Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Revista De Salud Pública*, 19(3), 396-403. doi:10.15446/rsap.v19n3.68467
- Giblin, B. (2011). Santé publique et territoires. *Hérodote*, 143(4), 3-12. Recuperado de <https://www.cairn.info/revue-herodote-2011-4-page-3.htm>
- Gudiño, M. E. (2005). Transformaciones territoriales asociadas a la globalización. una reflexión teórica-metodológica; *Tiempo Y Espacio*, (15) Recuperado de <http://revistas.ubiobio.cl/index.php/TYE/article/view/1689>

- Henao, L. (2018). *Poder mundial y salud*. (Tesis doctoral inédita). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C., Colombia. Recuperado de <http://bdigital.unal.edu.co/63493/1/Liliana%20Henao-Kaffure%2C%20Poder%20mundial%20y%20salud%2C%202018.pdf>
- Herrera, T. (2019). Radicalmente universal y diferencialista. Por una geografía crítica desde América latina. *Espiral, Revista De Geografías Y Ciencias Sociales*, 1(1), 45-58. doi:10.15381/espiral.v1i1.15845
- Iñiguez Rojas, L. (1998). Geografía y salud: Temas y perspectivas en América latina. *Cadernos De Saúde Pública*, 14(4), 701-711. doi:10.1590/S0102-311X1998000400012
- Instituto Departamental de Salud de Nariño. (2016). *PTS Nariño*. Portal Web PDSP Ministerio de Salud y Protección Social: Recuperado de <https://sme-pdsp.minsalud.gov.co/Home/Informes>
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., & Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: Aportes y desafíos. *Revista Panamericana De Salud Pública*, 12(2), 128-136. doi:10.1590/S1020-49892002000800013
- Jones, K., & Moon, G. (1993). Medical Geography: Taking space seriously. *Progress in Human Geography*, 17(4), 515-524. doi:10.1177/030913259301700405
- Jori, G. (2013). El estudio de la salud y la enfermedad desde una perspectiva geográfica: Temas, enfoques y métodos. *Revista Bibliográfica De Geografía Y Ciencias Sociales*, XVIII (1029), 1-37. Recuperado de <http://www.ub.edu/geocrit/b3w-1029.htm>
- Kearns, R. (1993). Place and health: Towards a reformed medical geography. *The Professional Geographer*, 45(2)
- Kearns, R., & Moon, G. (2002). From medical to health geography: Novelty, place and theory after a decade of change. *Progress in Human Geography*, 26(5), 605-625. doi:10.1191/0309132502ph389oa

Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community. an epidemiologic approach* (3rd ed.). United States Of America: Mc Graw Hill.

Ministerio de Relaciones Exteriores. (2014). *Respuesta del Estado Colombiano a cuestionario sobre “La administración local y los derechos humanos”*. Recuperado de https://www.ohchr.org/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/Documents/HRBodies/HRCouncil/AdvisoryCom/LocalGvt/Colombia.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1

Ministerio de Salud y Protección Social, (MSPS). (2015a). Lineamientos conceptuales Estrategia PASE a la equidad en salud. *Ministerio de Salud y Protección Social*: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/buscar.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social, (MSPS). (2015b). Lineamientos metodológicos, técnicos y operativos. Estrategia PASE a la equidad en salud. *Ministerio de Salud y Protección Social*: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/buscar.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2016*. Ministerio de Salud y Protección Social:

Montañez-Gómez, G., & Delgado-Mahecha, O. (1998). Espacio, territorio y región: Conceptos básicos para un proyecto nacional. *Cuadernos De Geografía: Revista Colombiana De Geografía*, 7(1-2), 120-134. Recuperado de <https://doaj.org/article/3877d9cd2d224728a20fc72585051676>

Morales, C., Borde, E., Eslava, J. C., & Concha, S. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista De Salud Pública*, 15(6), 810-813. Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642013000600001&lng=en&tlng=en

- Nava, J. Elementos para definir la orientación epistemológica de la investigación que se realiza desde las ciencias de la educación. Ponencia presentada en el X Congreso Nacional de investigación educativa 2009
- Navarro, V. (2009). What we mean by social determinants of health. *International Journal of Health Services*, 39(3), 423-441. doi:10.2190/HS.39.3.a
- Organización de Naciones Unidas, Comité derechos económicos, sociales y culturales. (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. 11/08/2000. *Observación General* 14. Recuperado de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2010). *Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*, <https://www.paho.org/uru/index.php>:
- Robert, A. C. (2015). *Territorio en la geografía de Milton Santos* (1st ed.) Books, Universidad Externado de Colombia, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, edition 1, number 93.
- Rodríguez, M. (2007, martes, 17 de abril). Enseñanza de la historia: Heurística y fuente histórica. Recuperado de <http://edelahistoria.blogspot.com/2007/04/heurstica-y-fuente-historica.html>
- Rojas, R. A. (1993). *Epidemiología básica en atención primaria de la salud*. Ed. Díaz de Santos. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=122291>
- Sanin, A. (2006). Introducción a la historia de la epidemiología. *Fundamentos De Salud Pública*, Blanco, J. Colombia: Corporación para investigaciones biológicas 1-4. http://www.bvsde.paho.org/cursoa_epi/e/lecturas/mod2/articulo3.pdf
- Santos, M. (1996). *Metamorfosis del Espacio Habitado* Barcelona: Oikos-Tau.
- Santos, M. (2009). Espacio y método. Algunas reflexiones sobre el concepto de espacio. *Red De Revistas Científicas De América Latina y El Caribe, España Y Portugal*, 12, 147-148. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169414454011>

Smith, D. (1980). *Geografía humana*. Barcelona: Oikos-Tau.

Unidad Administrativa Especial De Salud De Arauca. (2016). *PTS Arauca*. Portal Web PDSP

Ministerio de Salud y Protección Social: Recuperado de <https://sme-pdsp.minsalud.gov.co/Home/Informes>

Valencia G, P. L. (2007). Algunos apuntes históricos sobre el proceso salud-enfermedad.

Revista Facultad Nacional De Salud Pública, 25(2), 13-20. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2007000200003&lng=en&tlng=en

Vargas Ulate, G. (2012). Espacio y territorio en el análisis geográfico; *Red De Revistas*

Científicas De América Latina Y El Caribe, España Y Portugal, 91(1), 313-326. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72923937025>

Vega, J., Solar, O., & Irwin, A. (2005). *Equidad y determinantes sociales de la salud:*

conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. Organización Panamericana de la Salud. No. (35). Recuperado de <https://cursos.campusvirtualsp.org/mod/resource/view.php?id=2270>

World Health Organization. (2019). *Global health observatory data repository*. Recuperado de

<http://apps.who.int/gho/data/node.home>