

DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL ISAÍAS DUARTE
CANCINO, DISTRITO DE AGUABLANCA, SANTIAGO DE CALI,
PERIODO 2004 – 2008

DOLLY MORENO FRANCO

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFÍA
SANTIAGO DE CALI
2012

DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL ISAÍAS DUARTE
CANCINO, DISTRITO DE AGUABLANCA, SANTIAGO DE CALI,
PERIODO 2004 – 2008

DOLLY MORENO FRANCO

Trabajo de grado para optar al título de
Geógrafa

Director
RAMÓN ALBERTO SERNA ISAZA
Profesor

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFÍA
SANTIAGO DE CALI
2012

Nota de aceptación:

Firma del jurado

Firma del jurado

Santiago de Cali, 26 de abril de 2012

A mis Padres Otoniel y Lucila, por brindarme todo su amor, la dedicación y el apoyo a lo largo de mi vida, por enseñarme que lo más valioso y preciado que puede tener una persona es la familia.

A mi esposo, hermano y hermanas, por la motivación y compañía brindada en esta etapa de mi vida. Como un homenaje póstumo a mi abuela Abigail, quien me enseñó que todo lo puedo en Cristo.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por su infinito amor y por haber puesto en mi camino personas que contribuyeron enormemente en el desarrollo de mi trabajo con sus conocimientos y disposición, a ellos:

Mi Director Ramón Alberto Serna Isaza,
Heider Moreno – Jefe del área de Talento Humano del HIDC,
José Luis Sánchez – Ingeniero de Sistemas del HIDC,
Ingeniera Edda Cifuentes

A mis compañeros:

Beatriz Vanesa Herrera, Orlando Medina, Magnolia Aponte, Cristian Balanta y Álvaro Marín Calero.

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	11
INTRODUCCIÓN	12
1. PROBLEMA	14
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.2 JUSTIFICACIÓN	14
1.3 OBJETIVOS	15
1.3.1 General	15
1.3.2 Específicos.....	15
2. MARCO TEÓRICO	16
2.1 APROXIMACIÓN A LA GEOGRAFÍA DE LA SALUD	16
2.2 SISTEMA DE SALUD EN SANTIAGO DE CALI	16
2.3 LOCALIZACIÓN ESPACIAL DE INFRAESTRUCTURAS DE SALUD ...	18
2.3.1 Barreras espaciales.....	19
2.3.1.1 Violencia y territorios del miedo.....	19
2.3.1.2 Conectividad vial.....	19
3. METODOLOGÍA	21
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO	22
3.2 HIPÓTESIS	22
4. EL DISTRITO DE AGUABLANCA	24
4.1 UBICACIÓN DEL DISTRITO	25
4.2 UNA SÍNTESIS AL COMPONENTE SOCIAL	27

4.2.1 Tamaño, características étnicas y distribución espacial de la población.....	27
4.2.2 Estructura de la población por grupos de edad según el estrato socioeconómico.	31
5. ESCENARIO DE LA SALUD.....	36
5.1 EL SISTEMA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.....	37
5.2 OFERTA EN EQUIPAMIENTOS DE SALUD	38
5.3 CARACTERIZACIÓN DEL HOSPITAL ISAÍAS DUARTE CANCINO.....	40
5.3.1 Estadísticas de las consultas en el periodo 2004-2008.....	41
5.3.2 Consultas según especialidad.....	46
5.3.3 Según estrato socioeconómico.....	49
6. FACTORES CRÍTICOS QUE INCIDEN EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL ISAÍAS DUARTE CANCINO	53
6.1 ANÁLISIS A LA ACCESIBILIDAD Y MOVILIDAD HACIA EL HOSPITAL.....	53
6.1.1 Intercomunicación vial desde el Hospital con el resto de los barrios...	54
6.1.2 Rutas de buses que acceden al Hospital.....	56
6.2 ANÁLISIS DE LOS HECHOS VIOLENTOS OCURRIDOS EN EL PERIODO 2004-2008	62
6.2.1 Hurtos.....	63
6.2.2 Homicidios.....	65
7. CONCLUSIONES	72
BIBLIOGRAFÍA	73

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Total población censada por comunas en la cabecera municipal de Cali.....	27
Figura 2. Distribución porcentual de la población afrodescendiente de las comunas del Distrito de Aguablanca vs la cabecera municipal.....	28
Figura 3. Caracterización de los estratos socioeconómicos dominantes en el Distrito de Aguablanca.....	32
Figura 4. Población por grupo de edad del Distrito de Aguablanca	33
Figura 5. Población porcentual por grupo de edad según estrato socioeconómico	35
Figura 6. Tipo de vinculación al sistema de salud en el Distrito de Aguablanca, año 2006	38
Figura 7. Fotografía del hospital Isaías Duarte Cancino	40
Figura 8. Evolución de las consultas en el Hospital Isaías Duarte Cancino, periodo 2004-2008	42
Figura 9. Comparativo histórico de las consultas según comuna. Periodo 2004-2008.....	43
Figura 10. Especialidades más demandadas en el comuna 13 durante el periodo 2004-2008	47
Figura 11. Especialidades más demandadas en el comuna 14 durante el periodo 2004-2008.....	47
Figura 12. Especialidades más demandadas en el comuna 15 durante el periodo 2004-2008.....	48
Figura 13. Localización de vías que conectan con el HIDC.....	55
Figura 14. Comparativo porcentual de los tres principales tipos de hurtos cometidos de 2006 – 2008 en el Distrito de Aguablanca	63
Figura 15. Comparativo histórico de hurtos según tipo ocurridos de 2006 - 2008 por comuna	64

Figura 16. Homicidios ocurridos en el Distrito, periodo 2004-2008..... 65

Figura 17. Número de homicidios registrados en el periodo 2005-2008 a causa de las pandillas localizadas en el Distrito 68

LISTA DE MAPAS

	pág.
Mapa 1. Localización del Distrito de Aguablanca.....	26
Mapa 2. Distribución espacial por barrio de la población según grupo étnico	30
Mapa 3. Distribución de la red hospitalaria en el Distrito de Aguablanca.....	39
Mapa 4. Histórico de las consultas por barrio en el periodo 2004-2008 en el Distrito de Aguablanca.....	45
Mapa 5. Histórico de los nacidos vivos en Cali durante el periodo 2004-2008	49
Mapa 6. Comportamiento de las consultas según estrato socioeconómico uno en el periodo 2004-2008	51
Mapa 7. Comportamiento de las consultas según estrato socioeconómico dos en el periodo 2004-2008	52
Mapa 8. Recorrido Villanueva Belén ruta 1, en el Distrito de Aguablanca	58
Mapa 9. Recorrido Villanueva Belén ruta 4, en el Distrito de Aguablanca	59
Mapa 10. Recorrido Verde Plateada ruta 1, en el Distrito de Aguablanca	60
Mapa 11. Recorrido Papagayo ruta 9, en el Distrito de Aguablanca.....	61
Mapa 12. Distribución espacial de los homicidios ocurridos de 2004 a 2008Fuente de datos: Observatorio Social, 2011	67
Mapa 13. Configuración espacial de los factores críticos en el Distrito	71

RESUMEN

La infraestructura hospitalaria puede subutilizarse, en ocasiones, debido a una inadecuada planeación en la localización espacial. A través de la presente investigación se pretende determinar la cobertura de servicios de salud del Hospital Isaías Duarte Cancino (HIDC), al interior del Distrito de Aguablanca (comunidades 13, 14 y 15) en el periodo 2004-2008. La propuesta metodológica es de tipo explicativo y comprensivo, a través de variables de tipo físico y social. Entre las primeras se tienen en cuenta la localización, los equipamientos de salud, la planta de servicios que ofrece el Hospital y la conectividad vial (número de vías y rutas de buses); en las de tipo social fueron tenidas en cuenta la estructura socioeconómica de la población, las formas de afiliación al sistema de salud, las estadísticas sobre las consultas y los hechos violentos que afectaron en mayor proporción a la población. Para comprender la incidencia de los territorios del miedo, se espacializaron las pandillas que operan en el Distrito para determinados periodos.

Los análisis mostraron como las barreras espaciales se convierten en un factor determinante que puede generar atracción o repulsión, influyendo de forma significativa en la utilización de los servicios que presta la Institución. Las barreras de tipo social y la baja conectividad espacial, que se presenta en los alrededores son los mayores impedimentos al acceso de los servicios de salud. La localización del Hospital genera mayor topofobia que topofilia. Los barrios con menores niveles de consulta son los mismos que presentan mayor percepción de topofobia; los barrios con niveles similares de peligrosidad, son los principales receptores de consulta del Hospital. Las condiciones de conectividad son las que cumplen un papel fundamental para acceder a los servicios del HIDC.

Palabras claves: Geografía de la Salud, Hospital Isaías Duarte Cancino, Distrito de Aguablanca, cobertura en salud.

INTRODUCCIÓN

La planeación de infraestructura de servicios de salud en las ciudades requiere de información precisa y útil de las dinámicas que ocurren al interior de la ciudad, para tener una mejor comprensión de los servicios que requiere cierta comunidad y el lugar más idóneo para construirlo.

Cuando se trata de localizar cualquier tipo de equipamientos de carácter público o privado indiscutiblemente nos adentramos a un problema geográfico que tiene repercusiones económicas, sociales y ambientales. Por lo tanto, la ubicación de equipamientos para la población constituye un tema de prioritario interés por las diferentes razones mencionadas (Bosque Sendra, Gómez D, Moreno J, & Dal Pozzo, 2000)

El objetivo del proyecto es determinar la cobertura de servicios de salud del Hospital Isaías Duarte Cancino, con respecto a los habitantes del Distrito de Aguablanca, se hallaron factores negativos que interfieren en la interrelación Institución - población potencial y con base en esto discutir la cobertura del Hospital en la zona, para lo cual se utilizaron los Sistemas de Información Geográfica (SIG) como herramienta de análisis espacial que permitieron visualizar el alcance que realmente presenta el Hospital al interior de las comunas y barrios.

El trabajo se aborda desde un enfoque positivista (estudios explicativos) y hermenéutico (estudios comprensivos). Para su desarrollo se recurrió al manejo de datos cuantitativos (estadísticas de consultas, poblacionales, homicidios, hurtos) y cualitativos, a través de los cuales se buscó comprender el propósito intencional de las acciones humanas, llevando a cabo una reflexión de los hechos, logrando de esta forma un análisis más completo y en el cual se plasme la realidad.

En este sentido el trabajo se desarrolla en 6 capítulos. En el primer capítulo se presenta la problemática de estudio, esto es, se plantea la pregunta de investigación, su justificación y los objetivos. En el segundo, se aborda el Marco Teórico en donde se presentan perspectivas que orientaron el estudio. En el tercer capítulo se expone la metodología, en la que se hace una aproximación a información de tipo cuantitativo y cualitativo pertinentes a la infraestructura vial, la conectividad con el Hospital y algunas variables sociales relacionadas con la violencia. En el diseño metodológico se plasman las hipótesis y las variables a tener en cuenta en el desarrollo del documento. En el capítulo cuarto se contextualiza, desde una perspectiva histórica, el Distrito de Aguablanca y se presentan sus principales características.

En el quinto capítulo se desarrollan aspectos pertinentes al escenario de la salud en el Distrito en general y del Hospital Isaías Duarte Cancino, en particular.

El resultado de esta investigación aportará elementos fundamentales para la planificación de la prestación de servicios de salud del Hospital Isaías Duarte Cancino, al encontrar los principales constreñimientos en el uso actual de dicho Hospital. Así mismo, aporta elementos conceptuales para la aproximación a temáticas relacionadas con la infraestructura de la salud en el ordenamiento territorial.

1. PROBLEMA

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Con la siguiente investigación se pretenden contestar a la pregunta: ¿Cuál fue la cobertura de los servicios de salud prestados por el Hospital Isaías Duarte Cancino, durante el periodo de enero de 2004 a diciembre de 2008 por los barrios del Distrito de Aguablanca?

1.2 JUSTIFICACIÓN

Los servicios básicos entre los cuales se encuentra el Sistema de Salud, son parte fundamental para el mejoramiento de la calidad de vida de la población. La localización óptima* de infraestructuras tan importantes como los hospitales hoy en día son motivo de diversos estudios, que pretenden desarrollar medidas encaminadas a un mejor aprovechamiento de estos servicios vitales para la humanidad.

Los estudios de utilización de los servicios de salud, se han convertido en un tema fundamental a la hora de analizar las localizaciones actuales de este tipo de infraestructuras y también nos permite identificar cuáles serían los lugares idóneos para construirlos, ello gracias a que se incorporan más variables en los análisis (Ramírez, 2007).

El Hospital Isaías Duarte Cansino (HIDC) por su nivel de complejidad tiene un peso importante dentro del oriente de la ciudad, dado que presta servicios que complementan la atención integral de los pacientes que no poseen seguridad social y aquellos que están adscritos al SISBEN**.

Dentro del proyecto, se pretende conocer cuáles son los factores que interfieren de forma negativa en la relación comunidad-Institución, información que es esencial para desarrollar medidas y/o estrategias por parte del Departamento del Valle del Cauca, en colaboración con el Hospital y que estas tengan como fin manejar estos factores, de tal forma que se le garantice a la población potencial la utilización de los servicios que la Institución tiene para ellos.

* Se entiende como la ubicación más idónea en un espacio determinado, por medio de la cual se garantiza el acceso a sus servicios a la población potencial.

** Es el Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de programas sociales que maneja el Estado, organizándolos de acuerdo a su condición socioeconómica particular. [En línea <http://www.sisben.gov.co/>]

Desde la creación del Hospital, en el año 2003, existía un imaginario de miedo por la situación de violencia que se vivía en el Distrito. Gracias a la intervención del Hospital, a través de campañas de sensibilización y acercamiento a la comunidad con el personal de la Institución (personal de recursos humanos, personal administrativo, médicos y enfermeras) se ha ido incrementando el uso del mismo (Duff & Phelps de Colombia, 2007). Es por ello que es relevante evaluar los cambios en la demanda por parte de la comunidad.

En el Hospital existe una prelación por la prestación de servicios de medicina especializada*, los cuales contribuyen a la descongestión de las entidades de salud** como la del Hospital Carlos Holmes Trujillo (HCHT) y el Hospital Universitario del Valle, favoreciendo de forma significativa a la población que habita en este sector de la ciudad.

Con la información aquí presentada es posible identificar las variables a tener en cuenta cuando se planifiquen los equipamientos de salud, esta información no solo beneficia a las instituciones del Estado sino que también favorece a las instituciones de carácter privado.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 General

Determinar la cobertura de servicios de salud del Hospital Isaías Duarte Cancino, al interior del Distrito de Aguablanca en el periodo 2004-2008.

1.3.2 Específicos

- Evaluar la incidencia de los fenómenos de violencia y movilidad urbana en el uso de los servicios del Hospital Isaías Duarte Cancino.
- Diferenciar espacio-temporalmente la demanda de los servicios del Hospital por la comunidad del Distrito durante el periodo 2004 a 2008.

* Se encarga del estudio de una patología en particular.

** La amplia oferta en especialidades médicas que ofrece el HIDC (22) contrasta con las 10 especialidades ofrecidas por el HCHT; además, la asignación de las citas se da en un menor lapso tiempo.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 APROXIMACIÓN A LA GEOGRAFÍA DE LA SALUD

La geografía de la salud, inicialmente surge como una nueva propuesta desde la Geografía Humana. Los antecedentes teóricos más notables se reconocen en la Antropogeografía de Ratzel (1948) y la Geografía Humana de Vidal de la Blache (1922). M. Sorre despliega el potente arsenal de los conceptos de género de vida, de ecúmene y complejos patógenos, interpretando las enfermedades y las muertes como tema o aspecto central de la Geografía o Ecología Humana, trazando fundamentos de la Geografía Médica aún vigentes (Sorre, 1955 citado en Iñiguez Rojas, 1998).

Los términos Geografía Médica y Geografía de la Salud resultaron los más ampliamente debatidos y aceptados para identificar aquella dirección de la geografía que, surgida en el pasado siglo y calificada hoy “*como una antigua perspectiva y una nueva especialización*” (Meade et al., 1988, 1, citado en Iñiguez Rojas, 1998) se ocupa de la aplicación del conocimiento geográfico, métodos y técnicas a la investigación en salud, en la perspectiva de la prevención de enfermedades (Verhasselt, 1993, citado en Iñiguez Rojas, 1998).

La Geografía de la Salud, frecuentemente se divide en dos campos principales de investigación: la Nosogeografía, encargada de la identificación y análisis de patrones de distribución espacial de enfermedades y la Geografía de la atención médica o de salud, ocupada en torno de la distribución y planeamiento de componentes infraestructurales y de recursos humanos del Sistema de Atención Médica. En sus inicios la Nosogeografía dirigió sus estudios, casi exclusivamente, a las enfermedades transmisibles. Para el caso de la segunda, ha centrado la atención en la estructura geográfica del sistema de salud, según la distribución de la población y la accesibilidad física a estos, procurando incrementar la eficiencia y la racionalidad del sistema (Iñiguez Rojas & Barcellos, 2003).

2.2 SISTEMA DE SALUD EN SANTIAGO DE CALI

Los servicios de salud a nivel nacional parten de la base de algunos determinantes geográficos y sociales con el fin de que dichos equipamientos tengan el impacto que realmente requiere la población; por lo cual se tiene una clasificación según los servicios que preste la Institución. En Colombia contamos con tres (3) niveles de atención según su complejidad médica: el nivel I está reservado a la atención más básica y principal (centros de salud);

al nivel II* pertenecen los Centros Hospitalarios; el III nivel de complejidad es el más especializado y regularmente tiene un área de influencia a nivel departamental y/o regional (Congreso de Colombia, 1993).

La adecuada localización y administración de los servicios de salud está muy presente en las entidades gubernamentales, como es el caso de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, la cual ha propuesto la reorientación de los servicios de salud para el municipio en la cual expone que (www.cali.gov.co/salud):

- Los servicios de salud deben ser organizados no solo teniendo en cuenta las demandas más representativas que en salud tenga cada comuna, sino contemplando también las zonas de la ciudad donde más confluyen estas problemáticas para poder establecer programas de atención que se establecen en correspondencia con las principales causas de muerte y enfermedad y se focalizan según el área donde se registra el mayor número de casos.
- Cada uno de los programas priorizados debe identificar las zonas de mayor demanda; luego se deben seleccionar los barrios que ameritan una atención especial, ubicar los puestos y centros de salud y su enlace con el hospital de segundo nivel más cercano.

El propósito principal de la reorientación de los servicios de salud en el municipio de Cali, parten del Principio de Universalidad, propuesto en la Ley 100/93, el cual busca que a todos los colombianos se les garantice la protección de la salud. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se hará bajo una de las dos modalidades: régimen contributivo o subsidiado. Los afiliados al primero, son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. En el régimen subsidiado, se encuentran las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización (Congreso de Colombia, 1993, 46).

La afiliación al SGSSS se puede realizar mediante las entidades responsables de administrar los riesgos relacionados con la salud: Entidades

* En este nivel se ofrecen intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas: medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, psiquiatría y cirugía general; adicionalmente ofrece algunas subespecialidades como neonatología, otorrinolaringología, ortopedia, cardiología, dermatología, oftalmología u otras, según el perfil epidemiológico de la población. Los hospitales que corresponden a este nivel de atención contarán con quirófanos dotados del personal y del equipo idóneo para realizar cirugía mayor poco compleja (Congreso de Colombia, 1993).

Promotoras de Salud (EPS), Aseguradoras de Riesgos Profesionales (ARP) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). La EPS contributiva o la EPS subsidiada son las responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y el recaudo de sus aportes. Las EPS contratan la prestación de los servicios de salud con las IPS (hospitales, clínicas, laboratorios, etc). La Superintendencia de Salud define cuales organizaciones privadas califican como Empresas Promotoras de Salud (EPS) basándose en la infraestructura, capital, número de usuarios afiliados, funcionalidad y cubrimiento (Congreso de Colombia, 1993).

Además de las entidades administradoras de salud mencionadas en el párrafo anterior en el capítulo III de la Ley 100/93, se incluye la prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales, las cuales se hará a través de las Empresas Sociales del Estado (ESE), que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa (Ibíd., 1993, 59).

2.3 LOCALIZACIÓN ESPACIAL DE INFRAESTRUCTURAS DE SALUD

La sanidad es un servicio a la población para utilización directa por los usuarios. La distribución espacial de los múltiples subtipos de recursos sanitarios en diversos puntos de oferta y el reparto territorial de la demanda no siempre son coincidentes, por lo que no todos los usuarios disfrutan del mismo nivel de acceso (Olivera, 1993).

Cuando se piensa en la localización de infraestructuras dedicadas al servicio de la salud, se apela al concepto de 'localización óptima de los servicios públicos', este concepto se basa, en general, en lo que se califica como interés colectivo. Con el propósito de garantizar el acceso de la población potencial a los servicios públicos, es usual encontrar que los modelos de localización de equipamientos se rigen bajo la premisa de estos dos principios o criterios: socio-espaciales o socio-territoriales. Dentro del primer criterio se alude a la 'eficiencia espacial o territorial': el cual se tienen en cuenta el volumen global de desplazamientos que el conjunto de la población que requiere el servicio debe efectuar para utilizar las instalaciones (Bosque Sendra, 1992, 227, citado en Ramírez, 2002, 122). El segundo criterio hace referencia a la 'equidad o justicia espacial o territorial': en el cual se tienen en cuenta la disponibilidad de recursos en iguales condiciones de tiempo y distancia (equidad geográfica), como el acceso igual en términos de pago

(equidad personal y social) (González Enríquez, 1988, 451, citado en Ibíd., 122).

2.3.1 Barreras espaciales.

2.3.1.1 Violencia y territorios del miedo. Los espacios ya sean a un nivel macro (países, departamentos, ciudades) o micro (barrios, sectores) se encuentra en constante construcción, y en estos cambios que se generan entran en juego las percepciones y los imaginarios que elaboran los habitantes respecto al espacio que ocupan. Las percepciones se hacen visibles a partir del 'posicionamiento' desde donde se viva la ciudad; es decir, la ciudad es una realidad que no es vivida ni sentida de la misma manera por todos los habitantes (Niño Murcia, 1997).

La percepción que se genera hacia cierto espacio se encuentra influenciada por aspectos de tipo social, económico y cultural. Lo que se denomina topofobia o topofilia. Uno de los principales factores que promueve una percepción negativa hacia los espacios (topofobia) es la violencia.

El fenómeno de la violencia que se vive hoy en día es tan generalizado que se ha considerado como un problema importante de la salud pública a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS), caracterizó las principales tipologías de la violencia; se establecieron tres categorías generales de violencia (Organización Panamericana de la Salud, 2003):

- Autoinfligida,
- interpersonal y
- colectiva.

La violencia interpersonal y colectiva, son las que en mayor grado afectan a la población. Este fenómeno prevalece en las ciudades que presentan grandes desequilibrios socioeconómicos entre su población. La estigmatización que se genera de cierto espacio, puede deberse a experiencias propias o contadas por terceros.

2.3.1.2 Conectividad vial. Diversos estudios enfocados a la determinación del uso de los servicios de salud, hacen énfasis en el análisis de variables tales como la accesibilidad; variable que permite hacer una evaluación de la equidad en el acceso con que cuenta la población potencial. Dentro de este tipo de estudios, se destacan los que miden la accesibilidad, teniendo en cuenta la distancia de la población potencial, medida en torno a la red vial que los conecta con la Institución prestadora de salud.

Estas implicaciones de conectividad dan lugar a lo que se ha denominado 'justicia o equidad espacial': se refiere a la accesibilidad diferencial de un

servicio por parte de los distintos grupos de población; es decir, el grado de igualdad en la distribución de los servicios que presta cada instalación a la población. La justicia espacial depende, en este caso, de la mayor o menor facilidad de acceso y depende de la variabilidad de las distancias que separan a cada individuo de la instalación más próxima, del tamaño de la oferta existente en dicha instalación y de la disponibilidad temporal de los servicios (Bosque Sendra, 1999, 227, citado en Ramírez & Bosque, 2001).

Se entiende que la accesibilidad a las infraestructuras de salud favorece o dificulta su utilización por la población potencial. La autora Ana Olivera en su libro *Geografía de la Salud* (1993), destaca dos tipos de factores que condicionan la accesibilidad o disponibilidad a los servicios de salud:

1. Distancia/tiempo, que da lugar a diversos grados de accesibilidad geográfica o espacial.
2. Factores económicos y culturales, que generan diferente accesibilidad social.

Se plantea que los estudios de la accesibilidad pueden hacerse por dos vías:

1. Mediante los estudios de la utilización real del servicio, los cuales parten de la información suministrada por los hospitales sobre los registros de los pacientes y encuestas de morbilidad atendida.
2. Estimación por localización espacial de la demanda potencial y la oferta, con lo que se obtiene la accesibilidad potencial.

3. METODOLOGÍA

Para el desarrollo del proyecto se determinó como área de estudio las comunas 13, 14 y 15 de Cali, denominadas en su conjunto como el Distrito de Aguablanca. Con el propósito de abordar el estudio de cobertura en servicios de salud del Hospital Isaías Duarte Cancino, se realizó una aproximación al componente de conectividad vial que presenta el Hospital, la infraestructura en salud y las características sociales más representativas del Distrito en el periodo 2004–2008..

Para el análisis del componente de conectividad, se tuvieron en cuenta las variables de infraestructura vial (vías principales) y las rutas de buses que acceden a la Institución, el cruce de estas variables permiten identificar qué barrios presentan una mejor conectividad con el Hospital, y con ello qué población posee las mayores ofertas de movilidad hacia la Institución. En el análisis de la variable de accesibilidad se utilizaron las dos vías propuestas en la literatura.

Dentro del componente social se realizó un cruce de variables asociadas con violencia, las cuales permitieron conocer la espacialización a las zonas de probable mayor demanda de los servicios del Hospital. Otras, como la condición étnica, simplemente fueron utilizadas para caracterizar la población, ya que no se considera asociada al grado de 'uso' de los servicios del Hospital.

La resolución de la información que se trabaja es a escala de comuna y de barrio. En el caso de las variables de violencia, los datos de los hurtos se presentan a escala de comuna, ya que esta es la resolución de la información de la cual se dispone para estos años, en tanto que los homicidios fueron evaluados por barrios en el periodo de 2004 a 2008. La fuente de información fue la suministrada por el Observatorio Social ([http://www.cali.gov.co/observatorios/publicaciones /](http://www.cali.gov.co/observatorios/publicaciones/)).

Para la caracterización del Hospital se contó con información suministrada directamente por el Hospital; entre ellos, la demanda de consultas discriminada por barrios en el periodo 2004-2008. Con estos datos se analiza la demanda que se presenta hacia la Institución y de esta forma se evalúa la cobertura real.

El trabajo se realizó mediante la presentación sistemática de los resultados y discusiones; es decir, que en cada apartado se presenta la información cuantitativa y un análisis cualitativo de la información presentada.

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Los tipos de investigación que permitirán abordar el proyecto son los de carácter explicativo, centrado en el análisis cuantitativo de diferentes variables que intervienen en la relación Hospital - población potencial y los de tipo comprensivo, por medio del cual se genera una reflexión e interpretación de los hechos. Las variables que se tienen en cuenta para el análisis de la cobertura del Hospital en el Distrito de Aguablanca, son de carácter físico y social. Entre los primeros, se mencionan la localización, los equipamientos de salud, la planta de servicios que presenta el Hospital, la conectividad vial (número de vías y rutas de buses). Las características de tipo social tenidas en cuenta son la estructura socioeconómica de la población, las formas de afiliación al sistema de salud, las estadísticas sobre las consultas en el Hospital y los hechos violentos que afectan en mayor proporción a la población. Para comprender la posible incidencia de los territorios del miedo, se apeló a una espacialización de las pandillas que operan en el Distrito para determinados periodos. La fuente de información fue la suministrada por el Observatorio Social (www.cali.gov.co/descargar.php?id=28301).

La interpretación de las características de la oferta en salud del Hospital, la infraestructura en salud en el Distrito, la conectividad de este con el Hospital y las características sociales en las comunas, permitieron una perspectiva comprensiva de la temática.

3.2 HIPÓTESIS

Las hipótesis planteadas para el desarrollo del proyecto son:

H1: la inseguridad* en el sector restringe el acceso de la población a los servicios que presta el hospital Isaías Duarte Cancino. ($X \rightarrow Y$)

Variables independientes: barrio, número de habitantes.

Variables dependientes: número de homicidios y hurtos, número de consultas.

¿Dónde se encuentra ubicado el hospital Isaías Duarte Cancino?

¿Cuál es el número de homicidios que se presenta en los barrios del Distrito?

¿Cuál es el número de hurtos que se presenta en las comunas del Distrito de Aguablanca?

¿Cuál es el porcentaje de consultas del Hospital por barrio?

* Inseguridad: la alta presencia de pandillas en el barrio (Mojica), hace que las personas no asistan al Hospital por miedo a ser atracadas o ultrajadas físicamente.

H2: El bajo nivel de conectividad vial en la zona, influye negativamente en la accesibilidad de la población al hospital Isaías Duarte Cancino. ($X \rightarrow Y$).

Variables independientes: número de vías principales que conectan a los diferentes barrios del Distrito con el Hospital, número de rutas de buses que pasan por el hospital.

¿Cuál es el tipo de vías que conectan al Hospital con los barrios que conforman el Distrito de Aguablanca?

¿Cuántas rutas de buses pasan por el centro hospitalario?

¿De qué barrios provienen las personas que asisten a consulta?

Ho: La inseguridad no influye en la accesibilidad de la población a los servicios que presta el hospital Isaías Duarte Cancino.

Ha: Los servicios que presta el hospital no son los requeridos por la población del Distrito.

Variables: número de especialidades, servicios que se ofrecen en la Institución.

¿Qué servicios presta la Institución?

¿Cuál es el promedio de consultas según la especialidad por comuna?

¿De qué barrios provienen las personas que asisten a consulta?

4. EL DISTRITO DE AGUABLANCA

El desarrollo de las grandes ciudades que conforman el territorio colombiano ha estado alimentado en gran medida por el común denominador de la migración campesina, producto de la violencia que azotó al área rural con mayor intensidad en las décadas de 40 y del 50. (Asociación de Ingenieros del Valle, 1984, pág. 15)

Frente al panorama de la migración rural hacia las urbes, Cali no fue la excepción, la ciudad fue creciendo desordenadamente con escasa planificación urbana por parte de la administración municipal, la baja oferta de vivienda popular, los altos precios de la vivienda y de la tierra en particular para los sectores de bajos ingresos, fueron los principales factores que influyeron que las personas de bajos recursos económicos de la ciudad y desplazados invadieran lotes baldíos al oriente de Cali, pero también esta situación fue aprovechada por urbanizadores piratas que vendieron lotes a bajos precios, sin ninguna planificación urbanística e incluso que carecían de los servicios públicos básicos (acueducto, alcantarillado y energía) (Alcaldía de Santiago de Cali, s.f. Documento en línea).

Es así como se va originando el proceso de expansión y de consolidación del Distrito de Aguablanca, el cual logra un mayor crecimiento poblacional con motivos de la celebración de la VI versión de los Juegos Panamericanos en el año de 1970 y por el desplazamiento de la población afectada por el terremoto ocurrido el 12 de diciembre de 1979 en Tumaco (Nariño).

Cerca del 67% de la población del Distrito es inmigrante de otros departamentos (Chocó, Cauca y Nariño, principalmente) y otras ciudades del Valle; el 33% restante proviene de movimientos intraurbanos (Alcaldía de Santiago de Cali, s.f. Documento en línea).

4.1 UBICACIÓN DEL DISTRITO

En la franja sur oriental de la ciudad de Cali se encuentra localizado el Distrito de Aguablanca, conformado por tres comunas (13, 14 y 15). El Distrito de Aguablanca limita al Norte con la comuna 7, al Este con la comuna 21, al Oeste con las comunas 12 y 11 y al Sur con la comuna 16 (Mapa 1).

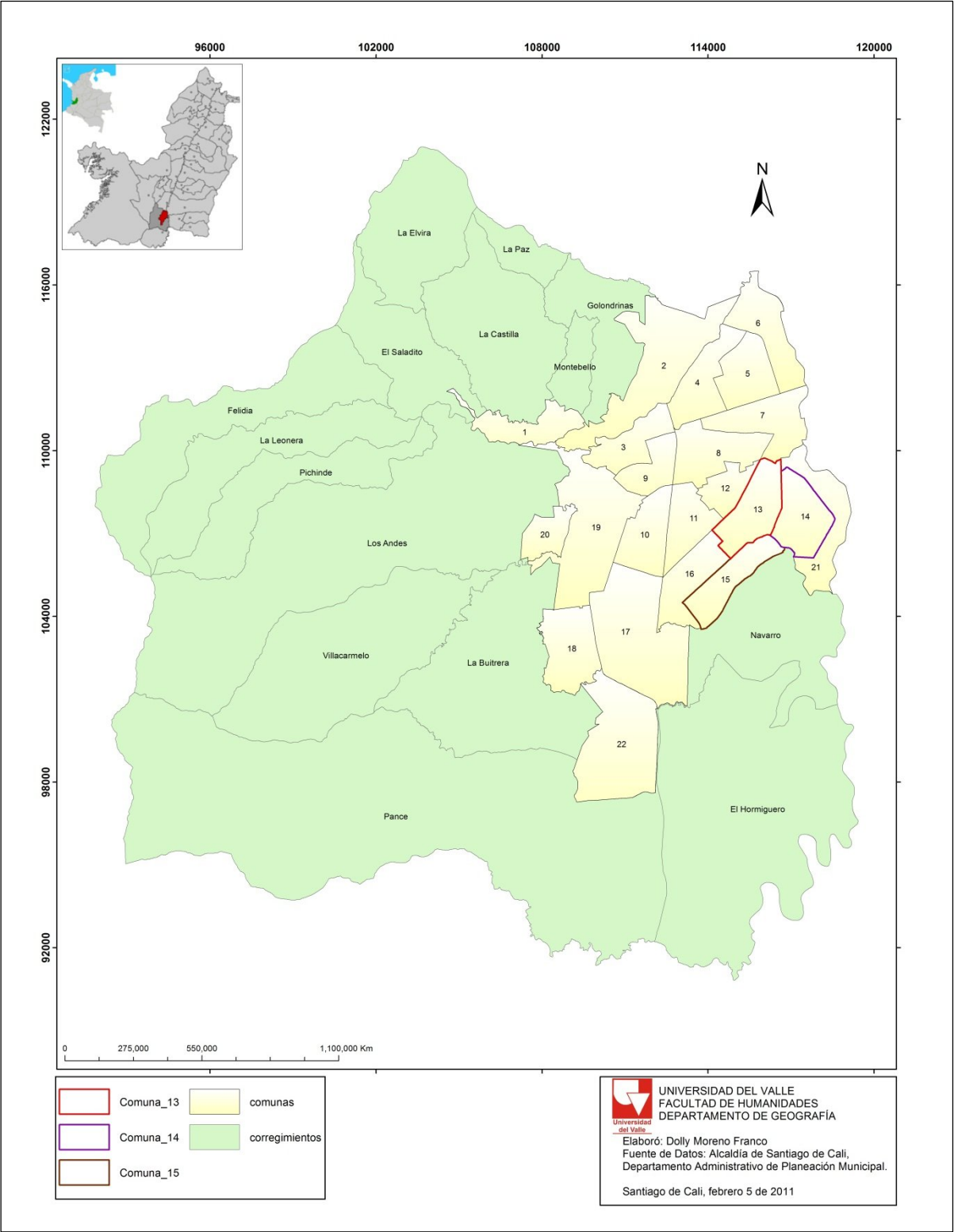
Como se aprecia en el Mapa 1, el Distrito ocupa una importante área al sur oriente de la ciudad con aproximadamente 1700* ha, la cual se encuentra dividida de la siguiente forma:

- Comuna 13 cuenta con 473.73 ha
- Comuna 14 con 454.33 ha y la
- Comuna 15 con un total de 406.04 ha.

El Distrito se subdivide en un total de 39 unidades, entre barrios, sectores y urbanizaciones; dentro de esta distribución se tiene que la comuna 13 es la que agrupa un mayor número de estos (15 barrios y 7 sectores) (Alcaldía de Santiago de Cali, 2008. Documento en línea).

* Un porcentaje de este total de área pertenece a la comuna 21, constituida mediante el Acuerdo 10 (agosto 10 de 1998) (Cali en cifras, 2008) [en línea]. La comuna 21, colinda con las comunas 14 y 15, bordeando el río Cauca; pero no hace parte del sector denominado el Distrito de Aguablanca (Departamento Administrativo de Planeación Municipal de Cali, 2003, p.5).

Mapa 1. Localización del Distrito de Aguablanca



4.2 SÍNTESIS DEL COMPONENTE SOCIAL

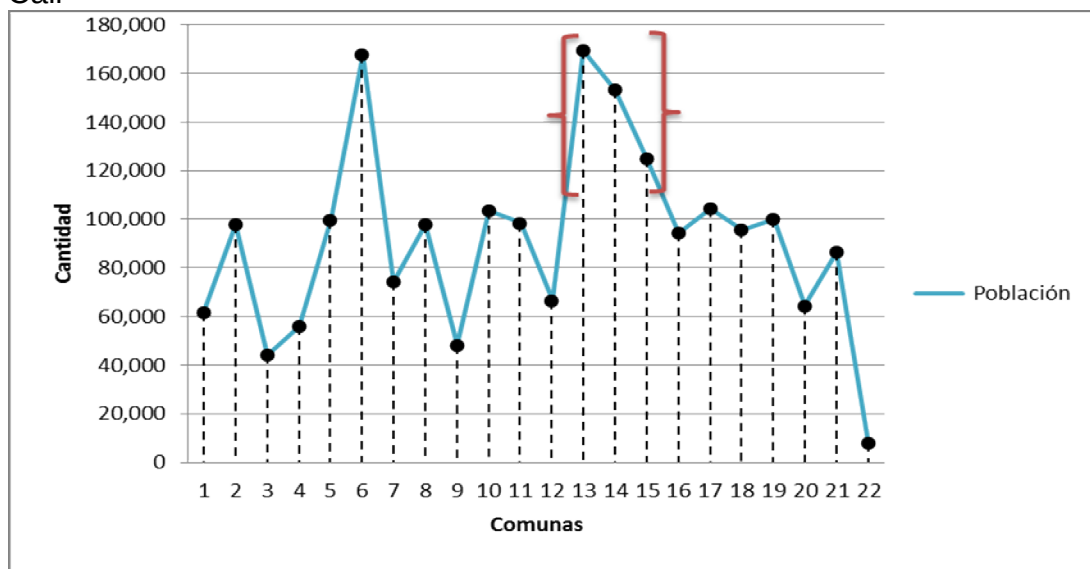
4.2.1 Tamaño, características étnicas y distribución espacial de la población. En el Distrito de Aguablanca según el censo poblacional realizado en el año 2005 la población era de 448.008 habitantes, cifra que representa el 22.2% de la población total para la cabecera municipal. Las altas cifras poblacionales del Distrito en gran medida se deben a los altos flujos migratorios presentados a sus inicios y que dieron como resultado la consolidación de este sector de la ciudad, como se explicó anteriormente (numeral 4) (Alcaldía de Santiago de Cali, 2008) [en línea].

El total de población que engloba el Distrito (22.2%), se encuentra dividido de la siguiente forma entre sus tres comunas:

- Comuna 13 con el 37.84%,
- Comuna 14 con el 34.24%, y la
- comuna 15 con el 27.92% de la población.

En la Figura 1, se observa gráficamente las cifras poblacionales presentadas por cada una de las 22 comunas que conforman la cabecera municipal. Las comunas con las mayores cifras son la comuna 6, 13, 14 y 15, pero la comuna 13 es la que mayor población concentra con un total de 173.129 habitantes superando en aproximadamente dos mil habitantes a la comuna 6 (Figura 1).

Figura 1. Total población censada por comunas en la cabecera municipal de Cali



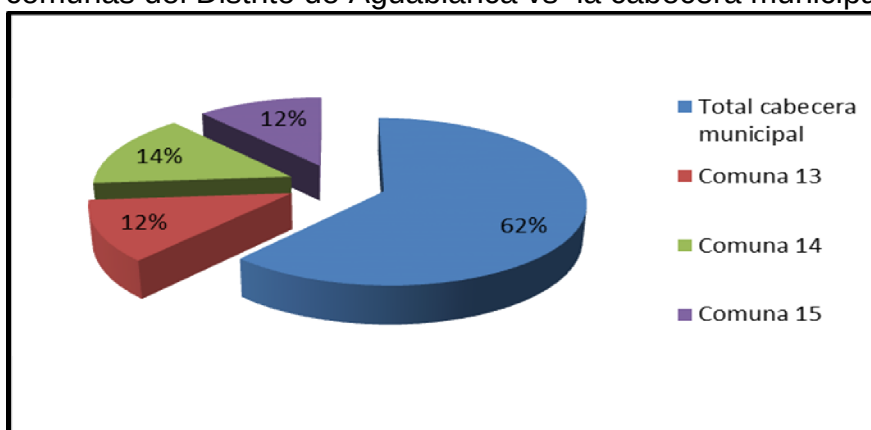
Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali, 2005.

Al intentar explicar el por qué de este comportamiento, nos encontramos con que es la comuna 13 la que agrupa el mayor número de barrios, con un total de 20 barrios y 2 sectores; seguida de la comuna 14 con 10 barrios y por último está la comuna 15 con un total de 7 barrios (estas dos últimas comunas, sin sectores). La comuna 13 concentra el 56% del total de barrios que tiene el Distrito de Aguablanca (Alcaldía de Santiago de Cali, 2008).

Estas cifras poblacionales son el resultado de la expansión poblacional y los flujos migratorios en su mayoría provenientes de la costa pacífica sur que se originaron a partir de la década de 1970 hasta el presente. Es por ello que el Distrito se considera un territorio urbano que se expande en forma de un mestizaje generalizado, con gentes provenientes de diversas regiones del Valle y del país, con tipos socio-raciales muy diversos; podría decirse que se caracteriza por una sobre concentración de población afrocolombiana, especialmente de la costa pacífica sur (nariñense y caucana), en varios nichos residenciales, sobre todo en los asentamientos de invasión y en las áreas urbanizadas ya consolidadas pero que están marcadas por condiciones urbanísticas más precarias y niveles de vida de menor prosperidad (Urrea & Murillo, s.f., 20).

Como se señala en el anterior párrafo el Distrito se caracteriza concentrar la mayor población afrodescendiente en la ciudad. Población que para el año 2005 en los datos del censo poblacional ascendía a los 204.726 habitantes. La población afrodescendiente censada en la cabecera municipal para el 2005 fue de 534.978; es decir, que aproximadamente el 38.26% de la población afrodescendiente en la ciudad está situada en el Distrito (Figura 2).

Figura 2. Distribución porcentual de la población afrodescendiente de las comunas del Distrito de Aguablanca vs la cabecera municipal



Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali, 2008.

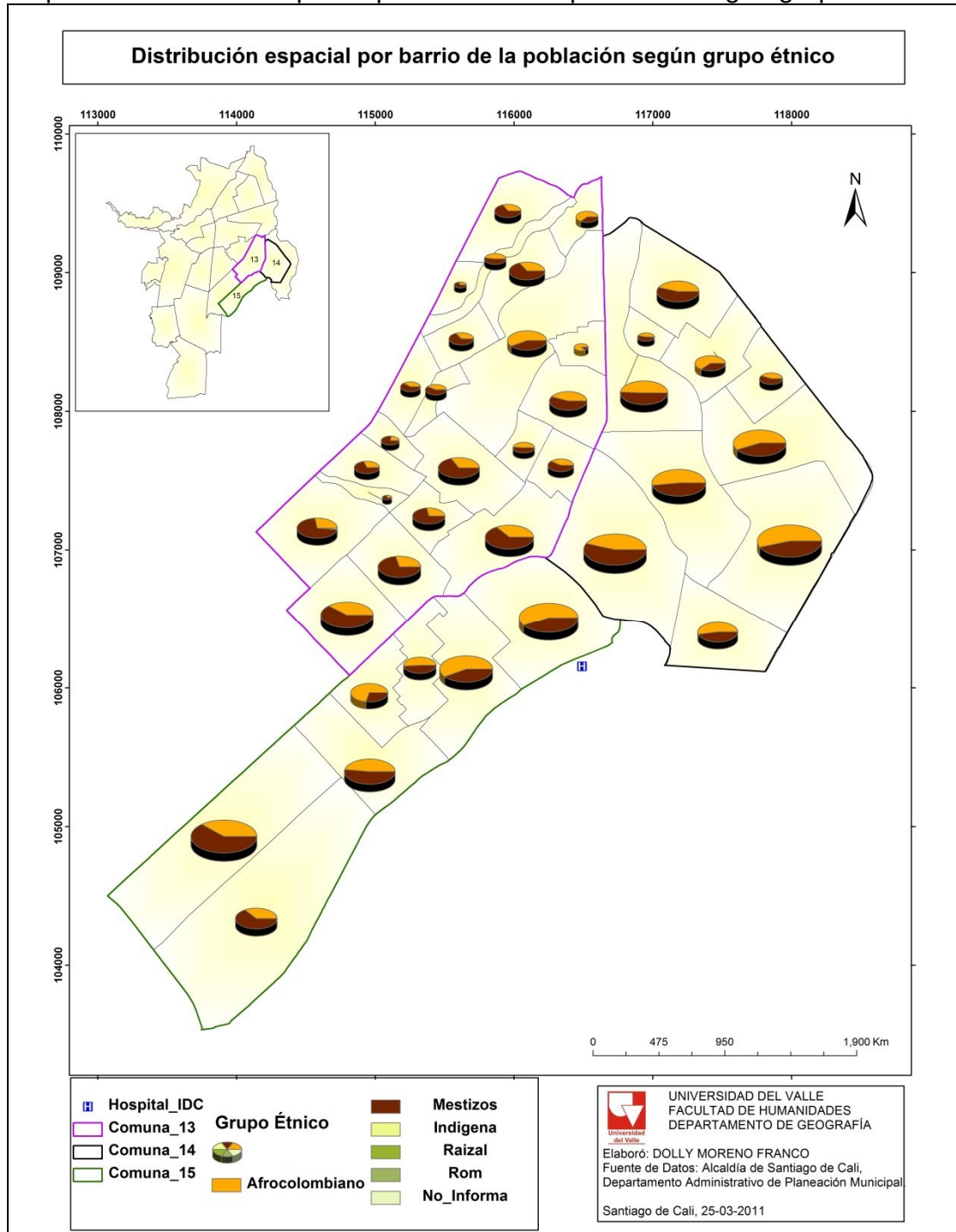
Siguiendo en esta línea se encontró que el peso de la población afrodescendiente para la cabecera municipal es del 38%, ¿pero los 204.726 mil afrodescendiente censados qué representan para el Distrito?, al responder esta pregunta se presenta lo siguiente: la población afrodescendiente asciende al 45.5% de la población y el 54.5% restante se divide de la siguiente forma (Alcaldía de Santiago de Cali, 2008):

- Mestizo 53.45%
- Indígena 0.57%
- Raizal 0.047%
- Rom 0.093%
- No informa 0.29%

En relación a estos datos se entiende que la población está concentrada primordialmente por los grupos mestizo y afrodescendiente, con el 98.95% del total de la población (Mapa 2).

Los tamaños de las gráficas circulares mostrados en el Mapa 2, varían en función a la suma de los campos que intervienen; es decir, entre mayor población (Mestizo +Afrodescendiente+ Rom+ Raizal) presente mayor es el tamaño de la gráfica circular.

Mapa 2. Distribución espacial por barrio de la población según grupo étnico



En el Mapa 2, es posible apreciar la diferenciación de la población según el grupo étnico y también se muestra que aquellos barrios con una gráfica circular más pequeña son los que presentan menor tamaño de población, como es el caso de la comuna 13 en donde se observan las gráficas

circulares de menor tamaño y con una predominación de población mestiza sobre la afrodescendiente. A pesar de que la comuna 13 presenta la mayor cantidad de población comparada con las otras 2 comunas, se observa que el volumen de su población a escala de barrios es inferior al de las comunas 14 y 15.

En las comunas 14 y 15 se muestran las tortas de mayor tamaño, reflejo de que los volúmenes poblacionales son más altos a escala de barrio y también es posible apreciar que en estos barrios predomina la población afrodescendiente sobre la mestiza.

4.2.2 Estructura de la población por grupos de edad según el estrato socioeconómico. Antes de iniciar un análisis entre las variables población según edad y el estrato socioeconómico, es pertinente hacer una aproximación a lo que en este trabajo se entiende por clasificación socioeconómica de una población y su importancia para la generación de políticas que protejan a sectores con menor capacidad económica.

Para aproximarse al conocimiento de la capacidad económica de la población, se utiliza la estratificación socioeconómica, la cual es entendida de la siguiente manera (Departamento Nacional de Planeación, 2008, 11):

La estratificación socioeconómica en Colombia es una clasificación de inmuebles que se utiliza como instrumento de focalización geográfica para el cobro diferencial de los servicios públicos domiciliarios en un esquema de subsidios cruzados a la demanda*. Se han establecido históricamente seis estratos identificados de acuerdo a las características de la vivienda y del entorno, como indicador indirecto de la capacidad económica de quienes los habitan. De esta manera, la calidad de la vivienda se ha tomado como aproximación a la calidad de vida de sus habitantes

En Santiago de Cali la estratificación socioeconómica se rige mediante la metodología expuesta por el Departamento Nacional de Planeación –DNP– que es el ente encargado a nivel nacional de establecer las metodologías pertinentes para efectuar dicha clasificación. En este orden, Cali cuenta con 6 estratos socioeconómicos, donde el nivel 1 es el más bajo (menores ingresos económicos) y el 6 es el más alto (mayores ingresos económicos). La distribución socioeconómica que se presenta en los 39 barrios que

* Según el artículo 368 de la Constitución: “La Nación, los departamentos, los distritos, los municipios y las entidades descentralizadas podrán conceder subsidios, en sus respectivos presupuestos, para que las personas de menores ingresos puedan pagar las tarifas de los servicios públicos domiciliarios que cubran sus necesidades básicas (Ibíd.).

conforman el Distrito de Aguablanca va del estrato 1 al 3*. Las siguientes Figuras ilustran algunas características físicas de los inmuebles que se encuentran en los estratos 1, 2 y 3.

Figura 3. Caracterización de los estratos socioeconómicos dominantes en el Distrito de Aguablanca

Estrato 1

Vivienda



Manzana



Estrato 2



Estrato 3



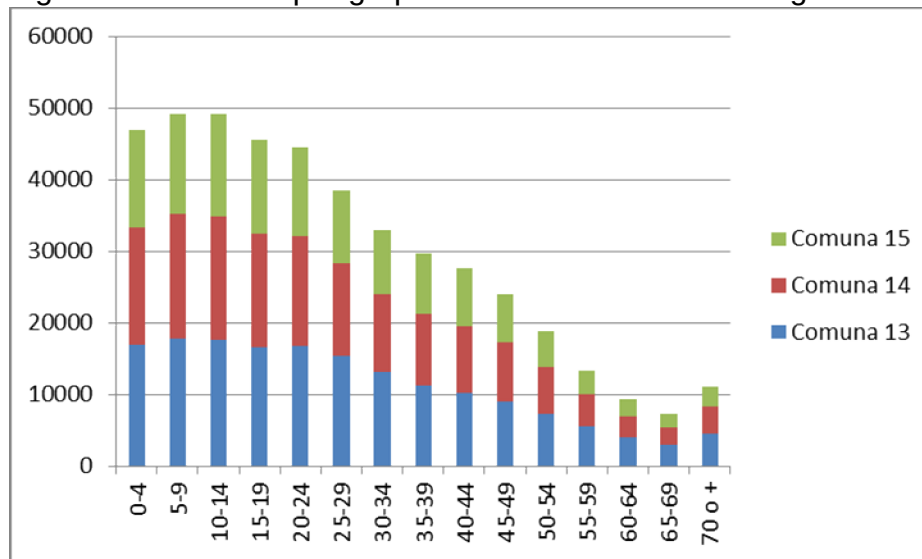
Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Municipal, [s.f. Documento en línea].

En la Figura 4 se observa una correspondencia en la variación del comportamiento etario en el Distrito de Aguablanca, el cual es muy homogéneo en las tres comunas. En ellas se presentan los mismos

* Hace referencia al estrato moda, es decir el estrato más común en los lados de las manzanas del barrio.

aumentos y descensos de población en un rango de edad. En gran parte esta conducta se debe a que en las tres comunas se presentaron los mismos flujos migratorios que dieron inicio a su proceso de consolidación, además que fueron objeto del asentamiento en mayor o menor medida de poblaciones con las mismas características de tipo socio-racial.

Figura 4. Población por grupo de edad del Distrito de Aguablanca



Fuente: Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali, 2008.

Al analizar cómo se comportan estas dos variables dentro del estudio de la población del Distrito de Aguablanca, encontramos que la variable grupo de edad presenta un comportamiento típico de las zonas marginales de nuestro país, es decir, como una población mayoritariamente joven, con disminución marcada hacia el grupo de habitantes con edades de más de 50 años (Figura 4).

En una comunidad donde el grueso de su población sea principalmente joven, trae consigo implicaciones de tipo social y económico, ya que una población de 0 a 14 años no está en edad activa para producir, lo que reduce enormemente la fuerza de trabajo de este tipo de comunidad. Algunos de los factores que influyen en el alto número de habitantes del Distrito es la cantidad de población en edad fértil; es decir, entre los 15 y 49* años.

Como se mencionó al tener mayor población en edad fértil, se incrementan las posibilidades de renovación de la población, es decir, se presentan mayores tasas de fecundidad (TF), por medio de las cuales se calcula la cantidad de nacimientos por cada 1000 mujeres en un año "X", cuyo

* La Organización Panamericana de la Salud (OPS), considera la edad fértil en las mujeres entre los 15 y 49.

resultado sirve de base para el análisis de la tendencia del crecimiento poblacional.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la tasa de fecundidad general (TFG), se calcula conociendo el número de nacidos vivos por mil mujeres en edad fértil en un período determinado. Por convención, el período fértil de la población femenina comprende desde los 15 a 49 años.

$$TFG^Z = \frac{B^Z}{NF_{15-49}^{(30-VI-Z)}} * 1000$$

TFG^Z: La tasa de fecundidad general en el año Z

B^Z: Total de nacimientos ocurridos en el año Z.

NF (30-VI-Z): Representa la población femenina en edad fértil (de 15 a 49 años).

Al reemplazar,

$$TFG^{2005} = \frac{7.918}{242.945} * 1000$$

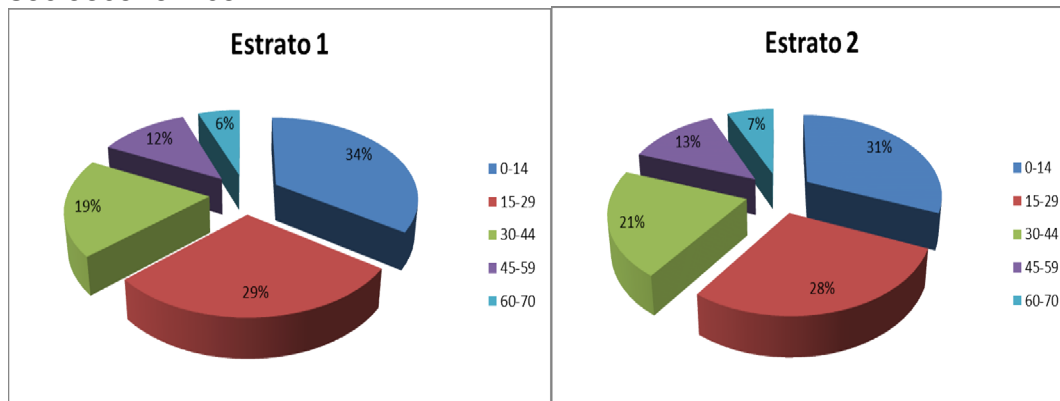
$$TFG^{2005} = 32.59$$

Este resultado se interpreta que para el año 2005* se presentaron aproximadamente 33 nacidos por cada 1000 mujeres en edad fértil y al comparar este resultado con la cifra presentada el mismo año en la cabecera municipal (23.62 nacidos por cada 1000 mujeres) evidencia que el Distrito es un punto neurálgico en la ciudad y que se puede considerar como el mayor foco poblacional de la cabecera municipal. (Secretaría de Salud Municipal, s.f).

Al analizar la posible relación que existe entre la distribución de la población según el grupo etario y el estrato socioeconómico, se observa que en el caso del Distrito de Aguablanca en los dos estratos predominantes (1 y 2), las diferencias no son muy marcadas. La población que va de los 0 a los 14 años representan el 34% y 31% en los estratos 1 y 2 respectivamente, presentado tan solo una diferencia de un 3%. Al tener el consolidado de los datos, se observa que la variación porcentual es mínima para el mismo rango de edad en cualquiera de los dos estratos socioeconómicos. En el estrato 1 se presenta una predominación de población joven (0 -29 años), en el caso de la población que va desde los 30 – 70 años se invierte la relación; es decir, existe una mayor proporción en el estrato 2 (Figura 5).

* Se toma el año 2005 como base para el cálculo, debido a que en este año se realizó el censo poblacional en Colombia.

Figura 5. Población porcentual por grupo de edad según estrato socioeconómico



Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali, 2008

La población predominante en ambos estratos es la que va de 0 – 14 años, seguida del grupo de 15 – 29 años, esta situación es característica de sectores marginales, como se muestra en la figura anterior.

La distribución de los estratos 1 y 2 al interior del Distrito de Aguablanca, se puede decir que está sectorizada, donde el estrato 1 se presenta de forma generalizada al Este. En la comuna 14* la mayoría de sus barrios se clasifican en este estrato, seguido de la comuna 15 y por último la 13. Una de las principales características de los barrios en estrato 1, es la alta presencia de asentamientos subnormales** en las manzanas que conforman el barrio.

* El 70% de los barrios son estrato 1 (bajo- bajo), lo que significa que este estrato agrupa a 7 de los 10 barrios que conforman la Comuna. En esta comuna se encuentran los siguientes asentamientos ilegales: La Chumba, Tayrona, La Pajarera, Policarpa Salabarrieta I, II y III (Secretaría de Gobierno, Observatorio Social. Documento por Comunas. 2011) [en línea].

** "El inventario de zonas subnormales hecho por el I.C.T. entre 1972 y 1975 define el término de asentamiento subnormal como "un grupo de construcción de vivienda, de densidad variable, límites usualmente no establecidos, ubicación arbitraria, frecuentemente irregular, carente parcial o totalmente de servicios y generalmente con estructura de mala calidad". (Definiciones, p 47). Utilizando un conjunto de variables jurídicas, urbanísticas y físicas estableció una familia de áreas subnormales llamadas: asentamiento pirata, asentamiento por invasión, asentamiento subnormal semi-rural y barrio consolidado incompleto" (Molina et al., 1982, 6).

5. ESCENARIO DE LA SALUD

Con la promulgación de la Ley 100 de 1993, se creó en Colombia el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual generó cambios profundos a partir de 1994 en la organización, funcionamiento y financiamiento de los servicios de salud (Céspedes, 2000, 3).

Dentro de los principios generales de la Ley se tiene que el Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

El modelo resultante, corresponde a un esquema de mercado regulado e integrado por tres subsistemas que son:

1. Subsistema de regulación y control, el cual está organizado en forma descentralizada y comprende los instrumentos de regulación del SGSSS y las agencias responsables de su diseño y aplicación, incluidos el Consejo Nacional de Política Social y Económica-CONPES, el Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), la Superintendencia Nacional de Salud y las Direcciones Territoriales de Salud (DTS).
2. El subsistema de financiamiento y aseguramiento, el cual está organizado en dos regímenes, subsidiado (RS) y contributivo (RC), y comprende el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), y los diferentes tipos de Empresas Promotoras de Salud (EPS).
3. El subsistema de prestación de servicios, el cual comprende las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), públicas o privadas, que compiten entre sí frente a los usuarios con libertad de elección.

Con el propósito de lograr la Universalidad^{*} en la prestación de los servicios de salud, en el país se implementó como instrumento de focalización de los subsidios de salud, y en particular, del aseguramiento en salud para los pobres, un mecanismo popularmente denominado *proxy means test*, y presentado en el país desde su introducción como el Sistema de Selección de Beneficiarios, Sisben (Bottia, 2008).

^{*} Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida (Ley 100, 1993).

5.1 EL SISTEMA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en nuestro país, según lo expuesto en la Ley 100 de 1993, se puede realizar bajo alguna de las siguientes modalidades: mediante el régimen contributivo* o el régimen subsidiado** (Congreso de Colombia, 1993).

De los 2 tipos de afiliaciones al sistema de salud existente en Colombia, para el caso específico de la población del Distrito de Aguablanca se analizaron las cifras de la población vinculada al régimen subsidiado y la población sin ningún tipo de cobertura al sistema de salud. Estos 2 grupos de población se toman debido a que el Hospital objeto de estudio enfatiza su servicios de salud para estos grupos.

Las cifras globales de población con vinculación al SISBEN en el Distrito para el año 2006 fueron de 90.163 habitantes, cifra que representa el 31.02% de la población total para la cabecera municipal. En el caso de la población sin vinculación al sistema de salud para el mismo año el Distrito concentra el 44.8% del total de población censada sin protección de salud, una cifra muy significativa que muestra los altos niveles de desigualdad social presentes en la ciudad y como estos se intensifican para la población del Distrito.

En la Figura 6 se muestra la población afiliada al Régimen subsidiado (SISBEN) y la población que para el mismo año (2006) no presentaba cobertura de ningún tipo de servicio de salud. Se observa que la cantidad de población sin servicios de salud duplica a la población que cuenta con cobertura del régimen subsidiado. Al relacionar la población sin vinculación con el total de población censada en el Distrito, se calcula que el 41.7%*** de la población se encuentra bajo estas condiciones de desprotección al sistema de salud.

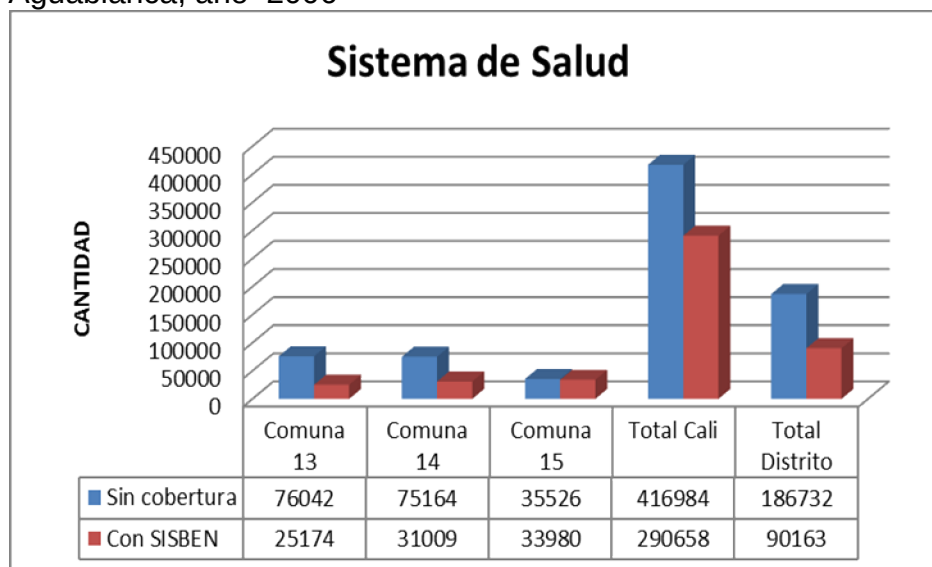
La población con cobertura del SISBEN representa solo el 20.12% del total de la población del Distrito, el porcentaje restante (38.18%) agrupa a la población afiliada al régimen contributivo.

* Son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago (Ley 100, 1993) [en línea].

** Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el artículo 211 de la presente Ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana (Ibíd. p. 46).

*** Se calcula teniendo en cuenta que el total de población censada en el 2005, que para el Distrito de Aguablanca fue de 448.008 habitantes (Alcaldía de Santiago de Cali, 2008).

Figura 6. Tipo de vinculación al sistema de salud en el Distrito de Aguablanca, año 2006



Fuente: Departamento de Planeación Municipal, 2006

5.2 OFERTA EN EQUIPAMIENTOS DE SALUD

Con la promulgación de la Ley 100 de 1993, y la creación del SGSSS como se mencionó (numeral 5.) en nuestro país se inicia un mecanismo por medio del cual se pretende garantizar la prestación de los servicios de salud a la población más pobre. Como parte fundamental a este objetivo se encuentran a disposición una amplia gama de equipamientos de salud para la atención de la población con o sin cobertura del SISBEN.

Algunos de los equipamientos habilitados son los puestos de salud, donde en la mayoría de casos se encuentra uno por barrio; en ellos se prestan los servicios de salud básicos (prevención y promoción), como: Consultas médicas (Medicina general), Atención a hipertensos, Control de crecimiento y desarrollo, Planificación familiar, Vacunación, Toma de citología, Higiene oral, Control prenatal.

En la oferta de hospitales para la población del Distrito, se encuentran 2 centros de nivel de complejidad II^{*}; el Hospital Carlos Holmes Trujillo (CHT) ubicado en el barrio el Poblado II (Comuna 13) y el Hospital Isaías Duarte Cancino (HIDC) localizado en límites con el barrio Mojica (comuna 15) (Mapa 3).

* Se entiende por nivel de complejidad, la clasificación funcional del tipo de actividad, intervención y procedimiento, y del personal idóneo para su ejecución (Resolución 5291, 1994).

Red hospitalaria en el Distrito de Aguablanca

Map showing the hospital network in the District of Aguablanca, including streets, hospitals, and health centers. The map is bounded by coordinates 113000 to 119000 (X-axis) and 103000 to 110000 (Y-axis). An inset map shows the location of the district within the city of Bogotá.

Con convenciones

- Hospital_IDC
- Hospital_CHT
- Puestos de Salud
- Comuna_13
- Comuna_14
- Comuna_15
- vias_Distrito

Elaboró: DOLLY MORENO FRANCO
Fuente de Datos: Alcaldía de Santiago de Cali,
Departamento Administrativo de Planeación Municipal.
Santiago de Cali, 15- 08 -2011

0 445 890 1,780 Km

5.3 CARACTERIZACIÓN DEL HOSPITAL ISAÍAS DUARTE CANCINO

Figura 7. Fotografía del hospital Isaías Duarte Cancino



Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali [s.f. Documento en línea]

De acuerdo con la información presentada en la página oficial del Hospital Isaías Duarte Cancino (www.hospitalisaiasduartecancino.gov.co) pueden hacerse las precisiones que aparecen reseñadas a continuación.

El Hospital Isaías Duarte Cancino* (HIDC) surge como respuesta al déficit que se presenta en el Distrito de Aguablanca en cuanto a infraestructura de salud, ya que hasta ese momento solo se contaba con un Centro Hospitalario, el Hospital Carlos Holmes Trujillo (CHT) ubicado en la Calle 72U N° 28D 10 (Poblado II - Comuna 13), el cual debía prestar atención a los habitantes de las comunas del oriente de Cali.

Dando respuesta a esta problemática el 1° de Noviembre de 2003 entra en funcionamiento los servicios del Hospital, ubicado en la Calle 96 N° 28 E 01 (Corregimiento de Navarro, pero muy próximo al barrio Mojica -comuna 15-), dada la alta demanda de la población por el servicio de salud. La Institución presenta como su principal función la de brindar apoyo y ayudar a descongestionar los servicios del Hospital *Carlos Holmes Trujillo*.

* El Hospital tiene una condición única ya que el 50% pertenece al Municipio de Cali y el otro 50% al Departamento del Valle del Cauca (Duff & Phelps de Colombia, 2007).

El Hospital tiene como objetivo primordial la atención especializada* de la población del oriente de la ciudad, es decir las comunas 7, 13, 14, 15, 16 y 21, y sus alrededores (700.000 habitantes aprox.). Estas áreas de influencia inmediatas al Hospital, presentan indicadores socio-demográficos y epidemiológicos que la caracterizan como el área más deprimida y vulnerable de la ciudad (www.hospitalisaiasduartecancino.gov.co).

Con el fin de lograr cubrir la demanda de la población del oriente de la ciudad, el Hospital está dotado con un grupo humano multidisciplinario de salud, que brinda atención en consulta externa especializada, ayudas diagnósticas y cirugía ambulatoria, además de los 19 servicios en consulta médica especializada.

5.3.1 Estadísticas de las consultas en el periodo 2004-2008. En el transcurso de los 5 años, la demanda por los servicios del Hospital, ha incrementado sistemáticamente. Dicho crecimiento se genera entre los años 2004 a 2007; en la transición entre el año 2007 a 2008, la demanda de utilización de los servicios del Hospital decrece (ver Figura 8).

En el año 2004 se presenta el nivel de consultas más bajo entre todos los años estudiados; esta situación en gran parte se debe a que fue el primer año de entrada en funcionamiento de la Institución, a lo cual se le puede sumar el desconocimiento, por parte de la población potencial, de los servicios que prestaba la Institución. Durante este año la administración del Hospital, adelanta una serie de estrategias que permitan dar a conocer los servicios que prestaba. Algunas de las medidas adoptadas fueron:

- Realización de perifoneo por los barrios aledaños a la Institución.
- El desarrollo de jornadas de salud en convenio con *HAND ACROSS THE AMERICAN*, actividad denominada "MISION COLOMBIA" (Contraloría Departamental del Valle del Cauca, 2007).
- La promoción de portafolios de salud a instituciones como el: Condor S.A, Emssanar, Cosalud, Caprecom, Calisalud**.

Otro de los mecanismos que se llevaron a cabo para lograr que la Institución lograra posicionarse y ser sostenible económicamente, fue el crear espacios con los líderes comunales (representantes de las comuna 13, 14 y 15), para que conocieran la historia y los servicios de salud que les ofrecía el Hospital;

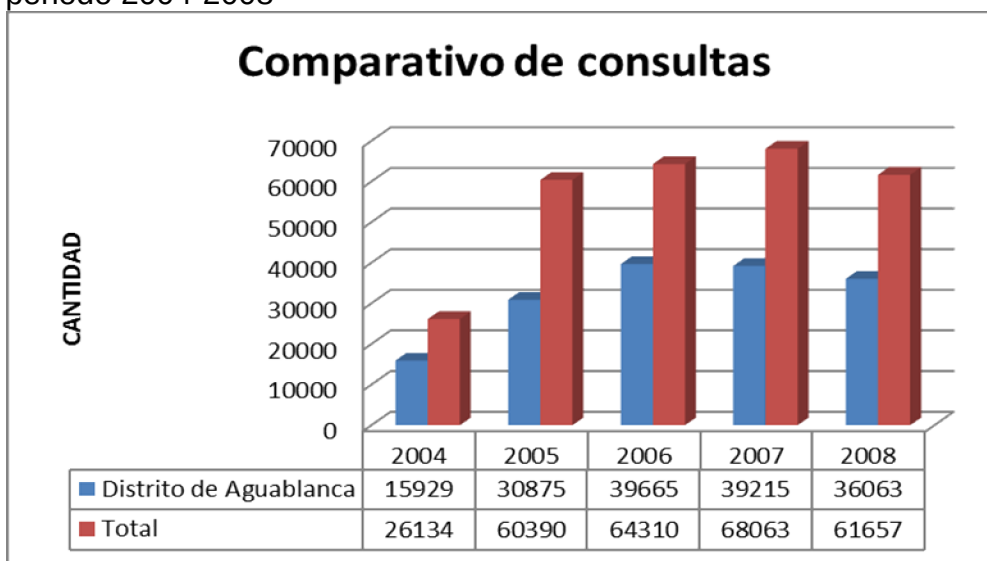
* Básicamente lo que se busca con la puesta en marcha del Hospital, es la prestación de servicios en salud especializada; es decir, donde se atiendan casos de mediana y alta complejidad médica.

** Estas Entidades son las encargadas de la afiliación de la población perteneciente al Régimen de Salud Subsidiado.

sin embargo, la situación de orden público, por la localización de la entidad, presentaba grandes dificultades y restricciones para el ingreso de los usuarios, por lo cual se gestionó la construcción y puesta en marcha de un CAI, se incrementó el número de rutas de buses que transitan por el frente del Hospital (Duff & Phelps de Colombia, 2007).

Probablemente como resultado de la visibilización de los servicios del Hospital, al pasar del año 2004 al 2005, las consultas aumentaron en un 51.6% en el Distrito de Aguablanca y a nivel global se generó un aumento del 43.27%. La tendencia positiva de incremento siguió hasta el año 2006, pero con un porcentaje inferior al visto en la transición 2004-2005. Para el año 2008 se observa una disminución en la cantidad de consultas recibidas tanto en los registro de la población del Distrito como en el resto de población atendida. Durante este año las campañas de salud desarrolladas por el HIDC disminuyeron en comparación con los años anteriores; solo se llevó a cabo una campaña de salud visual “Prevención de la ceguera” a finales del 2008, enfocada especialmente a los habitantes de las comunas 13 y 15, esta campaña presenta un límite de persona a atender (100 personas a evaluar) (Gobernación Valle del Cauca, 2008, Documento en línea). Las campañas de salud que desarrollan las Instituciones suelen elevar considerablemente la demanda; la ausencia de estas iniciativas durante este año pudo afectar el incremento en el uso de los servicios que se venía presentando (Figura 8).

Figura 8. Evolución de las consultas en el Hospital Isaías Duarte Cancino, periodo 2004-2008

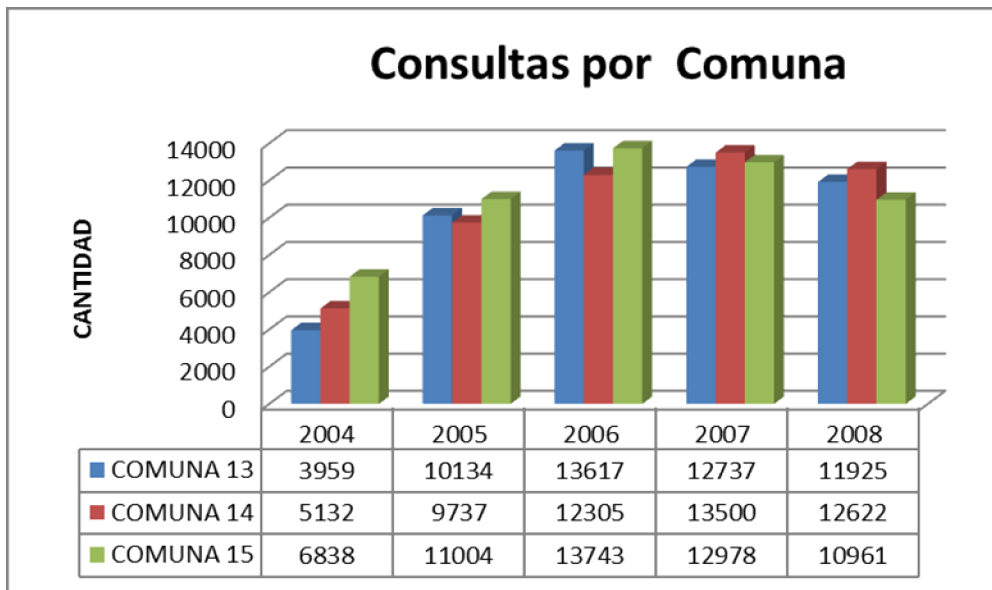


Fuente: Hospital Isaías Duarte Cancino, 2010.

Sin duda alguna la población del Distrito es la principal fuente de demanda que tiene el Hospital; ésta representa más del 50% del total de consultas

atendidas por año durante los 5 años estudiados. La participación que presentó cada una de las tres comunas del Distrito tuvo un comportamiento diferenciado. Por ejemplo, la comuna 15 presentó la mayor cantidad de consultas durante los 3 primeros años de funcionamiento del Hospital, pero en el periodo 2007-2008 la demanda decreció un 24% con respecto a los registros de los 3 primeros años (Figura 9).

Figura 9. Comparativo histórico de las consultas según comuna. Periodo 2004-2008



Fuente: Hospital Isaías Duarte Cancino, 2010.

Al analizar el comportamiento en la demanda presentada en los diferentes barrios que conforman el Distrito, durante el periodo 2004-2008, se observa que aunque la mayoría de estos barrios han hecho uso del mismo, existe un reducido número de barrios que son los que concentran la mayor demanda en los servicios (Mapa 4).

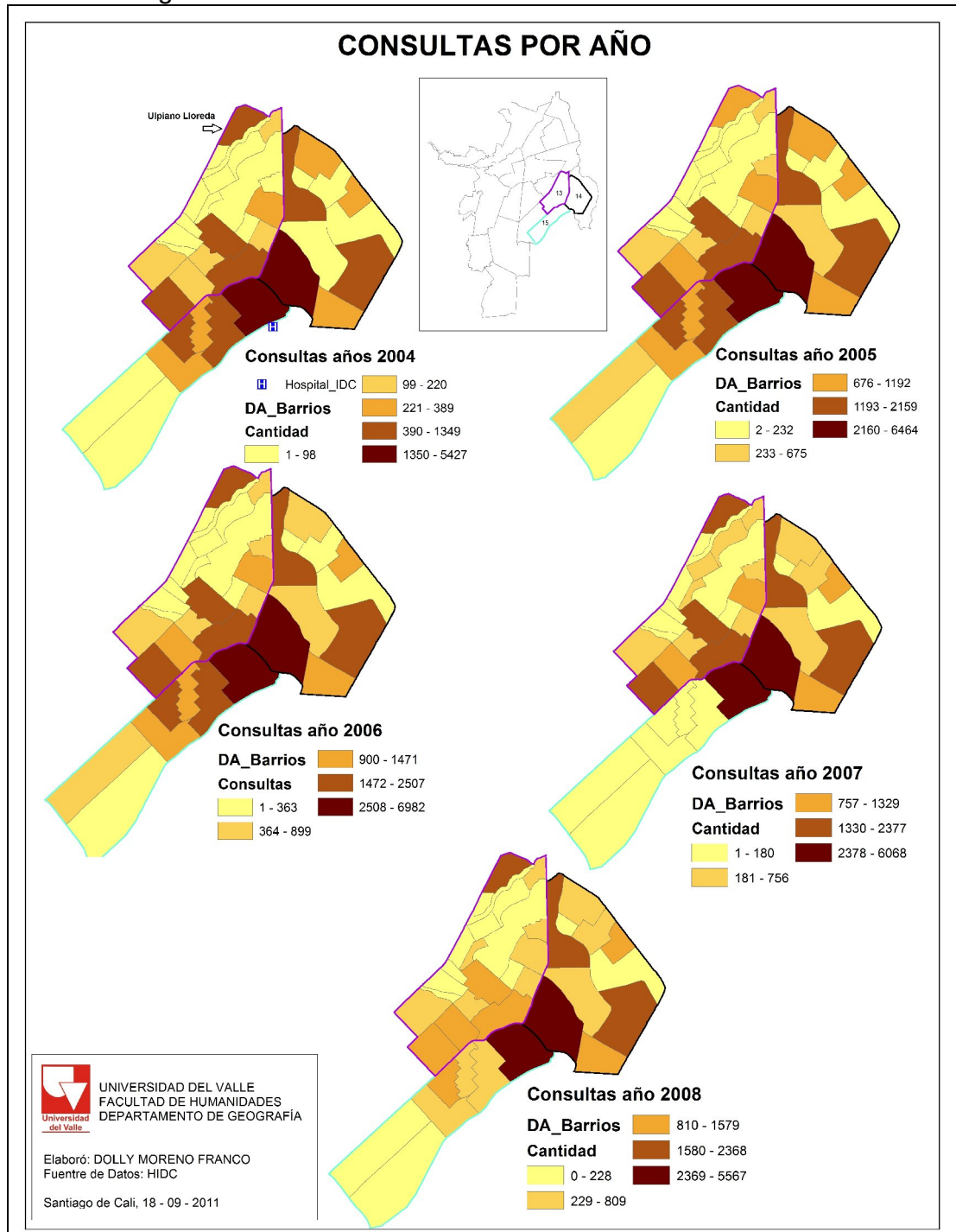
En el Mapa 4, se observa que el máximo de consultas se encuentra entre el rango de 5.427 y 6.982 consultas, los barrios que presentan la mayor demanda por los servicios del Hospital (durante los 5 años), están localizados en dirección de la zona de colindancia entre las comunas al Este del Distrito; aunque la demanda predomina en los barrios colindantes a la Institución.

El comportamiento de la demanda hacia el Hospital por parte de los barrios que se localizan al Oeste del Distrito, es igualmente constante en el tiempo; es decir, que aunque la demanda es menor ésta no sufre grandes cambios en el transcurso de los 5 años. En esta parte del Distrito se presenta un caso

particular y es del barrio Ulpiano Lloreda, que a pesar de encontrarse bastante distante del Hospital, presenta una demanda con una tendencia creciente; pasó de realizar 454 consultas en 2004 a 2.340 consultas en 2008, generándose un incremento paulatino año a año (Mapa 4).

Una de los grandes interrogantes es que situación ha favorecido el incremento en la demanda por los servicios del Hospital año tras año, para dar respuesta a este cuestionamiento se estudiaron las variables de conectividad vial (accesibilidad y movilidad)

Mapa 4. Histórico de las consultas por barrio en el periodo 2004-2008 en el Distrito de Aguablanca



5.3.2 Consultas según especialidad. El HIDC se caracteriza por la prestación de servicios enfocados a la medicina especializada; tan solo durante los años 2004, 2005 y 2008 se contó con el servicio de medicina general. Como se mencionó (referencia 19) lo que se busca con la puesta en marcha del Hospital es la prestación de servicios en salud especializada; es decir, donde se atiendan casos de mediana y alta complejidad médica (Hospital Isaías Duarte Cancino, 2011) [documento en línea].

El Hospital, tiene a disposición de la comunidad, 19 especialidades médicas y los servicios de cirugía. Del total de especialidades que presenta la Institución, existe una notable demanda por parte de la población del Distrito por las siguientes especialidades durante el periodo 2004-2008:

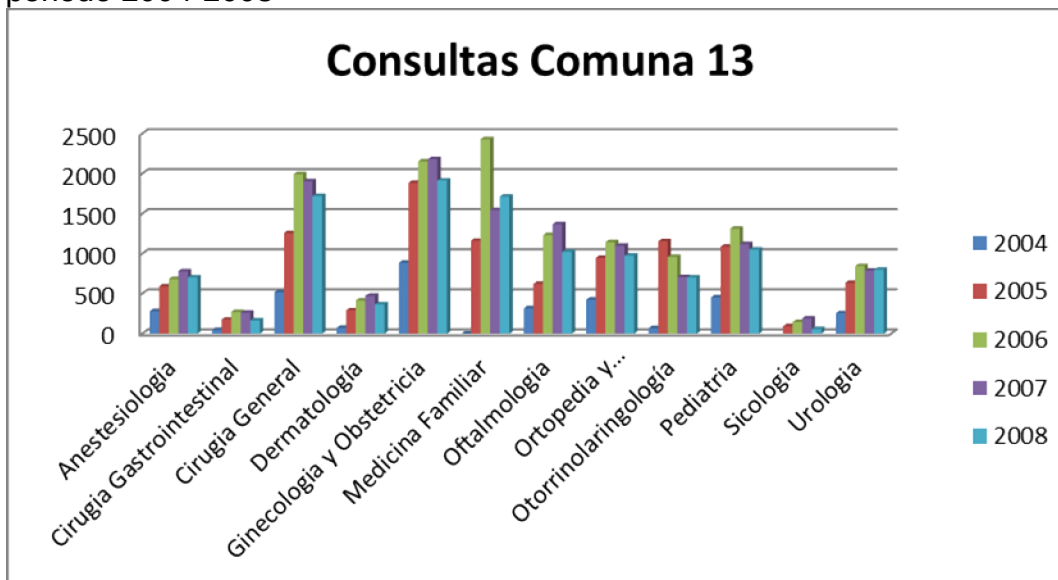
- Anestesiología, Cirugía Gastrointestinal, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Medicina Interna, Oftalmología, Ortopedia y Traumatología, Medicina Familiar*, Pediatría, Psicología y Urología.

En las Figuras 10, 11 y 12, se muestra el histórico de las especialidades con mayor demanda por comuna para el periodo 2004-2008. Este grupo de especialidades concentran el mayor número de consultas por año, pero se observa que existen un subgrupo de 4 especialidades que sobrepasan en cuanto a cantidad de consultas a las otras especialidades; entre estas se encuentran: Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Familiar y Pediatría.

A nivel general, las 4 especialidades mencionadas en el párrafo anterior presentan un incremento en las consultas desde 2004 a 2007. El comportamiento que presentan año a año en cada una de las comunas, aunque asimétrico, es bastante parecido.

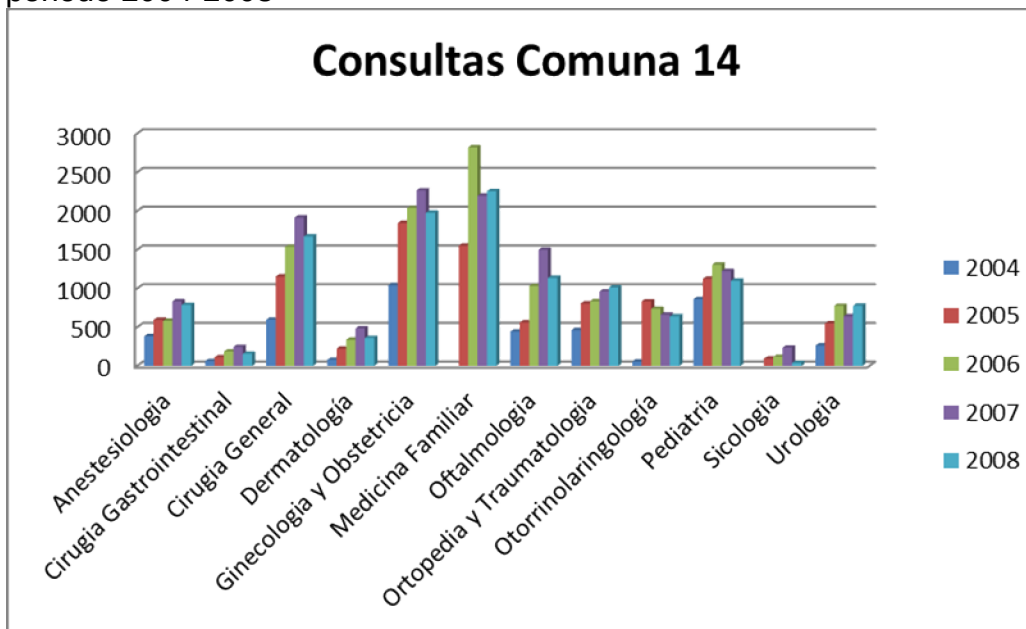
* La especialidad en Medicina Familiar inicia servicios al público a partir del año 2005.

Figura 10. Especialidades más demandadas en el comuna 13 durante el periodo 2004-2008



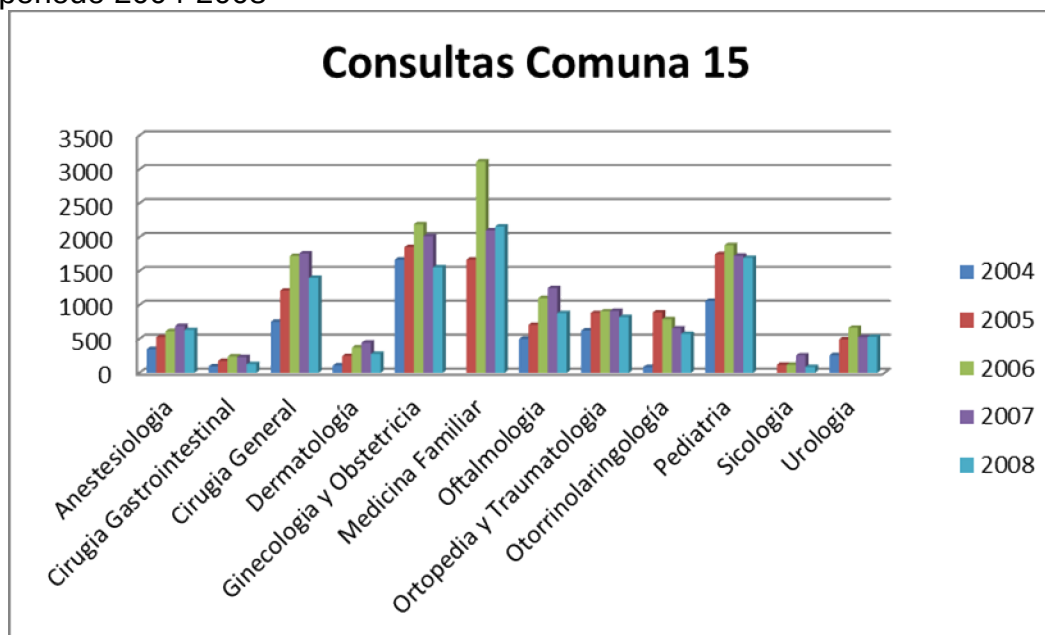
Fuente: Hospital Isaías Duarte Cancino, 2010.

Figura 11. Especialidades más demandadas en el comuna 14 durante el periodo 2004-2008



Fuente: Hospital Isaías Duarte Cancino, 2010

Figura 12. Especialidades más demandadas en el comuna 15 durante el periodo 2004-2008



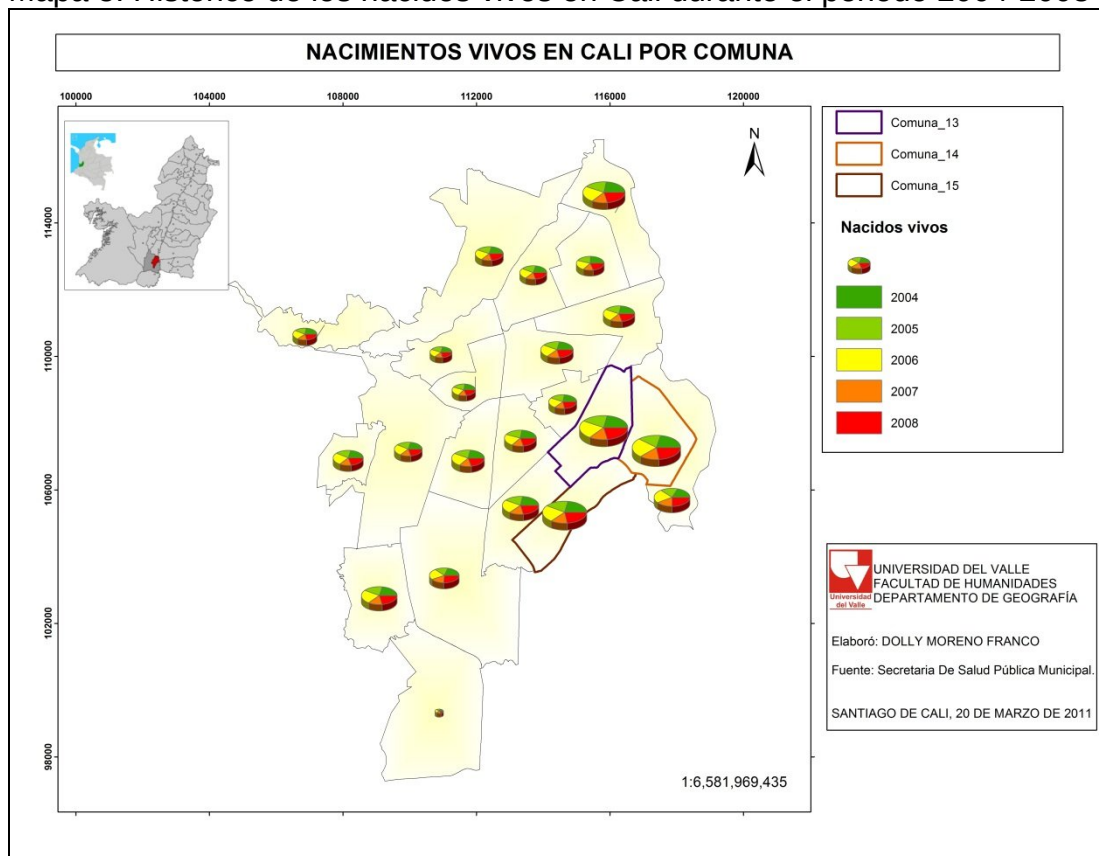
Fuente: Hospital Isaías Duarte Cancino, 2010.

La especialidad que presenta la mayor cantidad de consultas en el periodo 2004-2008, es la de Ginecología y Obstetricia con un total acumulado de 27.478 consultas, presentando en promedio 5.495 consultas al año. Esta demanda está relacionada con las altas cifras de fecundidad* (numeral 4.2.2) y natalidad que se presentan en el Distrito. En el registro de nacidos vivos para la cabecera municipal que consolida la Secretaría de Salud Municipal, se reportó que el porcentaje acumulado de nacimientos en el Distrito durante los años 2004-2008 fue del 27.94%; es decir, que de los 137.626 nacidos vivos en la cabecera municipal, 38.452 nacidos se registraron en el Distrito.

Como se muestra en el Mapa 5, el número de nacimientos del Distrito supera ampliamente al presentado en el resto de las comunas. El tamaño de las tortas varían en función a la suma de los campos que intervienen; es decir, entre mayor sea el número de nacimientos vivos por año, mayor es el tamaño de la torta. Asociado con estas elevadas tasas de fecundidad y natalidad, también son altos los niveles de consultas en Pediatría y Medicina Familiar.

* Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la tasa de fecundidad general (TFG), se calcula conociendo el número de nacidos vivos por mil mujeres en edad fértil en un período determinado. Por convención, el período fértil de la población femenina comprende desde los 15 a 49 años. Por otra parte, la tasa de natalidad (TN) hace referencia a la relación entre el número de nacimientos totales en un cierto período y la cantidad de nacidos vivos en dicho período (usualmente un año).

Mapa 5. Histórico de los nacidos vivos en Cali durante el periodo 2004-2008



Otra de las especialidades con mayor demanda durante el 2004 a 2008, es Cirugía General, en dicha especialidad las intervenciones más comunes son coleditiasis*, hernias**, histerectomía*** y extracción de cuerpo extraño (por arma de fuego o corto punzante).

5.3.3 Según estrato socioeconómico. Mediante el análisis de las variables consultas y estrato socioeconómico, se intenta conocer si existe alguna relación entre la demanda que presenta el HIDC y el estrato socioeconómico de la población.

En los Mapas 6 y 7, se muestra el comportamiento del total de consultas por año según el estrato moda del barrio. En los Mapas se tienen en cuenta los estratos socioeconómicos 1 y 2, como se mencionó (numeral 4.2.2), ya que

* Significa formación de cálculos (piedras) en la vesícula.

** Hernias de tipo: Incisional, Umbilical, Inguinal, epigástrica y Femoral.

*** Una histerectomía es una operación para extraer el útero (matriz) de la mujer.

estos son los de mayor representatividad en el Distrito (solo existen 3 barrios pertenecientes al estrato 3)*.

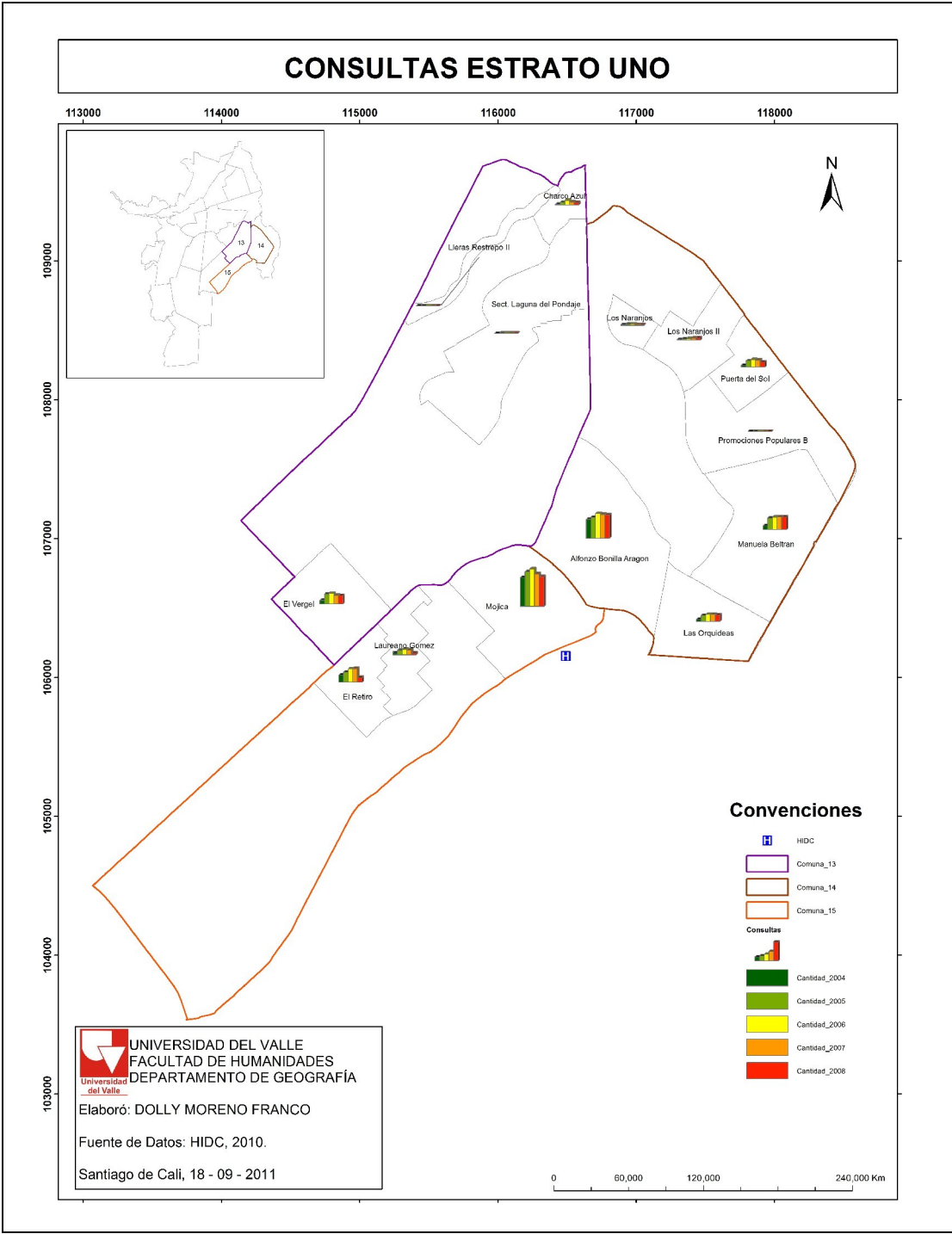
En el Mapa 6, se encuentran representados los barrios pertenecientes al estrato 1. Este estrato socioeconómico predomina en los barrios de las comunas 14 y 15; en el caso de la comuna 13 presentan una baja incidencia (4 barrios: Lleras II, Charco Azul, El Pondaje, El Vergel). La participación de este estrato en la utilización de los servicios del HIDC, se encuentra principalmente concentrada en los barrios cercanos a la Institución (Mojica, Alfonso Bonilla Aragón, Manuela Beltrán y Las Orquídeas). En el mapa se observa que existen 2 barrios donde el nivel de consultas es superior en comparación con el resto de barrios: en el barrio Mojica (que limita con el HIDC), presenta un rango de consultas que va desde los 5.427 a los 6.982; las consultas que se registran por parte de la población del barrio Alfonso Bonilla Aragón (comuna 14), oscila entre las 3.532 y 4.590 consultas. En el caso del barrio Mojica, la demanda alcanza los mayores picos al año.

El comportamiento de las consultas en el estrato socioeconómico 2, presenta un mayor volumen; por ello, este último es el estrato de mayor demanda total de los servicios. Los barrios asociados a este nivel socioeconómico presentan un comportamiento mucho más homogéneo en las cantidades de consultas; es decir que el margen de diferencia presentado entre el barrio con mayor y menor número de consultas es más estrecho que el presentado en el estrato 1 (Mapa 7).

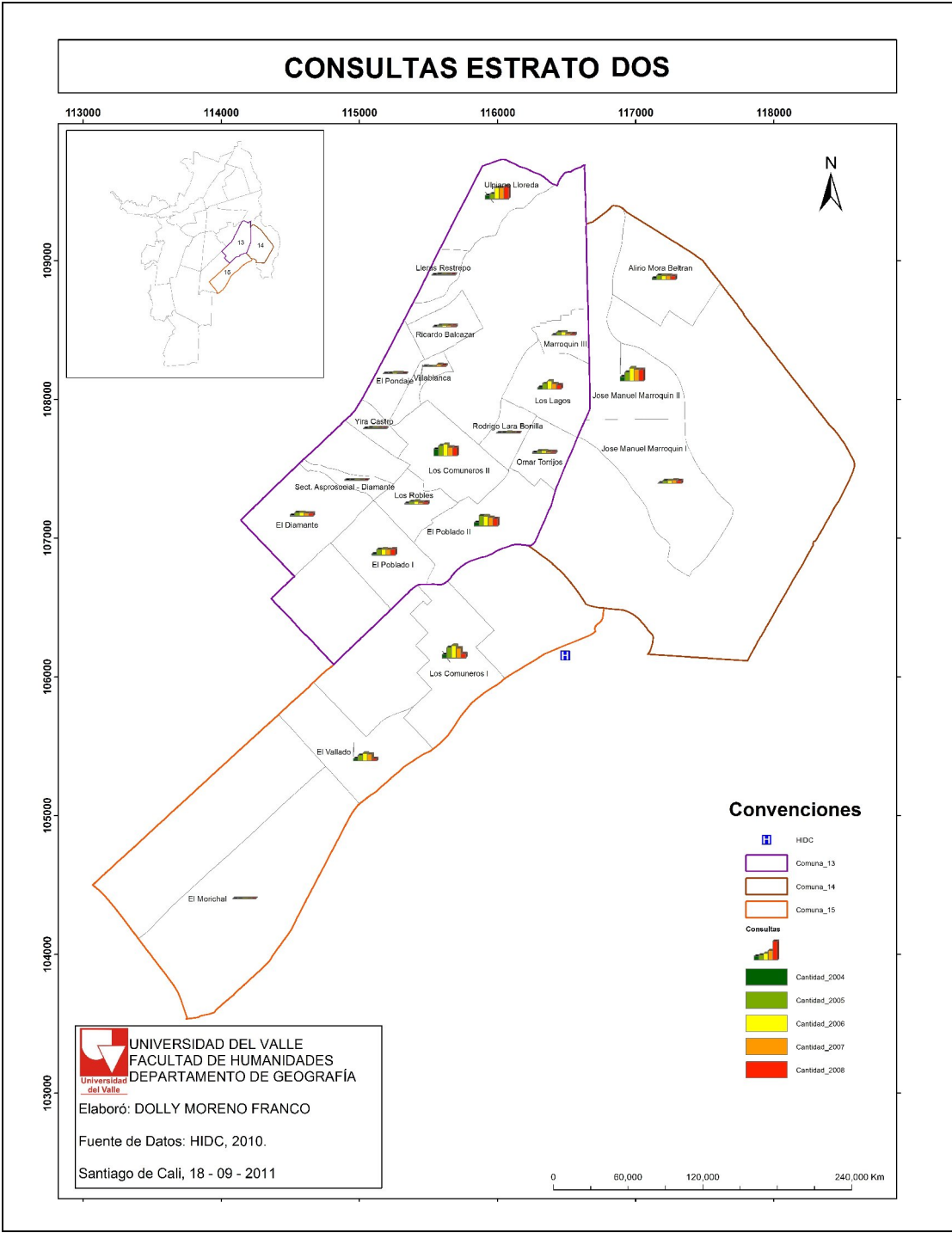
Al relacionar las variables número de consultas con el estrato socioeconómico, se observa alguna relación que permite asociar el uso de los servicios que presta la Institución en función del estrato de los pacientes potenciales del Distrito de Aguablanca. Al analizar los Mapas 6 y 7, se percibe cierta relación entre la demanda en función de la distancia, para el caso del estrato 1; es decir, los barrios próximos al HIDC son los que mayores niveles de consultas presentan al año. En el caso del estrato 2, se observa que las distancias de uso pueden incrementarse; un caso relevante lo constituye el barrio Ulpiano Lloreda que presenta niveles crecientes de consulta a través del tiempo, a pesar de ser el de mayor distancia al Hospital (remitirse al numeral 5.3.1).

* Los únicos barrios de estrato 3 en el Distrito son Calipso, Villa del Lago (comuna 13) y Ciudad Córdoba (comuna 15).

Mapa 6. Comportamiento de las consultas según estrato socioeconómico uno en el periodo 2004-2008



Mapa 7. Comportamiento de las consultas según estrato socioeconómico dos en el periodo 2004-2008



6 FACTORES CRÍTICOS QUE INCIDEN EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL ISAÍAS DUARTE CANCINO

6.1 ANÁLISIS A LA ACCESIBILIDAD Y MOVILIDAD HACIA EL HOSPITAL

En la literatura se encuentra un amplio número de definiciones para la accesibilidad y movilidad que se genera por parte de una o un conjunto de personas para llegar a un determinado punto. En este sentido se toma la definición expuesta por Moseley (1979, citado en Palm, 2007, s.p.):

De aquí se desprende que, en esencia, el problema de localización de equipamientos deseables es un problema de accesibilidad, entendida la accesibilidad como la capacidad de utilizar los medios de transporte que son necesarios para alcanzar los lugares deseados en los momentos apropiados. La accesibilidad depende tanto de la movilidad de las personas, esto es, la habilidad que tengan para desplazarse, como de la disponibilidad de medios que tengan para llevarlo a cabo.

Como se mencionó en el párrafo anterior la accesibilidad y movilidad, son variables que están estrechamente ligadas y que para el caso de la utilización de los servicios de salud, en cierta forma permiten que el uso de las instituciones de salud se potencialice, esto como resultado de la facilidad que se genera para interconectar orígenes y destinos; es decir, entre áreas y/o puntos.

Al hablar de la accesibilidad y movilidad que se produce desde y hacia el HIDC, es necesario conocer que tan comunicado (en términos viales) se encuentra éste con el resto del Distrito. El Hospital, aunque se encuentra localizado en jurisdicción del corregimiento de Navarro, por su cercanía con el barrio Mojica, para acceder a él, existe una creencia generalizada de que se encuentra localizado en este barrio. Por esto en los documento de Cali en cifras, el HIDC no aparece en los datos de los consolidados de hospitales de la cabecera municipal.

Al analizar la incidencia que presentan las variables accesibilidad y movilidad, en función de la utilización de los servicios médicos que presta el HIDC, se encuentra que su uso no solo depende de la intercomunicación vial y del transporte público, sino que este también se encuentra asociado a la percepción que se tiene de la zona donde se localiza el Hospital; es decir, a las condiciones de seguridad o para este caso de inseguridad que se generan alrededor de la Institución. Estos espacios donde existe un temor generalizado dentro de la sociedad para acceder a ellos, es lo que actualmente se denomina como *territorios de miedo* (Niño, 2002).

Este concepto de *territorios de miedo*, llevan implícito un sin número de problemáticas a nivel social. Como se mencionó (numeral 5.3.1) la percepción de la población sobre el lugar donde se encuentra el HIDC, en sus inicios fue uno de las grandes barreras que impedían a la población potencial pensar en hacer uso de los servicios de la Institución.

En parte, este inconveniente de seguridad que se maneja en la zona, como se hablará en el capítulo siguiente (numeral 6.2), es superado en gran parte por la población que reside en barrios con problemáticas similares; es decir, que los barrios de la zona Oriental del Distrito como se mostró (numeral 5.3.1), constituye parte de los sectores en donde se hace el mayor uso de los servicios. Otro factor que incide en que la población de esta parte del Distrito utilice los servicios de la Institución es la facilidad para movilizarse hacia él, por medio del transporte público.

En los siguientes numerales (6.1.1 y 6.1.2) se mostrará la oferta vial (variable de accesibilidad) y en transporte público (variable de movilidad) que se presenta en la zona y que conecta al HIDC con el Distrito.

6.1.1 Intercomunicación vial desde el Hospital con el resto de los barrios. En el Distrito de Aguablanca la malla vial se ha visto influenciada notoriamente por el proceso de conformación de las comunas; es decir, que la red vial en su totalidad no se encuentra pavimentada y en las zonas donde existen asentamientos subnormales no se cuenta con ella (se remite al lector a la nota 11 y el apartado asociado). En datos de la Administración Municipal sobre el estado de la red vial del Distrito, se informa que cuenta con aproximadamente 266.728 metros (m) de longitud vial, de los cuales el mayor porcentaje es para las vías colectoras. Distribuyéndose de la siguiente forma:

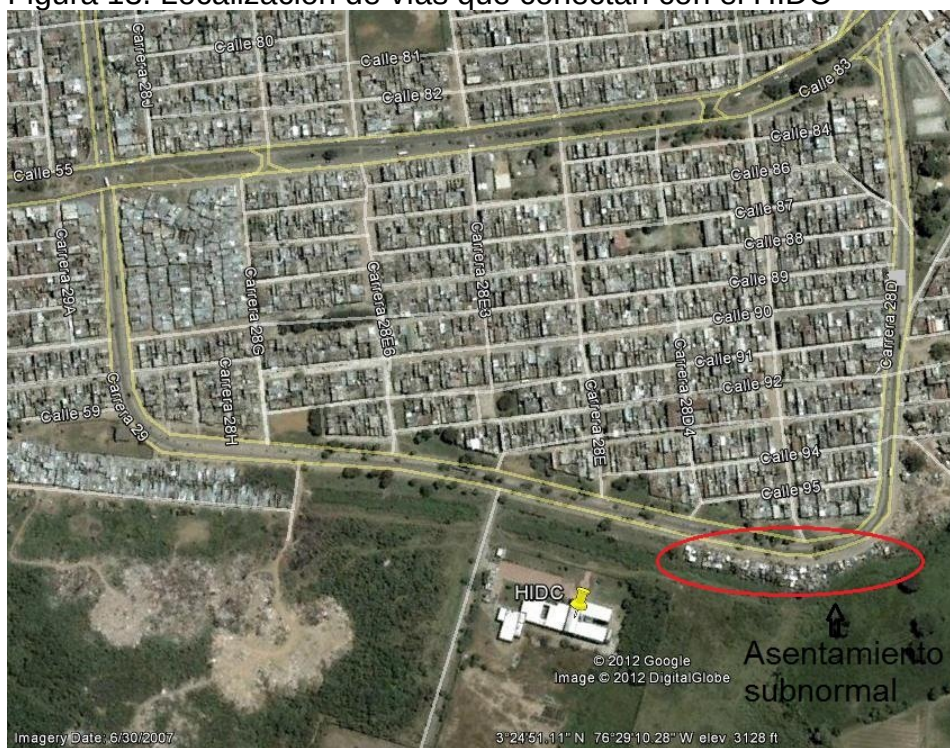
1. Vías arterias principales: Autopista Simón Bolívar y La Troncal de Aguablanca (comuna 13); Calle 73 (Avenida Ciudad de Cali) y Carrera 26 (comuna 14); Calle 54 y 55 (Avenida Ciudad de Cali), Carrera 50 y la Calle 48 (comuna 15).
2. Vías arterias secundarias: Transversal 29, Diagonal 15 carrera 15 (comuna 13), Carrera 27, calle 91 y calle 112 (comuna 14), carreras 29, 39, 41B, 42B y 46 (comuna 15).
3. Vías colectoras*: Calle 72 u, Calle 48 entre carrera 29 y 50, carrera 27 f, Calle 72 F, carrera 22, (comuna 13), transversal 103, calle 103, carrera 26 (comuna 14), calle 42, la calle 48 entre carreras 29 y 50 la carrera 41 b y la carrera 42 b (comuna 15).

* Distribuyen el transporte al interior de los sectores.

Las vías sin pavimentar en el Distrito ascienden al 40% en la comuna 13, 70% comuna 14 y 60% en la comuna 15. En una entrevista efectuada el 16/11/2010 al señor Otoniel Moreno uno de los fundadores y habitante del barrio el Poblado I, cuenta que *“algunos barrios como este han logrado la pavimentación de sus calles por iniciativa y organización de la comunidad, claro que en ciertos casos han obtenido ayudas de parte de políticos en busca de adeptos y votos”*.

El HIDC, se encuentra intercomunicado por dos vías secundarias (Carrera 29 y Carrera 28D) que confluyen a un vía principal (Calle 83 o Avenida Ciudad de Cali). En la Figura 13, se observa que sobre la vía que comunica al HIDC se encuentran ubicados asentamientos subnormales en los cuales son frecuentes los asaltos a los automotores que transitan por la zona. Como se mostrará (numeral 6.1.2) el recorrido que hacen las diferentes empresas de transporte se concentra principalmente sobre la Carrera 29*.

Figura 13. Localización de vías que conectan con el HIDC



Fuente: Google Earth, 2012

Como se mencionó al inicio de este subnumeral, la infraestructura vial presenta carencias de tipo estructural (vías sin pavimentar y/o vías con deterioro en la capa asfáltica), situación que genera una baja oferta en el

* Esta vía presenta una mayor comunicación con vías de principales (Avenida Ciudad de Cali, Simón Bolívar) y vías secundarias (Calle 48, 42 y 55).

transporte público que accede a la Institución (ver numeral 6.1.2). La baja conectividad en esta zona, promueve otras formas de movilidad, una de las más utilizadas por la población potencial es el caminar para llegar al HIDC; este tipo de desplazamiento es muy común entre la población de los barrios aledaños entre los que se encuentran: Mojica, Alfonso Bonilla Aragón, Comuneros I, Poblado II, Marroquín I, Las Orquídeas (remitirse al Mapa 4). Otro de los medios de transporte utilizado es el uso de los motoratones o mototaxis* y los carros piratas**, estos medios de transporte surgen como consecuencia de la baja oferta en transporte y a la baja frecuencia de paso. Por motivos de seguridad, el personal médico que labora en el Hospital, procura ingresar o salir en caravanas.

6.1.2 Rutas de buses que acceden al Hospital. Como se mencionó (numeral 6.1.1) los medios de transporte utilizados por la población potencial para acceder al HIDC incluyen desplazamientos a pie, utilizando el transporte público y transporte informal (motoratones y piratas). A diferencia de los recorridos del transporte público, con rutas bien establecidas; los otros medios presentan carencias de regularidad en sus recorridos y son constantemente modificados según la necesidad de la población (el punto hacia donde se dirige).

La oferta en transporte público para la población potencial del Distrito hacia el HIDC, está básicamente conformada por la prestación del servicio de las empresas: Villanueva Belén (rutas 1 y 4), Verde Plateada (ruta 1) y Papagayo (ruta 9). Las rutas de buses mencionadas son aquellas que durante el periodo estudiado, transitan sobre la vía que está frente al HIDC (sobre la Calle 96).

Al comparar la oferta en transporte público que presenta durante el periodo estudiado el HIDC con la oferta del Hospital Carlos Holmes Trujillo (HCHT), se observa que existe un notable déficit de movilidad para la población potencial; mientras por el HCHT transitan cerca de 10 rutas de buses, por el HIDC solo lo hacen 4 rutas. Las rutas de buses que permiten acceder al HCHT son:

- Villanueva Belén rutas 1, 2, 3 y 4; Coomoepal rutas 5 y 8, Amarillo Crema ruta 4 blanca y 4 Amarilla; Pance ruta 10; Recreativos ruta 2, Rio Cali ruta 2.

Las diferencias en las localizaciones de ambas Instituciones juegan un papel importante en el acceso de la población potencial. Por un lado el HCHT se

* Servicio de transporte que se ofrece en motocicleta y es considerado ilegal, por no contar con los permisos de los Entes gubernamentales.

** Son vehículos particulares que trabajan paralelamente al transporte público.

encuentra situado en un punto más central del Distrito y en una zona con un menor impacto negativo por hechos de violencia (ver numeral 6.2.2) y también es importante resaltar que este Hospital tiene mayor tiempo de funcionamiento. El HIDC, como se mencionó (numeral 5.3) se encuentra ubicado en el límite con la cabecera municipal, zona que presenta mayores déficits en seguridad que el resto del Distrito.

El recorrido que realizan las diferentes rutas de transporte público que acceden al HIDC, se encuentra esquematizado en los Mapas 8, 9, 10 y 11. A lo largo de los recorridos realizados por estas empresas se observa que existen barrios con una alta oferta, tales como el Poblado I y II, Omar Torrijos, El Diamante, El Vergel (comuna 13), Alfonso Bonilla Aragón (comuna 14), Marroquín I, El Retiro, Comuneros I, Laureano Gómez y por supuesto Mojica (comuna 15). La mayoría de los barrios listados, han presentado una alta demanda por los servicios de la Institución y hacen parte de la zona de confluencia de las tres comunas.

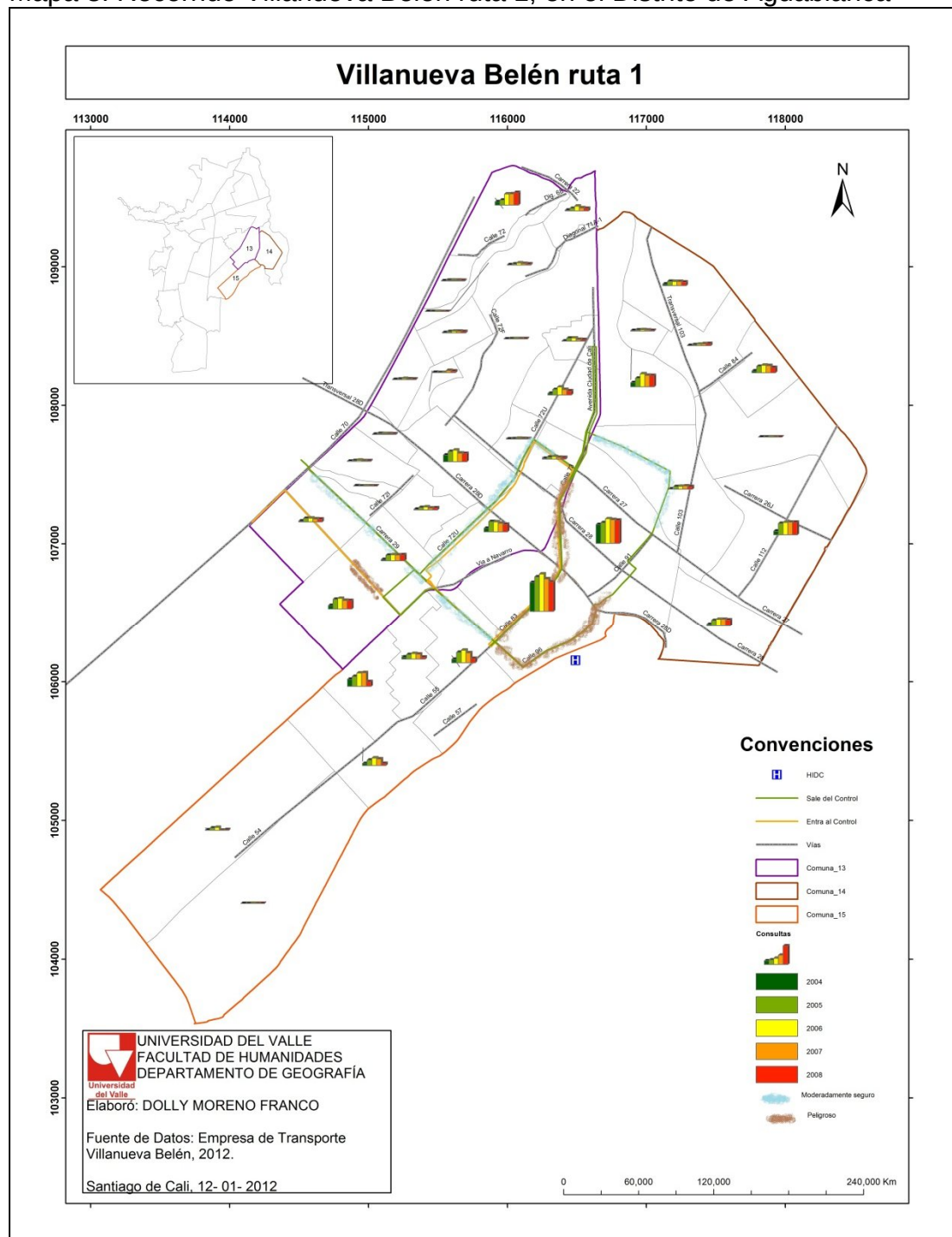
De igual forma, en los Mapas es posible observar que existen barrios que se encuentran por fuera de estos recorridos y que tienen una demanda alta, entre estos se encuentra: Manuela Beltrán, Puerta del Sol, Alirio Mora Beltrán (comuna 14) y Ulpiano Lloreda (comuna 13). En entrevistas hechas con algunos de los habitantes de estos barrios se encontró que sus desplazamientos los realizan a pie, con recorridos que van desde los 10 minutos a una hora; el tiempo de desplazamiento de las personas desde un mismo punto de partida varía según la distancia, las condiciones físicas y la edad de la personas. Uno de los factores que influye en el uso de este tipo de transporte es el tiempo que transcurre entre el paso de una misma ruta; es decir, las frecuencias de recorrido de las rutas. En comunicación con algunos de los conductores de estas empresas, se pudo determinar que la frecuencia con que estas rutas pasaban eran mayores a 15 minutos, situación que se generaba por el bajo flujo de pasajeros sobre la Calle 96 y a los problemas de seguridad.

En los mapas se ha incluido una semiótica que indica a lo largo del recorrido los segmentos 'seguros', 'moderadamente seguros' y 'peligrosos', generados a partir de la percepción y vivencia que los conductores manifestaron*. La mayor parte del Distrito se encuentra de 'moderadamente seguro' a 'peligroso', debido a los altos índices de violencia que se generan en estos trayectos de los recorridos. Los segmentos más críticos identificados por los conductores se sitúan sobre las vías que se encuentran en el barrio Mojica (parte de la Ciudad de Cali, Carrera 29, Calle 96 y Carrera 28D) y de igual

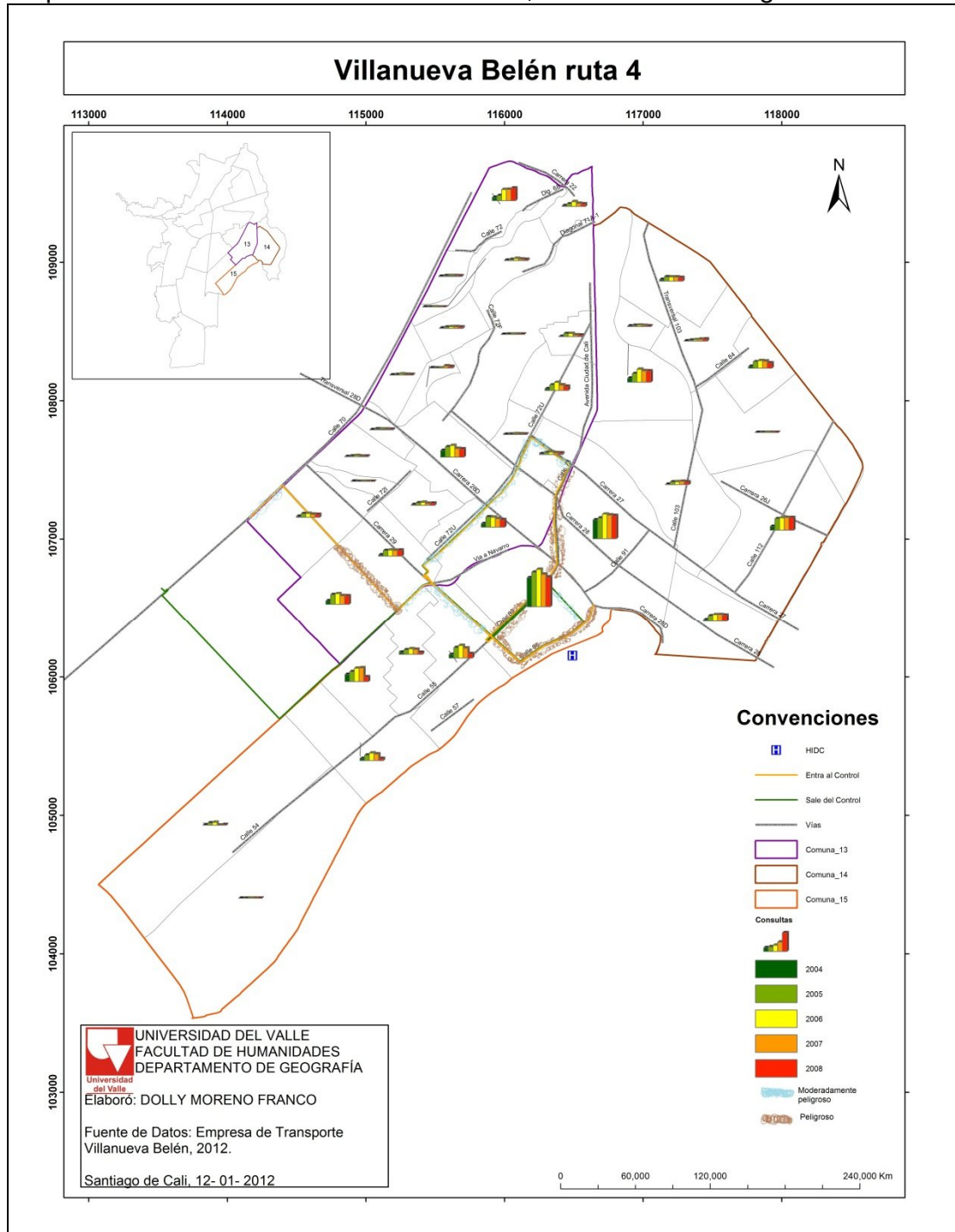
* Se entrevistaron 4 conductores de la empresa de Transporte Publico Villanueva Belén, 3 conductores de las empresas Papagayo y Verde Plateada. Las entrevistas se realizaron a modo de exploración preliminar.

forma en segmentos de la Avenida Ciudad de Cali de los barrios El Retiro, Poblado II y Alfonso Bonilla Aragón (Mapas 8 a 11).

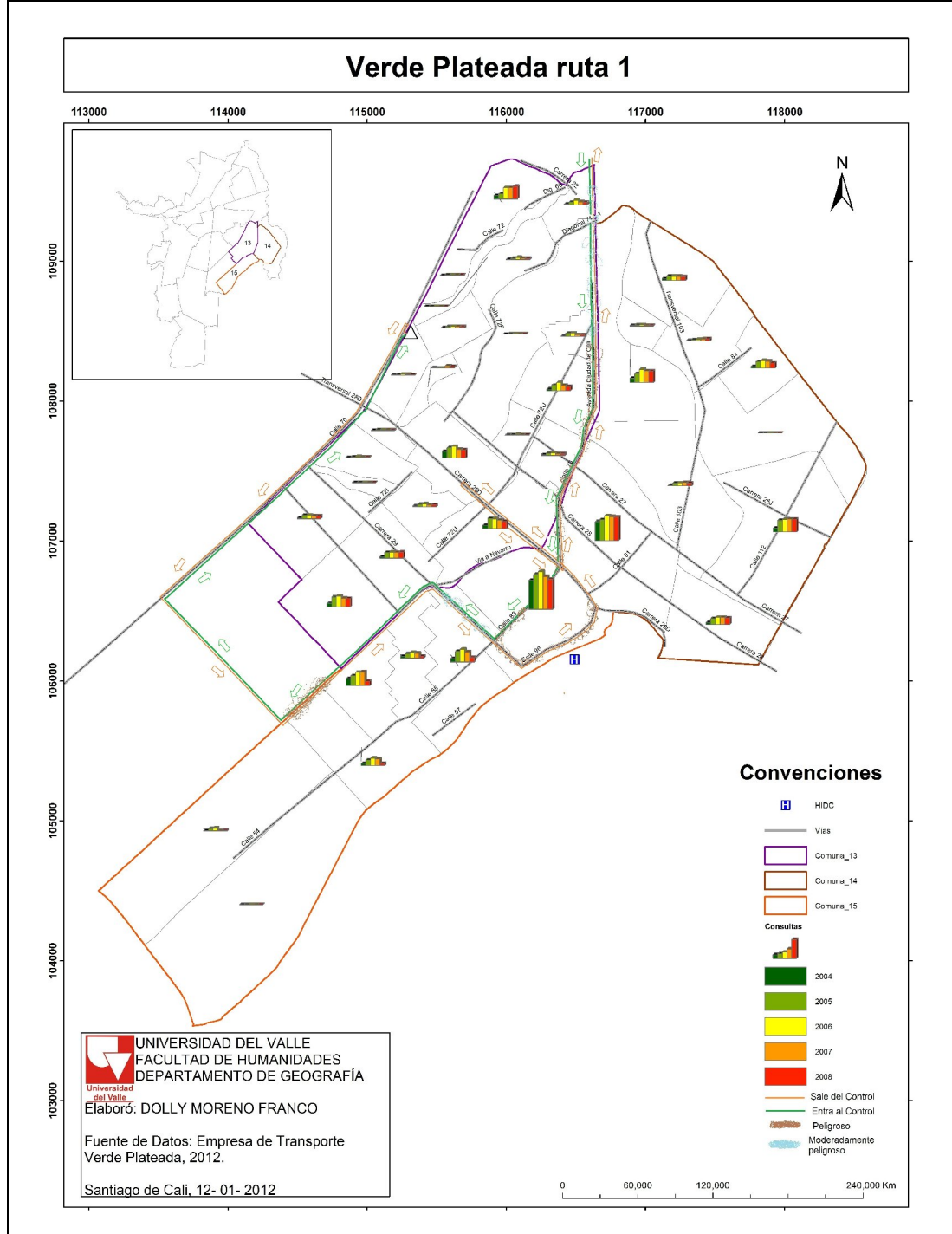
Mapa 8. Recorrido Villanueva Belén ruta 1, en el Distrito de Aguablanca



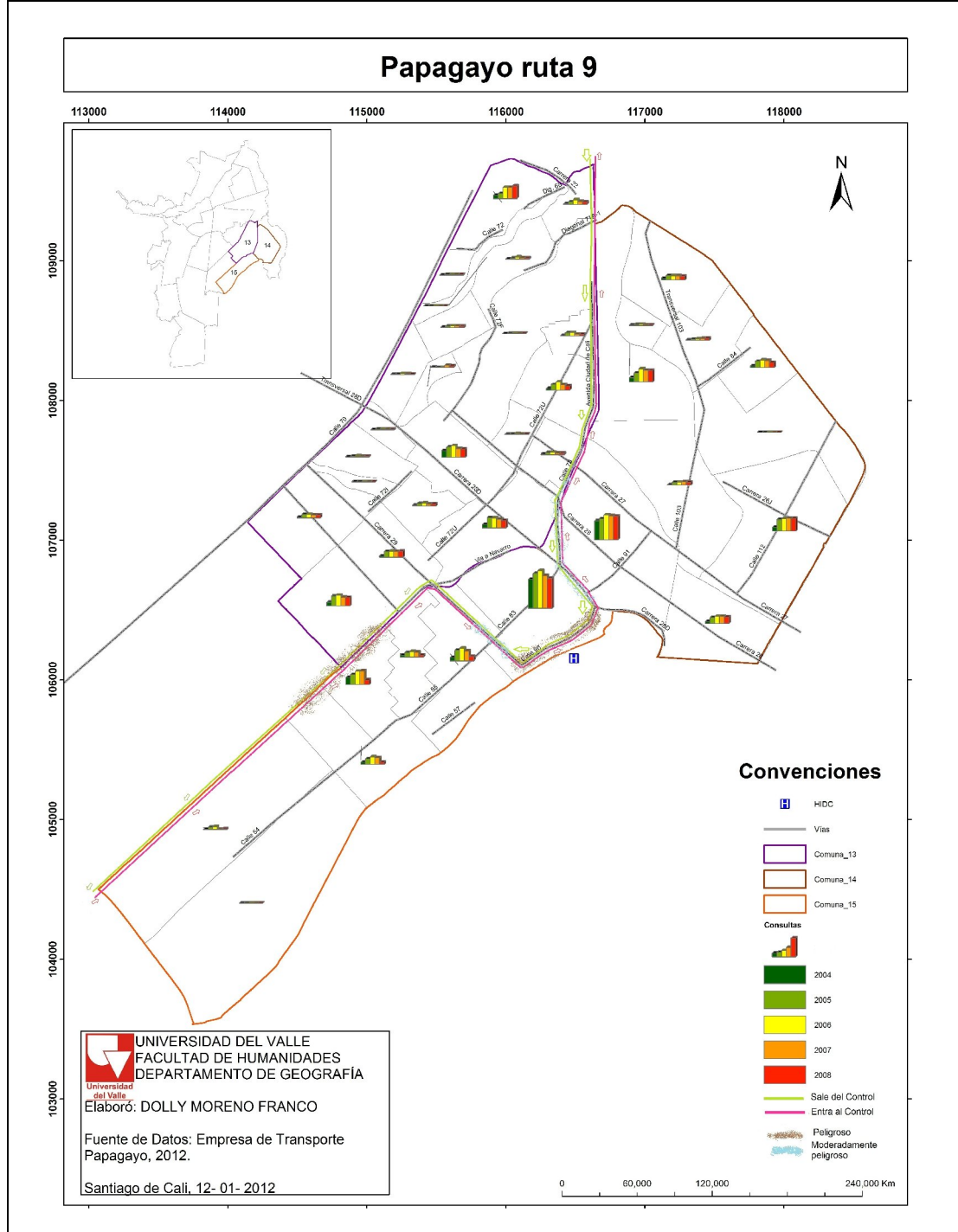
Mapa 9. Recorrido Villanueva Belén ruta 4, en el Distrito de Aguablanca



Mapa 10. Recorrido Verde Plateada ruta 1, en el Distrito de Aguablanca



Mapa 11. Recorrido Papagayo ruta 9, en el Distrito de Aguablanca



6.2 ANÁLISIS DE LOS HECHOS VIOLENTOS OCURRIDOS EN EL PERIODO 2004-2008

La violencia medra cuando no existe democracia, respeto por los derechos humanos ni condiciones de buen gobierno. Hablamos a menudo de cómo puede enraizarse una “cultura de la violencia”. Es muy cierto: como sudafricano que ha vivido en el *apartheid* y vive ahora el período posterior, lo he visto y lo he experimentado. También es cierto que los comportamientos violentos están más difundidos y generalizados en las sociedades en las que las autoridades respaldan el uso de la violencia con sus propias acciones. En muchas sociedades, la violencia está tan generalizada que desbarata las esperanzas de desarrollo económico y social. No podemos permitir que esta situación se mantenga.

Nelson Mandela

El término violencia ha estado en constante cuestionamiento por diferentes disciplinas sociales (psicología, antropología, sociología) y de la biología (etología humana), que pretenden desde diferentes enfoques científicos entender la conducta humana y los factores determinantes o incidentes en los comportamientos agresivos del ser humano.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el término violencia se define “como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

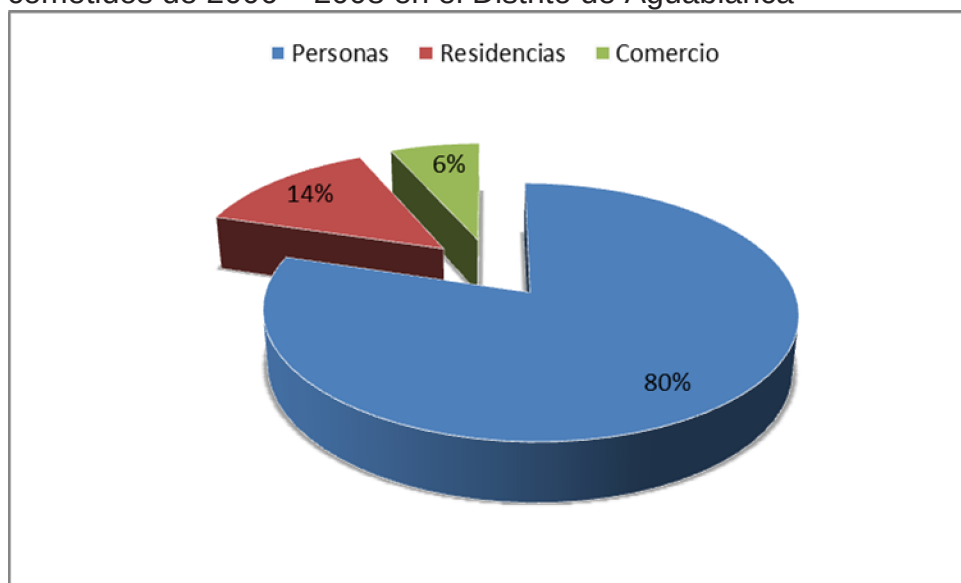
En el Distrito de Aguablanca se presentan principalmente dos hechos de violencia que generan grandes desequilibrios en su estructura social, como son los altos índices de hurtos y homicidios. Según el Observatorio Social estas acciones son el resultado de un conjunto de situaciones de índole tanto externas como internas, entre las cuales se tienen “el desempleo, la cultura del facilismo en los jóvenes, el incremento de grupos de pandillas, la falta de liderazgo de las autoridades locales, la estigmatización de estos barrios por otros sectores de la ciudad y el incremento poblacional” (Secretaría de Gobierno, 2011). Algunos de estos aspectos serán desarrollados en los apartados siguientes.

6.2.1 Hurtos. El Observatorio Social, es el ente encargado de publicar la información referente a los hechos violentos que ocurren en la ciudad. Las cifras sobre los registros de hurtos se presentan a partir del año 2006*.

Los registros de hurtos se clasifican de acuerdo a 4 tipos, que son los cometidos a Personas, Residencias, Comercio y Bancos. Para el Distrito de Aguablanca aplican los 3 primeros tipos de hurtos; la infraestructura bancaria está representada únicamente por pocos cajeros automáticos. En lo corrido del año 2006 a 2008 se presentaron un total de 3.201 casos, mientras que para el área urbana de Cali se registraron 27.289 hurtos; es decir, que el porcentaje de hurtos cometidos en el Distrito fue del 11.73%.

De los 3 tipos de hurtos mencionados, el que más afecta a la población es el hurto a personas con un total de 2.552 casos, seguido del hurtos a residencias con 437 denuncias y hurto cometido a establecimientos comerciales que fue de 212 casos, durante los 3 años (2006 - 2008) (Figura 14).

Figura 14. Comparativo porcentual de los tres principales tipos de hurtos cometidos de 2006 – 2008 en el Distrito de Aguablanca



Fuente: Observatorio Social, 2008

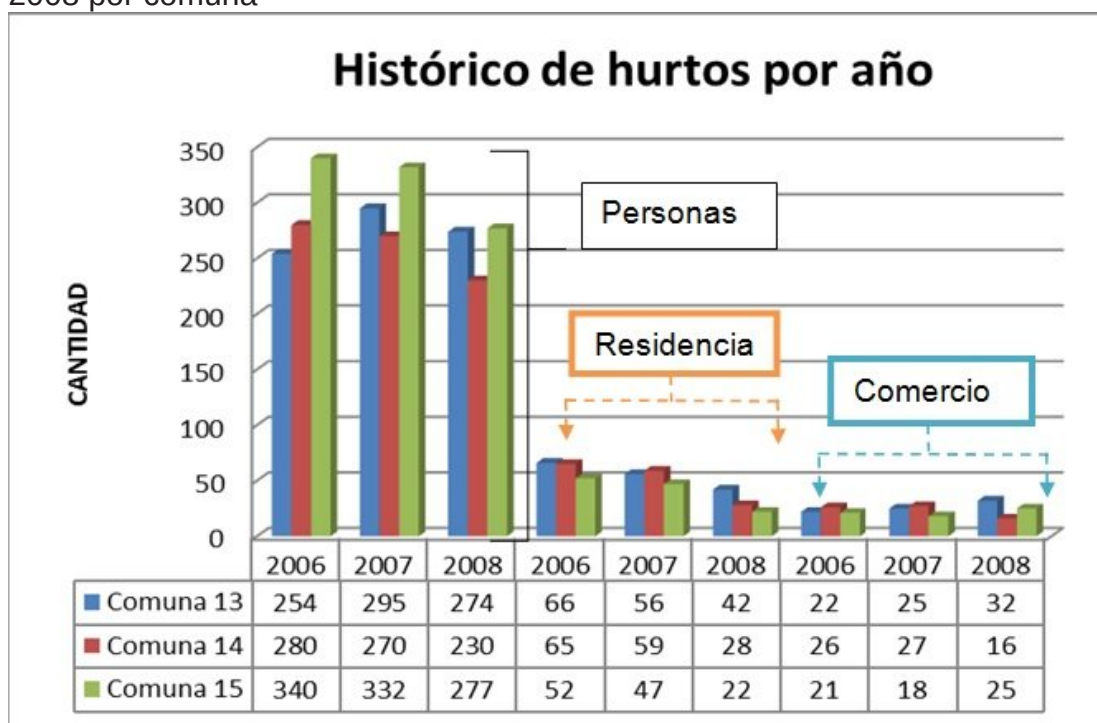
El comportamiento que han presentado los diferentes tipos de hurtos más comunes en el Distrito y su incidencia por año, se encuentran graficados en la Figura 15. Los registros de hurtos a personas para cada una de las

* Es a partir de este año que se inicia el Sistema Penal Acusatorio (Observatorio Social, 2011), el cual contempla el derecho de todo ciudadano a un proceso público sin dilaciones injustificadas, basados en pruebas que pueden ser controvertidas.

comunas, presentó un comportamiento diferencial entre estas; mientras en la comuna 13 aumentaron los casos con respecto a los cometidos en el año 2006, en las comunas 14 y 15 disminuyó el número de estos hechos. Como se muestra en la Figura 15, el hurto cometido a personas es el delito que mayores casos representa por año.

Los hurtos a residencia y a comercio, aunque presenta cifras relativamente altas no son los delitos que más afectan a la población del Distrito o en su defecto los que la población denuncia.

Figura 15. Comparativo histórico de hurtos según tipo ocurridos de 2006 - 2008 por comuna



Fuente: Observatorio Social, s.f. Documento.

Las cifras que se presentan muestran un panorama alentador con una tendencia a la disminución de los casos de hurtos a medida que transcurre el tiempo (2006 -2008). Sin embargo, de fondo a los datos registrados por las autoridades competentes en estos tipos de delitos, la disminución de los casos puede darse por el no denuncia de las víctimas, situación muy generalizada en la ciudad por el temor a las represalias o por deberse a delitos de menor cuantía.

Los índices de hurtos que se presentan en las diferentes comunas y sobre todo los cometidos en la comunas 15, generan condiciones de inseguridad o percepción negativa de la población, tanto al interior del Distrito como desde

una perspectiva urbana. En el caso de los hurtos cometidos a personas se observa que la mayor cantidad de estos hechos se han cometido en la comuna 15, situación que ha generado una resistencia al acceso de los servicios del HIDC, por parte de habitantes de barrios que en su mayoría pertenecen a la comuna 13. En el numeral 5.3 se mencionó que una de las mayores dificultades encontradas para que la gente asistiera a la Institución era la inseguridad generada en esta comuna y sobre todo las cifras de violencia que presenta el barrio Mojica; aunque la información de hurtos se presenta a nivel de comuna, este barrio es reconocido por la población como una zona crítica (aspecto que se mostrará en el siguiente numeral -6.2.2-).

6.2.2 Homicidios. Los registros sobre las muertes violentas que se presentaron en la ciudad de Cali en el periodo 2004-2008, ascendieron a un total de 8.265 (Alcaldía de Cali, 2010). Del total de homicidios registrados en Cali, aproximadamente entre el 20% y el 25% de ellos se presentaron en el Distrito de Aguablanca; es decir, que durante los 5 años en el Distrito se cometieron 2.009 homicidios (Figura 16).

En la Figura 16, se ilustran las cifras de los homicidios a nivel municipal, así, como los casos registrados en el Distrito de Aguablanca para los años 2004-2008. En el año 2004, se registró el mayor número de homicidios tanto en la Ciudad como en el Distrito (497 casos). A partir de 2005 se presentó un leve descenso comparado con este primer año, pero las cifras muestran un comportamiento fluctuante con incrementos y descensos entre un año y otro, fluctuaciones registradas desde 2005 a 2008, teniendo como tope los casos registrados en el 2004.

Figura 16. Homicidios ocurridos en el Distrito, periodo 2004-2008



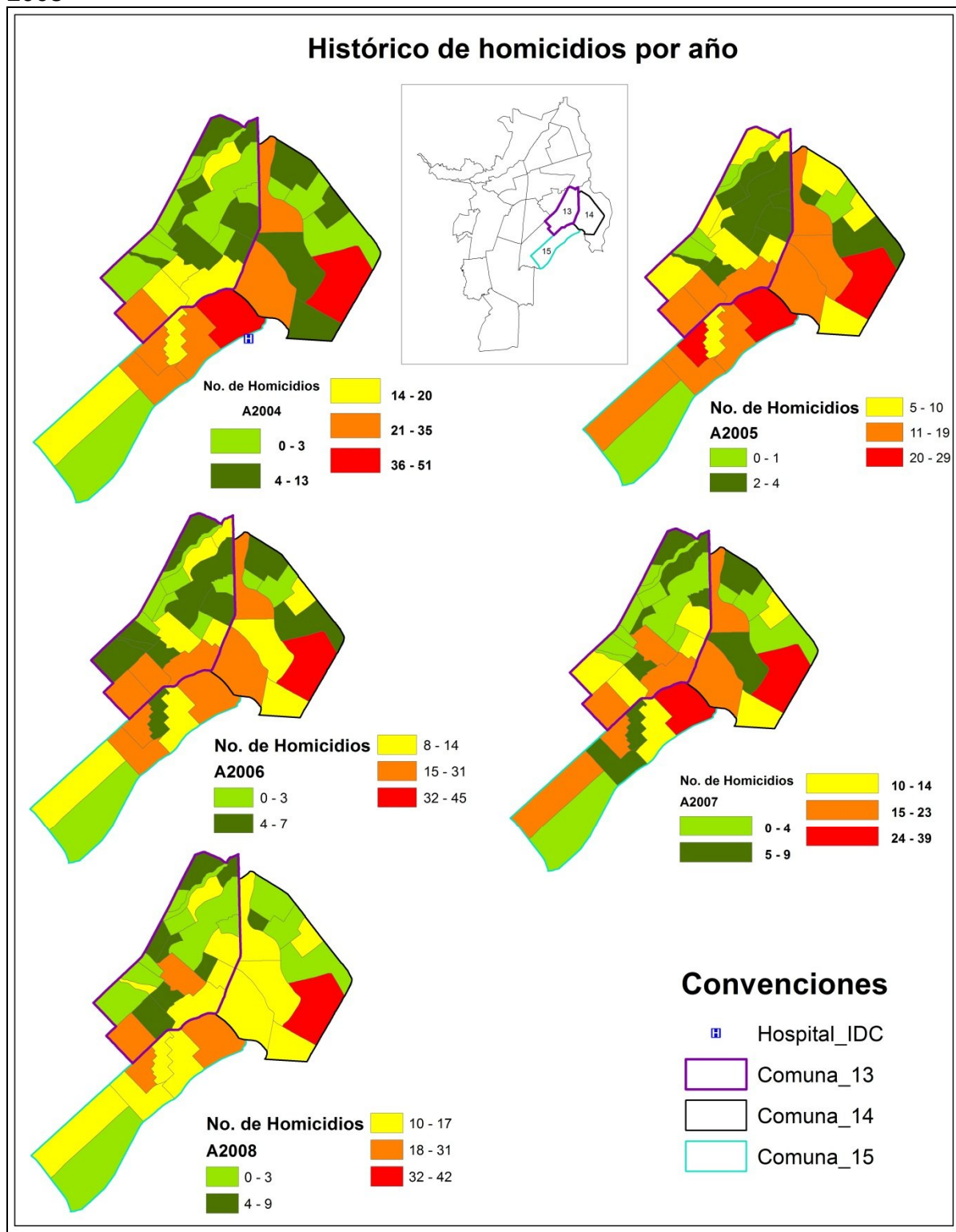
Fuente: Alcaldía de Cali, 2010

En cifras generales, como se ilustra en la Figura 16, el número de homicidios que el Distrito de Aguablanca aporta a la ciudad es muy significativo. Teniendo en cuenta que el Distrito es uno de los mayores sectores de la ciudad donde se perpetran muertes violentas, en este trabajo se estudia cual ha sido la distribución espacial de estos hechos al interior de los barrios que lo conforman y la incidencia que estos han tenido sobre las consultas al HIDC.

Al espacializar los números de homicidios ocurridos por año para el periodo comprendido entre el 2004-2008, se encontró que este tipo de hecho predomina principalmente en los barrios de confluencia de las 3 comunas y hacia el Oriente del Distrito. Las comunas que presentan una mayor afectación por este tipo de hechos violentos, son la 14 y 15, en donde se presentan los barrios con los mayores números de homicidios ocurridos, con un promedio de aproximadamente 30 por año. Aunque los móviles más frecuentes en los casos de homicidios son la venganza, pandillas, atraco, riñas y por establecer, esta información no aparece disponible para los diferentes años estudiados, por lo cual no es posible su análisis (Mapa 11).

Como se mencionó en el párrafo anterior la zona de confluencia entre las 3 comunas, es la que presenta los barrios con los mayores índices de homicidios entre los que se encuentran: El Vergel, El Poblado I y II (comuna 13); Alfonso Bonilla Aragón, José Manuel Marroquín I y II, y Manuela Beltrán (comuna 14); Mojica, El Retiro, Comuneros I y Ciudad Córdoba (comuna 15). Estos barrios presentan un patrón en el número de casos presentados en el tiempo en cuando a las cifras de muertes violentas.

Mapa 12. Distribución espacial de los homicidios ocurridos de 2004 a 2008



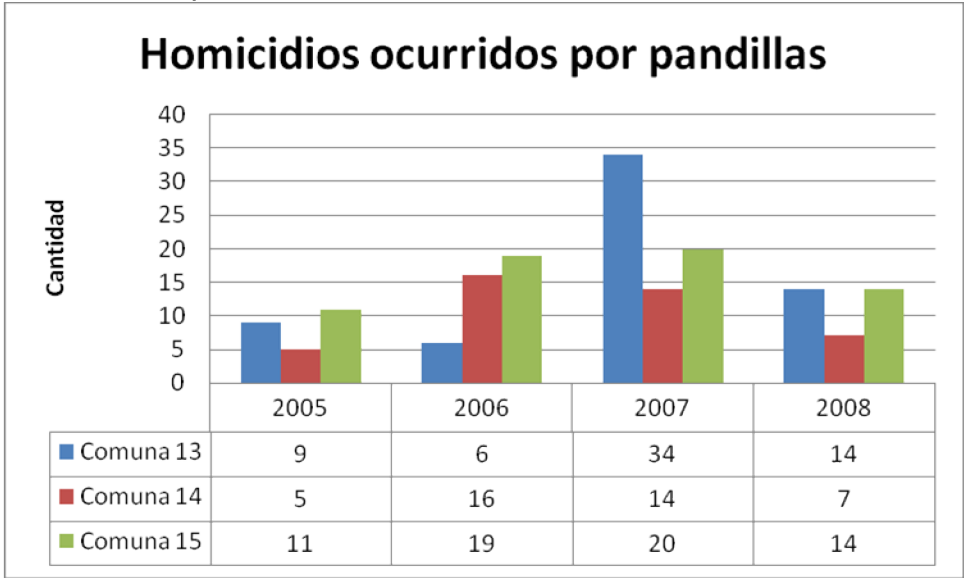
Fuente de datos: Observatorio Social, 2011

En el Mapa 12, se ilustran los barrios con mayores índices de homicidios durante los 5 años estudiados. En la parte centro-este del Distrito es donde se encuentran situados los barrios más afectados por los casos de homicidios; esta situación de violencia al interior de los barrios se ve influenciada por las pandillas. Esta zona donde confluyen las tres comunas, se puede denominar como el mayor foco de violencia dentro del Distrito (ver Mapa 11 y 12).

La presencia de pandillas en un determinado barrio, sector o zona de la ciudad se le asocia con la generación de violencia, debido a que estos grupos delincuenciales se caracterizan por dirigir sus acciones principalmente a los atracos, el control del territorio y el monopolio de negocios ilícitos como las drogas y armas, situaciones que generan gran cantidad de hechos violentos en la ciudad, entre ellos los homicidios (Observatorio Social, 2009). De los 1.512 homicidios registrados en el Distrito en el periodo 2005-2008, el 11.17% son atribuidos al accionar de las pandillas que se localizan en este sector de la ciudad.

El panorama de violencia que se registra en el Distrito durante el periodo estudiado, se encuentra asociado a la presencia de pandillas juveniles en la zona. Según un estudio realizado por el Observatorio Social, los casos de muertes violentas atribuidos a las pandillas en el periodo 2005-2008 ascienden a los 199 casos (Figura 17).

Figura 17. Número de homicidios registrados en el periodo 2005-2008 a causa de las pandillas localizadas en el Distrito



Fuente: Observatorio Social, 2010.

En la Figura 17, se observa que la comuna 15 es la más afectada por este tipo de hechos, con un total acumulado de 64 homicidios; seguido por la comuna 13 con 63 casos y en último lugar se sitúa la comuna 14 con 42 casos. La alta cifras de homicidios atribuidos al presunto móvil pandillas en la comuna 15, se debe que en esta comuna tienen incidencia 6 pandillas; cabe recordar que esta comuna solo cuenta con 7 barrios. Al relacionar estas 2 variables se encuentra que el número de pandillas sí presenta una alta incidencia. En el caso de la comuna 13 se identificaron 8 pandillas, distribuidas en su mayoría en la parte Oriental (Mapa 13)

La existencia de pandillas en un determinado territorio, ha dado a lugar a una serie de fronteras invisibles que pueden dividir un barrio en un indeterminado número de partes, según la cantidad de pandillas que en el coexistan; esta nuevas formas que adopta el territorio, da a lugar a los llamados territorios de miedo*, que se traducen en el temor que perciben los mismo habitantes donde operan las pandillas y la población externa a estos territorios, como muestra de ello es la percepción que presenta la mayor parte de la población de Cali del Distrito de Aguablanca. A nivel general, en los diferentes barrios que conforman el Distrito se presenta una alta incidencia de homicidios al año, pero también se observa que este tipo de hechos violentos persisten en los barrios situados en la franja central del Distrito. Algunos de los barrios más críticos son el barrio Mojica (colinda con el HIDC), el cual en promedio presenta 25 homicidios al año. En la comuna 14 se observa que existen cuatro (4) barrios que durante los 5 años analizados presentan altas cifras de muertes violentas, entre los cuales están el barrio Manuela Beltrán, con un promedio de 40.4 homicidios al año, Alfonso Bonilla Aragón con 19.6 casos, Marroquín I y II (11.8 y 18.8 respectivamente) (Secretaria de Gobierno, 2010).

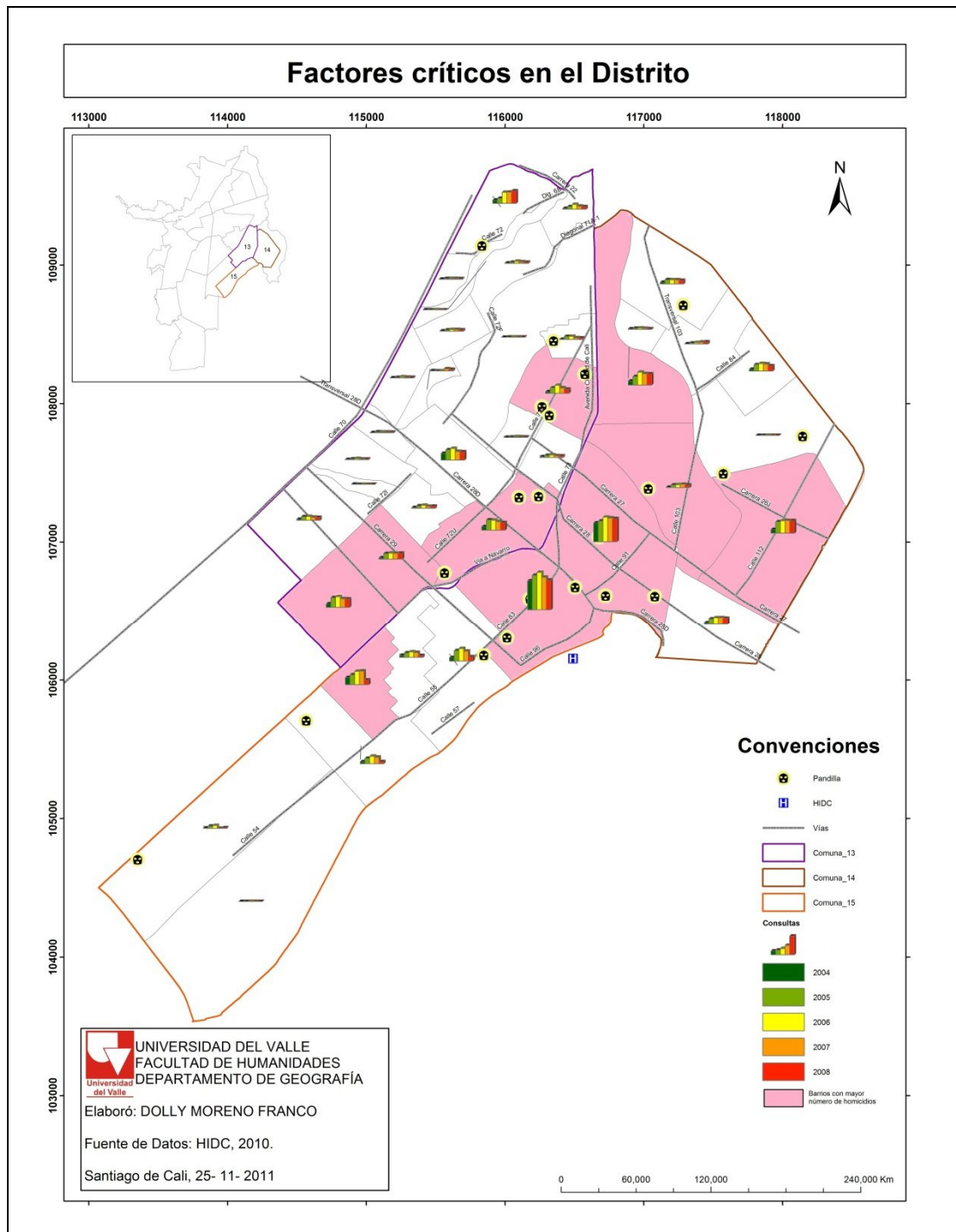
La distribución espacial de las pandillas que se muestra en el Mapa 13, se hizo teniendo en cuenta la información publicada por el Observatorio Social en el documento “Homicidios y padillas juveniles en Santiago de Cali 2005-2009”. Debido a que la información espacial de las pandillas presentes en el Distrito solo se obtuvo para el año 2008, se pierde potencial explicativo que permita visualizar la aparición/desaparición y movilidad de las pandillas a través del tiempo. La conformación de las pandillas al interior del Distrito de Aguablanca se encuentra asociada a la territorialidad, pero entendida esta en función del control del expendio de drogas ilegales. La población masculina

* “En determinadas situaciones el hombre se ve enfrentado a estímulos, objetos o representaciones mentales que el siente como amenazas y es justamente este reconocimiento de un peligro real o imaginario el que determina en el individuo un sentimiento de miedo” (Pierre Mannoni, 1984, citado en Niño Murcia, 2000); por lo tanto “el miedo es la percepción de un peligro interno o externo, real, puesto o anticipado. Es una señal de alarma que predispone a la huida, a la defensa o al ataque” (Jimeno y Roldán, 1994, citado en Niño Murcia, 2000).

entre los 14 y 25 años de edad, es la población que participa como víctima y como agresor en casi todos los homicidios, dada la existencia de un número importante de pandillas y de organizaciones delictivas (Secretaría de Gobierno, 2010).

A pesar de las altas cifras de homicidios, estos son los barrios que han presentado el mayor número de consultas (ver Mapa 13). Para el caso de los barrios situados al Oeste del Distrito, especialmente los barrios pertenecientes a la comuna 13, se presenta una resistencia al uso de los servicios del HIDC. Estos barrios durante el periodo 2004-2008 registran las menores cifras de homicidios; es decir, que se pueden considerar como los barrios “menos violentos” dentro del Distrito. Esta condición de relativa seguridad, frente a las condiciones de violencias mucho más marcadas que se presentan en la zona donde se encuentra el HIDC, genera una percepción de topofobia en la población potencial de estos barrios. Como se observa en el Mapa 13, estos barrios presentaron la menor demanda por los servicios de la Institución.

Mapa 13. Configuración espacial de los factores críticos en el Distrito



7. CONCLUSIONES

El Distrito de Aguablanca es conocido en la ciudad por ser una zona que presenta diversas problemáticas de índole social, situación que ha sido favorecida por el alto volumen de población desplazada que se acentúa en este sector de la ciudad. El crecimiento vertiginoso de su población y el escenario de violencia que se vive al interior de sus barrios, ha generado una estigmatización de esta zona para el resto de la ciudad. Como se valora en el trabajo, la percepción de topofobia hacia el Distrito no es exclusiva de la población que está por fuera, ya que población residente en algunos barrios del Distrito, también tiene percepción topofóbica por barrios identificados como críticos. En este sentido encontramos que el barrio por donde se ingresa al HIDC (Mojica), es denominado con uno de los más inseguros por sus altos índices en homicidios, hurtos y por tener dentro de su territorio un alto número de pandillas.

Las situaciones de violencia que se viven en los alrededores del HIDC, generan una serie de barreras para la población potencial, situación que fue mucho más evidente en su primer año de funcionamiento y que poco a poco fue logrando ampliar la demanda, tendencia positiva que se presentó hasta el año 2007 y que tuvo un declive para el año 2008.

Las variables de conectividad (accesibilidad y movilidad) juegan un papel importante a la hora de acceder a los servicios del HIDC; las vías que comunican al Distrito con el Hospital presentan limitaciones de tipo estructural, principalmente las malas condiciones de la malla vial, hacen que la oferta en transporte público se reduzca.

Sin duda alguna el HIDC se encuentra dotado de servicios que promueven la calidad de vida de sus habitantes, pero la existencia de barreras de tipo social que se generan en sus alrededores y la baja conectividad espacial constituye los mayores impedimentos para que la población potencial acceda a este.

BIBLIOGRAFÍA

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI. Departamento Administrativo de Planeación Municipal, Cali en cifras 2008. 2008 [consultado 25 mayo 2010]. Disponible en internet: <http://planeacion.cali.gov.co/Publicaciones/Cali_en_Cifras/Caliencifras2008.pdf>

_____. Departamento de Planeación de Cali. Plan de desarrollo 2008- 2011: Comuna 13. 2010 [consultado 17 mayo 2011]. Disponible en internet: <http://planeacion.cali.gov.co/PlanDesarrollo/Planes_Territoriales/PERIODO%202008-2011/Comunas/Comuna%2013.pdf>

_____. Departamento de Planeación de Cali y SISBEN. Sisben en Cifras por comunas. 2006 [consultado 14 julio 2011]. Disponible en internet: <http://planeacion.cali.gov.co/Publicaciones/Demografia/Sisben_en%20cifras_Comunas%202006.pdf>

_____. Historia de la comuna 13. s.f. [consultado 22 junio 2011]. Disponible en internet: <<http://www.cali.gov.co/sil/sil.php?id=1579>>

_____. Historia de la Comuna 14. s.f. [consultado 22 junio 2011]. Disponible en internet: <<http://www.cali.gov.co/sil/sil.php?id=1580>>

_____. Historia de la comuna 15. s.f. [consultado 22 junio 2011]. Disponible en internet: <<http://www.cali.gov.co/sil/sil.php?id=1581>>

_____. Hospital Isaías Duarte Cancino empresa social del Estado s.f. [consultado 25 noviembre 2011]. Disponible en internet: <<http://www.cali.gov.co/sil/sil.php?id=1179>>

ASOCIACIÓN DE INGENIEROS DEL VALLE. Más allá de Aguablanca, Cali : 1984. p. 15

BOSQUE SENDRA, Joaquín; GÓMEZ DELGADO, Montserrat; MORENO JIMÉNEZ, Antonio & DAL POZZO, Francesco. Hacia un sistema de ayuda a la decisión espacial para la localización de equipamientos. Publicado en Estudios geográficos 2000, tomo LXI, Nº 241, pp. 567-598 [consultado 15 febrero 2011]. Disponible en internet: <http://www.geogra.uah.es/joaquin/pdf/SADE_LOCalizacion.pdf>

BOTTIA, Martha; CARDONA, Lina & MEDINA, Carlos. Bondades y Limitaciones de la Focalización con Proxy Means Tests: El Caso del Sisben

en Colombia. Bogotá : Banco de la República de Colombia, 2008. Borradores de Economía, publicación 539 [consultado 5 agosto 2011]. Disponible en internet: <<http://www.banrep.gov.co/docum/ftp/borra539.pdf>>

CÉSPEDES, Juan Eduardo; JARAMILLO, Iván; MARTÍNEZ, Rafael; OLAYA Sonia; REYNALES, Jairo; URIBE, Camilo; CASTAÑO, Ramón A.; GARZÓN, Edgar; ALMEIDA, Celia; TRAVASSOS, Claudia; BASTO, Fernando & ANGARITA, Janeth. Efectos de la Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre la Equidad en el Acceso y la Utilización de Servicios de Salud. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Revista de salud pública, vol. 2. 2000 [consultado el 5 de agosto de 2011]. Disponible en internet: <<http://www.revista.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18934/19843>>

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. En : Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Santa Fe de Bogotá. 1993 [consultado 13 agosto 2011]. Disponible en internet: <<http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>>

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN MUNICIPAL. Estratificación Socioeconómica Santiago de Cali: Caracterización Visual de Viviendas por Estrato. s.f. [consultado 6 octubre 2011]. Disponible en internet: <<http://planeacion.cali.gov.co/dapweb/index.asp#>>

_____. Plan de desarrollo estratégico comuna 13. PERIODO 2004-2008. 2003 [consultado 3 junio 2011]. Disponible en internet: <<http://www.cali.gov.co/publico2/documentos/planeacion/planterritorial/com13.pdf>>

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Evaluación de la estratificación socio-económica como instrumento de clasificación de los usuarios y herramienta de asignación de subsidios y contribuciones a los servicios públicos domiciliarios. 2008 [consultado 22 junio 2011]. Disponible en internet: <[http://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DEPP/Evaluacion Políticas Publicas/Serie EPP10 Estratificacion Socioeconomica.pdf](http://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DEPP/Evaluacion_Políticas_Publicas/Serie_EPP10_Estratificacion_Socioeconomica.pdf)>

DUFF & PHELPS DE COLOMBIA. Análisis de Riesgo: E.S.E. Hospital Isaías Duarte Cancino. 2007 [consultado 27 noviembre 2011]. Disponible en internet: <<http://www.fitchratings.com.co/content/modules/verArchivo.aspx?Id=105&pos=1>>

GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA. Jornada mundial de prevención de la ceguera: Hospital Isaías Duarte Cancino. 2008 [consultado 25 noviembre 2011]. Disponible en internet: <<http://www.valledelcauca.gov.co/publicaciones.php?id=6528>>

ÍÑIGUEZ ROJAS, Luisa. Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. 1998 [consultado 27 enero 2012]. Disponible en internet: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n4/0063.pdf>>

ÍÑIGUEZ ROJAS, Luisa & BARCELLOS, Christovam. Geografía y salud en américa latina: evolución y tendencias. En : Revista Cubana de Salud Pública. Vol. 29, No. 004 (2003) [consultado 24 noviembre 2011]. Disponible en internet:

<<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=21429407>>

MOLINA, Humberto; SALGUERO, Mauricio; SALAZAR, José; OROZCO, Patricia; MADRID, Martha; VELA, Alberto & PÁEZ, Clemencia. Alternativas de mejoramiento para vivienda y asentamientos populares. Medellín: Universidad Nacional de Colombia - Universidad de Los Andes, 1982. 38 p [consultado 27 mayo 2011]. Disponible en internet:

<<http://agora.unalmed.edu.co/docs/INV17-alternativas-CPU.PD>>

NIÑO MURCIA, Soledad. Eco del miedo en Santafé de Bogotá e imaginarios de sus ciudadanos. En: DELUMEAU, Jean *et al.* (eds.). El Miedo. Reflexiones sobre su dimensión social y cultural. Medellín: Corporación Región, 2002 [consultado 28 enero 2012]. Disponible en internet: <<http://168.96.200.17/ar/libros/region/reflexiones.pdf>>

OLIVERA, Ana. Geografía de la salud. En : Colección Espacios y Sociedades. No 26 (1993).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe mundial sobre la violencia y la salud. 2003 [consultado 21 octubre 2011]. Disponible en internet:

<<http://mayores.pre.cti.csic.es/documentos/documentos/oms-informeviolencia-01.pdf>>

RAMÍREZ, Liliana. Actuales especialidades de la geografía de la salud y su tratamiento mediante sistemas de información geográfica. En : Boletín informativo de la geografía de la salud No. 4 (2007) [consultado 18 enero 2011]. Disponible en internet: <http://www.geografiadelasalud.com.ar>

_____. ¿Dónde Localizar Hospitales Públicos? Las Nuevas Tecnologías -SIG- como Herramientas de Apoyo a la Planificación Territorial. Un Caso de Estudio Aplicado a la Provincia del Chaco – Argentina, 2002 [consultado 18 enero 2011]. Disponible en internet: <<http://dspace.uah.es/jspui/bitstream/10017/1166/1/OK-08-Revista-Articulo-Liliana%2520Hospitales-Argentina%2520-121%2520a%2520130%5b1%5d.pdf>>

_____ & BOSQUE SENDRA, Joaquín. Localización de hospitales: analogías y diferencias del uso del modelo P-mediano en SIG raster y vectorial. En: Anales de Geografía de la Universidad Complutense de Madrid. No. 21 (2001) [consultado 28 junio 2011]. Disponible en internet: <<http://hum.unne.edu.ar/revistas/geoweb/Geo2/archivos/modpmed.pdf>>

SECRETARÍA DE GOBIERNO, Observatorio Social. Homicidios y pandillas juveniles en Santiago de Cali. 2010 [consultado 7 noviembre 2011]. Disponible en internet: <<http://www.cali.gov.co/publicaciones.php?id=2542>>

_____. Observatorio Social. Homicidios y pandillas juveniles en Santiago de Cali 2005-2009. 2010 [consultado 10 diciembre 2011]. Disponible en internet: <www.cali.gov.co/descargar.php?id=28301>

_____. Observatorio Social. Perfil comuna 13. 2011 [consultado 7 enero 2012]. Disponible en internet: <<http://www.cali.gov.co/observatorios/publicaciones.php?id=2932>>

_____. Observatorio Social. Perfil comuna 14. 2011 [consultado 7 enero 2012]. Disponible en internet: <<http://www.cali.gov.co/observatorios/publicaciones.php?id=2932>>

_____. Observatorio Social. Perfil comuna 15. 2011 [consultado 7 enero 2012]. Disponible en internet: <<http://www.cali.gov.co/observatorios/publicaciones.php?id=2932>>

SECRETARÍA DE SALUD DE SANTIAGO DE CALI. www.cali.gov.co/salud

URREA GIRALDO, Fernando & MURILLO CRUZ, Fernando. Dinámica del poblamiento y algunas características de los asentamientos populares con población afrocolombiana en el oriente de Cali. s.f. [consultado 6 octubre 2011]. Disponible en internet: <<http://etnicoraciales.univalle.edu.co/Dinamicasdepoblamiento.pdf>>