

January 2011

Evaluación de la salud en la ciudad región de Bogotá

Wilson Giovanni Jiménez Barbosa

Universidad de La Salle. Escuela de Administración de Negocios (EAN), UN AB, Universidad de La Guajira,
wiljimenez@unisalle.edu.co

Follow this and additional works at: <https://ciencia.lasalle.edu.co/svo>



Part of the [Eye Diseases Commons](#), [Optometry Commons](#), [Other Analytical, Diagnostic and Therapeutic Techniques and Equipment Commons](#), and the [Vision Science Commons](#)

Citación recomendada

Jiménez Barbosa WG. Evaluación de la salud en la ciudad región de Bogotá. Cienc Technol Salud Vis Ocul. 2011;(2): 63-80.

This Artículo de Investigación is brought to you for free and open access by the Revistas científicas at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular by an authorized editor of Ciencia Unisalle. For more information, please contact ciencia@lasalle.edu.co.

Evaluación de la salud en la ciudad región de Bogotá

Health Assessment in the Bogota City-Region

WILSON GIOVANNI JIMÉNEZ BARBOSA*

RESUMEN

Introducción: el presente estudio hace parte del proyecto Ciudad Región desarrollado por el Centro Transdisciplinario para la Alternatividad al Desarrollo (CTAD), entre el 2009 y el 2011. *Objetivo:* evaluar la evidencia existente de un proceso de integración entre el sector salud de Bogotá y el de Cundinamarca, en el marco de la conformación de la Región Capital. *Materiales y métodos:* esta investigación se basó en la búsqueda de fuentes secundarias, tales como registros de afiliación de la Base Única de Afiliados (BDUA) y los datos suministrados por las direcciones de aseguramiento y salud pública de las secretarías de salud del Distrito Capital, entre otras, dando como resultado la evaluación del grado de integración existente entre los entes territoriales en materia de salud. *Conclusiones:* el proyecto de Ciudad Región se centra en generar estrategias orientadas al fortalecimiento y el posicionamiento en el ámbito nacional e internacional de los hospitales que la constituyen. La mayoría de los sectores de salud de Cundinamarca y de Bogotá realizan en forma aislada su gestión, lo que lleva a que el proceso de constitución de una ciudad región en esta área en particular esté lejos de consolidarse y que su logro dependa de una visión política conjunta y de la superación de restricciones legales.

Palabras clave: ciudad región, Bogotá, gestión, salud, Cundinamarca.

ABSTRACT

Introduction: This study is part of the City-Region project developed by the Trans-disciplinary Center for Development Alternatives (CTAD) between 2009 and 2011. *Objective:* To evaluate the existing evidence of an integration process between the Bogota and Cundinamarca health sectors, within the framework of the Capital Region's conformation. *Materials and Methodologies:* This research was based on the search of secondary sources, such as affiliation registries from the Single Membership Database (BDUA) and the information supplied by the insurance and public health authorities from the Capital District's health department, among others, thus resulting in the evaluation of the degree of integration between territorial entities in health related matters. *Conclusions:* The City-Region project focuses on generating strategies aimed at strengthening and positioning the hospitals of the region within the national and international context. Most health sectors in Cundinamarca and Bogota operate in an isolated way, which causes the constitution process of a city-region in this particular area to be far from consolidated, and for its achievement to depend on a joint political view and on overcoming legal restrictions.

Keywords: City-Region, Bogota, Management, Health, Cundinamarca.

*Estudiante de PhD en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Universidad de Manizales, Colombia. MsC en Administración, Universidad de La Salle. Odontólogo, Universidad Nacional de Colombia. Docente de pregrado, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de La Salle, Bogotá, Colombia. Docente de posgrados, Escuela de Administración de Negocios (EAN), UNAB, Universidad de La Guajira.

INTRODUCCIÓN

La globalización ha generado la necesidad de estructurar procesos económicos, culturales y políticos en el ámbito local que les permitan a las regiones una mejor integración y participación en las redes y flujos transnacionales que determinan el devenir histórico actual.

Así es como desde el surgimiento de la denominada *sociedad de la información*, dada gracias a los grandes avances en materia de telecomunicaciones e informática (Drucker, 1997), se ha generado el surgimiento de nodos de amplia participación y poder global, los cuales basan su accionar en la consolidación de regiones que integran las diversas zonas, colindantes o distantes, con las cuales mantienen un alto número de interacciones, en especial de índole social, económica y cultural.

En buena parte la globalización se rige por la dinámica expresada por McLuhan en su teoría de la aldea global, según la cual, gracias a las telecomunicaciones, que eliminan el espacio y el tiempo como barreras insalvables que distancian físicamente a los seres humanos, las personas entrarían con mayor facilidad a estar conectadas con seres de lugares distantes que con los que los rodean, generando así que sus acciones particulares pasen a tener implicaciones globales que suceden en el mismo instante en las que se producen, con lo que se empieza a constituir una sola comunidad (Symes, 1995).

La realidad es que esta construcción de una sociedad homogénea impulsó la reivindicación de las formas locales de expresión cultural, de organización, de gobierno y de producción, surgiendo una tensión, pero a la vez una interdependencia, entre lo global y lo local.

De esta forma, empiezan a surgir áreas en diferentes zonas del planeta en las cuales, si bien sus formas de vida se corresponden con las lógicas propias de la cultura local, su actividad económica

está básicamente orientada a los mercados de consumo globales.

Tales organizaciones, al surgir como una adaptación desde la economía a las lógicas productivas imperantes en la actualidad, han generado discusiones acerca de la capacidad que tienen de generar cohesión social y equidad en la distribución de la riqueza en cada una de ellas, así como el grado de convergencia o divergencia entre las diferentes regiones que integran el Estado del cual hacen parte.

Colombia no ha sido ajena a este fenómeno, en especial a partir de los años noventa, cuando se pasó de un modelo proteccionista, guiado por los preceptos dados por el Consejo Económico para América Latina (Cepal), a uno orientado por los lineamientos neoliberales que tomaron auge en Estados Unidos e Inglaterra a partir de los años ochenta y que fueron consolidados en el Consenso de Washington, los cuales abrieron las economías locales a los mercados internacionales, mediante el libre intercambio de bienes, servicios y divisas.

Este cambio implicó en Bogotá y en los municipios cundinamarqueses que la circundan una reorientación de la producción, con el fin de integrarse a los flujos económicos globales, incrementándose las dinámicas sociales, culturales y políticas existentes entre ellos, lo que ha arrojado resultados tanto positivos como negativos.

Para que el desarrollo humano de la ciudad sea sostenible, es indispensable que las condiciones de vida de los municipios cercanos también mejoren. El desarrollo de la ciudad requiere que haya convergencia, y este proceso no se está presentando. Peor aún, Bogotá no solo se aleja de sus vecinos, sino que también se distancia de las otras grandes ciudades del país.

Así se hace evidente la necesidad de evaluar cómo la falta de convergencia entre Bogotá y los municipios de Cundinamarca se puede reflejar en la cobertura de los regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en

esta región, así como en los dispares resultados en cuanto a indicadores de salud pública, tales como mortalidad materno infantil, coberturas de vacunación, entre otras.

Adicionalmente, es importante identificar qué políticas públicas y proyectos se han formulado o se vienen implementando para lograr una mayor integración.

MARCO TEÓRICO

Las crisis económicas y políticas que caracterizaron las décadas de los sesenta y setenta llevaron a la hegemonía de un modelo denominado neoliberal, el cual, al retomar principios liberales clásicos, como la reducción del tamaño del Estado y el desarrollo preponderante de las iniciativas individuales por encima de las colectivas, llevó a la privatización de los servicios sociales y públicos, que anteriormente prestaba en forma directa el Estado. Este modelo se encontrará unido históricamente al desarrollo de importantes avances en materia de telecomunicaciones y transporte, que permitieron la globalización de la economía.

Tratar de construir y entender el concepto de ciudad región es imposible sin hacer un acercamiento al fenómeno que constituye la globalización, ya que el resurgimiento del enaltecimiento de las particularidades culturales propias de las poblaciones que habitan un territorio es un producto reactivo al imperioso deseo de las economías de los países dominantes y de las empresas multinacionales de lograr una aldea global, que borre diferencias y unifique los patrones culturales planetarios, con el objetivo de consolidar un gran mercado, lleno de consumidores, más que de seres humanos, deseosos de adquirir sus productos.

Sin embargo, la globalización es una realidad innegable e irreversible y, frente a ella, solo cabe reflexionar si son posibles formas de integración diferentes al modelo imperante; formas que respeten la diversidad cultural y la biodiversidad; que eviten

conducirnos por el unanimismo de pensamiento; que escuchen cosmovisiones que comprendan la realidad desde otras perspectivas, en fin, una globalización que incluya la aceptación del otro y que sea equitativa en la distribución de la riqueza. Es decir, una globalización diferente a la construida por el paradigma neoliberal imperante.

Pero, ¿en qué se soporta el auge de este fenómeno denominado globalización? Quizás en la confluencia de ciertos adelantos tecnológicos en telecomunicaciones, como la consolidación de redes de satélites y el avance en las ciencias computacionales, que viabilizaron la aparición y popularización del internet y del celular.

Estos elementos, a su vez, facilitaron el trabajo coordinado de equipos distantes geográficamente, gracias a que con ellos se reconfiguró la comprensión del espacio y el tiempo, exigiendo a los países y en especial a las regiones que quieran participar exitosamente dentro de ella el desarrollo y dominio de plataformas universales, tales como el idioma, el intercambio en un solo tipo de moneda, el conocimiento de programas computacionales, la estandarización en el tamaño de los contenedores de carga, el uso de tarjetas de crédito, el empleo de geoposicionadores satelitales y la imposición de las marcas, creadas por las multinacionales como referentes globales, entre otras (Ohmae, 2005).

Como resultado se generó un proceso de transformación del modelo en el cual las grandes empresas ostentaban su poderío, construyendo inmensas factorías y edificios, en un modelo desconcentrado, distribuido en diferentes centros de poder, que genera imposibilidad para reclamar a alguien en específico el debilitamiento o la destrucción de su empleo.

Se trata de una modernidad líquida (Baumann, 2008) en la que no existen compromisos por parte de las empresas más que con el resultado económico de los difusos, distantes y oscuros dueños del capital. Una modernidad en la que el Estado nación es incapaz de controlar los grandes flujos

de información, de dinero y de mercancías, limitando y concentrando su poderío en reprimir el tránsito de seres humanos que, como desechos o excedentes de producción, buscan mediante la migración encontrar nuevos lugares donde cumplir su proyecto de vida, sean estos en el país donde nacieron o allende de sus fronteras.

CONCEPTO DE CIUDAD REGIÓN

La denominación de *ciudad región*, dada a las fuertes relaciones presentes entre una gran urbe y las pequeñas y medianas poblaciones que la circundan, así como con el sector rural sobre el que ejerce influencia, fue acuñada por primera vez por Dickinson en 1947.

Sin embargo, el concepto ya venía siendo debatido desde 1933 por McKenzie, bajo la denominación de “comunidad metropolitana” y, más recientemente (Friedmann y Miller, 1965), se empleó la expresión “área urbana” para destacar el énfasis que tienen las grandes ciudades en las organizaciones espaciales modernas. Con posterioridad se amplió la concepción de la planeación regional, de un proceso cerrado y limitado a un territorio, a uno en el que interactúan áreas centrales y periféricas de una región con sus homólogas de otras regiones, conformándose un sistema abierto para una planeación más dinámica (Friedmann y Weaber, 1979).

Otro concepto fundamental es el de regiones virtuales, según el cual diferentes áreas urbanas entran en interrelación traspasando las fronteras del Estado nación, para articularse con mayor eficiencia en la economía global. Este fenómeno se acompaña de una reacción de sus habitantes, los cuales fortalecen la valoración de sus tradiciones y costumbres locales, pero a la vez adoptan comportamientos globales (Wong-González, 2004).

Adicionalmente, es fundamental para comprender el proceso de formación de la ciudad región el definir con claridad el concepto de *conurbación*, entendido como un proceso de transición socioespacial

entre zonas de hibridación urbano-rural que se ven amenazadas y restringidas en su sostenibilidad a causa de los procesos de industrialización y de su consecuente expansión urbana.

Estas áreas de transición conllevan una transformación en los hábitos de consumo y de vida, la expansión de los sistemas urbanos, el avance en las telecomunicaciones y una creciente migración de la población, aspectos que modifican radicalmente el patrón de organización del territorio, desplazando las fronteras entre lo rural y lo urbano (Pérez, 2004).

En lo referente a la clasificación de las ciudades región, se puede plantear una subdivisión fundamentada en su área, población, especialización y forma de insertarse en la economía global, según la cual se plantean tres grandes tipos, a saber: megarregiones, regiones Estado y microrregiones (Ohmae, 2005).

Una forma diferente de clasificar las ciudades regiones es la siguiente:

1. La conformada por un área central o conurbación, con un espacio de extensión variable que integra territorios subsidiarios de menor densidad.
2. La de alianza entre centros urbanos que comparten proximidad geográfica y desarrollan relaciones de cooperación.
3. La conformada por aglomeraciones metropolitanas dominadas por un fuerte desarrollo de la ciudad central.
4. La constituida por sistemas de ciudades policéntricas (Jiménez, 2010, pp. 53-54).

A partir de estos diversos acercamientos se concluye que la definición de ciudad región se puede establecer como las amplias relaciones que tiene una metrópoli con las áreas urbanas y rurales adyacentes, así como sus interacciones con las redes políticas, económicas, culturales y ambientales, propias de la globalización, constituyéndola en generadora de potencialidades de desarrollo, que la diferencian

e identifican, tanto a ella como a sus habitantes, de otras urbes que les sean lindantes o no.

CAUSAS DE LA APARICIÓN DEL CONCEPTO DE CIUDAD REGIÓN

Varias son las causas que han determinado la aparición de este concepto, entre las que se puede destacar el surgimiento de la concepción de nuevos regionalismos como fuente de solución a inequidades históricas dadas por las desigualdades de provisión de servicios públicos y privados (entre los que se encuentran los sociales, la salud, el empleo, las pensiones) entre la ciudad eje y sus conurbaciones.

Pero ante todo, la ciudad región encuentra su principal causa de fortalecimiento en la necesidad que tienen las economías locales de insertarse en las exigencias establecidas por la política de mercado que regencia la economía global, para lo cual deben buscar nuevas fuentes de provisión de materias primas, financieras, alimentarias y de talento humano.

Desde lo estructural, se pueden definir dos grandes zonas en una ciudad región: una gran área urbana, proveedora de servicios públicos y privados, en donde se ubica la mayor parte de la administración pública y que cuenta con una gran infraestructura de comunicaciones y transportes, con alta presencia de empresas manufactureras, y una segunda área, constituida por zonas y poblaciones tanto rurales, proveedoras de alimentos, como urbanas; estas últimas están conformadas por conglomerados de tamaños pequeños o medianos, los cuales pueden estar ubicados distantes entre sí o cercanamente, conformando clústeres o regiones urbanas policéntricas, gracias a la presencia de centros funcionales especializados en producción de bienes (Parr, 2004).

De igual forma, esta zona periférica provee áreas de vivienda en las que habitan personas que se desplazan diariamente al área central urbana, donde tienen sus fuentes laborales, pero que buscan

para sus familias espacios libres de congestión, inseguridad y contaminación, que comúnmente son característicos de la ciudad que se configura como centro de la región.

El equilibrio y la armonía que se obtengan entre estas dos zonas es de vital importancia para la supervivencia de la ciudad región en el contexto global, debido a que cualquier cambio en la oferta o la demanda de cada una de ellas, sea este de origen local o global, afecta en forma directa las condiciones de la otra, ya que entre ellas existe un flujo interno de comercio que las beneficia mutuamente.

CIUDAD REGIÓN Y COMPETITIVIDAD

Uno de los principales logros que deben alcanzar las ciudades región es la competitividad en un entorno global; para ello se debe identificar un factor diferencial y determinante que impulse el éxito de una región sobre cualquier otra que le pudiese competir. Este diferencial es alcanzable en la medida que la ciudad región cuente con adecuadas fuentes económicas, sociales, físicas e institucionales que sirvan como base para el logro de su posicionamiento en el sector en que plantee desarrollarse.

La competitividad involucra tres determinantes económicos básicos para su logro: el primero, la habilidad que tengan las empresas para participar en mercados internacionales con sus productos; el segundo, el valor agregado de estos y la eficiencia con que son elaborados, es decir su productividad y, finalmente, como tercero, el empleo adecuado que hagan del talento humano, las fuentes de materias primas y del capital local (Turok, 2004).

En adición, la competitividad conlleva riesgos de generar inequidad, al concentrar la riqueza en quienes están integrados al sector dominante en la economía regional, dejando en grave desventaja a las capas de la sociedad que no participan directa o indirectamente de la fuente principal de riqueza, con lo que pueden producirse tensiones sociales,

dada la marginalidad a que se ven abocados dichos grupos.

Este factor se agrava cuando los gobiernos locales, en busca de integrarse a la economía global, se involucran en una competencia con otras regiones o naciones, por ofrecer un bajo costo a las inversiones de capital nacional o extranjero, impulsando medidas como aquellas que precarizan las condiciones de empleo mediante la reducción de salarios y la tercerización de la mano de obra, o las que relajan las condiciones de explotación de fuentes de materia prima, con la concerniente degradación de la naturaleza, o aquellas orientadas a la reducción de los impuestos que estos deben pagar, si son invertidos en la industria orientada a la exportación.

Una forma más positiva de lograr la competitividad es aquella que busca la llegada y el posicionamiento de industrias que generan un mayor valor agregado o que se especializan en la producción de servicios de uso intensivo del conocimiento. Para ello es necesario que la región se concentre en el impulso a la innovación, mediante el fortalecimiento de la educación de su talento humano y de sus infraestructuras, lo que debe llevar a un aumento de la productividad, así como en el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes, para convertirse en un polo de atracción por sus fortalezas y no por la reducción de los costos de producir en ella, lo que implica un crecimiento endógeno (Sunley, 1998, citado en Turok, 2004).

Sea cual fuere el modelo por el cual se opte, las ciudades región cumplen la función de motor básico de la economía global (Scott, 2001), ya que desde ellas se produce la mayor parte de la transformación de materias primas, capital y conocimiento, en productos y servicios que luego son desplegados e integrados en las demás economías del planeta.

Así, la ciudad región debe ser entendida como parte de un amplio sistema económico, superando el concepto de autocontención o de sistema cerrado, ya que su fortaleza reside en la participación que

tiene en redes internacionales a las cuales nutre, alimentándose a su vez de fuentes de materias primas, talento humano, conocimientos, habilidades y cooperación.

LA CIUDAD REGIÓN DE BOGOTÁ: ACERCAMIENTO A UNA DESCRIPCIÓN

Resulta complejo establecer los límites reales de una ciudad región, dadas las interacciones distantes que se pueden producir en las lógicas del mercado global. Esta dificultad aparece al tratar de determinar las áreas rurales y urbanas que tienen interacción constante con Bogotá.

ANTECEDENTES

Para establecer el alcance espacial de la ciudad región de Bogotá se debe iniciar por una breve descripción de la urbe que constituye su área central. Bogotá es la capital de la República de Colombia, fue fundada el 6 de agosto de 1538 por el conquistador español Gonzalo Jiménez de Quesada, en una sabana de clima frío ubicada en las inmediaciones del ramal oriental de la cordillera de los Andes, área que ya se encontraba poblada por nativos americanos denominados chibchas, pertenecientes a la familia de los muiscas, cuyo carácter pacífico facilitó a los conquistadores su dominación y proveyéndoles mano de obra para la agricultura, la ganadería y las primeras manufacturas (Jaramillo, 1976).

A la población indígena rápidamente le fueron impuestos nuevos patrones culturales y paulatinamente fue reducida en su número, debido a los malos tratos dados por los españoles, así como por las enfermedades infectocontagiosas, desconocidas en el nuevo mundo, que fueron introducidas por estos. También una forma de desaparición se debió al fuerte mestizaje (Jaramillo, 1976), en un principio entre blancos e indígenas y posteriormente con la raza negra, traída como esclava de África, fenómeno que poco a poco generó un sincretismo

cultural, crisol fundamental de la sociedad colombiana moderna.

Posterior a la Independencia, la ciudad se constituyó en la cabeza de la nueva república, que adoptó a lo largo del siglo XIX diversas denominaciones hasta que finalmente, con el liderazgo de Rafael Núñez, la Constitución de 1886 la nombró como República de Colombia (Bushnell, 2006).

En la actualidad, la potencial ciudad región Bogotá Cundinamarca, si se asumiera la integración con la totalidad del departamento, contaría con nueve millones de habitantes divididos de la siguiente forma: una gran mayoría habitante de Bogotá, la cual cuenta con cerca de siete millones de habitantes, que se distribuyen en las veinte localidades en que se encuentra segmentada geopolíticamente la ciudad, de los cuales 49.187 corresponden a habitantes de zonas rurales y de conservación ambiental, es decir, una población dispersa que corresponde al 0,73% del total de habitantes de la ciudad y cuyo índice promedio de necesidades básicas insatisfechas alcanza el 49,9% (Pérez, 2008), y dos millones de habitantes de Cundinamarca, los cuales se ubican en 116 municipios (UNCRD-LAC, 2010).

Las interrelaciones que la ciudad ha mantenido con otras regiones del país y del mundo han sido variadas desde la época prehispánica hasta la modernidad, pero es indudable que el mayor auge de estos intercambios se vino a dar a partir de los años noventa, cuando el país se introdujo en el modelo globalizador impuesto desde los centros dominantes de la economía, como Estados Unidos y Europa, el cual contemplaba estabilidad macroeconómica, apertura comercial orientando la producción hacia la exportación, reducción del intervencionismo estatal y del gasto público, privatizaciones de las empresas públicas, reformas internas en los temas sociales, laborales y financieros, entre otros (Pamillón, 2003).

Este factor se combinó con la agudización del conflicto político que ha azotado al país desde hace más de sesenta años, lo que impulsó a que grandes

grupos poblacionales abandonaran los campos en busca de seguridad y mejores condiciones de vida, encontrando en Bogotá y sus zonas aledañas uno de los mejores sitios para alcanzar la meta añorada.

De acuerdo con el estudio “El desplazamiento interno forzado en Colombia”, esto ha producido que Bogotá sea la mayor receptora de población desplazada del país, con el 16,4% del total (Forero, 2003), valor que para el 2009 representó la llegada de 42.999 personas a la ciudad (Codhes, 2010), es decir, en promedio 856 personas por semana (Pérez, 2004).

Por esta causa, la ciudad empezó a fortalecer las relaciones e influencias con sus zonas naturales circundantes, como los municipios sabaneros de Soacha, Sibaté, Mosquera, Funza, Madrid, Facativá, El Rosal, Tabio, Tenjo, Subachoque, Cota, Chía, Cajicá, Zipaquirá, Sopó, Tocancipá y La Calera, los cuales tradicionalmente habían cumplido como función principal la de proveedores de alimentos e insumos para la construcción, pero a partir de este periodo, paulatinamente, se transformaron, en un primer momento, en dormitorio de trabajadores que laboraban en Bogotá y, posteriormente, en receptores de la producción fabril. Lo anterior dado que las normas de ordenamiento territorial expedidas por el Concejo de Bogotá en el Plan de Ordenamiento Territorial para Bogotá (POT), las cuales dentro de sus objetivos plantean el desarrollo armónico entre Bogotá y Cundinamarca y la creación de ecoparques industriales que mejoren las condiciones ambientales de la ciudad encontraron condiciones propicias en estos municipios para establecerse, con el riesgo de que este desplazamiento sea una forma de eludir las exigencias ambientales, así como de pagar menores tarifas impositivas.

Un precedente de integración en torno a Bogotá fue la creación del Distrito Especial de Bogotá, en 1954 (Lulle, 2000), figura que anexó a la ciudad los municipios de Suba, Usaquén, Engativá, Fontibón, Bosa y Usme, los cuales, a partir de ese

momento, perdieron su autonomía administrativa y presupuestal, transformándose paulatinamente en sectores urbanos de producción y habitación, diluyendo cualquier diferenciación con la urbe.

Estos procesos, en la mayoría de los casos, no han sido planeados, generando traumatismos en cuanto al costo y la utilización de suelos para la construcción de viviendas, lo que en algunos de ellos dio como resultado la aparición de grandes zonas de miseria, en las que son prácticamente inexistentes las infraestructuras básicas necesarias para garantizar una vida digna.

Pero se puede establecer que la segregación social siempre ha existido, ya que durante la conquista los muiscas fueron agrupados en una zona denominada Pueblo Viejo, tendencia que solo se vio reducida durante un corto lapso de tiempo en el siglo XIX, agravándose a partir de la construcción de los nuevos barrios residenciales, lo que partió la ciudad en dos grandes zonas: la norte y la sur (Behrentz, Carrizosa y Acevedo, 2009).

Si se tiene en cuenta solo este tipo de relaciones directas que establecen los pequeños centros urbanos con Bogotá, se puede decir que el área espacial que definiría la extensión de esta ciudad región sería la correspondiente a la sumatoria del Distrito Capital más los municipios sabaneros circundantes.

Sin embargo, Bogotá establece relaciones directas con municipios pertenecientes a Cundinamarca, de la cual es capital política, que se hallan fuera de estos límites propuestos anteriormente, planteándose, por ello, que la ciudad región debería estar definida como la totalidad del área de Cundinamarca, en la que se encuentra inmersa Bogotá.

En tal sentido, entre la Gobernación, la Alcaldía Mayor y la Corporación Autónoma Regional de Cundinamarca (CAR) se realizó un acuerdo en el 2001, mediante la creación de la Mesa de Planificación Regional Bogotá-Cundinamarca, en el

que se establecieron objetivos comunes que permitieran asumir un desarrollo armónico, tanto en lo económico como en lo social, de la ciudad región Bogotá Cundinamarca (UNCRD-LAC, 2010).

Para dicho propósito se contó con el apoyo técnico y financiero del Centro de las Naciones Unidas para el Desarrollo Regional-Oficina para América Latina y el Caribe, institución que formuló el proyecto Construcción de la capacidad técnica e institucional para el desarrollo regional integrado de Bogotá-Cundinamarca.

Sin embargo, a pesar de contar con este apoyo, y de haberse trabajado con entusiasmo durante varios años, la iniciativa en la actualidad está casi inactiva (Behrentz, Carrizosa y Acevedo, 2009). El potencial fracaso de esta experiencia indicaría la necesidad de explorar otros mecanismos de planificación para el proyecto de constituir la ciudad región de Bogotá.

Otro componente que dificulta una definición territorial exacta y un eficiente proceso de integración es que, si se analizan con mayor profundidad los lazos económicos y sociales que Bogotá ejerce, se evidencia que sus relaciones se extienden a varios de los departamentos que circundan a Cundinamarca, principalmente debido a que estos se constituyen en despensa agraria y a su vez la ciudad provee formación educativa universitaria para muchos jóvenes provenientes de ellos que en no pocos casos, al finalizar sus estudios, se quedan a laborar en Bogotá. Se puede enunciar dentro de estos departamentos los siguientes: Boyacá, Meta, Tolima y Caldas, entre otros.

Quizás, si prosperaran propuestas de reglamentación orientadas a la regionalización del país, bajo modelos de regiones autónomas tales como los adoptados en España, este núcleo podría constituirse en la base de alguna de ellas.

En este sentido, en el país se ha adelantado una experiencia que podría servir de modelo, como es la constitución de la Región Caribe, la cual busca

agrupar a los ocho departamentos que conforman la costa atlántica colombiana en una sola entidad territorial, gracias a la aplicación de los mecanismos que la Constitución Nacional contempla en sus artículos 306 y 307.

A la fecha de elaboración del presente artículo, el Congreso de la República aprobó el proyecto de ley orgánica de ordenamiento territorial, convirtiéndolo en ley de la República, lo que se espera viabilice la creación de esta entidad territorial.

RETOS QUE DEBE AFRONTAR LA CIUDAD REGIÓN DE BOGOTÁ

Al analizar el futuro y la importancia que puede tener la implementación exitosa de la ciudad región de Bogotá, emergen retos que deben ser tenidos en cuenta en cualquier proceso de planeación que tenga como objetivo el armonioso desarrollo de esta iniciativa.

Un primer planteamiento es el dado por Boisier, quien expresa los siguientes retos: la construcción de una identidad, de un proyecto político de ciudad región, de una plataforma competitiva internacional, de una posición de comando mundial, de una imagen corporativa y de un logo imagen, la consolidación de un sistema urbano y el logro tanto de la gobernabilidad y la gobernanza para la ciudad región así como un nivel adecuado de seguridad ciudadana y de sostenibilidad ambiental (Boisier, 2006).

En consonancia y en la búsqueda de una mayor concentración de objetivos se proponen tres grandes áreas de trabajo, cada una de ellas con igual preponderancia, que se entretujan para producir la base que sustente el surgimiento de una entidad sólida orientada a la garantía de una mejor calidad de vida para sus habitantes. Estas serían: los derechos sociales y ambientales, la producción y provisión de bienes y servicios tanto para el mercado interno como para el global, y la planeación del desarrollo armónico entre lo urbano y lo rural.

Cada una de ellas presenta retos a la administración de Bogotá, al Gobierno nacional, al departamento de Cundinamarca y a las alcaldías de los municipios que tienen estrecha relación con la ciudad, para poder superar barreras de orden legal y político que han dificultado la consolidación del proceso de construcción de la región.

En tal sentido, el éxito que pueda tener la ciudad región de Bogotá parte del análisis y la definición de los sectores estratégicos, que deben ser tenidos en cuenta para su inserción económica en la economía global, lo que debe partir de un ejercicio prospectivo de construcción de escenarios a los que se quiere llegar.

En este sentido, la Secretaría de Desarrollo Económico de Bogotá ha planteado seis sectores de interés estratégico para la ciudad, a saber: agroindustria, autopartes, cosméticos y productos de aseo, moda y confección, tecnologías de la información y la comunicación (TIC), transporte y logística para exportación.

Pero este proceso debe contemplar la definición de acciones encaminadas a garantizar a los habitantes de la región el acceso a servicios de salud y a educación de calidad orientada a la innovación y a la generación de conocimientos científicos, a viviendas dignas y a vías y medios de transporte que les permitan una movilidad ágil, todo ello armonizado con políticas ambientales que recuperen las zonas actualmente contaminadas y preserve los cinturones verdes, los humedales y las áreas rurales con las que cuenta hoy la ciudad.

Un avance importante en este sentido ha sido la constitución por parte del departamento de Cundinamarca de la Secretaría de Región Capital e Integración Regional, cuya misión es promover y fortalecer los procesos de integración regional de Cundinamarca con el Distrito Capital, con otros departamentos, la nación y otras regiones.

EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

La reforma al Sistema Nacional de Salud realizada en 1993, en desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política colombiana, contenida en el libro segundo de la Ley 100, convirtió la salud en Colombia en un bien transable basado en un modelo de aseguramiento, respondiendo así a criterios dados por organismos de financiamiento multilaterales, tales como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), los cuales impulsaron la implementación de los lineamientos condensados en el denominado consenso de Washington.

El modelo implementado en la Ley 100 de 1993 recoge los lineamientos del denominado pluralismo estructurado, concepto desarrollado por Juan Luis Londoño y Julio Frenk (1997), el cual introduce la figura de la agencia como un intermediario entre el prestador de un servicio y su receptor, como forma de compensar la vulnerabilidad de este último frente a un monopolio público o la asimetría de la información —en el caso de un prestador privado—, buscando distribuir y equilibrar el poder entre los diferentes actores.

Para el caso colombiano, con dicho fin, en el sector salud se implementaron varios cambios, entre los que se destacan: la eliminación del monopolio público de la seguridad social, abriéndose la libre competencia mediante la creación de las denominadas entidades promotoras de salud (EPS); la constitución de entes reguladores con participación social, como el Consejo Nacional de Seguridad Social; la transformación del modelo de financiamiento del sistema, pasando de uno basado en subsidios a la oferta, a uno soportado en subsidios a la demanda apoyado en un sistema financiero con componente solidario a través del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), y la constitución de dos regímenes, uno orientado a la inclusión de la población con capacidad de pago, denominado *contributivo*, y otro, cuya función es incorporar a la población pobre y vulnerable, denominado

subsidiado; la ampliación de la red de prestadores de servicios de salud especialmente privados; la descentralización administrativa y financiera del sistema en los diferentes departamentos y municipios del país; la exigencia de autofinanciamiento de la red pública mediante su transformación en entes autónomos descentralizados denominados empresas sociales del Estado (ESE), entre otras.

En lo referente a los planes de beneficios, la incapacidad financiera inicial del Sistema General de Seguridad Social en Salud se vio reflejada en la diferenciación de los contenidos del plan obligatorio de salud (POS) contributivo y del POS subsidiado, en detrimento de este último. Esta falencia, según la Ley 100, debería ser superada a más tardar el 31 de diciembre del 2000, sin embargo, esta meta no fue cumplida y hoy continúa siendo una de las principales causas de tensión en el sistema.

Como se puede observar, el modelo es netamente economicista, dejando de lado el impacto que pueda producir sobre la salud pública del país, lo que ha llevado a un deterioro de esta, reflejado en el descenso de indicadores como el de vacunación, el cual se redujo en forma lineal entre 1993 y 1999 (Rojas et ál., 2008); el aumento de la incidencia de enfermedades de transmisión sexual en poblaciones de riesgo, tales como jóvenes y amas de casa, y el aumento de la incidencia de patologías como dengue, leishmaniasis y fiebre amarilla, además del incremento en el número de casos de patologías crónicas degenerativas prevenibles, tales como enfermedad renal y diabetes mellitus.

Lo anterior se debe a factores como la orientación asistencialista y poco preventiva que las EPS contemplan dentro de sus modelos de atención; la atomización de los recursos destinados a la promoción y la prevención entre Gobierno nacional, departamental, distrital y municipal, EPS del régimen contributivo y subsidiado y administradoras de riesgos profesionales (ARP), además de la poca participación social en la planeación, gestión y control del sistema.

De acuerdo con los hallazgos hechos por la Defensoría del Pueblo (2007), en su estudio “La tutela y el derecho a la salud: periodo 2003-2005”, más de un tercio de las acciones de tutela interpuestas en el país corresponden a vulneración al derecho a la salud, de las cuales el 87% son resueltas a favor del accionante.

En este marco legal las posibilidades de acción autónoma de departamentos y distritos, si bien son impulsadas desde la política de descentralización establecida en la Constitución, a su vez son limitadas al cumplimiento de las competencias que les son delegadas desde el Gobierno central, en muchos casos sin el adecuado soporte económico que les permita cumplir con ellas.

Es en este marco que la propuesta de conformación de una ciudad región entre el Distrito Capital y Cundinamarca empieza a encontrar obstáculos que han tratado de ser superados mediante esfuerzos de planeación que busquen trascender las limitantes jurídicas, que permitan un fortalecimiento de los programas y estructuras de salud en el espacio de la potencial ciudad región.

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación es de tipo retrospectivo documental. Se basó en la búsqueda en fuentes secundarias, tales como registros de afiliación de la Base Única de Afiliados (BDUA), datos suministrados por las direcciones de aseguramiento y salud pública de las secretarías de salud del Distrito Capital y de la Gobernación de Cundinamarca, la Secretaría para la Región Capital de la Gobernación de Cundinamarca y diferentes fuentes bibliográficas.

Con base en los datos recolectados se evaluó el grado de integración existente entre los entes territoriales en materia de salud, con el propósito de evidenciar o no la posible conformación de unidad territorial en políticas y acciones que se correspondan con las definiciones teóricas de ciudad región.

RESULTADOS

A continuación se presentan los principales hallazgos que evidencian tanto aciertos como desaciertos en el proceso de articulación de Bogotá con Cundinamarca, en pro de constituirse en una región, en el aspecto referente a la garantía del acceso a la salud de sus habitantes.

POBLACIÓN DE LA CIUDAD REGIÓN

Para realizar un acercamiento a la dimensión de la potencial ciudad región de Bogotá, se parte de establecer que según las proyecciones realizadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), con base en el censo del 2005, para el 2010 habitaban 7.363.782 personas en Bogotá y 2.477.036 en Cundinamarca. Esto indica que la población total de la región sería de 9.840.818 personas (tabla 1).

TABLA 1. Población de Bogotá y Cundinamarca periodo 2006-2010

ÁREA	2006	2007	2008	2009	2010
Bogotá, D. C.	6,945.216	7,050.228	7,155.052	7,259.597	7,363.782
Cundinamarca	2,318.959	2,358.115	2,397.511	2,437.151	2,477.036
Total	9,264.175	9,408.343	9,552.563	9,696.748	9,840.818

Fuente: DANE, Proyecciones para el periodo 2006-2010 de acuerdo con el censo del 2005

Se pone así de manifiesto que el 75% de los habitantes se encuentra en Bogotá y el 25% en Cundinamarca. Al analizar la distribución poblacional de Cundinamarca, se halla que el 42% de su población se concentra en los municipios circunvecinos a Bogotá, que se relacionan a continuación (tabla 2).

TABLA 2. Población de municipios que circundan a Bogotá

MUNICIPIO	2006	2007	2008	2009	2010
Cajicá	46.548	47.682	48.817	49.959	51.100
Chía	100.813	103.568	106.355	109.160	111.998
Cota	20.386	20.875	21.377	21.873	22.371

Continúa

MUNICIPIO	2006	2007	2008	2009	2010
Facatativá	109.997	112.486	114.943	117.396	119.849
Funza	62.888	64.280	65.644	67.026	68.397
La Calera	24.175	24.557	24.943	25.319	25.688
Madrid	64.026	65.538	67.042	68.545	70.044
Soacha	412.855	423.604	434.358	445.148	455.992
Zipaquirá	103.721	105.830	107.918	110.003	112.069
Total	945.409	968.420	991.397	1.014.429	1.037.508

Fuente: DANE, Proyecciones para el periodo 2006-2010 de acuerdo con el censo del 2005

COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD EN BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA

Bogotá

De acuerdo con los datos suministrados por la Secretaría Distrital de Salud, en visita realizada a dicha entidad, se estableció que Bogotá ha venido reduciendo la población vinculada de un 23% a un 18%, registrándose un incremento de la afiliación principalmente a cargo del régimen contributivo, el cual pasó de una cobertura del 52% en el 2006 a un 70% en el 2010. Por el contrario, la cobertura del régimen subsidiado se redujo de un 23% a un 18% en el mismo periodo de tiempo (tabla 3).

Este comportamiento es explicable en la medida que la ciudad ha hecho un gran esfuerzo por financiar con recursos propios una mayor afiliación al régimen subsidiado, así como la transferencia de recursos a los hospitales públicos del Distrito para la atención al vinculado mediante la atención

por subsidio a la oferta. El aumento en régimen contributivo se respaldaría en aumento del empleo en la ciudad.

REDES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Cundinamarca

La atención de salud en Cundinamarca está subdividida en cuatro redes, a saber: la red del sur, la centro-oriente, la centro-occidente y la norte, cuyas coberturas geográficas, según municipios, pueden apreciarse en la figura 1.

Red del sur: comprende los municipios de Girardot, Guataquí, Nariño, Ricaurte, Tocaima, Agua de Dios, Jerusalén, Apulo, La Mesa, Tena, Anapoima, Cachipay, El Colegio, San Antonio del Tequendama, Viotá, Fusagasugá, Pasca, Tibacuy, Silvania, Arbeláez, Cabrera, Pandi, Venecia y San Bernardo.

Los hospitales públicos que integran esta red son la ESE de Girardot, de tercer nivel de complejidad; el Hospital Marco Felipe Afanador, de Tocaima, primer nivel de atención; el sanatorio de Agua de Dios; el Hospital Pedro León Álvarez, de La Mesa, segundo nivel de atención; el Hospital Nuestra Señora del Carmen, del municipio del Colegio, primer nivel de atención; el Hospital San Francisco de Viotá, de primer nivel de atención; el Hospital San Rafael, de Fusagasugá, segundo nivel de atención, y el Hospital San Antonio de Arbeláez, primer nivel de atención.

TABLA 3. Cobertura de la seguridad social en salud en Bogotá periodo 2006-2010

AÑO	POBLACIÓN PROYECTADA	RÉGIMEN SUBSIDIADO	COBERTURA RÉGIMEN SUBSIDIADO (%)	VINCULADOS	POBLACIÓN VINCULADA (%)	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	COBERTURA RÉGIMEN CONTRIBUTIVO (%)
2006	6.945.216	1.622.613	23	1.703.700	25	3.618.903	52
2007	7.050.228	1.651.029	23	1.630.618	23	3.768.581	53
2008	7.155.052	1.518.709	21	1.530.981	21	4.105.362	57
2009	7.259.597	1.275.129	18	1.483.629	20	4.500.839	62
2010	7.363.782	1.309.008	18	888.806	12	5.165.968	70

Fuente: Secretaría Distrital de Salud (2008)

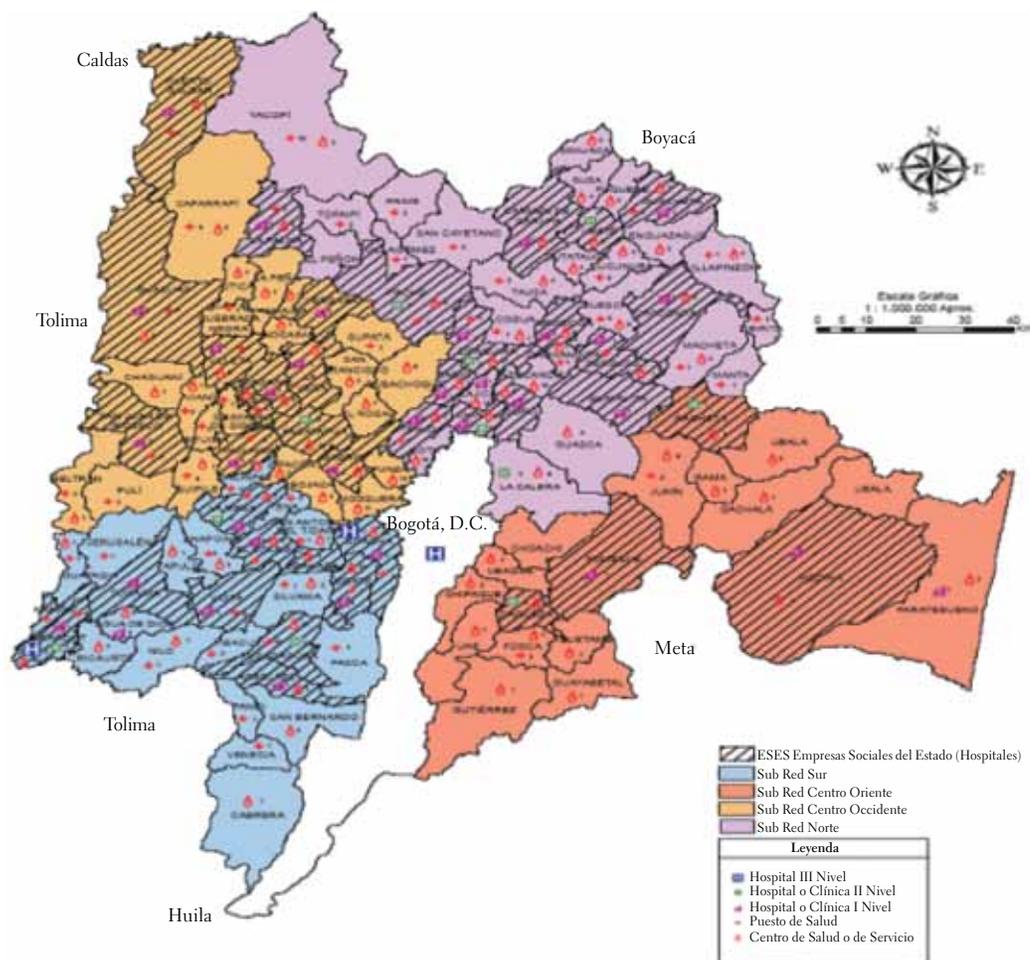


FIGURA 1. Mapa de las redes de salud en Cundinamarca

Fuente: Secretaría Departamental de Salud (2010)

Red centro-occidente: comprende los municipios de Guaduas, Caparrapí, Chaguaní, Puerto Salgar, Villeta, Quebrada Negra, La Peña, Útica, Sasaima, La Vega, San Francisco, Nocaima, Vergara, Nimaima, Facatativá, Albán, Guayabal de Siquima, San Juan de Río seco, Bituima, Beltrán, Pulí, Vianí, Madrid, Mosquera, Funza, El Rosal, Subachoque, Bojacá, Zipacón, Anolaima y Quipile.

Los hospitales públicos que integran esta red son: San José de Guaduas, primer nivel; Diógenes Troncoso, de Puerto Salgar, de primer nivel; Salazar de Villeta, segundo nivel; Hilario Lugo de Sasaima, de primer nivel; Hospital la Samaritana, de La Vega, primer nivel; Santa Bárbara de Vergara, primer nivel; San Rafael de Girardot, tercer nivel; San Vicente de Paúl, de San Juan de Río seco, primer

nivel; Santa Matilde de Madrid, primer nivel, y el hospital San Antonio de Anolaima, primer nivel.

Red centro-oriente: comprende los municipios de Cáqueza, Guayabetal, Fosca, Gutiérrez, Quetame, Chipaque, Une, Fómeque, Choachí, Ubaque, Medina, Paratebuena, Soacha, Sibaté y Granada. Los hospitales públicos que integran esta red son: San Rafael de Cáqueza, segundo nivel; San Vicente de Paúl, de Fómeque, primer nivel; Nuestra Señora del Pilar, de Medina, primer nivel; Mario Gaitán Yanguas, de Soacha, primer nivel, y el Psiquiátrico Julio Manrique, de Sibaté.

Red norte: comprende los municipios de Zipaquirá, San Cayetano, Cajicá, Cogua, Nemocón, Chía, Cota, Sopó, La Calera, Tocancipá, Tabio, Tenjo, Pacho,

Supatá, El Peñón, Topaipí, Paime, Villa Gómez, La Palma, Yacopí, Ubaté, Simijaca, Susa, Cucunubá, Fúquene, Lenguazaque, Tausa, Sutatausa, Carmen de Carupa, Guachetá, Chocontá, Machetá, Tibirita, Villapinzón, Manta, Guatavita, Guasca, Sesquilé, Gachancipá, Suesca, Gachetá, Gachalá, Junín, Ubalá y Gama.

Los hospitales públicos que integran esta red son: Hospital de Zipaquirá, segundo nivel; San Vicente de Paúl, de Nemocón, primer nivel; San Antonio de Chía, segundo nivel; Divino Salvador de Sopó, primer nivel; Nuestra Señora del Carmen de Tabío, primer nivel; Santa Rosa de Tenjo, primer nivel; San Rafael de Pacho, segundo nivel; San José de La Palma, primer nivel; El Salvador de Ubaté, segundo nivel; Habacuc Calderón, de Carmen de Carupa, primer nivel; San José de Guachetá, primer nivel; San Martín de Porres, de Chocontá, primer nivel; San Antonio de Guatavita, primer nivel; San Antonio de Sesquilé, primer nivel, y Hospital San Francisco, de Gachetá, segundo nivel.

BOGOTÁ

De acuerdo con lo publicado en la página web de la Secretaría Distrital de Salud, su red adscrita cuenta con veintidós ESE, conformadas por cinco hospitales de tercer nivel, siete de segundo nivel y diez de primer nivel. Actualmente hay 142 puntos de atención, en los que se ofertan servicios de baja, mediana y alta complejidad. Los hospitales públicos existentes en Bogotá se relacionan en la tabla 4.

TABLA 4. Hospitales de la red distrital de salud

HOSPITAL	PÁGINA WEB
Hospital de Fontibón	http://www.hospitalfontibon.gov.co
Hospital Centro Oriente	http://www.esecentrooriente.gov.co
Hospital Rafael Uribe	http://www.eserafaeluribe.gov.co
Hospital Occidente Kennedy	http://www.hospitaloccidentekennedy.gov.co
Hospital Chapinero	http://www.esechapinero.gov.co
Hospital San Blas	http://www.hospitalsanblas.gov.co
Hospital San Cristóbal	http://www.esanecristobal.gov.co

Continúa

HOSPITAL	PÁGINA WEB
Hospital Suba II Nivel	http://www.esesuba.gov.co
Hospital Usme	http://www.esesusme.gov.co
Hospital Tunal	http://www.hospitaleltunal.gov.co
Hospital Usaquén	http://www.hospitalusaquen.gov.co
Hospital Vista Hermosa	http://www.hospitalvistahermosa.gov.co
Hospital Sur	http://www.hospitalsur.gov.co
Hospital Pablo VI Bosa	http://www.hospitalpablovibosa.gov.co
Hospital Tunjuelito	http://www.esetunjuelito.gov.co
Hospital Simón Bolívar	http://www.esesimonbolivar.gov.co
Hospital de Nazareth	http://www.esenazareth.gov.co
Hospital Engativá	http://www.hospitalengativa.gov.co
Hospital Santa Clara	http://www.esesantaclara.gov.co
Hospital Meissen	http://www.hospitalmeissen.gov.co
Hospital La Victoria	http://www.esevictoria.gov.co
Hospital Bosa II Nivel	http://www.esebosa.gov.co

Fuente: www.saludcapital.gov.co/paginas/directoriohospitales.aspx

LINEAMIENTOS POLÍTICOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA CIUDAD REGIÓN

En cuanto a los lineamientos políticos, con respecto a la prestación de servicios de salud, el Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012 los define a continuación:

- Gestión de la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre (en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción) mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.
- Financiación con los recursos propios, si se considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental.
- Adopción de la Política de Prestación de Servicios de Salud, formulada por la Nación.
- Organización de la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el Distrito.

- Financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo.
- Vigilancia en el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por la Nación para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de salud y los centros del bienestar del anciano.

Como se puede observar, ni la constitución de las redes de Cundinamarca, ni los lineamientos políticos del plan de salud del Distrito, contemplan un enfoque de integración en torno a un proceso de regionalización.

CIUDAD SALUD

“Ciudad salud” es un proyecto impulsado por diferentes entidades distritales, en particular, por la Empresa de Renovación Urbana (ERU) y la Secretaría de Salud, como búsqueda de una respuesta a las demandas y requerimientos que las condiciones estructurales de la ciudad exigen. Jurídicamente, el proyecto fue oficializado por el Concejo de Bogotá mediante el Acuerdo 192 del 2005: “El proyecto ‘Ciudad salud’ contendrá los componentes científico, administrativo, técnico, financiero, ambiental, de movilidad, urbanístico, de equidad y de conectividad requeridos” (Acuerdo 195, 2005).

Con él se pretende mejorar las condiciones urbanísticas alrededor de los hospitales La Samaritana, Instituto Nacional de Cancerología, Santa Clara, Materno Infantil, San Juan de Dios, Dermatológico y La Misericordia, por medio de una intervención integral, tanto urbanística como social, haciendo que la zona en la que se encuentran las instituciones sea más accesible, segura y cómoda para la población que demanda sus servicios, la cual está constituida por los habitantes de Bogotá D. C., Cundinamarca y la población proveniente de to-

da la nación e incluso de fuera del país (Proeza y HCT Ingenieros, 2006).

Los hospitales que hacen parte de “Ciudad salud” se caracterizan por tener una vocación docente-asistencial, contando desde su fundación con la participación activa de las principales facultades de ciencias de la salud del país.

Para ello, se plantearon dos estrategias para optimizar la prestación de servicios de salud en la zona: la primera consiste en promover la creación de un clúster de salud, y la segunda, crear unidades de producción compartidas por todos ellos y, así, brindar servicios de calidad y eficiencia.

Lo anterior viene acompañado con planes de modernización tecnológica y de ampliación de infraestructura hospitalaria, apoyados en estrategias de mejoramiento continuo y alta calidad, como la conformación de centros de excelencia, de acuerdo con la experiencia y experticia de cada institución. Se busca así consolidar este espacio de la ciudad como centro generador de conocimiento y de servicios de alta complejidad, tanto para usuarios nacionales como extranjeros (Proeza y HCT Ingenieros, 2006).

El turismo en salud fue identificado como uno de los sectores emergentes de más proyección por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, incluyéndolo dentro del Sistema Nacional de Competitividad, iniciativa constituida en el 2007, como producto de la asociación de los sectores público y privado, la cual, dentro de sus estrategias, plantea el desarrollo de sectores de clase mundial. Para ello se implementó el Programa de transformación productiva, el cual busca elevar la competitividad y el desarrollo de los sectores emergentes seleccionados.

DISCUSIÓN

Como se puede observar, el proyecto de “Ciudad salud” se centra en generar estrategias orientadas

al fortalecimiento y posicionamiento en los ámbitos nacional e internacional de los hospitales que la constituyen. Sin embargo, a pesar de que los documentos técnicos expresan que los usuarios del proyecto “Ciudad salud” contarán a través de este con mayor calidad y cobertura de los servicios de salud y mejores accesos a los hospitales, y que la proyección de los centros de excelencia de los hospitales beneficiará a los usuarios con una mejor atención y eficiencia, no se evidencia que la propuesta integre la red de servicios de salud públicos y privados existentes en las demás zonas de la ciudad y del departamento, aumentando la fragmentación y dificultando la convergencia entre los niveles de acceso a servicios de salud, que pueden tener, según su distancia geográfica o su condición económica, los habitantes de la ciudad región. En tal sentido, sería deseable una planeación más orientada a brindar los servicios al mercado interno, en especial el regional.

CONCLUSIONES

Bogotá, durante el último siglo, se ha convertido en un fuerte polo de atracción para habitantes de todas las regiones del país, al ser el centro político, económico, financiero e industrial de la Nación.

Este proceso se ha acentuado en los últimos sesenta años a causa de la violencia que ha golpeado al país, lo que ha impulsado a grandes masas de campesinos a buscar seguridad y mejores condiciones de vida en Bogotá.

Esto ha puesto en el debate público la posibilidad de iniciar un proceso de integración, soportado en una planeación y gestión conjuntas, consolidándose como una ciudad región.

Así, en el sector salud, quizás el único esfuerzo de planeación conjunta haya sido el proyecto de “Ciudad salud”, el cual busca la recuperación de la infraestructura hospitalaria de mediana y alta complejidad existente en el centro de Bogotá, acompañada de un proceso de renovación urbana del sector.

Este proyecto está enfocado en consolidar estas instituciones en referentes para la atención de pacientes en el ámbito nacional y como exportadoras de servicios, aprovechando la tendencia de turismo en salud existente en los países desarrollados.

Sin embargo, si bien es un esfuerzo conjunto, sus principales logros se concentrarán en Bogotá, y no se constituye en un factor de convergencia entre la calidad de la atención en salud entre los habitantes de la ciudad y los de los municipios del departamento.

De igual forma, este tipo de macroproyectos continúan con un enfoque de salud más orientado al asistencialismo que a uno centrado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, lo que impide que la planeación, deseable en la ciudad región, se oriente al trabajo intersectorial o que busque la eliminación de los factores sociales e históricos determinantes de la enfermedad.

Como resultado se encuentra que el acceso a la salud haya sido comprendido como la garantía de estar afiliado a una EPS y la existencia de una red de prestadores públicos y privados en los que se les garantice a los habitantes un paquete limitado de servicios. Por tal causa, se encuentra un constante esfuerzo de los gobiernos departamental y distrital por aumentar coberturas, especialmente del régimen subsidiado, y por la consolidación de redes de instituciones de salud. Sin embargo, estos esfuerzos, quizás por la estructura político-administrativa descentralizada del país, se hacen independientes. Es así como los planes de salud de ambas entidades territoriales no contemplan una planeación y desarrollo conjuntos.

En conclusión, los sectores de salud de Cundinamarca y de Bogotá realizan en forma aislada su gestión, existiendo poca evidencia de integración, lo que permite afirmar que el proceso de constitución de una ciudad región en esta área en particular está lejos de consolidarse y que su logro dependerá de

una visión política conjunta y de la superación de restricciones legales, tales como la construcción de un marco normativo nacional, bajo una ley general de ordenamiento territorial, aspiración que las regiones llevan esperado desde la promulgación de la Constitución Nacional de 1991.

AGRADECIMIENTOS

El autor expresa sus agradecimientos al doctor Jairo García, decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, y al doctor Jaime Rendón, director del Centro Transdisciplinario para la Alternatividad al Desarrollo, quienes apoyaron incondicionalmente la presente investigación. Igualmente extiende sus agradecimientos a las estudiantes del programa de Optometría de la Universidad de La Salle Diana Verdugo, Jhenifer Ramírez y Leidy Salazar, quienes aportaron con su trabajo e interés investigativo al éxito del presente estudio.

REFERENCIAS

- Bauman, Z. (2008). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Behrentz, E., Carrizosa, J., & Acevedo, J. (2009). Lograr la sostenibilidad: un debate entre Bogotá y la región. *Revista de Estudios Sociales*, 32, enero-abril.
- Boisier, S. (2006). Algunas reflexiones para aproximarse al concepto de ciudad región. *Revista Estudios Sociales*, 15 (28), 167-190.
- Bushnell, D. (2006). *Colombia una nación a pesar de sí misma*. Bogotá: Planeta.
- Centro de las Naciones Unidas para el Desarrollo Regional - Oficina para América Latina y El Caribe (UNCRD-LAC) (2010). *Construcción de capacidad técnica e institucional para el desarrollo integrado de Bogotá-Cundinamarca*. Recuperado el 3 de junio del 2010, de <http://uncrdlac.org/index.html>.
- Concejo de Bogotá D. C. (2005). *Acuerdo 195 "Por el cual se institucionaliza el proyecto "Ciudad salud"*. Bogotá.
- Drucker, P. (1997). *La sociedad poscapitalista*. Bogotá: Norma.
- Forero, E. (2003). *El desplazamiento interno forzado en Colombia*. Washington: Kellogg Institute, Woodrow Wilson International Center for Scholars e Ideas para la Paz.
- Friedmann, J., & Miller, J. (1965). The Urban Field. *Journal of the American Institute of Planners*, 31, 312-319.
- Friedmann, J., & Weaver, C. (1979). *Territory and Function*. Londres: Edward Arnold.
- Jaramillo, J. (1976). *Perfil histórico de Bogotá*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Jiménez, L. (2010). *Ecoturismo. Oferta y desarrollo sistémico Regional*. Bogotá: Ecoe.
- Kalmanovitz, S. (1985). *Economía y nación, una breve historia de Colombia*. Bogotá: Siglo XXI.
- North, D. (1955). Location Theory and Regional Density Function. *Journal of Political Economy*, 63, 243-258.
- Ohmae, K. (2004). *El despliegue de las economías regionales: oportunidades y desafío empresarial*. Barcelona: Deusto.
- Ohmae, K. (2005). *El próximo escenario global. Desafíos y oportunidades en un mundo sin fronteras*. Bogotá: Norma.
- Pampillón, R. (2003). América Latina: de la sustitución de importaciones a la crisis económica del 2002. *Revista de Empresa, Fundación Instituto de Empresa*, 5, julio-septiembre, 39-50.
- Parr, J. (2004). The Polycentric Urban Region: a Closer Inspection. *Regional Studies*, 38, 231-240.
- Pérez, M. (2004). *Territorio y desplazamiento. El caso del municipio de Soacha*. Bogotá: Facultad de Estudios Ambientales y Rurales, Pontificia Universidad Javeriana.
- Pérez, M. (2008). La adaptabilidad de pobladores y asentamientos rurales en áreas de conurbación: el caso de Bogotá (Colombia). *Cuadernos de Desarrollo Rural*, 5 (60), 61-86. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Proeza & HCT Ingenieros (2006). *Estudio de prefactibilidad del proyecto Ciudad salud*. Bogotá D. C.: Empresa de Renovación Urbana (ERU).
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2008). *Bogotá una apuesta por Colombia. Informe de desarrollo humano (2008)*. Bogotá: IDH.
- Rojas, J. et ál. (2008). Cobertura vacunación en niños de 12 a 47 meses de edad en estratos 1 y 2 de la zona urbana de Cali (2002). *Colombia Médica*, Universidad del Valle. Recuperado el 3 de octubre del 2009, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/283/28339108.pdf>.
- Scott, A. (2001). *Global City Regions: Trend, Theory, Policy*. Oxford: Oxford University Press Inc.
- Secretaría Distrital de Salud (2008). *Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012*. Bogotá.

- Sysmes, B. (1995). *Marshall McLuhan's "Global Village"*. Recuperado el 15 de marzo del 2011, de <http://www.aber.ac.uk/media/Students/bas9401.html>.
- Turok, I. (2004). Cities, Regions and Competitiveness. *Regional Studies*, 38, 1069-1083.
- Wong-González, P. (2004). Globalización y virtualización de la economía: impactos territoriales. *La frontera del Desarrollo*, 117-164. México: Instituto de Desarrollo Regional, Universidad de la Frontera.

Recibido: 3 de agosto del 2011
Aceptado: 8 de septiembre del 2011
CORRESPONDENCIA
Wilson Giovanni Jiménez Barbosa
wiljimenez@unisalle.edu.co