

2012

DIAGNÓSTICO LOCAL CON PARTICIPACIÓN SOCIAL 2012

LOCALIDAD CUARTA SAN CRISTÓBAL

En este documento se analiza la situación de salud y de calidad de vida de localidad cuarta San Cristóbal, a través del estudio de los determinantes estructurales, intermedios y proximales que la explican. El documento, incluye también el análisis de las respuestas y la construcción de propuestas para el mejoramiento de la situación de salud y la calidad de vida de la población de la localidad. Todo lo anterior desde las perspectivas de determinantes sociales y de derechos; aplicando los enfoques territorial, diferencial y poblacional, y prestando especial atención a las brechas y a las desigualdades injustas y evitables teniendo como ordenador el ciclo vital.



TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. PRESENTACIÓN.....	4
1.2. OBJETIVOS	4
5.1. JUSTIFICACIÓN.....	5
2. MARCO CONCEPTUAL.....	7
3. MARCO METODOLÓGICO	17
3.1 MATRIZ DE ANÁLISIS DE DETERMINACIÓN SOCIAL	17
3.2 MATRIZ DE FUENTES DE INFORMACIÓN	17
3.3 MAPEO DE ACTORES	17
3.4 MAPA CONCEPTUAL.....	20
3.5 CONSTRUCCIÓN DEL PERFIL SALUD - ENFERMEDAD	20
3.6 CONSTRUCCIÓN DE LA MATRIZ DE PROBLEMATIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA	20
4. CAPÍTULO UNO. PROBLEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN LA LOCALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD	21
4.1 ESTRUCTURA POBLACIONAL	21
4.2 CAPITALISMO Y GLOBALIZACIÓN.....	22
4.3 POLÍTICAS MACROECONÓMICAS Y POLÍTICAS LABORALES.....	26
4.4 GEOPOLÍTICA Y RELACIONES TERRITORIALES	28
4.5 AMBIENTE.....	30
4.6 ORGANIZACIÓN POLÍTICA – PARTICIPACIÓN SOCIAL	32
4.7 SISTEMA DE SALUD	34
4.8 PERFIL DE SALUD – ENFERMEDAD.....	37
<i>Bibliografía</i>	38

INDICE DE TABLAS

TABLA 1 OBLIGACIONES GENERADAS POR EL PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES	16
TABLA 2 MATRIZ DE ACTORES SOCIALES	18
TABLA 3 RAZÓN DE DEPENDENCIA. AÑOS 2007 Vs 2012. LOCALIDAD DE SAN CRISTÓBAL	22
TABLA 4 TASA DE NATALIDAD (x1000) LOCALIDAD SAN CRISTÓBAL, BOGOTÁ 2005-2015	22
TABLA 5 COEFICIENTE DE GINI, SEGÚN LOCALIDAD. BOGOTÁ 2011	23
TABLA 6 PERSONAS Y HOGARES EN POBREZA POR INDICADOR, SEGÚN LOCALIDAD, 2011	24
TABLA 7 DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO 2011, SAN CRISTÓBAL	25
TABLA 8 DISTRIBUCIÓN DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN POR HOGARES. SAN CRISTÓBAL, 2011	25
TABLA 9 TASA DE DEPENDENCIA, BOGOTÁ, LOCALIDAD SAN CRISTÓBAL Y UPZ, AÑO 2012	27
TABLA 10 ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO, BOGOTÁ, LOCALIDAD SAN CRISTÓBAL Y UPZ. AÑO 2012	28
TABLA 11 DENSIDAD URBANA DE POBLACIÓN POR HECTÁREA (HA), 2009.....	29
TABLA 12 PORCENTAJE DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SAN CRISTÓBAL Vs BOGOTÁ 2011	35

INDICE DE MAPAS

MAPA 1 DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE EQUIPAMIENTOS DE SALUD POR UPZ. LOCALIDAD SAN CRISTÓBAL, 2012	36
---	----

1.1. Presentación

En este documento se analiza la situación de salud y de calidad de vida de la localidad cuarta San Cristóbal, a través del estudio de los determinantes estructurales, intermedios y proximales que la explican. El documento, incluye también el análisis de las respuestas y la construcción de propuestas para el mejoramiento de la situación de salud y la calidad de vida de la población de la localidad. Todo lo anterior desde las perspectivas de determinantes sociales y de derechos; aplicando los enfoques territorial, diferencial y poblacional, y prestando especial atención a las brechas y a las desigualdades injustas y evitables teniendo como ordenador el ciclo vital.

1.2. Objetivos

OBJETIVO GENERAL

Evidenciar aspectos importantes de la situación en salud y calidad de vida a escala de territorio en la localidad cuarta San Cristóbal, que permita abordar la situación, mediante la elaboración de estrategias enfocadas a la realidad local y territorial y sus problemas, con participación de instituciones de salud, comunidad y otros actores sociales, con los que en conjunto se organizara un plan de trabajo que permita vulnerar las problemáticas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2. Recoger información cuantitativa, cualitativa, territorial y normativa que existe acerca de la situación de salud y calidad de vida de los grupos poblacionales de la localidad de San Cristóbal y sus escalas territoriales.
3. Analizar los problemas de salud detectados, mediante metodologías sociales, epidemiológicas y espaciales, teniendo en cuenta las dimensiones de persona, tiempo, espacio y ocurrencia; a partir de las perspectivas de determinantes sociales y de derechos, con los enfoques poblacional, diferencial y territorial.

4. Realizar un proceso de síntesis del conocimiento sobre la situación de salud y calidad de vida, a través de la integración y combinación sistemática de los elementos con mayor poder explicativo obtenidos de los análisis.
5. Proponer respuestas y recomendaciones orientadas al mejoramiento de la situación de salud y calidad de vida, ajustadas a las plataformas institucionales y a las agendas sociales de los actores que interactúan en las diferentes escalas del territorio.

5.1. Justificación

El diseño y formulación de las políticas públicas, económicas y sociales, se derivan de estudios sustentados en el análisis de la mayor cantidad de información pertinente y en el conocimiento que ésta genera. La información, el conocimiento del entorno, la participación e interacción de los distintos actores locales con apoyo del sector público y la investigación basada en estudios poblacionales, conforman la base de la planeación estratégica del desarrollo local que, adicionalmente, se asocia de modo directo la política fiscal y la política social.

A través del trabajo con los actores sociales clave: institucionales y comunitarios, se llevara a cabo todo un proceso de Gestión Social Integral, que promueve la participación activa de la comunidad y de los sectores que afectan los determinantes Sociales, para la construcción de ciudadanía. Así, se conformaran grupos focales en los territorios sociales que aportan al conocimiento de su realidad a través de metodologías constructivas que permiten la reflexión acerca de los valores que aportan al desarrollo de la comunidad: solidaridad, compromiso y respeto por la diferencia.

La finalidad del documento es proporcionar a la administración local, a las instituciones y a la ciudadanía, una visión física y social de la localidad, que sirva de soporte de las decisiones que se tomen durante la intervención de las zonas más vulnerables y con mayores carencias de servicios sociales básicos.

Para tal fin se pretende describir la situación socioeconómica de la localidad de San Cristóbal por medio de una serie de datos estadísticos y análisis de cifras e indicadores que responden a la necesidad de conocer el contexto económico y social de la localidad: su evolución demográfica, las características de su población, sus particularidades geográficas, la cobertura de servicios, los niveles de pobreza, los aspectos relativos al bienestar social y a la calidad de vida de la población local, el estado del medio ambiente, los temas de seguridad, criminalidad y violencia, sus actividades económicas y algunos aspectos importantes de las finanzas públicas locales; con fin de contribuir a la política pública a partir de una investigación

detallada de los problemas de la localidad, con el objetivo de hacer cada vez más eficiente la asignación del gasto público.

Los resultados del trabajo de investigación permitirán, gracias al conocimiento global y sectorial de territorios, contrastar las necesidades específicas y prioritarias de inversión frente a los recursos que recibe la localidad.

El plan de desarrollo 2012 – 2016 “Bogotá Humana” establece el mejoramiento del desarrollo humano de la ciudad enfatizando un enfoque diferencial en todas sus políticas; de igual forma establece la reducción de toda forma de segregación social, económica, espacial y cultural a través del goce efectivo de los derechos y la disminución de las inequidades sociales al tiempo que se promocionan políticas de defensa y protección de los derechos humanos de los ciudadanos y las ciudadanas.

En este marco, el plan de desarrollo busca un mayor grado de humanización y establece la necesidad de generar cambios culturales, desde la movilización social de los ciudadanos y las ciudadanas con el fin de que sus prácticas cotidianas se conviertan en fenómenos sociales capaces de ser estructurados desde la sucesión de dichas prácticas situacionales. Desde esta postura, los procesos sociales, incluida la salud, deben constituirse en relación al proceso cambiante de la vida social, en otras palabras, la salud debe ser abordada desde una postura contextual que reconozca a los ciudadanos y ciudadanas como agentes transformadores del orden social cuyas motivaciones más profundas se orienten hacia la evolución del mundo.

Para lograr este tipo de cambios, las políticas locales deben responder a posturas teóricas críticas que contemplan los postulados mencionados en el párrafo anterior; en concordancia, el diagnóstico territorial en salud de la localidad de San Cristóbal se sienta sobre bases formuladas por la teoría crítica, la cual “aspira a una comprensión de la situación histórico-cultural de la sociedad, aspira, también a convertirse en fuerza transformadora en medio de las luchas y las contradicciones sociales” (Osorio 2007). A través de la teoría crítica los procesos públicos deben estar mediados por la experiencia y por las “praxis” específicas (cotidianidad comunitaria) de un momento histórico, así como por “los intereses teóricos y extrateóricos que se mueven dentro de ellas” (Osorio 2007).

Desde esta postura, los procesos sociales se reconstruyen y analizan críticamente a través de la autorreflexión la cual está dada desde la interdisciplinariedad, específicamente desde “las ciencias sistemáticas de la acción: la sociología, la política y la economía”, siendo éstas el sustento que permite la reconstrucción social crítica como forma de “describir, explicar y comprender los desvíos que ha tomado la humanidad en su praxis de autoconstitución histórica” (Osorio 2007). En este sentido, la salud como proceso social es entendida como un ente que está condicionado por múltiples dimensiones y debe ser estudiada teniendo en cuenta elementos económicos, políticos, sociales, culturales, ambientales, entre otros; adicionalmente su abordaje debe comprender la velocidad en que ocurren los cambios

culturales en la actualidad (López 2011), situación que es propia de la globalización dominante en occidente desde los años sesenta y que es explicada por la teoría crítica.

Como fenómeno social, la globalización es entendida por Anthony Giddens como “la intensificación de las relaciones sociales universales que unen distintas localidades, de tal manera que lo que sucede en una localidad está afectado por los sucesos que ocurren muy lejos y viceversa” (Ulloa 2009). A raíz de diversos hechos históricos ocurridos entre los años sesenta y los años noventa, como fueron el fin de la guerra fría, la caída del socialismo en Europa del este, la caída del muro de Berlín y la transformación del comunismo hacia una postura social demócrata, el llamado mundo occidental se alinea en tres frentes de hegemonía como es el capitalismo (economía), la democracia (política) y el liberalismo (ideología), triada que constituye “la sociedad del poder conocimiento” y que se estructura como el asiento de la globalización (Ulloa 2009). Lo anterior indica que el conocimiento es la base de la toma de decisiones, de ahí que el predominio de las TIC (Tecnología de la Información y la Comunicación) sea la pauta para establecer las relaciones sociales, políticas y comerciales en el mundo globalizado, lo que ha generado una separación entre los que tienen y los que no tienen acceso al “e-conocimiento” fortaleciendo la línea divisoria entre ricos y pobres e incrementando las brechas de un sinnúmero de espacios sociales (Palomo 2005).

Por otro lado, la revolución tecnológica demarca la necesidad de que la comunidad haga parte de redes “que atrapan a todos los individuos en los mercados financieros y en los medios de comunicación de internet, incluidos los actores sociales, culturales y políticos y no solo los económicos” (Franco 2006); este fenómeno, articulado con las capacidades adquisitivas de una población puede fomentar mayores procesos de desigualdad y de exclusión social en la medida que las relaciones globales se caracterizan por desarrollarse de forma abierta e inmediata a través de las denominadas TIC (Tecnologías de la información y la comunicación) y acceder a ellas es costoso.

Así las cosas, la globalización ha llevado a la aparición de una serie de “productos” que determinan socialmente la cotidianidad y la salud de los habitantes del planeta; se tiene entonces “el Estado modernizador; el nacimiento de una sociedad más tolerante, abierta y dialogante; la emergencia indígena latinoamericana; el excesivo urbanismo; la modernización compulsiva; ciertos modelos de desarrollo y la modernidad” (Ulloa 2009).

Y es aquí donde se comprende el impacto de la globalización sobre la salud de los ciudadanos y las ciudadanas, si se tiene en cuenta que el Estado modernizador, heredero del capitalismo, y más conocido como “neoliberalismo” establece políticas macroeconómicas “claves para el éxito de la globalización” como son (Ulloa 2009): la desregulación del mercado, liberalización de los precios, reestructuraciones y privatizaciones, retiro del Estado en toda

actividad empresarial, privatización de empresas públicas; en otras palabras “la desregulación financiera y la no intervención del Estado”. Es importante recordar que el Estado modernizador es una estrategia impuesta por los países desarrollados y por las instituciones financieras internacionales – Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial –, como forma de presión para los países del tercer mundo (caracterizados por estructurarse desde Estados de bienestar) para que acojan el modelo neoliberal si quieren ser partícipes de la cooperación internacional y de la economía global (Ulloa 2009). En este sentido, las políticas neoliberales establecen programas de estabilización y ajustes estructurales que han llevado al desarrollo de reformas en los regímenes de seguridad social en los países en vía de desarrollo, las que ciertamente han generado consecuencias negativas para los procesos sociales del país (Ramírez s.f.).

Por otro lado, la globalización ha implicado la existencia de una sociedad más tolerante en la medida que la apertura y el fácil acceso a nuevas y múltiples formas de cultura implica una reorganización social en donde “la sociedad deja de estar regida por el pasado y por la forma como las cosas se hicieron siempre y se abre radicalmente a un mundo incierto y que se construye” (Ulloa 2009), en otras palabras, el nuevo mundo debe estar abierto a construir, deconstruir y reconstruir su orden normativo y sus condiciones socio políticas como respuesta a una mirada que se establece sobre la diversidad y el futuro y no sobre el conservadurismo y el pasado, lo que genera procesos colectivos e individuales basados en la incertidumbre y el temor ante la constante inestabilidad.

Esta incertidumbre latente es una característica de la llamada “sociedad del riesgo” la cual corresponde a una etapa particular del desarrollo capitalista y que se denomina así debido a que “las sociedades modernas desarrollan un típico modelo industrial y tecnológico que conduce a una serie de cursos de acción, de efectos que provocan riesgo y peligro no sólo para las contingencias colectivas sino también para los individuos (Alfie y Méndez 2000). Situación que aunque cuestiona a los individuos, no los lleva a generar transformaciones sobre los daños colaterales de la industrialización y la sociedad moderna. Los cambios generados por la sociedad del riesgo (Alfie y Méndez 2000) impactan directamente sobre la salud de los individuos y las poblaciones y se evidencian en los siguientes ámbitos:

- La finitud de los recursos naturales degradados y utilizados extensivamente por la industrialización.
- El cuestionamiento sobre la seguridad suscitada por los daños colaterales; extendido en la política, ciencias, identidades, acciones sociales y decisiones políticas.
- El deterioro, la descomposición y el desencanto de los referentes colectivos que mantenían unida la colectividad (ideas de progreso, seguridad, etc).

Y aunque en los países desarrollados estos cambios son claros, no existen intencionalidades políticas que lleven a la búsqueda de transformaciones sociales que minimicen los daños colaterales de la sociedad moderna. En consonancia, en los países con economías emergentes, como es el caso de Colombia, la problemática es desconocida y se continúa con la idea de un progreso medido por alianzas estratégicas con capitales mundiales, la atracción de industria de empresas multinacionales o la gestión desde “modelos que fomentan empleo pero que también incentivan la contaminación, el deterioro del ambiente y la precariedad en la salud y calidad de vida de los habitantes” (Alfie y Méndez 2000).

Así las cosas, surge la inquietud frente al patrón de influencias de las grandes potencias en el sector sanitario de los países con economía emergente como Colombia. Para pocos es un secreto que “los establishments económicos, políticos y sanitarios del Norte tienen una enorme influencia en modelar la cultura, discursos, prácticas y políticas del mundo occidental, incluidas las agencias como el Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial, Organización Mundial del Comercio y Organización Panamericana de la Salud” (Navarro 2005). Influencia que se demarca desde los discursos políticos y los artículos científicos provenientes de las grandes potencias (sumado a los intereses particulares de los tomadores de decisiones en los países en desarrollo), los cuales han logrado que, como en el caso de Colombia, se estandarice un modelo de salud empujado hacia la privatización en donde los pacientes son “clientes” y la planificación sanitaria es vista como “mercado” generando una disminución en la calidad de la atención sanitaria ya que la salud es concebida desde una perspectiva de costo – eficacia; en el mismo sentido, las políticas neoliberales han implicado una reducción del gasto social público, lo que claramente “ha hecho mucho daño a la infraestructura de los servicios de salud en los países en desarrollo” (Navarro 2005).

Es en este modelo de salud en el que se enmarca la Ley 100 de 1993, como respuesta del país a las propuestas del Banco Mundial con relación al financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo con las que “se buscaba imponer el pago de tarifas por los servicios de salud de carácter curativo prestados a personas con capacidad de pago” (Vega, y otros 2009); propuestas que se traducen en “la forma de aseguramiento de mercado regulado a través de los regímenes contributivo y subsidiado” (Vega, y otros 2009). Aunque la esencia de la Ley 100 de 1993 es positiva en la medida que pretende la cobertura universal, la equidad, la obligatoriedad y la libre elección, todo ello basado en el principio de la solidaridad, con su aplicación se ha presentado en Colombia (en los diferentes niveles territoriales) lo mismo que en otros países del mundo en los que se ha implementado el modelo de salud basado en los principios neoliberales, esto es, “se hizo evidente que la inequidad, es decir, las desigualdades injustas y evitables entre grupos humanos, es el problema más importante de la salud mundial” (Hernández 2004).

Es así como en Colombia, la actual política nacional de salud, se ha caracterizado por segmentar y fragmentar las acciones del sistema de salud, “creando barreras de acceso para la atención especialmente de los trabajadores, comunidades étnicas, sectores pobres y medios de la población y reducido ésta a acciones focalizadas y biomédicas” (Vega, y otros 2009). En este sentido es importante tener en cuenta que “en términos de equidad, es necesario hacer visibles las diferencias en la disponibilidad de servicios de salud en la ciudad para los habitantes de las distintas localidades y posiciones sociales, ya que, en la práctica, la inaccesibilidad geográfica conlleva inaccesibilidad económica, aún en el aseguramiento, en función tanto de los costos del transporte, como de los costos económicos y sociales en que se traducen tiempos perdidos en razón de dichos desplazamientos” (Universidad Nacional de Colombia; Alcaldía Mayor de Bogotá 2012).

En este contexto, y después de la Cumbre del Milenio realizada en septiembre del año 2000, en la cual se aprueba la declaración del Milenio y se establecen los Objetivos de Desarrollo del Milenio como una estrategia para reducir los niveles de pobreza extrema y lograr la garantía de los derechos humanos, civiles y sociales de los países en desarrollo (Organización de las Naciones Unidas 2000), se retoma la discusión internacional sobre la estrategia APS – Atención Primaria en Salud – con el fin de alcanzar las metas incumplidas de “Salud para Todos” (Hernández 2004). De este modo, la APS se establece nuevamente como punto de la agenda global.

La estrategia APS fue incluida en la declaración de Alma – Ata de 1978 para alcanzar “Salud para Todos”, en la cual la salud es considerada como “un derecho humano fundamental de todos los pueblos cuya realización exige la intervención del Estado y el aporte de otros sectores sociales y económicos, además del sector salud”. Basada en los principios de equidad y solidaridad, la APS renovada establece que la salud está determinada socioeconómica, política y culturalmente; de igual forma plantea que se centra en la persona y en la población y que debe tener en cuenta el contexto sociocultural de las personas y de la población de forma tal, que sea una respuesta frente a las inequidades en salud (Vega, y otros 2009).

La APS renovada define la salud desde “una connotación holística y positiva de bienestar, calidad de vida y equidad, y no se refiere sólo a la ausencia de enfermedad” (Vega, y otros 2009), en este sentido debe ser entendida como un “proceso social, económico y cultural para desarrollar la salud y no simplemente como un conjunto de intervenciones médicas costo-efectivas, de prevención y tratamiento de enfermedades específicas prevalentes” (Vega, y otros 2009). Siguiendo la misma línea, la Red de Conocimientos de los Sistemas de Salud establece que la APS es un sistema de salud pro-equidad ya que “confronta adecuadamente los determinantes sociales de la salud y de las inequidades en salud y en sí mismo es un determinante social de la salud. Los sistemas de salud pro-equidad se fundamentan en dos

valores centrales: la salud como un derecho social fundamental de todos los ciudadanos, y la equidad social en salud” (Vega, y otros 2009)

Así las cosas, se puntualiza que la APS renovada es una estrategia coherente con los objetivos planteados por el plan de desarrollo “Bogotá Humana” en la medida que “da respuesta a las necesidades de salud de la población; orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos; justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad” (OPS/OMS, 2005 citados por(Vega, y otros 2009).

Teniendo en cuenta la contextualización sociohistórica y situacional descrita en los párrafos anteriores, se logra comprender que la Atención Primaria en Salud es la estrategia que delinea las acciones en salud individual y colectiva en el Distrito, desde una postura de salud pública progresista y que por lo tanto se establece como el eje del Diagnóstico territorial en salud 2012 de la localidad de San Cristóbal, a través de un marco interpretativo que permite la lectura de la realidad territorial desde enfoques y/o estrategias coherentes con dicha postura crítica; estos son: modelo de determinantes sociales, enfoque de derechos, enfoque diferencial, enfoque poblacional, enfoque territorial y estrategia promocional de calidad de vida y salud, los cuales se describen a continuación.

De acuerdo con la OMS, los determinantes sociales de la salud son “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (y)explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria”(Organización Mundial de la Salud 2012). En otras palabras, son todas aquellas circunstancias económicas, políticas, sociales, culturales, ambientales, habitacionales, etc., que impactan la salud de las personas y las comunidades, y adicionalmente generan o incrementan la exposición de las poblaciones frente al evento de salud y/o la vulnerabilidad de las personas desfavorecidas a las condiciones perjudiciales para la salud en las que se encuentran; “de manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud” (Frenz 2005).

Los determinantes sociales se han clasificado con el fin de facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud. Para el análisis de este documento se tiene en cuenta la siguiente clasificación (Secretaría Distrital de Salud 2012): (a) determinantes estructurales, definidos como las estructuras políticas y económicas del contexto nacional e internacional (modelo de desarrollo económico, políticas públicas – económicas, sociales);

forma en que se genera y se distribuye el poder y la riqueza en una sociedad; tipo de organización del Estado; agendas gubernamentales (prioridades políticas); (b) determinantes intermedios, sus dimensiones se refieren a “las condiciones del contexto: medioambientales (potencialidades del territorio), comunitarias (redes, relación con el entorno barrial), culturales (sentido de pertenencia e identidad, experiencias que viven grupos específicos de la población), acceso y prestación de servicios, oportunidades que brinda el medio (ej. El empleo)” y (c) determinantes proximales, referidos a “condiciones individuales y del entorno más cercano al individuo: estructura biológica (genética, física) y psicológica (comportamientos, carácter, desarrollo intelectual y emocional); entorno y dinámica familiar (hábitos, valores)”.

Por otro lado, para referirse al enfoque poblacional, es necesario comprender que la epidemiología social lo estructura como un concepto básico, el cual se ha ido construyendo según los procesos sociales presentes. De esta forma, se establece que desde esta perspectiva la pregunta que debe hacerse en la investigación epidemiológica es “¿por qué dicha población tiene esta distribución del riesgo? y ¿por qué este individuo en particular se enfermó?” (Sutton 2005). Teniendo en cuenta lo anterior, se establece que partiendo de este enfoque se acepta que la diversidad es inherente en el ser humano, comprende su contexto y las culturas que construye y lo construyen en su cotidianidad, respondiendo así a sus “vivencias particulares y colectivas”(Secretaría Distrital de Salud 2011).

De esta manera y en concordancia con los lineamientos distritales poblacionales, el análisis de este documento tiene en cuenta las siguientes categorías(Secretaría Distrital de Salud 2011): (a) “Etapas del ciclo de vida – generación (infancia, juventud, adultez, vejez)”;

(b) “procesos de identidad - diversidad (etnia, sexo, identidad de género, orientación sexual, campesinado)”;

(c) “las condiciones y situaciones (desplazamiento forzado, habitabilidad de calle, discapacidad, privación de la libertad, el conflicto armado – grupos en reinserción)”;

y (d) “el género como una categoría transversal”.

Por su parte, el enfoque diferencial establece prioritariamente, que la intervención debe organizarse en las siguientes áreas(Meertens 2004):

- Promover la no discriminación en el ejercicio de los derechos, la inclusión social y el acceso equitativo a los recursos y servicios del Estado.
- Reconocer las vulnerabilidades y necesidades particulares de cada grupo, particularmente de las mujeres, de las niñas y niños y de las minorías étnicas y actuar sobre ellas.

- Promover el acceso en forma equitativa a la toma de decisiones, a la participación y a la organización
- Realizar acciones positivas para desarrollar la autoestima y la autonomía de las personas, con particular énfasis en aquellas que pertenecen a los grupos tradicionalmente subordinados
- Eliminar estereotipos culturales que obstaculicen el libre ejercicio de los derechos y la inclusión social

Estos enfoques determinan que para reconocer las características propias de cada comunidad es necesario realizar su análisis desde el territorio, el cual es entendido como “el producto histórico y social articulado al ecosistema, en donde se dan intercambios simbólicos y culturales, actividades transformadoras y prácticas de producción y de consumo que determinan la construcción de subjetividades” (Secretaría Distrital de Salud 2011). “Este enfoque se entiende como una orientación analítica con alcance de Política Pública, que reconoce a los sujetos individuales y colectivos desde su integralidad y diversidad en la interrelación territorio-población y sus inter afectaciones, visibilizando potencialidades y limitaciones del territorio social que le imprime características propias a los diferentes grupos poblacionales, los transforma y les permite generar o no, condiciones de vida para aportar a los procesos de desarrollo integral de las personas y las comunidades” (Secretaría Distrital de Salud 2012).

Es así como los enfoques poblacional y diferencial se sustentan a partir del enfoque territorial, el cual va más allá de contemplar el aspecto físico y las actividades de producción que en él se desarrollan; “el territorio es concebido como el resultado de la puesta en común de conocimientos, de lenguas y de sentimientos de identidad que permiten a los hombres y mujeres que viven en él, descubrir las razones y las ventajas de su vecindad física para elaborar, activamente, su identidad colectiva”(Universidad Javeriana 2005), en este sentido el objetivo apunta al reconocimiento multidimensional y a “abordar la integralidad de las múltiples variables que conforman un proyecto de sociedad más participativa y corresponsable en la gestión de su propio desarrollo”(A. M. Echeverry s.f.), lo anterior implica que los procesos de salud deben realizarse “de abajo hacia arriba” contemplando la participación ciudadana para que ésta sea protagonista en la toma de decisiones y en el control público.

Por otro lado, el enfoque de derechos humanos se enmarca en una perspectiva que va más allá de la garantía de los mismos. Desde la promulgación de la Constitución de 1991, Colombia es considerada un Estado Social de derechos que reconoce a los seres humanos como sujetos de derechos, es decir, titulares de derechos que pueden abogar por su restitución y exigirle al Estado la garantía de los mismos, teniendo en cuenta las libertades

fundamentales y entendiéndolos desde la perspectiva del derecho objetivo (estados de cosas deseables). Adicionalmente, la Constitución “profundizó y consolidó en una concepción integral los derechos políticos, civiles, sociales, económicos y culturales para todos los colombianos”(UNICEF 1998). De acuerdo con ello, la Constitución Nacional de 1991 ratificó que la salud se enmarca como un Derecho Social, lo que ya se había planteado desde enero de 1976, fecha en la cual la mayoría de los países latinoamericanos se suscriben al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, a través del cual se definieron las obligaciones estatales en salud en el derecho internacional (M. Echeverry 2006).

Estas obligaciones generadas por el Pacto y que corresponden a lo definido constitucionalmente en Colombia, se presentan en la Tabla 1.

En este marco de derechos, la equidad en salud se enfoca “como un asunto fundamentalmente de justicia distributiva” lo que implica que para reducir las inequidades socio-sanitarias se debe contemplar lo ético – político y no reducir el tema a “microestrategias o a un problema técnico de diseño de políticas”(M. Echeverry 2006). En otras palabras, para el óptimo desarrollo de los procesos de salud en los planos distrital, local y territorial se requieren procesos de movilización social y participación comunitaria que lleven al empoderamiento de la población en torno a la garantía de la salud como derecho y a la restitución del derecho en caso de ser vulnerado por el Estado o por terceros, así como en la ejecución de acciones que intervengan sobre los determinantes sociales que impactan sobre la salud individual o colectiva.

Así las cosas y de acuerdo con el modelo de salud de Bogotá, el Diagnóstico territorial 2012 de la localidad de San Cristóbal acoge los enfoques descritos que dan soporte a la estrategia promocional de calidad de vida y salud, la cual “es una construcción de la Secretaría de Salud de Bogotá que recoge la propuesta de enfoque de determinantes sociales de la salud. Es un instrumento que plantea el imperativo ético de comprender y dimensionar toda la complejidad de los determinantes explicativos de los problemas que atentan contra la calidad de vida y salud de las personas y colectividades, y que busca asegurar la preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades para hacer efectivos los derechos sociales”(Secretaría Distrital de Salud 2011).

La estrategia ejecuta sus acciones a través de la lectura integral y participativa de realidades sociales desde los derechos y la determinación social, la construcción de respuestas integrales necesarias y coherentes con la complejidad de la lectura de realidades, la construcción de agendas sociales y la gestión pública de las respuestas integrales (basada en la perspectiva del Estado como garante de derechos y en la concertación con la ciudadanía).

Tabla 1 Obligaciones generadas por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Tipo de obligación	Definición	Contenido de obligación	Violación de la obligación
RESPECTO	<ul style="list-style-type: none"> - Abstención por parte del Estado de realizar ciertas prácticas y conductas que vulneren contenidos del derecho. - Es una obligación negativa porque se trata de no hacer. 	<p>Abstenerse de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limitar el acceso universal y equitativo a bienes y servicios de salud. - Limitar participación social en salud. - Dañar al medio ambiente. - Comerciar medicamentos peligrosos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando las acciones políticas o leyes estatales producen daño o mortalidad evitable (por ejemplo regresividad en políticas públicas) que contravienen lo establecido en el PIDESC.
PROTECCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar la protección a las personas de conductas abusivas y arbitrarias del propio Estado o de los particulares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Provisión de mecanismos judiciales para evitar y reparar las violaciones producidas. - Garantizar el acceso igual a servicios provistos por el Estado y por terceros. - Medidas para grupos vulnerables y marginados. - Continuidad en servicios durante procesos de privatización. - Calidad en tecnología, medicamentos y recurso humano. - Velar por que prácticas tradicionales no afecten la dignidad de las mujeres ni su acceso a los servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando el Estado no adopta todas las medidas necesarias para proteger dentro de su jurisdicción a las personas contra las violaciones del derecho a la salud por terceros o por el propio Estado.
SATISFACCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Acciones positivas que el Estado debe garantizar para hacer realidad el disfrute y ejercicio del derecho a la salud. - Son acciones positivas, entre otras, las políticas de salud, la provisión de servicios, las medidas legislativas y de política para promover la equidad y la universalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento en los ordenamientos jurídico y político. - Adopción de medidas legislativas. - Acceso igual a factores determinantes básicos de la salud - Disponibilidad equitativa de servicios en el territorio nacional. - Realizar política nacional de salud pública. - Seguro público universal asequible. - Educación e información en salud. - Garantía de facilidades para quienes no pueden ejercer estos contenidos del derecho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando el Estado no adopta total o parcialmente o no da continuidad a las acciones positivas, a las obligaciones básicas mínimas o a los contenidos esenciales, no adopta las obligaciones inmediatas para la realización efectiva del derecho a la salud. - Las obligaciones básicas mínimas son inderogables y su incumplimiento no puede justificarse en ninguna circunstancia.

FUENTE: Echeverry, M., (2006). Derecho a la salud, Estado y Globalización, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* Vol. 24. Universidad de Antioquia, 81 - 95

De esta forma, el documento presenta la situación de salud local, tal como lo establece la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud: “comprendiendo la salud como derecho, la autonomía que garantiza “la vida que vale la pena ser vivida”, la universalidad, integralidad y equidad en la construcción de alternativas que transforman las condiciones que vulneran los derechos, la acción transectorial para garantizar los derechos y la exigibilidad del derecho y corresponsabilidad social a través de la participación y la organización ciudadana en salud”.

3.1 Matriz de análisis de determinación social

Para la construcción de la matriz de análisis de determinantes sociales de la salud de la localidad cuarta San Cristóbal periodo 2008-2011, se toman los principales determinantes sociales de la salud que van a permitir explicar la situación de salud y calidad de vida en la localidad de San Cristóbal durante el periodo de tiempo definido. La matriz hace visible la relación entre temática por etapa de ciclo y los determinantes sociales asociados, los cuales fueron analizados también en sus relaciones mutuas (entre determinantes).

3.2 Matriz de fuentes de información

La caracterización de fuentes para el diagnóstico local 2012 se clasificó en cuantitativas, cualitativas, territoriales y normativas, con su respectivo análisis de calidad de la información, para lo que se realizó la identificación, organización y procesamiento de la información para su uso, mediante inventario y clasificación de la información (tipo de fuente, periodicidad, ubicación, entre otros). Teniendo en cuenta variables como: presencia/ausencia, oportunidad, suficiencia, profundidad y validez. Los criterios de calidad de la información disponible permiten establecer las necesidades de información que se satisfarán a través de la realización de Unidades de Análisis específicas.

3.3 Mapeo de actores

Teniendo en cuenta que la elaboración del diagnóstico local requiere la participación comunitaria y la colaboración de diversos entes institucionales para la generación de la información, es importante elaborar un mapa de redes que permita identificarlos con el fin de optimizar el proceso sin descuidar ningún sector en su desarrollo. Así las cosas, los actores sociales identificados se presentan en la siguiente tabla:

DIAGNÓSTICO LOCAL CON PARTICIPACIÓN SOCIAL 2012

Tabla 2 Matriz de actores sociales

NOMBRE	ETAPA DE CICLO	SECTOR	ACTOR			INTERÉS			INFLUENCIA		
			COMUNITARIO	PUBLICO	PRIVADO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTA	MEDIA	BAJA
TERRITORIOS ESE HOSPITAL SAN CRISTOBAL	TRASVERSAL A TODAS LAS ETAPAS DE CICLO	SALUD		X		X			X		
SECRETARIA LOCAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL	TRASVERSAL A TODAS LAS ETAPAS DE CICLO	SOCIAL		X		X			X		
DIRECCION LOCAL DE EDUCACIÓN	INFANCIA-JUVENTUD-ADULTEZ	EDUCACIÓN		X		X			X		
COMITÉ LOCAL DE EMERGENCIAS	TRASVERSAL A TODAS LAS ETAPAS DE CICLO	ALCALDIA		X		X			X		
FONDO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS FOPAE	TRASVERSAL A TODAS LAS ETAPAS DE CICLO	GOBIERNO		X		X			X		
CENTRO REGULADOR DE EMERGENCIAS	TRASVERSAL A TODAS LAS ETAPAS DE CICLO	SALUD		X		X			X		
JUNTAS DE ACCIÓN COMUNAL	TRASVERSAL A TODAS LAS ETAPAS DE CICLO	COMUNIDAD	X				X			X	
FAMI	INFANCIA Y ADULTEZ	COMUNIDAD	X				X			X	
HOBIS	INFANCIA	SOCIAL	X				X			X	
COMEDORES COMUNITARIOS	TRASVERSAL A TODAS LAS ETAPAS DE CICLO	COMUNIDAD	X			X			X		
ASOCIACIONES DE ADULTOS MAYORES	ADULTO MAYOR	COMUNIDAD	X			X			X		
MESAS INTERSECTORIALES	TRASVERSAL A TODAS LAS ETAPAS DE CICLO	LOCAL	X			X			X		
INSTITUCIONES EDUCATIVAS LOCALES	INFANCIA-JUVENTUD-ADULTEZ	EDUCACION		X				X			X
VIGILANCIA SALUD PÚBLICA ESE HOSPITAL SAN CRISTOBAL	TRASVERSAL A TODAS LAS ETAPAS DE CICLO	SALUD		X		X			X		
SECRETARÍA DE SALUD	TRASVERSAL A TODAS LAS ETAPAS DE CICLO	SALUD		X		X			X		
JARDINES INFANTILES	INFANCIA	SOCIAL		X			X			X	
ICBF	INFANCIA Y ADOLESCENCIA	SOCIAL		X			X			X	
ACJ	INFANCIA Y JUVENTUD	EDUCATIVO		X		X				X	
CONSTRUYENDO FUTURO	INFANCIA Y ADOLESCENCIA	EDUCATIVO		X			X			X	

DIAGNÓSTICO LOCAL CON PARTICIPACIÓN SOCIAL 2012

ALCALDIA LOCAL DE SAN CRISTOBAL	TRASVERSAL A TODAS LAS ETAPAS DE CICLO	GOBIERNO		X		X			X		
IDRD	TRASVERSAL A TODAS LAS ETAPAS DE CICLO	RECREACION		X		X			X		
ESTACIÓN DE POLICIA	TRASVERSAL A TODAS LAS ETAPAS DE CICLO	GOBIERNO		X			X		X		
DEFENSA CIVIL	TRASVERSAL A TODAS LAS ETAPAS DE CICLO	GOBIERNO		X			X		X		
BOMBEROS	TRASVERSAL A TODAS LAS ETAPAS DE CICLO	SOCIAL		X			X		X		
HOSPITAL SAN BLAS	TRASVERSAL A TODAS LAS ETAPAS DE CICLO	SALUD		X		X			X		
HOSPITAL LA VICTORIA	TRASVERSAL A TODAS LAS ETAPAS DE CICLO	SALUD		X		X			X		
COMISARIA DE FAMILIA	TRASVERSAL A TODAS LAS ETAPAS DE CICLO	SOCIAL		X		X			X		
CENTRO DE DESARROLLO ECONOMICO INTERLOCAL	JUVENTUD-ADULTEZ-PERSONA MAYOR	ECONOMICO		X			X		X		
JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL	TRASVERSAL A TODAS LAS ETAPAS DE CICLO	GOBIERNO	X			X			X		
PERSONERIA LOCAL	TRASVERSAL A TODAS LAS ETAPAS DE CICLO	GOBIERNO		X			X		X		
CASA DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS MUJERES	TRASVERSAL A TODAS LAS ETAPAS DE CICLO	SOCIAL		X		X				X	
IPES	JUVENTUD-ADULTEZ	ECONOMICO		X			X			X	
IDIPRON	TRASVERSAL A TODAS LAS ETAPAS DE CICLO	SOCIAL		X			X			X	
CAJA DE VIVIENDA POLULAR	JUVENTUD-ADULTEZ-PERSONA MAYOR	VIVIENDA		X				X		X	
UNIDAD DE MEDIACIÓN Y CONCILIACIÓN	TRASVERSAL A TODAS LAS ETAPAS DE CICLO	GOBIERNO		X				X		X	

Fuente: Gestión de Políticas, ESE Hospital San Cristóbal, 2013

La Tabla 2 presenta el sector al que pertenece el actor social identificado y su grado de influencia e interés con respecto a la generación de información para el diagnóstico territorial en salud 2012 de la localidad de San Cristóbal.

3.4 Mapa conceptual

El mapa conceptual permite identificar desde las diferentes escalas del territorio, las perspectivas de determinantes sociales de la salud, perspectiva de derechos y los enfoques diferencial, poblacional y territorial. Trabajo que se realizó mediante la revisión de documentos y la realización de trabajo multidisciplinario sobre dichas perspectivas o enfoques. El mapa conceptual resultante de este trabajo multi e interdisciplinario permite visibilizar las relaciones que tienen entre sí los diferentes conceptos que forman parte de las perspectivas y enfoques del ASIS, los conceptos de teoría social contemporánea y de salud pública, que van a permitir explicar la situación de salud de la localidad.

3.5 Construcción del perfil salud - enfermedad

Para redactar el componente de análisis del perfil de Salud – Enfermedad se debe abordar de manera separada cuatro dimensiones representadas por ejes: la dimensión fundamental de “ocurrencia de sucesos en la salud”, como función del proceso vital humano, y las dimensiones de persona, espacio y tiempo que sirven para describir la ocurrencia, pero que a su vez se pueden asociar con ella o condicionarla. El componente de síntesis se da por el cruce de los ejes o dimensiones de análisis, por medio del quinto eje de determinación, basado en el modelo de determinantes sociales de la salud (Grupo Análisis de Situación de Salud y Gestión del Conocimiento 2013). Para su elaboración se toma como base la tabla denominada “Información a tener en cuenta para el Perfil de Salud – Enfermedad por Etapa de Ciclo Vital”.

3.6 Construcción de la matriz de problematización de la situación de salud y calidad de vida

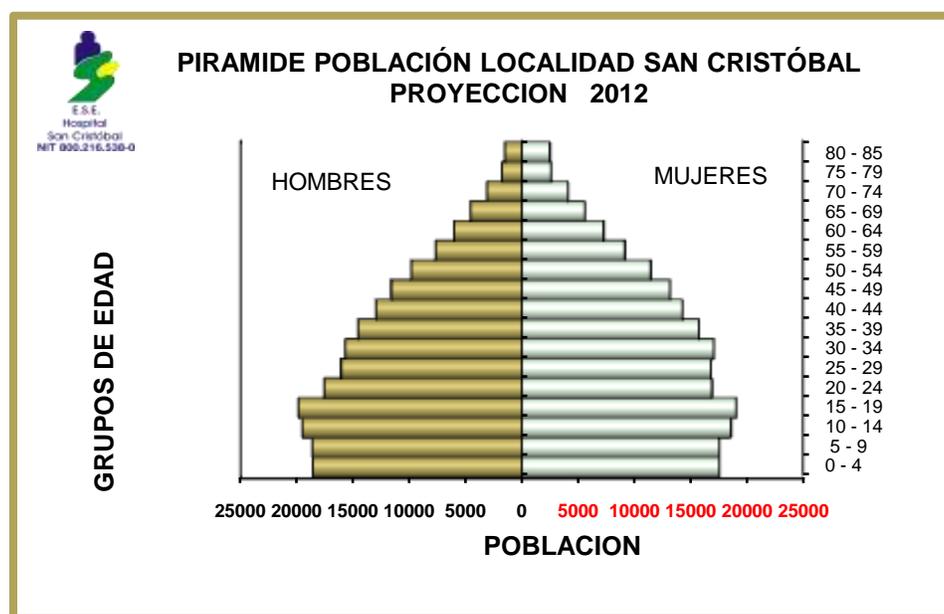
Esta matriz permite condensar e integrar la información relevante para generar el análisis de situación de salud y calidad de vida en la localidad desde la perspectiva de los determinantes de la salud. El análisis de los insumos que permiten su construcción se realiza según las siguientes fases: Reconocimiento o identificación del problema, definición del problema y explicación y análisis del problema.

4. CAPÍTULO UNO. PROBLEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN LA LOCALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

4.1 Estructura poblacional

La localidad de San Cristóbal presenta para el año 2012 una población de 409.257 personas de las cuales el 48,7% son hombres (199.566) y el 51,2% son mujeres (209.691), confirmando la tendencia demográfica en cuanto al género.

Gráfica 1 Pirámide población localidad San Cristóbal Proyección 2012



FUENTE: Secretaria de planeación, sistema de consulta de datos de informacionestadística. Consulta el 14/11/2012.
<http://200.69.105.197/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=PRYVIVHOGPOB&MAIN=WebServerMain.inl>

La pirámide poblacional de San Cristóbal (Gráfica 1) es de tipo expansivo e incluye altas proporciones de población joven, indicando que la fecundidad y la mortalidad son altas. Se advierte que el grupo de edades entre 0 y 9 años es menor en su volumen respecto a los grupos siguientes, indicando que los nacimientos han ido disminuyendo, posiblemente asociado a un incremento de las familias mononucleares, a mayor adherencia a los procesos de regulación de la fecundidad o al incremento en los índices de mortalidades infantiles. De igual forma, la pirámide se ensancha en un crecimiento lento indicando un incremento gradual en la población adulta mayor, es decir un aumento en la esperanza de vida.

La Gráfica 1 también evidencia que las mujeres en la localidad tienen mayor esperanza de vida que los hombres situación que comienza a ser más visible en el quinquenio de 25 a 29 años, en el que la población masculina disminuye significativamente lo que puede asociarse a las prácticas masculinas locales, que tienden a ser de mayor riesgo y exposición. Al mismo tiempo se percibe un incremento de la población femenina en el quinquenio 30 – 34, situación que puede asociarse a los procesos de inmigración, es importante recordar que la localidad es receptora de población en condición de desplazamiento, en su mayoría mujeres cabeza de familia.

Al comparar esta información con la evolución de la razón de dependencia (año 2007 Vs año 2012) se evidencia una reducción en este indicador lo que confirma la disminución del peso relativo de los menores de 15 años (Tabla 3).

Tabla 3 Razón de dependencia. Años 2007 Vs 2012. Localidad de San Cristóbal

	POBLACION DE 0-14 AÑOS Y MAYOR DE 65 AÑOS	POBLACION DE 15 A 64 AÑOS	RAZON
SAN CRISTOBAL 2007	142563	267503	53
SAN CRISTOBAL 2012	136285	272972	50

FUENTE: Secretaría de planeación, sistema de consulta de datos de información estadística. Consulta el 14/11/2012.
<http://200.69.105.197/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=PRYVIVHOGPOB&MAIN=WebServerMain.inl>

De igual forma, la tasa de natalidad (Tabla 4) reafirma esta tendencia local, característica de la transición demográfica que se replica a nivel distrital.

Tabla 4 Tasa de natalidad (x1000) Localidad San Cristóbal, Bogotá 2005-2015

	2005-2010	2010-2015
SAN CRISTOBAL	18,6	16,6
BOGOTA	16,8	15,9

FUENTE: SDP, subsecretaría de información y estudios estratégicos. Inventario de información en materia estadística sobre Bogotá

4.2 Capitalismo y globalización

La localidad de San Cristóbal se establece como uno de los territorios en los cuales se denota con mayor intensidad algunos efectos negativos de la globalización, específicamente del capitalismo (entendido como la manifestación económica de la globalización). Desde una mirada macro, la globalización ha acentuado la polarización entre países desarrollados y países pobres; situación que se replica claramente en todos los niveles territoriales.

A partir del análisis del coeficiente GINI (Tabla 5) se generan dos perspectivas; por un lado, la localidad presenta un GINI de 0,39 que comparado con Bogotá y Usaquén (0,54) evidencia

menor proporción de desigualdad; sin embargo esta situación debe contemplar las condiciones socioeconómicas locales ya que, la igualdad de la población está dada “por lo bajo” (Junta Administradora Local de San Cristóbal 2012). De forma tal que, con el 32,6% de hogares pobres del total de su población (Secretaría Distrital de Planeación 2011), San Cristóbal se estructura como un territorio que presenta cada vez mayor pobreza, exclusión social y efectos discriminatorios, más aún si se tiene en cuenta que “la distribución de hogares pobres muestra una marcada concentración hacia el sur de la ciudad” (Secretaría Distrital de Planeación 2011); siendo la localidad de San Cristóbal la tercera después de Usme y Ciudad Bolívar, presentando también uno de los mayores índices de pobreza crónica (3,8%) y de pobreza reciente o transitoria (23,6%) de la ciudad (Secretaría Distrital de Planeación 2011); lo que ratifica la tendencia al incremento de brechas sociales e inequidad social en la localidad con respecto al Distrito.

Tabla 5 Coeficiente de GINI, según localidad. Bogotá 2011

Localidad	GINI
Usaquén	0,540
Chapinero	0,513
Santa Fe	0,587
San Cristóbal	0,397
Usme	0,393
Tunjuelito	0,424
Bosa	0,366
Kennedy	0,409
Fontibón	0,510
Engativá	0,407
Suba	0,524
Barrios Unidos	0,497
Teusaquillo	0,415
Los Mártires	0,480
Antonio Nariño	0,453
Puente Aranda	0,424
La Candelaria	0,587
Rafael Uribe Uribe	0,430
Ciudad Bolívar	0,380
Total Bogotá	0,542

FUENTE: DANE - SDP. Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011

Por otro lado, teniendo en cuenta la expansión de la economía de mercado, propia del capitalismo, la localidad se ve marginada respecto a otras zonas de la ciudad, ya que la capacidad adquisitiva es reducida y tiende a disminuir, generando más personas pobres por ingresos; al respecto San Cristóbal es la tercera localidad según este indicador, después de Usme y Ciudad Bolívar, tal como se evidencia en la Tabla 6.

Así mismo, la expansión de la economía de mercado sumada a la eliminación del Estado de Bienestar ha llevado a que en el país, el campo pierda sus capacidades de producción y auto

sostenimiento generando la migración constante de los campesinos hacia las ciudades como forma de adaptación a la nueva economía global. En este sentido, la pauperización y marginación del campo como territorio periférico, han hecho de la localidad un receptor histórico de población campesina que generalmente se ha situado en la ladera de los cerros orientales, originando espacios de invasión en zonas de alto riesgo y viviendas con carencias habitacionales.

Tabla 6 Personas y hogares en pobreza por indicador, según localidad, 2011

LOCALIDAD	HOGARES POBRES POR NBI (UNO O MÁS NBI)		PERSONAS POBRES POR NBI (UNO O MÁS NBI)		PERSONAS POBRES POR INGRESOS	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
1 Usaquén	3.135	2,0	16.136	3,4	47.268	10,0
2 Chapinero	305	0,5	1.669	1,3	7.092	5,3
3 Santa Fe	1.493	4,2	7.052	6,8	22.838	22,0
4 San Cristóbal	7.628	7,0	38.108	9,3	123.853	30,2
5 Usme	7.522	7,4	32.338	8,5	130.593	34,1
6 Tunjuelito	2.330	4,1	10.356	5,1	39.917	19,8
7 Bosa	10.642	6,6	49.414	8,5	146.876	25,2
8 Kennedy	10.429	3,6	51.574	5,1	135.347	13,3
9 Fontibón	1.797	1,7	7.526	2,2	30.579	8,8
10 Engativá	5.305	2,2	23.449	2,8	76.823	9,1
11 Suba	6.759	2,1	28.363	2,7	124.242	11,6
12 Barrios Unidos	1.715	2,3	7.899	3,4	22.821	9,8
13 Teusaquillo	225	0,4	1.075	0,7	5.171	3,5
14 Los Mártires	873	2,9	4.596	4,7	19.476	19,9
15 Antonio Nariño	504	1,6	2.194	2,0	15.019	13,9
16 Puente Aranda	2.074	2,7	8.853	3,4	26.038	10,1
17 La Candelaria	292	3,1	1.633	6,8	5.343	22,1
18 Rafael Uribe Uribe	6.265	6,0	28.882	7,7	102.487	27,1
19 Ciudad Bolívar	12.902	7,6	62.839	9,8	206.198	32,2
TOTAL BOGOTÁ	82.195	3,8	383.956	5,2	1.287.982	17,3

FUENTE: DANE, Departamento Administrativo Nacional de Encuestas -. «Encuesta multipropósito - EMB.» *Secretaría del Hábitat*. 2011.

http://www.habitatbogota.gov.co/sdht/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=266&Itemid=76 (último acceso: 9 de Julio de 2012).

De ahí que San Cristóbal sea una de las localidades que registra mayor proporción en déficit de vivienda, presentando un alto porcentaje de hogares con carencias cualitativas, lo que implica un déficit relacionado con estructura (viviendas construidas con materiales inestables o sin paredes – guadua, caña, esterilla, otros vegetales, zinc, tela, cartón, latas, desechos plásticos); cohabitación (hogares secundarios con más de dos miembros que habitan en la misma vivienda con otros hogares); hacinamiento no mitigable (hogares en los que habitan 4 o más personas por habitación); y disponibilidad de servicios públicos (hogares en viviendas sin conexión a acueducto, sin sanitario conectado a alcantarillado o a pozo séptico, sin servicio de energía eléctrica o sin recolección de basuras) (DANE, Departamento Administrativo Nacional de Encuestas 2011).

Las características de las viviendas definen la estratificación social establecida en la ciudad, a partir de la calificación de las condiciones físicas exteriores de las viviendas y el nivel de desarrollo de su entorno. Según esta clasificación, la distribución de personas de la localidad por estrato socioeconómico y UPZ es la siguiente (Tabla 7):

Tabla 7 Distribución de personas por estrato socioeconómico 2011, San Cristóbal

COD UPZ	NOM_UPZ	Población por estrato socioeconómico							Total Personas
		Personas Sin estrato *	Personas 1. Bajo - bajo	Personas 2. Bajo	Personas 3. Medio - bajo	Personas 4. Medio	Personas 5. Medio - Alto	Personas 6. Alto	
32	San Blas	448	16.545	79.000	0	0	0	0	95.993
33	Sosiego	1.420	0	11.007	35.073	0	0	0	47.500
34	Veinte de Julio	152	0	65.552	24.820	0	0	0	90.524
50	La Gloria	306	4.332	96.947	0	0	0	0	101.585
51	Los Libertadores	123	10.884	63.019	0	0	0	0	74.026
904	UPR San Cristóbal	0	124	14	4	0	4	25	171

FUENTE: SDP, Subsecretaría de información y estudios estratégicos. Inventario de información en materia estadística sobre Bogotá, 2001

De acuerdo con la Tabla 7, las personas de la localidad se clasifican en los estratos uno, dos y tres, predominando la población de estratos uno y dos; esto significa que las condiciones socioeconómicas de los hogares de la localidad tienen servicios públicos subsidiados, las condiciones habitacionales presentan déficit y se desarrollan en asentamientos de baja calidad urbanística, como resultado del origen informal de estos asentamientos.

Por otra parte, respecto a las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), la localidad de San Cristóbal cuenta con una infraestructura en la que prima la presencia de televisor en los hogares y un déficit de computadores y acceso al internet, lo que deriva en una tendencia al incremento de la brecha social frente a la ciudad, más aún si se tiene en cuenta las condiciones socioeconómicas ya descritas. La distribución de las TIC en la localidad se presenta en la Tabla 8.

Tabla 8 Distribución de Tecnologías de Información y Comunicación por Hogares. San Cristóbal, 2011

TIC	Si		No	
	Hogares	%	Hogares	%
Disposición de servicio telefónico fijo	69.004	63,1	40.278	36,9
Tenencia de computador de mesa o escritorio	31.289	28,6	77.993	71,4
Tenencia de computador portátil	10.044	9,2	99.237	90,8
Disposición de conexión a internet	27.875	25,5	81.407	74,5
TOTAL POBLACIÓN				
109282				

FUENTE: DANE, Departamento Administrativo Nacional de Encuestas -. «Encuesta multipropósito - EMB.» *Secretaría del Hábitat*. 2011.

http://www.habitatbogota.gov.co/sdht/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=266&Itemid=76 (último acceso: 9 de Julio de 2012).

De acuerdo con ello es importante repensar algunas estrategias que implican optimizar procesos de atención al ciudadano en las diferentes instituciones públicas o privadas, ya que la mayoría de estas responde a procesos globales que, al contrario de generar redes sólidas pueden estar disminuyendo las oportunidades de inclusión para una gran parte de la población local incrementando la brecha social, más aún si se tiene en cuenta que la velocidad del cambio tecnológico es incompatible con la velocidad de adaptación de la comunidad local.

4.3 Políticas macroeconómicas y políticas laborales

En la actualidad, las políticas laborales nacionales responden a las fuerzas macro políticas que asientan sus bases en el neoliberalismo, como régimen de mercado puro y autorregulado, propiciando fenómenos como la protección por parte del Estado, a enormes capitales nacionales y extranjeros, así como el fomento de la desocupación estructural y la fragmentación en el mercado laboral nacional, situaciones que son evidentes en la localidad de San Cristóbal.

Con respecto al desempleo, la localidad presenta una tasa de 11,3 la segunda más alta de Bogotá después de Ciudad Bolívar (DANE, Departamento Administrativo Nacional de Encuestas 2011). Llama la atención que para el año 2007 la tasa de desempleo local era de 6,73 (DANE Departamento Administrativo Nacional de Encuestas 2007), frente al 11,3 reportado en el 2011 a través de la EMP (DANE, Departamento Administrativo Nacional de Encuestas 2011), lo que puede indicar un retroceso en la calidad de vida de la población local y un incremento en las condiciones dadas para la desocupación estructural.

Adicionalmente, la razón de dependencia de San Cristóbal indica que hay 50 personas inactivas por cada 100 personas activas (Tabla 9), situación que es significativa al tener en cuenta la tasa de desempleo (11,3) de forma tal que la población activa local debe generar ingresos para satisfacer las necesidades de dos personas (quien produce y quien depende). En este punto cobra importancia el hecho de que en la localidad las personas pobres por ingresos corresponden al 30,2% (Ver Tabla 6 Personas y hogares en pobreza por indicador, según localidad, 2011), lo que sugiere que en la localidad de San Cristóbal mantener la calidad de vida de la población económicamente dependiente a través de los ingresos de la población productiva es una circunstancia que se suma a los aspectos que incrementan las brechas sociales y las condiciones de desigualdad social.

Esta situación varía por UPZ en la localidad y evidencia, nuevamente, que las UPZ Sosiego y 20 de Julio presentan mayor capacidad de dar respuesta económica y de calidad de vida a

sus habitantes, en este caso a las poblaciones más vulnerables (menores de 14 años y mayores de 65 años) con respecto a las UPZ San Blas, La Gloria y Los libertadores (Tabla 9).

Tabla 9 Razon de dependencia, Bogotá, localidad San Cristóbal y UPZ, Año 2012

	POBLACION DE 0-14 AÑOS Y MAYOR DE 65 AÑOS	POBLACION DE 15 A 64 AÑOS	RZ
SAN BLAS	31963	64335	50
SOSIEGO	14212	33613	42
20 DE JULIO	28914	60636	48
LA GLORIA	35416	65713	54
LOS LIBERTADORES	25707	48563	53
ZONA RURAL	73	112	65
SAN CRISTOBAL	136285	272972	50
BOGOTA D.C	2323012	5248333	44

FUENTE: Secretaria de Planeación, sistema de consulta de datos de información estadística. Consulta el 14/11/2012.
<http://200.69.105.197/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=PRYVIVHOGPOB&MAIN=WebServerMain.inl>

En el mismo sentido, el índice de envejecimiento (Tabla 10) evidencia que la capacidad de respuesta económica y de calidad de vida generada por las personas productivas de las UPZ 20 de Julio y Sosiego permite que la esperanza de vida sea más alta, reflejada en el porcentaje de personas mayores que allí habitan con respecto al número de niños y jóvenes. Nuevamente se evidencia la brecha social y los procesos de desigualdad social existentes en la localidad.

Sumado a lo anterior, la población productiva local debe mantener la calidad de vida de la población dependiente a través de condiciones laborales que implican fragmentación del mercado, como son: precarización de las condiciones laborales, subempleo, inestabilidad laboral, ausencia de garantías colectivas (representadas en la seguridad social), flexibilización de empleos, costo de mano de obra variable (que implica pagos a destajo sin vinculaciones laborales); en resumen mercantilización del trabajo que amplía la desigualdad social.

Las cifras lo corroboran, según la Encuesta de Calidad de Vida (DANE Departamento Administrativo Nacional de Encuestas 2007), del total de población ocupada local el 51,3% tiene contrato laboral, de estos el 11,1% lo hace a través de contrato verbal; del total de personas contratadas con contrato escrito (69.803) el 69,4% está vinculada por tiempo indefinido, el 29,1% por tiempo definida y no se tiene información del 1,4%. Con respecto a la duración de los contratos el 10,5% tiene contratos con tiempo de 1 a 3 meses y el 4,4% más de un año. Finalmente, del total de ocupados, el 43,2% se encuentra afiliado a una ARP.

Si las condiciones generadas por la desocupación estructural se mantienen en el tiempo, la localidad de San Cristóbal podría presentar en el futuro una problemática significativa en términos de calidad de vida de la población adulta mayor ya que, de acuerdo con la transición

demográfica que caracteriza a la localidad, la tendencia (generalizada para los países de América Latina y el Caribe), es que “en el periodo 2025 – 2050 (el índice de dependencia) aumentará sólo a raíz del incremento en el número de dependientes que son adultos mayores (Villa y Rivadeneira 2003). Esto implica la necesidad de dar respuesta a demandas crecientes de seguridad social y protección a las personas mayores, especialmente las mujeres quienes, como se ha evidenciado, tienen mayor esperanza de vida y en muchas oportunidades menores posibilidades de vincularse formalmente a un trabajo que les permita acceder al sistema de pensiones.

Tabla 10 Índice de envejecimiento, Bogotá, Localidad San Cristóbal y UPZ. Año 2012

	POBLACION MAYOR DE 65 AÑOS	POBLACION DE 0- 14 AÑOS	INDICE
SAN BLAS	5534	26429	21%
SOSIEGO	3307	10905	30%
20 DE JULIO	6310	22604	28%
LA GLORIA	6631	28785	23%
LOS LIBERTADORES	3931	21776	18%
ZONA RURAL	43	30	143%
SAN CRISTOBAL	25756	110529	23%
BOGOTA D.C	510527	1812485	28%

FUENTE: Secretaria de planeación, sistema de consulta de datos de información estadística. Consulta el 14/11/2012.
<http://200.69.105.197/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=PRYVIVHOGPOB&MAIN=WebServerMain.inl>

4.4 Geopolítica y relaciones territoriales

La localidad de San Cristóbal, presenta una densidad poblacional más baja hacia el occidente, ya que, por el nivel socio-económico de la población emplazada, la mayor parte se concentra hacia el oriente (cada vez más hacia la periferia) en zonas de ladera, específicamente en las UPZ La Gloria, Los Libertadores y la zona alta de San Blas, (Tabla 11), generando mayores dificultades para el acceso a los servicios básicos que el distrito y la localidad le puedan prestar a la población allí emplazada; en algunos casos por ser zonas de reserva forestal no se les permite tener servicios públicos legales, incrementando la exposición a enfermedades, disminuyendo su calidad de vida y favoreciendo la inequidad social ya que, por lo general, las personas que se asientan en estos lugares son poblaciones con escasos ingresos económicos en muchos casos en condición de desplazamiento.

En este sentido, se puede decir que la localidad se encuentra segregada, es decir no hay una conectividad de transporte público y equipamientos sociales y de salud en toda la localidad, siendo las UPZ de Libertadores y algunos sectores de la UPZ La Gloria y San Blas las que

presentan mayor exclusión, lo que incrementa las brechas sociales y las dificultades para acceder a los servicios demandados por la comunidad. Esta situación se confirma al revisar la Tabla 7 Distribución de personas por estrato socioeconómico 2011, San Cristóbal (apartado Globalización y capitalismo), en la que se evidencia que las UPZ con mayor número de hogares en estrato dos y tres son Veinte de Julio y Sosiego, en contraste con Libertadores, La Gloria y la zona alta de San Blas, en las que predominan los estratos uno y dos, estas últimas asentadas mayoritariamente en la periferia de la localidad.

Tabla 11 Densidad urbana de población por hectárea (HA), 2009

COD_UPZ	NOM_UPZ	ÁREA URBANA EN HECTÁREAS (HA)	POBLACIÓN URBANA	DENSIDAD URBANA
32	San Blas	400	95.245	238
33	Sosiego	235	46.766	199
34	20 De Julio	263	92.353	352
50	La Gloria	386	102.299	265
51	Los Libertadores	365	73.429	201
Total San Cristóbal		1.648	410.092	249

FUENTE: Secretaría Distrital de Planeación. Subsecretaría de información y estudios estratégicos. Dirección de información, cartografía y estadística. Inventario de información en materia estadística sobre Bogotá, 2009

“La noción de segregación es cercana a categorías como inequidad, exclusión, segmentación, fragmentación” (Secretaría Distrital de Planeación 2007). Esto es importante ya que la segregación tiene una implicación significativa en la geografía económica de una región; y no es un secreto que vivir en el sur de Bogotá tiene connotaciones diferentes a vivir en el centro o en el norte; es evidente que el desarrollo urbanístico de la ciudad ha llevado a la generación de diversos centros, sin embargo, como en la lógica de la colonia española, los pobres siguen viviendo en la periferia (Secretaría Distrital de Planeación 2007) y la localidad de San Cristóbal es una localidad periférica con los índices de calidad de vida característicos de la periferia, descritos anteriormente.

En Bogotá la tendencia es la polarización norte–sur, situación que se replica al interior de la localidad donde es evidente que a mayor distancia de los equipamientos sociales y de la malla vial, menor es el nivel económico de las personas; e históricamente la localidad se ha desarrollado urbanísticamente teniendo en cuenta esta dinámica; en los barrios del norte (San Cristóbal, Primero de Mayo) se situó inicialmente la clase trabajadora y en los cerros orientales se asentó la población indígena; de forma tal que la población se comenzó a ubicar “en el barrio que consideraba compatible con su clase” (Secretaría Distrital de Planeación 2007), así las cosas, se puede observar que en la localidad, como en Bogotá, se presenta exclusión y diferencias socioeconómicas ligadas a las condiciones topográficas. Es decir, dependiendo de dónde se emplace una comunidad, se puede determinar su nivel económico y social.

Al igual que en Bogotá, en la localidad las zonas habitadas por personas con condiciones socioeconómicas superiores al promedio de la población (UPZ Sosiego) han generado la construcción de equipamientos cercanos, transformando el territorio en función de las condiciones socioeconómicas de las personas que lo habitan; pero hay una gran limitante de tipo geográfico y es la zona de ladera de la cordillera oriental, que en su gran mayoría es zona de reserva forestal, lo que impide que la ciudad siga creciendo hacia ese sector y que no se generen equipamientos sociales, manteniendo la brecha social y la inequitativa distribución de servicios para la población que allí se ubica. Esto también es un claro indicador de segregación; revisando la distribución de equipamientos en el Distrito, las periferias en proceso de consolidación carecen de servicios de recreación, deporte y cultura (los que se encuentran ubicados en las zonas del Centro y Chapinero), presentando un déficit las localidades periféricas, principalmente Ciudad Bolívar, San Cristóbal y Usme (Secretaría Distrital de Planeación 2007).

Con respecto al tema del sistema arterial vial, las zonas periféricas del sur, suroriente y occidente de Bogotá están desprovistas en un 80% del sistema vial arterial, fenómeno que se replica localmente, en donde la “zona ladera” presenta un abandono consolidado en el tiempo, ya que es una zona que no permite el mismo tipo de vías propias de la planicie; en este sentido, la segregación por bajo nivel de accesibilidad va aumentando en la medida que aumenta la altura y la distancia hacia el sur (Secretaría Distrital de Planeación 2007). Al respecto es posible pensar que las políticas actuales del SITP se constituyen como una estrategia válida para disminuir la segregación poblacional en cuanto a la accesibilidad de las zonas periféricas y la disminución en tiempos de desplazamiento hacia el centro o norte de la localidad y/o de la ciudad.

4.5 Ambiente

La localidad de San Cristóbal está localizada en la cordillera Oriental de los Andes colombianos, sobre un altiplano de 2.600 metros sobre el nivel del mar (msnm), rodeado por cadenas montañosas que superan los 3.500 msnm; la localidad se extiende sobre las montañas del eje principal de la cordillera, contra los cerros del páramo Cruz Verde. Los pisos térmicos que tiene van desde una altitud cercana a los 2.600 msnm hasta los 3.500 msnm, en donde nacen un gran número de quebradas y existen bosques nativos y montunos (Secretaría Distrital de Hacienda 2004). De acuerdo con el POT la localidad se extiende en 4909,9 Ha, de las cuales 1649 Ha corresponden a suelo urbano y 3260,9 Ha son áreas rurales (Departamento Administrativo de Planeación Distrital 2004).

Por encontrarse ubicada en la ladera de la cordillera oriental, la localidad presenta variaciones en la dinámica y distribución de la radiación solar y en la circulación de masas de aire, determinando la dinámica de ascenso y enfriamiento del aire y en consecuencia de la precipitación (Pontificia Universidad Javeriana; Secretaría Distrital de Ambiente 2010); de igual forma la condición de ladera hace que los suelos de la localidad presenten una mayor porción de areniscas y arcillas deslizadas sobre el altiplano, las cuales se encuentran en diferentes grados de compactación y de equilibrio, yendo desde estructuras sólidas, hasta materiales en proceso de reajuste y remoción; los suelos están caracterizados por presentar erosión, compactación y tendencia a los deslizamientos.

Según el Plan Local de Prevención y Atención de Emergencias 2009, la localidad está irrigada por corrientes de agua como las quebradas San Blas y Ramajal, que vierten sus aguas al río San Cristóbal; la Varejones, la Nutria, San Dionisio Sur, Morales, Chorro Colorado (Moralba), El Curí, Puente Colorado, La Seca, Nueva Deli y San Miguel que desembocan en el río Tunjuelito como vertientes de La Chiguaza Alta y se encuentra en la zona de influencia de dos de las cuencas que forman parte del sistema hidrográfico del río Bogotá: la cuenca del río Fucha y la cuenca del río Tunjuelo.

Realizar esta contextualización es importante ya que permite comprender la vulnerabilidad de la localidad frente a fenómenos estructurales como el cambio climático, el que genera problemas específicos en las zonas de cordillera, como son la escasez hídrica e inestabilidad en los suelos. Adicionalmente, la infraestructura propia de asentamientos precarios y en zonas de riesgo puede ser afectada por la mayor frecuencia de eventos extremos (PNUD 2010), como deslizamientos, hundimientos, colapsos de estructuras, remoción en masa, entre otros; los que históricamente se presentan en la localidad. En el año 2012 no se presentaron urgencias medioambientales significativas, teniendo en cuenta que la época invernal no generó consecuencias negativas sustanciales, en contraste con la temporada invernal del año 2011.

En la localidad se identifican otros procesos de contaminación ambiental en los que prima una histórica e inadecuada relación de la comunidad con el medio ambiente. Así las cosas la localidad se ve afectada en general por los siguientes eventos ambientales:

- Disposición inadecuada de residuos sólidos. Se encuentran focos de contaminación a cielo abierto los cuales se asocian a la deficiencia en la recolección de basuras, la presencia de asentamientos ilegales en las rondas de los ríos y los procesos de descarga de residuos industriales; situaciones que han implicado la contaminación de las fuentes hídricas, especialmente en las quebradas de La Chiguaza y las rondas de los ríos Fucha y San Cristóbal.

- Contaminación de recursos hídricos. La comunidad ignora la riqueza hídrica y ambiental con la que cuenta, lo que se ve reflejado en la contaminación de las quebradas y la quema de sus bosques. De igual forma los asentamientos ilegales carentes de servicios públicos generan la disposición de residuos orgánicos en las fuentes de agua.
- Presencia de roedores y artrópodos. Este fenómeno va de la mano con la disposición inadecuada de residuos sólidos y la contaminación de los recursos hídricos. De igual forma la construcción de asentamientos ilegales incrementa la presencia de vectores ante el déficit de servicios públicos.
- Inestabilidad del suelo. Los procesos de erosión se encuentran presentes en toda la localidad, que sumados a los asentamientos ilegales, a las invasiones de suelos con fines urbanísticos, a la explotación de canteras, la transformación del uso de los suelos (ajena a un plan de ordenamiento territorial) y las consecuencias del cambio climático incrementan la degradación del terreno y las posibilidades de remoción en masa y deslizamientos.
- Presencia de animales de campo, caninos y felinos callejeros y semicallejeros. En general esta problemática responde al desconocimiento de la comunidad de las políticas de esterilización de animales y regulación policiva en el manejo de animales de compañía; la concepción de “objetos” que se tiene sobre los animales obstaculizan la tenencia adecuada. Se identifican otros procesos de tenencia inadecuada de animales encontrándose animales de campo en viviendas de la localidad (vacas, cerdos, llamas, entre otros) los cuales muchas veces son sacrificados en las viviendas para ser distribuidos en las carnicerías locales, incrementando la exposición a enfermedades zoonóticas.
- Contaminación del aire. Especialmente en las zonas comerciales de la localidad. No hay control continuo sobre las emisiones de CO2 provenientes de fuentes móviles y/o fijas, generando mayor incumplimiento de la norma por parte de la comunidad. Otros fenómenos asociados son el desempleo, el subempleo, la venta informal, los cuales dan cuenta de la presencia de quemados de cable de cobre en las carreteras y de fogones y cocinas de gasolina al interior de las viviendas.

4.6 Organización política – Participación social

Actualmente el Plan de Desarrollo de la localidad “San Cristóbal una localidad transformadora, participativa y humana” estructura un capítulo especial para el desarrollo de procesos de participación y movilización social. De acuerdo con el plan de desarrollo el eje tres “En Bogotá y San Cristóbal se defiende y fortalece lo público” se pretende fortalecer la democracia y

trasladar a los ciudadanos una percepción distinta del compromiso y de la calidad de sus gobernantes (Junta Administradora Local de San Cristóbal 2012).

En términos generales la participación en la localidad de San Cristóbal se caracteriza por la movilización electoral, especialmente en elecciones de presidencia y miembros de corporaciones públicas; de igual forma registra movilizaciones en la elección del consejo de planeación, juntas de acción comunal y consejos locales; sin embargo, la percepción comunitaria es que esta participación no tiene incidencia en las problemáticas que interesan a la población, de manera que surgen fenómenos como el cansancio electoral (IDEPAC 2009).

Por otro lado, durante el proceso de territorialización realizado por los equipos ASIS local y Vigilancia Comunitaria y de las Poblaciones de la ESE, con líderes comunitarios en los meses de noviembre y diciembre de 2012, se identifica un desconocimiento de la comunidad frente a lo que son las UPZ y los barrios que las componen, evidenciando un déficit de participación comunitaria en los procesos de planeación de sus barrios, así como un desconocimiento de la gestión pública y de los planes de ordenamiento territorial.

Respecto a los procesos políticos, la comunidad establece una falta de credibilidad hacia la labor comunitaria y social desarrollada por diversas entidades, ya que es percibida como satisfactor de intereses individuales y/o colectivos que benefician a grupos específicos y no a la comunidad en general; de igual forma, la ausencia de credibilidad es un fenómeno que trasciende de lo comunitario a lo público ya que se extiende hacia gestión la pública y administrativa de las instituciones que hacen presencia en los territorios analizados. En este punto, la comunidad establece la presencia de barreras de atención en instituciones que intervienen casos de violencia social e intrafamiliar, de forma tal que los procesos de denuncia social se permean por la percepción de inoperancia y burocratización. De igual forma, las dinámicas sociales del contexto han influido en el desarrollo del ejercicio participativo de los líderes comunitarios; se presenta una estigmatización del rol ejercido por estos actores sociales, generándose hechos violentos y amenazas hacia ellos y/o sus grupos familiares, fundadas en la promoción que hacen los líderes de la movilización social y de la restitución de derechos sociales (Vigilancia en Salud Pública Comunitaria y de las Poblaciones 2012).

En el año 2012 se llevaron a cabo ejercicios de participación social orientados a la construcción y socialización de políticas públicas como el Plan Decenal de Salud Pública y el Plan de Desarrollo Distrital: Los asistentes a estos encuentros fueron líderes comunitarios de las diferentes UPZ y representantes de organizaciones de la salud, (asociaciones de usuarios, COPACO, juntas de acción comunal, organizaciones de adulto mayor y discapacidad), la gran mayoría pertenecientes al ciclo de vida adulto mayor. Dentro del proceso de evaluación del plan decenal anterior los participantes manifiestan conformidad y reconocimiento a las

actividades realizadas por la ESE San Cristóbal, tanto el PIC y en el POS. Hacen mención de manera reiterada en las barreras de acceso a servicios de salud en sus EPS y exigen atención preferencial a los adultos mayores y población en condición de discapacidad. Nuevamente, la comunidad percibe que sus opiniones no se verán reflejadas en la política pública y social, ya que estas se sustentan en la visión y necesidad de quien las formula, por lo tanto se cuestiona la credibilidad de estos espacios y lo que limita la participación al acto de presencia y expresión de opiniones, quejas o reclamos, más que a un proceso de movilización y ejercicio democrático.

La poca credibilidad frente a que la participación comunitaria tenga eco en el desarrollo de transformaciones sociales y políticas públicas es el común denominador que también se reflejó durante la realización de los cabildos comunitarios realizados por los equipos territoriales; durante estos ejercicios participativos se generaron discursos como “que esto no se quede en el papel de los informes, sino que lleguen a quien debe llegar, ojala al Alcalde, para que mejore las situaciones que comentamos” (Territorio San Blas - ESE Hospital San Cristóbal 2012), “A veces uno se pregunta para que sirve participar si en todas estas actividades generalmente la comunidad se cuestiona, evalúa y propone diversas soluciones que permitirían de alguna manera mejorar las condiciones de vida de los y las ciudadanas y una vez se finalizan los encuentros la situación continua tal y como estaba pues no se tienen en cuenta las propuestas generadas por tanto no se ve ningún cambio significativo” (Territorio 20 de Julio - ESE Hospital San Cristóbal 2012).

En este sentido, la participación de las comunidades debe ser comprendida como agente de transformación social, con una finalidad encaminada a la garantía de los derechos fundamentales y sociales, así como a la movilización política comunitaria, entendiendo la política desde la perspectiva social, es decir, como característica inherente de los grupos sociales que son agentes activos en la transformación de las dinámicas territoriales.

4.7 Sistema de Salud

San Cristóbal se ubica en el quinto lugar de Bogotá, según el porcentaje de población cubierta por el sistema subsidiado. Con respecto a las formas de cobertura, el comportamiento local se presenta en la Tabla 12(Profamilia 2011).

En este escenario es importante comprender que aseguramiento no es igual a acceso. Se ha identificado que la localidad de San Cristóbal es una de las localidades que hace mayor uso de los pagos de bolsillo; pagos que son realizados por personas que se encuentran afiliadas (subsidiado o contributivo), como las no afiliadas; este fenómeno es importante ya que el pago

de bolsillo es un elemento regresivo del sistema que genera inequidades (Rubio - Mendoza 2008).

Tabla 12 Porcentaje de afiliación al sistema general de seguridad social en salud San Cristóbal Vs Bogotá 2011

	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	ESPECIAL	NO AFILIADO	ARP
San Cristóbal	60,60%	28%	1,50%	9,20%	19%
Bogotá	69,40%	18,20%	3,50%	8,50%	24,90%

FUENTE: <http://www.demografiaysaludbogota.co/>

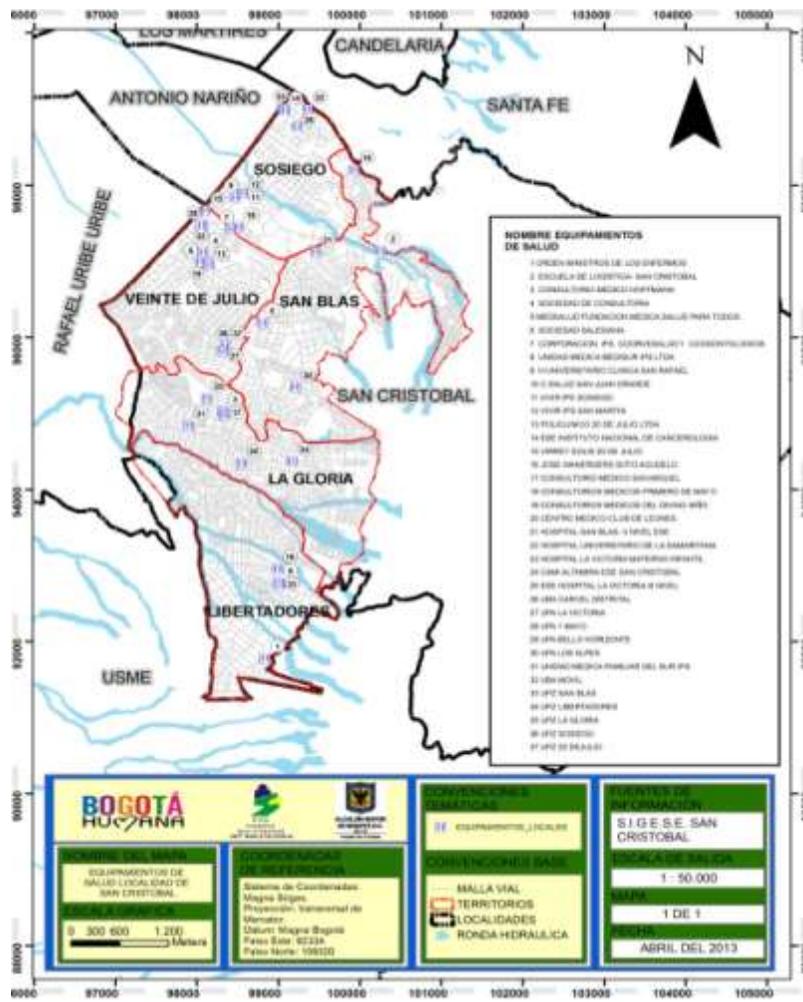
En el tema de barreras de acceso, se logra establecer que, según la Dirección de Aseguramiento en Salud de la Secretaría Distrital de Salud, San Cristóbal es la localidad que presenta mayor índice de barreras de acceso con 3639 casos para el año 2011 (Alcaldía Mayor de Bogotá 2012).

En este sentido, a través del subproceso de Gestión para el Acceso Equitativo a los servicios de salud y sociales “canalización” realizado por el área de Gestión Política de la ESE, se ha identificado que en el periodo agosto 2012 a enero 2013 las principales barreras de acceso para la atención en salud fueron: la no asignación de citas de forma oportuna, barreras geográficas sumadas a la no capacidad de pago del usuario para el traslado al punto de atención; se identificó también un número de usuarios que no accedieron a los servicios de salud porque “no le pareció importante asistir al servicio”, lo que habla específicamente de la corresponsabilidad del usuario (Territorios ESE Hospital San Cristóbal 2012).

Las barreras geográficas son una constante en la localidad; este fenómeno se desprende de las características del sistema de salud nacional, el cual no garantiza la cobertura de la población desde estudios de oferta – demanda que contemplen las densidades poblacionales de los territorios y que, adicionalmente evalúen las condiciones de accesibilidad y oportunidad. Es importante recordar que la localidad se encuentra ubicada en la periferia presentando características significativas de segregación en la medida que los equipamientos de salud de mayor complejidad se encuentran en su mayoría ubicados en la UPZ Sosiego la que presenta menor densidad poblacional, dejando descubierta principalmente las zonas altas de la localidad, las que presentan gran densidad poblacional de estratos uno y dos (Mapa 1).

En términos generales, se ha identificado que la localidad presenta deficiente accesibilidad para consulta ambulatoria y buena accesibilidad para los servicios de urgencias (Universidad Nacional de Colombia; Alcaldía Mayor de Bogotá 2012).

Mapa 1 Distribución espacial de equipamientos de salud por UPZ. Localidad San Cristóbal, 2012



Fuente. SIVIGILA local 2012

Se puede observar que el equipamiento en salud de la localidad cuarta San Cristóbal, se encuentra concentrado en la zona baja de la localidad UPZ Sosiego y 20 de Julio, además de contar con cuatro instituciones de III nivel, en la UPZ la Gloria hay una institución de III nivel y un CAMI para la atención de urgencias, en la UPZ San Blas se encuentra una institución de II nivel y la UPZ Los Libertadores, se encuentran IPS de primer nivel de atención (consultorios médicos).

El hospital San Cristóbal tienen sedes en cuatro de cinco UPZ, aunque en la UPZ Los Libertadores, que es la que a la fecha no cuenta con sede del hospital , ya cuenta con el terreno y el proyecto para una sede de prestación de servicios de salud.

4.8 Perfil de salud – enfermedad

Se anexa en archivo de excell.

Bibliografía

Alcaldía Mayor de Bogotá. *Estudio revela que las mujeres son las más afectadas con barreras de acceso a la salud.* 2012. <http://www.bogotahumana.gov.co/index.php/noticias/comunicados-de-prensa/453-estudio-revela-que-las-mujeres-son-las-mas-afectadas-con-barreras-de-acceso-a-la-salud> (último acceso: 19 de Febrero de 2013).

Alfie, M, y L Méndez. «La sociedad del riesgo: amenaza y promesa.» *Revista Sociológica.* Año 15, No. 43, 2000: 173-201.

DANE Departamento Administrativo Nacional de Encuestas. *Encuesta de Calidad de Vida - Bogotá.* Encuesta, Bogotá: DANE, 2007.

DANE, Departamento Administrativo Nacional de Encuestas. «Encuesta multipropósito - EMB.» *Secretaría Distrital del Hábitat.* 2011. http://www.habitatbogota.gov.co/sdht/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=266&Itemid=76 (último acceso: 9 de Julio de 2012).

Departamento Administrativo de Planeación Distrital. *Revisión y actualización del Plan de Ordenamiento Territorial. Decreto 190 del 2004.* Decreto, Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, 2004.

Echeverry, Ana María. «Red de políticas públicas, una mirada territorial a la gestión pública.» <http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CDsQFjAD&url=http%3A%2F%2Fcongresocienciapolitica.uniandes.edu.co%2Fpdf%2Fdescargar.php%3Ff%3D.%2Fdata%2FLINEA%25204%2520Politic%2520Publicas%2FMESA%25208%2520Gestion%2520y%2520polit> (último acceso: Septiembre de 2012).

Echeverry, María. «Derecho a la salud, Estado y Globalización.» *Facultad Nacional de Salud Pública Vol.24. Universidad de Antioquia,* 2006: 81-95.

Franco, Alvaro. «Globalización, gobernabilidad, salud.» *Rev Fac Nac Salud Pública Vol. 24 Número especial,* 2006: 36-44.

Frenz, Patricia. «Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud.» *Ministerio de Salud de Chile.* 2005. <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/6b9b038df97d550fe04001011e014080.pdf> (último acceso: Septiembre de 2012).

Grupo Análisis de Situación de Salud y Gestión del Conocimiento. *Anexo 4. Diagnóstico Local con Participación Social 2012 – Segunda Fase.* Lineamientos, Bogotá: SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, 2013.

Hernández, Mario. «Obstáculos del modelo Ley 100 para renovar la APS en Colombia.» *Momento Médico*. 2004. http://asmedasantioquia.org/momento_medico/edicion_97/obstaculos_modelo.html (último acceso: 21 de 11 de 2012).

IDEPAC. «¿Cómo participa la localidad de San Cristóbal? Línea base de participación local.» *Participación Bogotá*. 2009. http://www.participacionbogota.gov.co/escuela/documentos/Inv_localidades/San%20Cristobal.pdf (último acceso: 14 de Febrero de 2013).

Junta Administradora Local de San Cristóbal. *Acuerdo local 048 de 2012*. Plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas , Bogotá: Alcaldía Local de San Cristóbal, 2012.

López, Lisbeth. «Bordieu y Canclini: sus enfoques frente a la globalización cultural.» *Contribuciones a las ciencias sociales*. Junio de 2011. http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/bourdieu-canclini-enfoques-frente-globalizacion-cultural/id/54315894.html (último acceso: 21 de Noviembre de 2012).

Meertens, Donny. «Género, Desplazamiento, Derechos.» *ACNUR*. 2004. <http://www.piupc.unal.edu.co/catedra01/pdfs/DonnyMeertens.pdf> (último acceso: 12 de Febrero de 2013).

Navarro, Vicente. «Situación de la salud en el mundo.» En *Globalización y salud*, de Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 15-26. Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 2005.

Organización de las Naciones Unidas. «Declaración del Milenio.» *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. 13 de Septiembre de 2000. <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf> (último acceso: 21 de Noviembre de 2012).

Organización Mundial de la Salud. «Determinantes sociales de la salud.» *Organización Mundial de la Salud*. 2012. http://www.who.int/social_determinants/es/ (último acceso: 23 de Noviembre de 2012).

Osorio, Sergio. «La Teoría Crítica de la sociedad de la Escuela Teórica de Frankfurt. Algunos presupuestos teóricos - críticos.» *Revista Educación y Desarrollo Social Vol.1 No.1*, Julio - Diciembre 2007: 104-119.

Palomo, Luis. «Fundamentos de la globalización y de sus efectos sobre la salud.» En *Globalización y salud*, de Federación de Asociaciones para la Defensa de la Salud Pública, 38 - 63. Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Salud Pública, 2005.

PNUD. «El cambio climático en Colombia y en el Sistema de las Naciones Unidas.» *PNUD*. 2010.

http://www.pnud.org.co/img_upload/61626461626434343535373737353535/Brochure%20resumen%20Proyecto.pdf (último acceso: 14 de Febrero de 2013).

Pontificia Universidad Javeriana; Secretaría Distrital de Ambiente. *Manual para la restauración ecológica de los ecosistemas disturbados del Distrito Capital*. Bogotá: Imprenta Nacional, 2010.

Ramírez, Néstor. *Impacto de las políticas neoliberales en el régimen laboral del magisterio colombiano*. <http://www.renovacionmagisterial.org/portada/impacto-de-las-pol%C3%ADticas-neoliberales-en-el-r%C3%A9gimen-laboral-del-magisterio-colombiano> (último acceso: 2013 de Febrero de 13).

Rubio - Mendoza, Martha. «Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud y Equidad en la Financiación de la Atención en Bogotá .» *Revista Salud Pública*. 10 sup. (1), 2008: 29-43.

Secretaría Distrital de Hacienda. *Recorriendo San Cristóbal. Diagnóstico físico y socioeconómico de las localidades de Bogotá*. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, 2004.

Secretaría Distrital de Planeación. *Bogotá. Ciudad de Estadísticas. Método integrado de pobreza*. Boletín No. 42, Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011.

—. *Segregación económica en el espacio urbano de Bogotá D.C.* Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, 2007.

Secretaría Distrital de Salud. *Plan de Intervenciones Colectivas*. 18 de Febrero de 2011. http://saludpublicabogota.org/wiki/index.php?title=Plan_de_Intervenciones_Colectivas#cite_ref-2 (último acceso: 24 de Noviembre de 2012).

—. «Plan Territorial de Salud de Bogotá 2012 - 2016.» *Secretaría Distrital de Salud*. Mayo de 2012.

www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDIQFjAB&url=http://www.saludcapital.gov.co/DOCUMENTOS_PLAN_DE_DESARROLLO_SDS/PLAN_TERRITORIAL_SALUD_FINAL2_2012.pdf&ei=XtavUNvaLlre9ATvzoCQDg&usg=AFQjCNE54-2-C4vfhGTPvw9ONQsUTpVmQ (último acceso: 23 de Noviembre de 2012).

Sutton, Hamui. «Epidemiología social: Nuevas perspectivas en relación con el fenómeno salud - enfermedad.» *Revista Medicina Interna*, 2005: 163-167.

Territorio 20 de Julio - ESE Hospital San Cristóbal. *Cabildos Comunitarios*. Informe Cabildos Comunitarios, Bogotá: ESE Hospital San Cristóbal, 2012.

Territorio San Blas - ESE Hospital San Cristóbal. *Cabildos comunitarios*. Informe cualitativo Cabildos Comunitarios, Bogotá: ESE Hospital San Cristóbal, 2012.

Territorios ESE Hospital San Cristóbal. *Base de canalizaciones*. Base de canalizaciones, Bogotá: ESE Hospital San Cristóbal, 2012.

Ulloa, Edgardo. «Globalización y comunidades Mapuches.» *La página del profe Tomás Austin*. Febrero de 2009. <http://www.lapaginadelprofe.cl/eulloa/ensayouno.htm> (último acceso: 21 de Noviembre de 2012).

UNICEF. «Planeación con perspectiva de derechos: un derechos de la infancia y la juventud.» *UNICEF*. 1998. <http://www.unicef.org.co/Ley/AI/15.pdf> (último acceso: Septiembre de 2012).

Universidad Javeriana. «El enfoque territorial como propuesta de intervención para el desarrollo. Reflexiones desde una perspectiva latinoamericana.» *Documentos Ponencia Argentina*. 2005.

http://www.javeriana.edu.co/fear/m_des_rur/documents/PredayAlbanesi2005Ponencia-Argentina.pdf (último acceso: Octubre de 2012).

Universidad Nacional de Colombia; Alcaldía Mayor de Bogotá. *Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el Distrito Capital*. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012.

Vega, Román, Naydú Acosta, Paola Mosquera, y Ofelia Restrepo. *Atención Primaria Integral de Salud. Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud, 2009.

Vigilancia en Salud Pública Comunitaria y de las Poblaciones. *Proceso de Territorialización. Localidad IV San Cristóbal*. Narrativas sociales. Proceso de cartografía social, Bogotá: ESE Hospital San Cristóbal, 2012.

Villa, Miguel, y Luis Rivadeneira. «El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica.» *Revista Eúphoros*, 2003: 87 - 121.