



**DIAGNÓSTICO LOCAL CON PARTICIPACIÓN SOCIAL 2012
LOCALIDAD 20 SUMAPAZ
HOSPITAL NAZARETH I NIVEL E.S.E.**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUMANANA

CRÉDITOS

Dra. Eliana Ivonne Hurtado Sepúlveda
Gerente Hospital Nazareth

Dr. Leonardo Fabio Leguizamón
Subgerente de Servicios en salud

Dra. Marcela Martínez
Coordinación de Salud Pública

Dra. Johanna Arango
Coordinación de PIC

Lic. Erika Milena Rodríguez
Coordinación Evaluación y Análisis

Lic. Ruth Milena Contreras Parra
Epidemióloga ASIS

Mario Ramírez
Profesional Social ASIS

Carlos Fernando Macana González
Geógrafo ASIS - Territorial

Marisol Casallas
Equipo de Gestión de Políticas

Equipo de Colaboradores:

Blanca Rodríguez (Dinamizadora énfasis de Salud Ambiental), Diana Montenegro (Dinamizadora énfasis Salud Mental), Andrés Hernández (Dinamizador énfasis Salud Sexual y Reproductiva), Diana Neisa (Dinamizadora énfasis Salud Oral), Martha Vargas (Dinamizadora Énfasis Salud Infantil), Yaneth Alape (Dinamizadora PAI), Carolina Yopasá (Dinamizadora énfasis de Seguridad Alimentaria y Nutricional), Yennifer Carolina Rodríguez Díaz (Dinamizadora énfasis de atención integral a condiciones crónicas), Sindy Sánchez Neira (Dinamizadora énfasis en la prevención de aparición de alteraciones permanentes e interacción con población con discapacidad), Yamile Villota (Dinamizadora énfasis Trabajo Saludable).

Equipo de Vigilancia en Salud Pública

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	3
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. MARCO CONCEPTUAL	8
2.1 Enfoque Poblacional.....	8
2.2 Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud	11
2.3 Enfoque de Derechos.....	13
2.4 Enfoque Territorial	16
3. Marco Metodológico.....	18
3.1. Problematización y análisis de la situación de salud y calidad de vida en la localidad Desde la perspectiva de los determinantes de la salud.	18
3.2. Profundización en el Análisis de los determinantes de salud y calidad de vida 19	19
3.3. Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas de salud en la Localidad.....	19
3.4. Propuesta de Respuestas y Recomendaciones.....	19
4. Problematización y análisis de la situación de salud y calidad de vida	20
4.1 Contextualización General	20
4.2 Perfil Socio Económico.....	30
4.3 Perfil Salud-Enfermedad.....	36
4.5 Eventos notificados al SIVIGILA.....	47
5. Capítulo 2. Profundización en el análisis de los determinantes de salud y calidad de vida.....	55
5.1 Etapa de ciclo poblacional infancia.....	55
5.2 Etapa de ciclo poblacional Adolescencia	59
5.3 Etapa de ciclo poblacional Juventud	62
5.4 Etapa de ciclo poblacional Adultez.....	64
5.5 Etapa de ciclo poblacional Vejez	67
6. Capítulo 3. Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las probleáticas de salud en la Localidad.	70
6.1 Etapa de ciclo poblacional infancia.....	71
6.2 Etapa de ciclo poblacional Adolescencia.....	75
6.3 Etapa de ciclo poblacional Juventud	78
6.4 Etapa de ciclo poblacional Adultez.....	81
6.5 Etapa de ciclo poblacional Vejez	83

7. Capítulo 4. Propuestas de Respuestas y Recomendaciones	87
7.1 RESPUESTA INTEGRAL ETAPA DE CICLO POBLACIONAL INFANCIA	87
7.2 ETAPA DE CICLO POBLACIONAL ADOLESCENCIA.....	90
7.3 RESPUESTA INTEGRAL ETAPA DE CICLO POBLACIONAL JUVENTUD.....	96
7.4 RESPUESTA INTEGRAL CICLO POBLACIONAL ADULTEZ.....	99
7.5 RESPUESTA INTEGRAL ETAPA DE CICLO VITAL VEJEZ	100
8. REFERENCIAS.....	102

Lista de Tablas

Tabla 1. Distribución de la población por género y grupo de edad.....	24
Tabla 2. Distribución de la población por grupos poblacionales.	27
Tabla 3. Índice de Gini según Tamaño de los Predios Rurales.	32
Tabla 4 Porcentaje de Viviendas con servicio de Acueducto y Alcantarillado.	34
Tabla 5. Porcentaje de Viviendas con servicio de Energía Eléctrica.....	34
Tabla 6 Número de Docentes por Localidad, Zona rural Bogotá. 2011.....	35
Tabla 7 Número de estudiantes, Localidad 20 de Sumapaz, 2012	36
Tabla 1 Diez primeras causas de morbilidad por Consulta Externa Infancia. Hospital Nazareth 2012.....	37
Tabla 2 Diez primeras causas de consulta por Urgencias Infancia. Hospital Nazareth 2012	37
Tabla 3 Diez primeras causas de morbilidad por Consulta Externa Adolescencia. Hospital Nazareth 2012.....	38
Tabla 4 Diez primeras causas de consulta por Urgencias Adolescencia. Hospital Nazareth 2012.....	39
Tabla 5 Diez primeras causas de morbilidad por Consulta Externa Juventud. Hospital Nazareth 2012.....	40
Tabla 6 Diez primeras causas de consulta por Urgencias Juventud. Hospital Nazareth 2012	40
Tabla 7 Diez primeras causas de morbilidad por Consulta Externa Adultos. Hospital Nazareth 2012.....	41
Tabla 8 Diez primeras causas de consulta por Urgencias Adultos. Hospital Nazareth 2012	42
Tabla 9 Diez primeras causas de morbilidad por Consulta Externa Adulto Mayor. Hospital Nazareth 2012.....	42
Tabla 10 Diez primeras causas de consulta por Urgencias Adulto Mayor. Hospital Nazareth 2012.....	43

Tabla 11 Diez primeras causas de morbilidad por Hospitalización. Hospital Nazareth 2012	44
Tabla 11 Tasa de Mortalidad General.....	46
Tabla 12 Distribución de notificaciones individuales a SIVIGILA. Hospital Nazareth. 2012	47
Tabla 13 Distribución de eventos colectivos, notificados a SIVIGILA.....	48

Lista de Gráficas

Gráfica 1 Tasa de natalidad por mil habitantes y número de nacimientos por año. Localidad 20 de Sumapaz 2000-2012	¡Error! Marcador no definido.
Gráfica 2. Tasa de mortalidad Materna y Perinatal. Localidad 20 de Sumapaz. 2009-2012.....	¡Error! Marcador no definido.

Lista de Mapas

Mapa 1. Localización Espacial.....	20
Mapa 2. Parque Nacional Natural y Zonas de Reserva	22
Mapa 3. División de los Microterritorios	23
Mapa 4. Población	26
Mapa 5. Cobertura de Acueductos y Agua Potable	29
Mapa 6. Actividades Económicas y Uso del Suelo	31
Mapa 7. Concentración de la Tierra.....	32

1. INTRODUCCIÓN

El Análisis de Situación en Salud y Gestión del Conocimiento - ASIS - es un proceso que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, evidenciando entonces sus problemas en salud pero también todos los factores que causan su presentación y continuidad. ASIS también facilita la identificación de las necesidades y las prioridades de la población de manera que el sistema de salud pueda, evaluando el impacto de sus acciones en la población, intervenir de la mejor manera (1).

A continuación presentamos el Análisis de Situación en Salud , propio de la localidad de Sumapaz compilado en este documento llamado Diagnóstico Local con Participación Social 2012. Aquí se recopila la información que desde los ámbitos institucionales, intersectoriales y comunitarios se tiene del proceso salud-enfermedad en la Localidad de Sumapaz. Toda esta información se fundamenta en los enfoques de los determinantes sociales de la salud, el enfoque poblacional, el enfoque de derechos.

Este Diagnóstico se encuentra estructurado en cuatro capítulos. El primero contextualiza de manera general la localidad a través de una descripción de sus características sociodemográficas –pirámide poblacional e indicadores demográficos-, descripción sociopolítica –dinámica organizacional y comunitaria-, situación ambiental –riesgos, producción local-, sus aspectos geográficos transversales -empleando herramientas cartográficas- y un análisis del perfil epidemiológico del proceso salud-enfermedad.

El segundo capítulo profundiza en el análisis de los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida mediante una presentación de los núcleos problemáticos que inciden en la población y temas generadores con un enfoque poblacional.

Para finalizar, el tercer capítulo da cuenta de cómo ha sido la respuesta que han dado las instituciones y demás actores que trabajan en la localidad a esos núcleos problemáticos enunciados. El cuarto y último capítulo muestra una serie de alternativas de respuesta y recomendaciones para el abordaje

de la problemática, según una serie de características diferenciales propias de la Localidad de Sumapaz.

2. MARCO CONCEPTUAL

A continuación se presentarán los elementos conceptuales que sustentan este Diagnóstico Local 2012. Todos estos se encuentran inscritos en marcos más amplios correspondientes a cada uno de los siguientes enfoques: territorial, poblacional, del desarrollo humano, de derechos y el enfoque de los determinantes sociales en salud. A través de cada uno de estos enfoques, que a continuación se explicarán con mayor detenimiento, se logran visibilizar las diversas situaciones en las que transcurre el proceso de salud y enfermedad de la Localidad de Sumapaz, al tiempo que se evidencian las brechas y gradientes de cada uno de los territorios y poblaciones pues se entienden sus dinámicas particulares.

2.1 Enfoque Poblacional

El enfoque poblacional es una orientación analítica con “alcance a las intervenciones, la cual reconoce al ser humano individual y colectivo desde su integralidad. Centra la atención en las personas con sus características relacionadas en cada una de sus etapas del ciclo de vida- generación (niñez, juventud, adultez, vejez), de procesos de identidad diversidad (etnia, sexo, identidad de género, orientación sexual, campesinado), de las condiciones y situaciones (ejercicio de la prostitución, desplazamiento forzado, la habitabilidad de calle, la discapacidad, la privación de la libertad, el conflicto armado –grupos en reinserción-) y el género como una categoría transversal”(2)

En este enfoque la población es entendida como “un conjunto orgánico de sujetos que interactúan entre sí y con el territorio para su reproducción biológica y social. El concepto de población humana, se refiere a un conjunto de sujetos vivos, cuya actividad necesariamente crea y recrea permanentemente el territorio en función de sus necesidades biológicas,

socioculturales y políticas, al mismo tiempo, la población es transformada por las condiciones que le impone el territorio”(2) Ahora bien, cada población constituye una unidad con una identidad, “con características propias y diferentes a la suma de las características de los individuos que la componen”(2) las cuales además son denominadas características demográficas. Entender a la población implica estudiarla desde diferentes puntos de vista: demográfico, social, cultural, antropológico, histórico, biológico, geográfico, psicológico, económico, político y ocupacional, entre otros. Ahora bien, en el enfoque poblacional son también muy importantes los ciclos vitales, los cuales explican el tránsito de la vida, desde la gestación hasta la muerte, como un continuo desarrollo multidimensional: físico, cognoscitivo, emocional y social, y se encuentran en permanente cambio y adaptación a las transformaciones del medio. En el enfoque poblacional cada ciclo vital es definido de la siguiente manera:

- Infancia y adolescencia: La infancia se inicia desde la gestación y va hasta los diez años de edad. Es una etapa crucial dentro del desarrollo del ser humano pues en ésta empieza a desarrollar y aprender de manera crucial aspectos psicológicos, culturales y sociales que utilizará a lo largo de su vida (3). La adolescencia, por su parte, se inicia pasados los diez años de edad y va hasta los catorce años de edad. Es un período de muchos cambios físicos, como la pubertad, y psicológicos en la persona. Se llega incluso a mencionar que en la adolescencia se presentan las personas definen su identidad sexual además de asumir una relativa autonomía sobre sus vidas y tomar cada tanto sus propias decisiones.

- Juventud: En esta etapa las personas asumen una madurez física, social y psicológica suficientes y las manifiestan y expresan en diferentes simbologías, forma de vestir, actuar, en sus gustos musicales y en la manera de sentir y actuar. Desde el punto de vista etario se encuentran entre los catorce y los veintiséis años de edad (3).

- Adulthood: La adultez cubre las edades entre los 27 y los 59 años de edad. Su construcción tiene connotaciones sociales, alude a un proceso que tiene lugar en la mitad de la vida y que forma parte del proceso de envejecimiento. Es una etapa de transición y preparación para la vejez.

Vejez: Es el último de los momentos del ciclo de la vida que comienza alrededor de los sesenta años y termina con la muerte.

Etnia: Conglomerado social capaz de reproducirse biológicamente y socialmente a sí mismo, con formación social histórica y perdurable, con patrimonio cultural tangible e intangible, que reconoce un origen común y mantiene una identidad común, forma un “nosotros” distinto de los “otros” y comparte rasgos culturales como la lengua.

Afrodescendientes: Individuos pertenecientes a las comunidades negras, cuyo origen ancestral está ligado al continente africano y que provienen principalmente de la costa pacífica, de la costa atlántica, o de los valles interandinos y otras regiones del país.

- Raizales: Habitantes originarios de las islas de San Andrés, Providencia y Santa Catalina con especificidad mitológica, ontológica, organizativa, relacional y lingüística propios.

Indígenas: Habitantes ancestrales de este continente americano, que conforman grupos autóctonos, con un origen común, comparten usos y costumbres, mecanismos de producción y reproducción social y conservan sus tradiciones.

ROM- gitanos: Pueblo de origen noríndico y transnacional que habita en todos los rincones del planeta y que convive de manera colectiva en las unidades sociales básicas, o kumpanias. Comparte un origen común, habla el dialecto romanés y posee, en general, una tradición nómada con recientes redefiniciones de itinerancias (2).

Identidad de género y orientaciones sexuales: Categoría de análisis de los fenómenos sociales y de operación de las acciones, que busca la equidad de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género consideradas “no normativas” (población históricamente discriminada), en términos de igualdad de oportunidades, frente al acceso, uso y disfrute de los bienes y servicios de la sociedad (2).

Campesinado: En las lenguas europeas el vocablo campesino tiene una connotación peyorativa, la cual ha favorecido el uso de supuestos sinónimos como agricultor, cultivador, labrador o granjero. Las familias campesinas viven en comunidades con “un fuerte sentido de solidaridad de grupo” (2).

Desplazado: Se refiere a toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional, a abandonar su lugar de residencia y sus actividades económicas habituales, porque su vida, integridad física, seguridad o libertad personal han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas por razones del conflicto armado interno, disturbios y tensiones, violencia generalizada, violaciones masivas de los derechos humanos, infracciones al derecho internacional humanitario u otras circunstancias que puedan alterar o alteren el orden público (artículo 1º, Ley 387 de 1997) (2).

Habitante de la calle: Hace referencia a la situación que presenta un grupo de personas que sin distinción de edad, sexo, raza, estado civil, viven en la calle predominantemente o por periodos prolongados y con ella establecen una estrecha relación de pertenencia e identidad, haciendo de la vida de la calle una opción temporal o permanente, en condiciones de racionalidad y dinámica sociocultural que le es propia (2).

Discapacidad: “Concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. Hace referencia a una condición y situación que convoca al diálogo persona-entorno con la interacción de componentes corporales, emocionales, de pensamiento, comunicación y relaciones sociales que se potencian o limitan según las oportunidades que el contexto ofrezca (2)

Género: Se centra en hacer visible cómo mujeres y hombres se posicionan en el mundo en lugares e historias diferentes que facilitan o dificultan determinadas acciones y valoraciones de sus capacidades, derechos y deberes. Busca contribuir a la igualdad de género frente al estado de salud especializando la atención diferencial acorde a factores (2).

2.2 Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud

El enfoque de los determinantes sociales de la salud busca dar cuenta del contexto global que afecta la forma en que las sociedades prosperan mediante su impacto en las políticas públicas y normas tradicionales y las relaciones internacionales. Esto a su vez determina la manera en que la sociedad organiza sus asuntos en el nivel local y el nivel nacional, lo que da origen a formas de jerarquía y posicionamiento social. El lugar que ocupan las personas en la jerarquía social afecta las condiciones en que crecen, aprenden, viven, trabajan y envejecen: su vulnerabilidad a las enfermedades; y las consecuencias para la mala salud.

En este sentido, los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto, constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre las regiones y dentro de cada país, y que son posibles de intervenir a través de políticas sociales y de salud. Por esta razón, el fortalecimiento de la equidad en materia de salud, significa ir más allá de la concentración contemporánea sobre las causas inmediatas de las enfermedades y analizar las “causas de las causas”.

Este esquema se estructura considerando determinantes de tipo estructural (económico, político, cultural y social) y de tipo intermedio o intermediario (circunstancias materiales, factores biológicos, conductuales y psicosociales), y su relación con la equidad en la salud y el bienestar de las personas. Así mismo, se plantea la incidencia o “feedback” de la salud en los determinantes sociales, ya que “enfermedades y lesiones tienen un impacto indirecto en la posición socioeconómica de las personas. Desde la perspectiva de la población, la magnitud de ciertas enfermedades puede repercutir directamente en los principales factores contextuales.

Como se desprende de lo señalado, el diseño de políticas basadas en el enfoque de determinantes sociales de la salud, coloca a la salud pública ante un gran reto, que implica pasar del paradigma biomédico centrado en los problemas de salud, con énfasis en el ámbito sanitario, a otro que requiere de un alto compromiso político, y de la participación de todas las áreas del gobierno y de la ciudadanía, en la priorización de los problemas, su diagnóstico, diseño de programas, implementación y evaluación, ya que la realización del derecho humano a la salud, implica el empoderamiento de las comunidades desfavorecidas, con el objetivo de que puedan ejercer el mayor control posible sobre los factores que determinan su salud.

A partir de lo anterior, se plantea la necesidad de que las investigaciones y diagnósticos que se realicen en el ámbito de la equidad en salud consideren: los factores y procesos globales que pueden afectar la equidad sanitaria; las estructuras y relaciones sociales y políticas que afectan diferencialmente a las oportunidades de las personas en materia de salud en una sociedad; las interrelaciones entre los factores que aumentan la probabilidad de mantener una buena salud a nivel individual y social; las características del sistema de salud; y las intervenciones normativas que pueden reducir las desigualdades en salud en las áreas anteriores.

En síntesis, el enfoque de determinantes sociales de la salud implica tomar en cuenta las condiciones sociales y su impacto en exposición, vulnerabilidad y consecuencias diferenciales, para planificar e implementar políticas de salud. Así como, actuar no solo con el objetivo de mejorar el nivel promedio, sino que explícitamente para reducir las inequidades en salud, a través de políticas que incorporen acciones sobre los determinantes sociales que provocan estas inequidades.

2.3 Enfoque de Derechos

Los derechos humanos tienen una visión y un objetivo común: la libertad, la dignidad y el bienestar de todos en todas partes (4). El siglo XX ha mostrado notables progresos en cuanto a los derechos humanos y se han generado importantes avances en la eliminación de la discriminación en razón de la religión, raza y género, también en escolaridad y atención básica en salud. La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 reconoce por primera vez en la historia los derechos humanos como una responsabilidad de carácter mundial, empezando a preservar derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales en un marco mundial de respeto por la dignidad y la libertad humana en siete ámbitos:

- Libertad de la discriminación
- Libertad de la necesidad
- Libertad para desarrollarse y hacer realidad la potencialidad humana de cada uno
- Libertad de temor, de las amenazas contra la seguridad personal y la violencia
- Libertad de la injusticia

- Libertad para participar en la toma de decisiones, expresar opiniones y formar asociaciones
- Libertad para tener un trabajo decente

Los derechos humanos agregan valor a las propiedades de los servicios de salud por medio de la legitimidad moral y el principio de justicia social y enfoca sus prioridades hacia los más desposeídos en razón de la discriminación dotándolos de facultades para reclamar medidas sociales que los protejan de los peores abusos y privaciones. De esta manera se crean nuevos compromisos con la libertad humana, haciendo énfasis en el carácter universal de los derechos, estos como meta colectiva de la humanidad, aceptando la pluralidad de derechos y determinando responsabilidades para los Estados en el cumplimiento de estas metas.

Para lograr la realización universal de los derechos humanos se necesitan siete características clave (4) porque las libertades humanas nunca han avanzado de forma automática por procesos económicos y políticos arraigados a valores divisionistas.

1. Todas las regiones necesitan fortalecer sus mecanismos sociales para garantizar las libertades humanas, con normas, instituciones, marcos jurídicos y una atmósfera económica propicia.
2. El cumplimiento de todos los derechos humanos requiere una democracia incluyente, que proteja los derechos de las minorías, prevea la separación de poderes y vele por la responsabilidad pública.
3. La erradicación de la pobreza no es solo una meta del desarrollo, es una tarea central de los derechos humanos.
4. Los derechos humanos en regiones integradas globalmente requiere justicia a escala nacional. El modelo de responsabilidad centrado en el Estado debe ampliarse a las obligaciones de los actores no estatales y a las obligaciones del estado más allá de las fronteras nacionales.
5. La información y las estadísticas son un instrumento poderoso para crear una cultura de responsabilidad y para hacer realidad los derechos humanos; el objetivo es generar información y pruebas que puedan romper las barreras de incredulidad y movilizar cambios de la política y la conducta.
6. Para alcanzar el objetivo de respeto de todos los derechos de todos los pueblos de todos los países se requiere la acción y el compromiso de los principales grupos de todas las sociedades (las ONG, medios informativos, empresas, autoridades locales y nacionales y dirigentes de la opinión pública, entre otros).

7. Los derechos humanos no pueden hacerse realidad a escala local sin una acción regional más enérgica para apoyar a los lugares en desventaja y compensar las desigualdades en aumento a escala nacional.

Se considera integrar el enfoque de los derechos humanos en una noción más amplia, debido a que incluye los conceptos normativos de libertad, bienestar y dignidad, y así analizar el nivel de prioridad de las preocupaciones y de este modo facilitar en la práctica esfuerzos por llegar al pleno cumplimiento de los objetivos que se propone.

El derecho a que las personas reciban ayuda en defensa de sus libertades demanda acciones positivas para facilitar y no poner trabas al garantizar que las personas cumplan con un estándar de vida que ellas mismas valoren; esto implica que los derechos humanos también se fundamentan en la importancia de las libertades para la vida humana (4).

Las formas estratégicas de este enfoque se centran principalmente en las libertades políticas: derechos civiles y derechos democráticos, lo cual no significa que no aborde otras dimensiones como el empoderamiento, la vulnerabilidad y la desigualdad, que son importantes en el fortalecimiento de las capacidades de los pobres, y así, por ejemplo, la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993 manifiesta que los derechos económicos, sociales y culturales son tan importantes como los derechos políticos y civiles (4) a partir de la obligación que adquieren los estados de promover el respeto universal.

La contribución de los derechos humanos a asunto de la salud la encontramos en la relación que surge entre tener un derecho y el acceso a la libertad concreta, por medio de otras personas o a través de las instituciones, es decir, la reivindicación de un concepto normativo y la ejecución de mecanismos para generar progreso individual y luego social en determinado componente depende del deber que otros tiene para facilitar calidad de vida. De tal manera que evaluar la calidad, desde una perspectiva de los derechos, determina los deberes de otros dentro de un sistema social para promover el desarrollo, y a partir de esto sistemas de rendición de cuentas, culpas y responsabilidades, cuando se realizan los derechos, como mecanismos adecuados para buscar soluciones.

La importancia práctica de este enfoque no solo se vincula a la determinación de quién o quiénes son los responsables, también identifica las deficiencias dentro de un sistema social, que por lo general, tienden a empeorar simultáneamente (4): tradiciones que restringen derechos por género (responsabilidad de padres), administraciones públicas que limitan acceso a equipamientos (responsabilidad de gobiernos), capacidad económica insuficiente de individuos y familias, tanto para pagar gastos o porque generan desatención y sacrifican otras necesidades, o servicios insuficientes e inseguros.

Las maneras en que los derechos humanos direccionan las preocupaciones por la salud se basan, de un lado, en que los derechos individuales representan límites de las pérdidas que las personas pueden soportar, y de otro lado, en la forma en que las instituciones se relacionan con los ciudadanos (tradición necesaria de los derechos humanos por supervisar la función pública y la estructura institucional dentro de una sociedad).

2.4 Enfoque Territorial

El enfoque territorial es esencialmente integrador de espacios, agentes, mercados y políticas públicas de intervención. Busca la integración de los territorios rurales a su interior y con el resto de la economía regional, su revitalización y reestructuración progresiva y la adopción de nuevas funciones y demandas.

Este diagnóstico parte de una noción de territorio que trasciende lo espacial. En efecto, el territorio es considerado como un producto social e histórico — lo que le confiere un tejido social único—, dotado de una determinada base de recursos naturales, ciertas formas de producción, consumo e intercambio, y una red de instituciones y formas de organización que se encargan de darle cohesión al resto de los elementos. De tal manera que este enfoque:

- Parte de la necesidad de reconstrucción del concepto de lo rural, reconociendo la articulación de las dimensiones urbana y rural de manera orgánica, conformando espacios demográficos integrados que comparten estructuras sociales, económicas e institucionales construidas en procesos históricos de apropiación del espacio, y en particular, de sus recursos naturales.
- Supera la visión sectorial de la economía rural que la prioriza como sinónimo de economía agrícola, a favor de una visión multisectorial de

economía territorial, que incorpora elementos de la economía regional y de la economía de recursos naturales.

- Potencia la visión convencional de manejo de recursos naturales desde una perspectiva de protección ambiental, a favor de una concepción multidimensional en la que lo ambiental, lo económico, lo social y lo político institucional interactúan sobre el territorio, promoviendo la gestión ambiental sostenible y el desarrollo de mercados de servicios ambientales.
- Promueve la cooperación, la responsabilidad compartida y la cogestión como complementos de la participación y como elementos fundamentales para la integración de los enfoques de descendentes y ascendentes.
- Reconoce la importancia de los encadenamientos en cadenas de valor agregado, pero articulados al territorio en una economía que es intrínsecamente multisectorial, destacando la importancia de alcanzar objetivos múltiples y articular procesos productivos a través de conceptos como clusters, distritos productivos, cadenas agroalimentarias territorializadas y denominación de origen.
- Incluye y supera la visión de transferencia tecnológica para incrementar la productividad, a partir de los conceptos de sistemas de innovación tecnológica y competitividad territorial, enfatizando una visión de competitividad sustentada en la interacción de aspectos económicos, socio-culturales y ecológico-ambientales. Con ello se trasciende la visión convencional del capital en la dinámica económica, destacando la importancia de la creación de capital humano (capacidades de la personas), la valorización del capital social (relaciones, redes, etc. que facilitan la gobernabilidad y amplían el acceso a servicios básicos), y el mantenimiento del acervo de capital natural (base de recursos naturales), sobre la base del fortalecimiento de las capacidades culturales y políticas de la sociedad rural.
- Destaca la importancia de las políticas de ordenamiento territorial, autonomía y autogestión, subsidiaridad y coordinación, como marco de las políticas de descentralización, integración regional y nacional e internalización.
- Promueve el desarrollo de sistemas basados en el conocimiento, que enfatizan la integración de aspectos relativos al descubrimiento, adquisición, diseminación y gestión del conocimiento, con la participación del conjunto de la sociedad rural y con la posibilidad de sistematizar los conocimientos tradicionales y contextualizar los conocimientos formales modernos.

- Rescata la economía territorial y local rural en las estrategias de crecimiento, integrando la economía ambiental.
- Promueve la coordinación entre las políticas macro, sectoriales y territoriales, nacionales, regionales y locales.

3. Marco Metodológico

Para el Diagnóstico local con participación social 2012 se construyó durante el periodo de marzo de 2013 a febrero de 2014, la cual contiene los capítulos 1, 2, 3 y 4 enmarcado en la siguiente estructura.

3.1. Problematización y análisis de la situación de salud y calidad de vida en la localidad Desde la perspectiva de los determinantes de la salud.

Primera actividad: Un insumo de base para este ejercicio correspondió el mapeo de actores realizado en el periodo agosto 2012 a febrero de 2013. El mapeo de actores tanto institucional como comunitario, será suministrado por el equipo de gestión de políticas como insumo para la actualización propuesta.

Segunda actividad: Construcción del perfil de Salud – Enfermedad: Entre estas características del análisis están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida. Para el desarrollo de esta sección se presentó la información por etapa de ciclo vital 2012 que dieron cuenta de la situación real de los procesos salud – enfermedad de los habitantes de la localidad.

Por último el diligenciamiento de la matriz de problematización de la situación de salud y calidad de vida: la problematización comprende 3 fases: 1. Reconocimiento o identificación del problema, para lo cual se contó con información de procedencia y características variadas (indicadores en salud, diagnósticos de salud, percepción de la comunidad en torno a la situación de salud. 2. La definición del problema, ¿a quienes afectó?, ¿Dónde ocurrió?, ¿desde hace cuánto? ¿Qué consecuencias generó? 3. La explicación y análisis del problema, es decir con la identificación de las situaciones o

circunstancias que determinaron la su ocurrencia, para lo que se abordaron los determinantes de la salud.

3.2. Profundización en el Análisis de los determinantes de salud y calidad de vida

Actividad: Construcción de núcleos problemáticos y temas generadores. El núcleo se elaboró a partir de la información proveniente de la Matriz de problematización de la situación de salud y calidad de vida. Se tuvo en cuenta: población afectada por etapa de ciclo vital, condiciones de vida (como vive esa población), características territoriales del lugar donde viven estas poblaciones, los daños o consecuencias relacionados con el problema, la temporalidad del problema y las respuestas a este problema. Por medio de esquemas mentales por cada énfasis de programas y este con su tema generador planteado en positivo que diera cuenta de las acciones y logró de las situaciones y condiciones de vida de la población.

3.3. Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas de salud en la Localidad

Actividad: Diligenciamiento de la matriz de balance de la oferta actual frente a cada núcleo problemático para la realización de este análisis de respuestas se agregó Información relacionada para cada etapa de ciclo vital 2012 que conforman la localidad. Para este ejercicio se tuvo en cuenta la actualización del mapeo de actores de la oferta institucional y comunitaria actualizada por etapa de ciclo vital 2012 y UPZ, la cual fue suministrada por el equipo de gestión de políticas antes del 10 de agosto del 2013.

3.4. Propuesta de Respuestas y Recomendaciones.

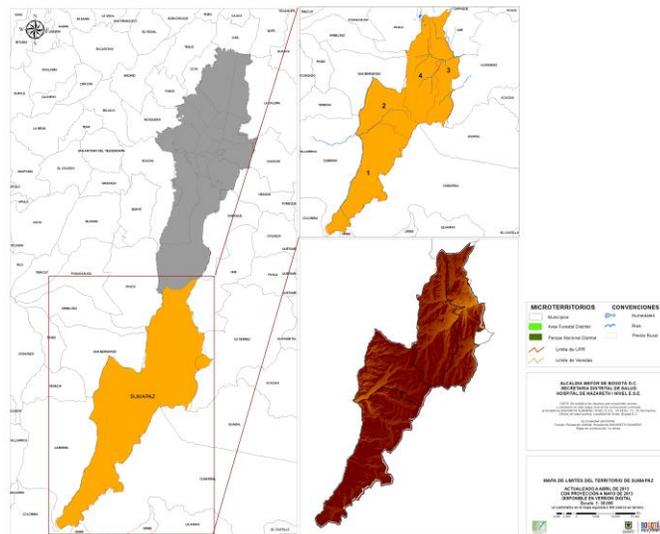
Actividad: Diligenciamiento de la Matriz de balance de la oferta y construcción de respuestas integrales: Para la estructuración del capítulo 4, se diligenció el registro de la Matriz en esta se registraron las variables

necesarias para generar las recomendaciones y propuestas de respuestas por cada énfasis del programa.

4. Problemática y análisis de la situación de salud y calidad de vida

4.1 Contextualización General

La Localidad de Sumapaz limita al norte con la Localidad de Usme; al sur con el municipio de Colombia - Huila; al oriente con los municipios de Une y Gutiérrez – Cundinamarca – y Guamal y Cubarral – Meta; al Occidente con los municipios de Pasca, Arbeláez, San Bernardo y Cabrera – Cundinamarca. El ecosistema cuenta con 35.928 hectáreas de pajonal, 25.017 hectáreas de frailejónal y pajonal, 5.402 hectáreas de bosque natural, 1.856 hectáreas de turbera, 106 hectáreas de laguna y 1.128 kilómetros de ríos y quebradas.(Ver Mapa 1).



Mapa 1. Localización Espacial

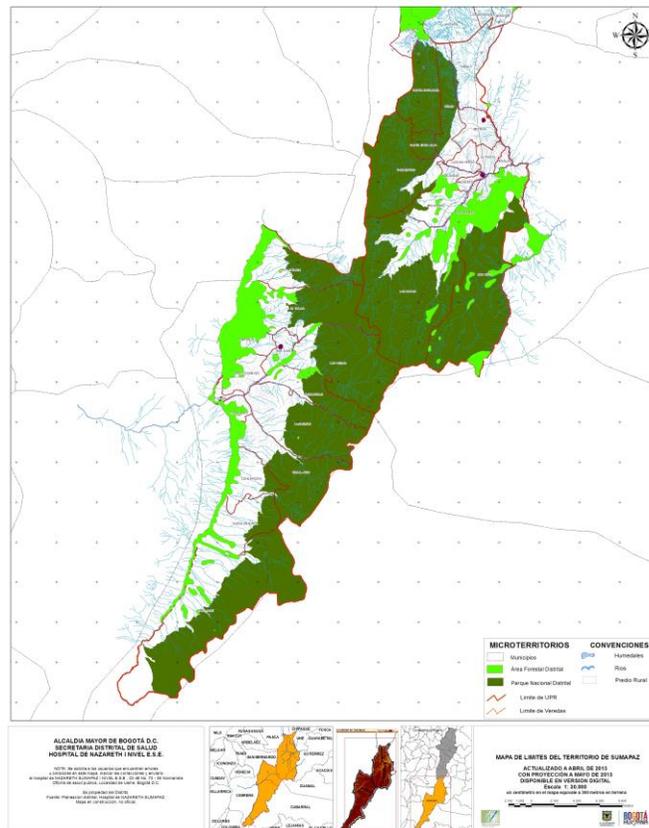
Fuente: E.S.E. Hospital Nazareth. 2013 Localidad 20 de Sumapaz.

Ahora bien, la Localidad de Sumapaz se encuentra ubicada entre los 2.600 a 4.320 metros de altura sobre el nivel del mar y cuenta con características diferenciales de conservación del paisaje ambiental, biológico y geológico por la existencia de zonas protegidas de acuerdo a la norma de Parque Nacional Natural Sumapaz -PNNS. Además, tiene un área total de 78.096 hectáreas,

de las cuales 46.812, equivalentes al 59,9% de la superficie total, son suelos protegidos (Ver mapa 2).

Junto a lo anterior, la localidad posee un ecosistema de montaña cuyo relieve está conformado por sectores quebrados y fuertemente quebrados, además de amplios valles como el del río Santa Rosa. Cabe destacar que en esta localidad se genera uno de los más grandes recursos hídricos de Colombia, el cual hace parte de las cuencas de los ríos Magdalena y Orinoco. La importancia del Sumapaz como futuro abastecedor de agua para Bogotá ha sido resaltado en varias oportunidades, pues conforma un conjunto natural que cumple un importante papel en el ciclo del agua, tanto regulando los flujos desde la montaña, como alimentando los depósitos subterráneos. La clasificación biótica del ecosistema de la localidad se da en 35.928 hectáreas de pajonal, 25.017 hectáreas de frailejónal y pajonal, 5.402 hectáreas de bosque natural, 1.856 hectáreas de turbera, 106 hectáreas de laguna, 1.128 kilómetros de ríos y quebradas.

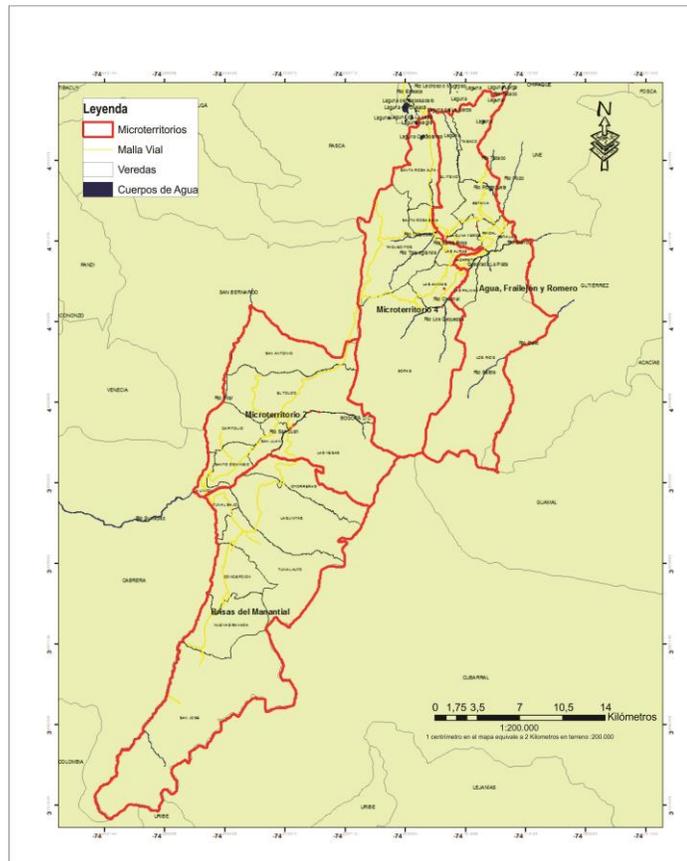
La dinámica de la localidad es netamente rural, tal como lo sugiere el POT, se trata de un territorio poblado por campesinos que preservan las formas de vida rural bajo actividades agrícolas, forestales, extractivas y pecuarias y desde la preservación de su riqueza escénica, biótica y cultural propias.



Mapa 2. Parque Nacional Natural y Zonas de Reserva
Fuente: Hospital Nazareth. 2013 Localidad 20 de Sumapaz.

A finales de 2008 el Hospital Nazareth hizo una propuesta de división territorial tomando como referencia los procesos de asentamiento de las principales cuencas hidrográficas, las unidades de planeación rural (UPR), los factores de concordancias edafoclimáticas, geográficas, socioculturales y las estructuras de redes comunitarias. La propuesta de división territorial se consolidó de la siguiente manera (Ver Mapa 3).

Localidad No. 20 - Sumapaz
Microterritorios 2012



Mapa 3 División de los Microterritorios

Fuente: E.S.E. Hospital Nazareth. 2013. Localidad 20 de Sumapaz.

Para el Hospital Nazareth la unidad básica de planificación y administración de los recursos son los micro-territorios, es a partir de estas unidades que se hacen los análisis territoriales. Varias instituciones manejan unidades de análisis poblacional diferentes a las del Hospital Nazareth. El DANE, por ejemplo, en sus proyecciones estima que la población de Bogotá para el 2012 es de 7'571.345 habitantes y la de Sumapaz de 6.296 habitantes, un 0,08% del total de residentes del Distrito Capital. Además, proyecta un aumento de la población del 3,2% del 2011 al 2015 con una tasa de crecimiento menor que la de la Bogotá urbana, que se consideró en un 5.5%(5)

Si se siguieran las sugerencias del DANE la población de la Localidad para 2015 sería de 6460 habitantes. No obstante, estas proyecciones son totalmente diferentes a los censos locales. Para el año 2002 la Alcaldía Local

de Sumapaz contaba con una cifra oficial de 2.531 habitantes, cifra plasmada en acta del Consejo Local del 30 de Enero del año 2003. En este mismo año el Hospital Nazareth realizó un rastreo poblacional a través de un seguimiento a fichas familiares y encontró una población de 2.373 habitantes distribuidos en 531 núcleos familiares. Con el 100% de la caracterización de las familias y de sus integrantes, este rastreo poblacional se toma como la fuente principal ante la Secretaría Distrital de Salud. Para el presente año el Hospital Nazareth considera que en la Localidad de Sumapaz habitan 2.828 habitantes, distribuidas en 785 núcleos familiares, lo cual significa un crecimiento de 455 individuos en 7 años.

Ahora bien, es necesario observar la población en términos de corregimientos. Para 2012 el corregimiento de Nazareth-Betania cuenta con una población de 1.348 habitantes (47.7% del total de la población), mientras que el corregimiento de San Juan posee 1.480 habitantes (52.3% del total de la población), con un índice por densidad poblacional de 3,7 habitantes por kilómetro cuadrado. La distribución poblacional por género evidencia una mayor representatividad del género masculino, 53.3% de los habitantes de la Localidad son hombres principalmente en edades comprendidas entre los 15 y 19 años, lo cual significa un un índice de masculinidad de 1.1 (Ver Tabla 1). Pues bien, este comportamiento inverso al identificado en el perímetro urbano de Bogotá en el cual la participación porcentual de las mujeres sobre el total de la población es de 52% y de los hombres 48%.

Tabla 1. Distribución de la población por género y grupo de edad.
Localidad 20 de Sumapaz. 2012

QUINQUENIO	FEMENINO	MASCULINO	Total general
DE 0-4 AÑOS	39	40	79
DE 5-9 AÑOS	91	99	190
DE 10-14 AÑOS	165	153	318
DE 15-19 AÑOS	156	211	367
DE 20-24 AÑOS	173	158	331
DE 25-29 AÑOS	109	127	236
DE 30-34 AÑOS	76	107	183
DE 35-39 AÑOS	78	90	168
DE 40-44 AÑOS	97	105	202
DE 45-49 AÑOS	76	77	153
DE 50-54 AÑOS	51	83	134
DE 55-59 AÑOS	47	58	105
DE 60-64 AÑOS	39	48	87
DE 65-69 AÑOS	35	54	89

DE 70-74 AÑOS	33	40	73
DE 75-79 AÑOS	28	30	58
DE 80-84 AÑOS	14	13	27
DE 85 AÑOS Y MÁS	8	20	28
Total general	1315	1513	2828

Fuente: APS en línea. Hospital Nazareth 2013

En la Localidad de Sumapaz la esperanza de vida al nacer se distribuye de la siguiente forma:

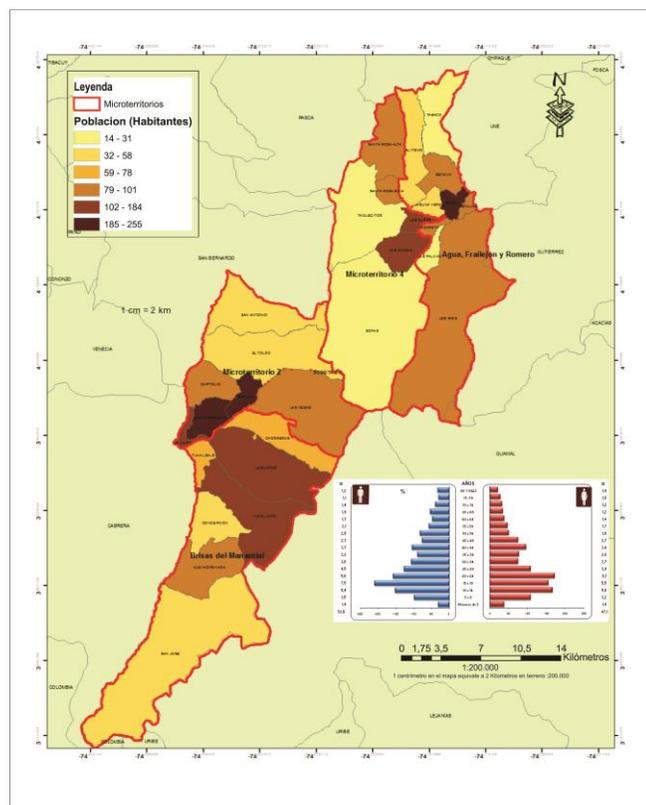
HOMBRES	MUJERES	TOTAL
67,3	74,9	71

Fuente: DANE. Censo General 2005, DANE - SDP, Proyecciones de población según localidad, 2006 – 2015

La pirámide poblacional sumapaceña se caracteriza por tener un comportamiento regresivo hasta los 14 años debido a una natalidad baja y al descenso sostenido de la fecundidad por prácticas de control de la natalidad, lo cual es indicativo de una población envejecida. En la población posterior a los 15 años se nota un desarrollo progresivo, lo que indica un aumento de la población joven y una moderada disminución poblacional conforme nos acercamos a etapas del ciclo vital adultez y vejez.

Como se puede observar en la pirámide, el 49,6% de la población se encuentra agrupada en las etapas infancia, adolescencia y juventud, mientras que el 37,5% en etapa adultez.(4).

Localidad No. 20 - Sumapaz
Población 2012



Mapa 4. Población

Fuente: E.S.E. Hospital Nazareth. 2013. Localidad 20 de Sumapaz.

Además, la localidad presenta un índice de envejecimiento del 46,8%, lo cual representa una importante transferencia de riqueza cultural transgeneracional y una gran inversión en salud pues hay una alta prevalencia de enfermedades crónicas presentes en esta población (Hipertensión y diabetes). Ahora, como el 38.3% de la población de Sumpaz se encuentra en el ciclo vital adultez y el 20.2% en juventud, siendo estos dos ciclos los más prevalentes, la localidad cuenta con una gran capacidad y fuerza productiva. (Ver tabla 2). Aunado a lo anterior, dichas cifras muestran una razón de dependencia del 42,8%, es decir, la población en edad productiva tienen una importante carga económica, aunque el resultado de este indicador puede variar, ya que existe población menor de 15 años y mayor de 64 que son económicamente productivos.

Ahora bien, en la Localidad no hay una continuidad entre la educación primaria, secundaria y universitaria que propicia que la población joven en

búsqueda de oportunidades migre a la Bogotá urbana con el propósito de seguir con sus estudios.

Tabla 2. Distribución de la población por grupos poblacionales.

Localidad 20 Sumapaz. 2012.

Grupo Poblacional	FEMENINO	MASCULINO	Total general	%
Niños < 1 año	1	2	3	0,11
De 1 a 5 años	44	46	90	3,18
DE 6 A 13 años	207	218	425	15,03
TOTAL INFANCIA	252	266	518	18,32
TOTAL ADOLESCENCIA 14-17 AÑOS	137	155	292	10,33
TOTAL JUVENTUD 18-26 años	281	292	573	20,26
Adulto Joven 27-45 años	327	401	728	25,74
Adulto Maduro 46-59 años	160	195	355	12,55
TOTAL ADULTEZ	487	596	1083	38,30
Mayores jóvenes: 60 a 69 años 11 meses y 29 días	74	102	176	6,22
Mayores adultos: 70 a 79 años 11 meses y 29 días	61	70	131	4,63
Mayores muy mayores: 80 a 99 años 11 meses y 29 días	22	33	55	1,94
Centenarios: 100 a 105 años 11 meses y 29 días	0	0	0	0,00
Supra centenarios: mayores de 105 años	0	0	0	0,00
TOTAL VEJEZ	157	205	362	12,80
Total Localidad	1315	1513	2828	100

Fuente: APS en línea. Hospital Nazareth 2013

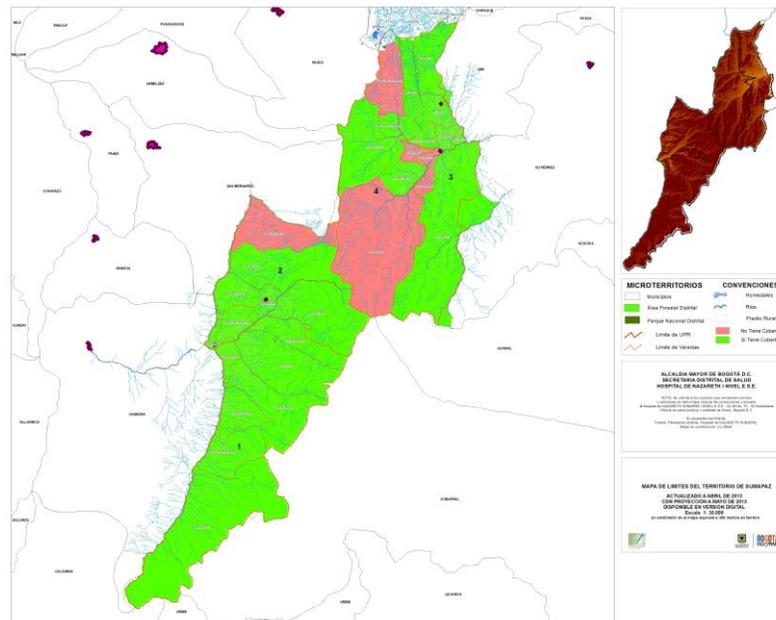
De acuerdo a proyecciones del DANE 2010-2015, la esperanza de vida al nacer para la localidad de Sumapaz es la más baja del Distrito capital, en promedio los hombres viven 67,3 años y las mujeres 74,9 años. (5).

Por otra parte, es importante señalar que en la Localidad de Sumapaz, al ser rural y la más grande del Distrito, tiene una gran importancia la salud ambiental. Ciertamente, la localidad presenta las mejores condiciones de conservación y diversidad florística de la ciudad, pero actualmente exhibe una dinámica de conflicto en el uso del suelo relacionada con la expansión de la frontera agrícola y con otras acciones antrópicas. Todo esto ha puesto en riesgo el frágil ecosistema de la localidad, de hecho ha terminado en un

proceso de fragmentación que lo hace más vulnerable frente a cualquier tipo de impacto, le hace perder su capacidad de y lo desconecta de la red ecosistémica, algo que además dificulta la polinización y el viaje de semillas, y contribuye a la pérdida de especies nativas, entre otros problemas ambientales.

Otros tipos de riesgos ambientales que están asociados con peligros para la salud vienen manifestándose en la Localidad. Por un lado, el sistema de suministro de agua se hace a través de 14 acueductos, conformados por el mismo número de asociaciones, y que abastecen veredas como Betania, Raizal, Peñaliza, Itsmo, Tabaco, Laguna Verde, Los Ríos, Las Palmas, Auras, Nazareth, Las Animas, Santa Rosa, Taquecitos, San Antonio, El Toldo, Santo Domingo, Capitolio, La Unión, Juan, Las Vegas y Chorreras, entre otras. Estos acueductos logran dar una cobertura del 74,3% a la localidad de Sumapaz (Ver Mapa 4). El resto de la población se abastece de nacederos de agua o aljibes, ríos, desagües, aguas lluvias y quebradas, que en épocas de verano se secan. Cuando alguno de estos casos sucede el agua se conduce a través de tubos o mangueras que derivan el agua desde las corrientes a las viviendas.

Es importante mencionar que los acueductos comunitarios presentan fallas en la potabilización. Los datos obtenidos en análisis de laboratorio de agua realizados por el Hospital Nazareth muestran que las condiciones fisicoquímicas y microbiológicas de estas aguas no están dentro de los parámetros ideales para el consumo humano (6). Además, que estas falencias tienen como causas los problemas estructurales en cámaras de quiebre, cámaras de reparto y tanques de almacenamiento, las condiciones de manejo de los pozos sépticos y residuos líquidos, al igual que la falta de operación de plantas de tratamientos.



Mapa 5. Cobertura de Acueductos y Agua Potable
Fuente: E.S.E. Hospital Nazareth. 2013 Localidad 20 de Sumapaz.

Otro factor determinante de la calidad del ambiente y que a su vez representa una amenaza latente para la salud humana es el manejo artesanal de las cosechas y las semillas y el inadecuado de los agroquímicos y los desechos por parte de los habitantes de la Localidad de Sumapaz. En cuanto a los productos agroquímicos sucede que su almacenamiento se hace en bodegas ubicadas a orillas de las vías principales y construidas en madera con deficientes condiciones de ventilación e inapropiadas de almacenamiento de los diferentes productos, pues son arrumados sin tener en cuenta sus particularidades y sin respeto separadas. Aunque se ha logrado concienciar a la comunidad de la necesidad de recolectar y almacenar los envases de agroquímicos, a decir verdad existe una dificultad en la disposición final de los mismos pues no se logran sacar de la localidad, situación que ha llevado a que los usuarios desistan de su recolección y almacenamiento.

Ahora bien, en Sumapaz la recolección de los residuos sólidos lo prestan volquetas dispuestas mensualmente por la Alcaldía Local. La cobertura ha aumentado en los últimos años, pero el manejo de los residuos en las veredas que aún no tienen cubrimiento se da a través de la quema de las basuras o el enterramiento de los desechos. Algunos residuos orgánicos son

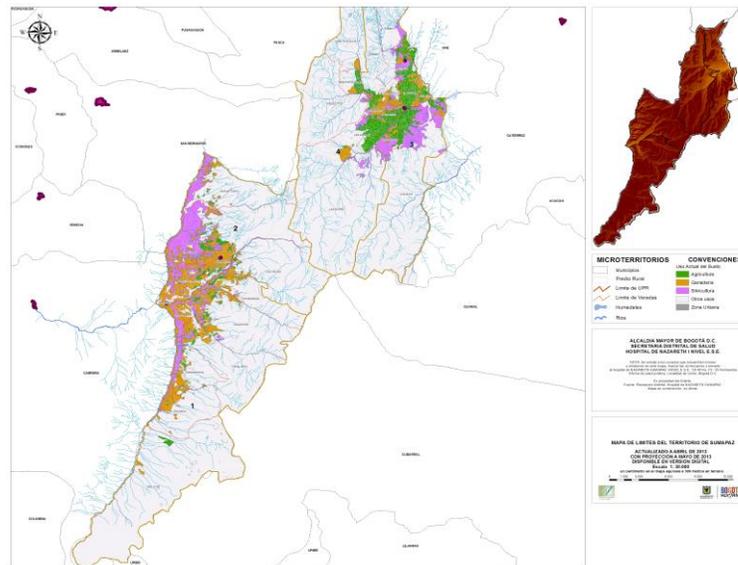
utilizados para la alimentación animal o para la creación de abonos u otras disposiciones del campo.

Otro proceso complejo que viene afectando el medio ambiente y tiene incidencia en la salud de los habitantes de la Localidad de Sumapaz es la deforestación. Esta realidad ha generado erosión, sedimentación, acumulación de derrubios y disminución de los lechos de quebradas y ríos. Seguido a esto se presentan desbordamientos, un aumento de los contaminantes biológicos, químicos y de la turbiedad de las aguas por incremento de los sólidos suspendidos. Todo esto significa una constante decrecimiento de la potabilización del agua. Además de estas razones, la deforestación en la Localidad de Sumapaz es importante para la gestión del agua porque la tala y la quema de la vegetación nativa de páramo y bosque de niebla limitan en forma drástica la infiltración del agua y así los caudales y lechos de las cuencas disminuyen e incluso desaparecen.

Un último factor ambiental es la tenencia de animales pues no se cumplen las condiciones de tenencia y manejo. Entre dichas situaciones se evidencia el indiscriminado e inadecuado uso de medicamentos veterinarios, la insuficiente presencia de programas de desparasitación y vacunación, ambos factores potencian el riesgo de presentación de enfermedades zoonóticas transmisibles.

4.2 Perfil Socio Económico

La Localidad de Sumapaz cuenta con una actividad económica primaria basada, principalmente, en actividades agrícolas. El producto más cultivado es la papa, en un 77%, con cerca de 500 hectáreas sembradas al año y un rendimiento de 15 toneladas por hectárea. Le siguen la arveja, que representa un 11.5% total de las tierras cultivadas y otros cultivos menores, como la cebolla, con un 1.1%, y la papa criolla y los cubios con un 1%. Otras de las actividades productivas que se realizan a menor escala en la localidad son de tipo pecuario y otras refieren a la fabricación de queso, yogurt y arequipe. (Ver Mapa 5) (7).



Mapa 6. Actividades Económicas y Uso del Suelo
Fuente: Observatorio Rural. 2003. Localidad 20 de Sumapaz 2013

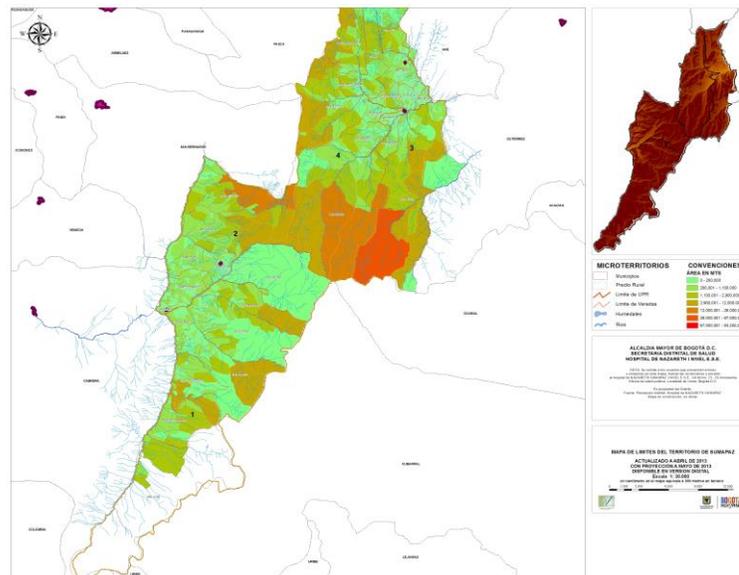
Ahora, en la Localidad de Sumapaz se presentan problemas con el abastecimiento de los alimentos en su cantidad, variedad y calidad requeridas, dadas las grandes distancias que deben recorrer sus habitantes, el estado de las carreteras, la humedad, las inadecuadas técnicas de transporte que influyen en el deterioro de los mismos y los escasos recursos económicos con que cuenta la población. Aun así, en los establecimientos comerciales de la Localidad se pueden obtener alimentos no perecederos como granos secos, harinas, bebidas y algunos implementos de aseo, mientras que los demás alimentos deben ser adquiridos en la Bogotá urbana (7).

Pues bien, el 60% de los establecimientos de la Localidad de Sumapaz en los que se expenden alimentos se encuentran en los centros poblados, el 40% restante se ubica en los lugares de mayor acceso de la población en las diferentes veredas. Para la franja de edad de 6-11 años, se identifican 58 personas y de 12-13 hay 22 personas. En la Localidad se ha identificado población de la segunda infancia que trabaja en sus hogares apoyando las actividades de la economía familiar. Para el año 2012 se contaron, 50 niños y 30 niñas trabajadores en la localidad que sumados dan un total de 80 individuos con la problemática del trabajo infantil.

Otro punto fundamental, producto de un modelo de desarrollo basado en el crecimiento económico, es que la tierra de la Localidad de Sumapaz se

concentra en pocas manos. Esto trae como consecuencia la imposición de barreras para la ampliación de las oportunidades y el desarrollo de capacidades de la población sumapaceña. Al no estar distribuida en condiciones equitativas, la tierra, principal activo del sector rural, genera un conflicto social permanente y condiciones que dificultan los niveles de calidad de vida de la población en su conjunto.

Todo esto se sostiene del Coeficiente GINI, indicador que mide la desigualdad en la concentración del uso del suelo, para la Localidad de Usme. Sabemos que este coeficiente se mide entre 0 y 1, donde 1 indica el mayor nivel de desigualdad y el 0 el menor. Pues bien, en la tabla tres se observan los coeficientes de Gini para concentración del uso del suelo entre los años 2009 y 2010. Como se nota, en ambos periodos ha habido una disminución en el indicador que indica, entonces, una mejoría en la distribución del uso del suelo. Sin embargo, es evidente que la tierra se concentra en pocos propietarios (Ver Mapa 7).



Mapa 7 Concentración de la Tierra.
Fuente: Observatorio Rural. 2003. Localidad 20 de Sumapaz. 2013

Tabla 3. Índice de Gini según Tamaño de los Predios Rurales.

Fecha	Índice de Gini Según Tamaño de los Predios
-------	--

	Rurales GINI TP
2009	0,80
2010	0,78

Fuente: Observatorio rural de Bogotá D.C. 2012

Otro de los indicadores que nos presentan un contexto socio-económico de la localidad es el de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Las NBI son la evaluación de un conjunto de condiciones de vida, resumidas en cinco componentes, mediante los cuales se clasifica un hogar como pobre por NBI si presenta al menos una de las condiciones, o en miseria por NBI si presenta al menos dos de esas condiciones (CEPAL 2007). Para el año 2007 la Secretaría Distrital de Hábitat -SDHT- presentó los indicadores NBI, en el Sumapaz. Para ese entonces la localidad reportó un NBI del 27.7%, cifra superior al resto de las localidades de Bogotá. Para 2010, el 57,9% de los hogares de la localidad se encontraban en situación de pobreza, esto es, tenían carencia de una necesidad básica y el 6,5% de los hogares se encontraban en situación de pobreza extrema, es decir, les hacían falta más de dos indicadores. El aspecto que más influyó sobre la condición de pobreza de la localidad fue el material de las viviendas, pues el 65% de los hogares tenían carencias en este aspecto, le siguieron los servicios públicos inadecuados con un 37%, la alta dependencia económica con un 11,9%, el hacinamiento crítico con 8,2% y, finalmente, la inasistencia escolar con un 0,2%.

Además de las NBI identificadas, un aspecto que determina la funcionalidad de la economía en la localidad y las barreras de acceso, es las vías de acceso. La estructura vial de la Localidad de Sumapaz está compuesta por redes primarias, que son aquellas vías que comunican la localidad con el distrito urbano, de secundarias, que comunican el entrelazado de veredas. La mayoría de estas vías no están pavimentadas y en algunos tramos están bloqueadas por riesgos de remoción en masa y derrumbes. La cobertura vial, indicador que mide la densidad de vías secundarias en km/km², esta tasa aumentó durante el periodo 2005 – 2012 de un 0,04 a un 0,06, lo que significa un aumento en el número de vías de acceso dentro de la localidad y con el área urbana del distrito (8). Una causa de lo anterior está en la priorización del gasto en vías y movilidad que se dio para el año 2011 en la localidad, que de hecho se llamó el “año de la movilidad” en Sumapaz.

Como lo muestra la Tabla 4, en el periodo 2009-2012 hubo una disminución de 117 viviendas rurales. También hubo aumentaron en un 19% las viviendas con servicio de alcantarillado y casi un 21% las viviendas con servicio de acueducto; ambos indicadores evidencian una mejoría en la prestación de los servicios de acueducto y alcantarillado en la localidad de Sumapaz.

Tabla 4 Porcentaje de Viviendas con servicio de Acueducto y Alcantarillado.
Localidad 20 de Sumapaz, 2009 - 2012

Fecha	Total de viviendas rurales	Viviendas con servicio de alcantarillado	Porcentaje de Viviendas con Servicio de Alcantarillado	Porcentaje de Viviendas con Servicio de Acueducto
2009	1.438	260	18,08	42.21
2012	1.321	501	37,93	63

Fuente: Porcentaje de Viviendas con servicio de Acueducto y Alcantarillado
(Observatorio Rural de Bogotá 2012)

Frente a la prestación de energía eléctrica, durante el periodo 2009-2012 se observa un aumento en la cobertura de este servicio hasta alcanzar la cobertura total de las viviendas en la localidad, algo diciente de un avance en la calidad de vida de la población de Sumapaz (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Porcentaje de Viviendas con servicio de Energía Eléctrica.
Localidad de Sumapaz, 2009-2012

Fecha	Total de Viviendas Rurales	Número de Viviendas con servicio de energía eléctrica	Porcentaje de viviendas con servicio de energía eléctrica
2009	1.438	1.355	94.23
2012	1.353	1.353	100

Fuente: Observatorio Rural de Bogotá 2012

Cabe mencionar que la tasas de ocupación de la Localidad según las cifras del DANE en su encuesta de Calidad de Vida de Bogotá es de 24,75.

En la Localidad de Sumapaz la tasa de matriculación en educación primaria y secundaria (proporción de la población en un rango de edad definido que se encuentra asisitendo a un centro de educación formal), así como la tasas de

asistencia (Asistentes de 5 a 17 años de edad / Población de 5 a 17 años de edad) y la tasa de cobertura tasa de Cobertura Bruta (TCB), se distribuyen de la siguiente manera:

	Tasa de asistencia	Tasa de cobertura bruta	Tasa de cobertura neta
PREESCOLAR	93,0	47,7	40,8
PRIMARIA	99,6	122,4	85,4
SECUNDARIA	88,9	143,5	83,7
Educación superior	39,8	7,8	6,6

Además de lo anterior es necesario mencionar que la Localidad de Sumpaz cuenta con dos colegios distritales, el Colegio Campestre Jaime Garzón y Gimnasio del Campo Juan de la Cruz Varela. Cada uno de estos posee entre 13 y 14 sedes educativas respectivamente en la jurisdicción distrital, aunque también cuenta con dos, los cuales son La Totuma Alta y Manuela Beltrán que se encuentran ubicadas en el departamento del Meta y en el municipio de Une, Cundinamarca, respectivamente.

Generalmente hay una escuela por vereda, de hecho se tiene una unidad básica en la vereda Auras en el corregimiento de Nazareth y otra unidad básica en la vereda La Unión en el corregimiento de San Juan. Las distancias son grandes, pero existen rutas escolares que recorren las veredas recogiendo y llevando a los estudiantes a las sedes. Este servicio es gratuito y es proporcionado a los NNA de los niveles de educación preescolar y básica, prioritariamente de los estratos uno y dos, que se encuentran matriculados y viven mínimo a 2 Km. de distancia de los centros educativos.

En el año 2012 la Localidad de Sumapaz contó con un total de 110 docentes, lo cual la constituye como la tercera localidad con mayor número de docentes en zonas rurales después de Suba y Ciudad Bolívar. Sin embargo, si se tiene en cuenta el número de docentes en comparación con la población, se observa que en la localidad de Sumapaz hay más docentes por número de estudiantes que en las localidades de Suba y Ciudad Bolívar. - Tabla 6-.

Tabla 6 Número de Docentes por Localidad, Zona rural Bogotá. 2011.

Fecha	Localidad 1 Usaquén - 1Usq	Localidad 2 Chapinero - 2Cha	Localidad 3 Santa Fe - 3SFe	Localidad 4 San Cristóbal - 4SCri	Localidad 5 Usme - 5Usm	Localidad 20 Sumapaz - 20Sum	Localidad 19 Ciudad Bolívar - 19CBol	Localidad 11 Suba - 11Su
2011		28	21	14	80	110	158	195

Fuente: Observatorio Rural de Bogotá 2012

Durante el 2012, la matrícula en los dos colegios de la localidad de Sumapaz -Juan de la Cruz Varela y Jaime Garzón-, presentó la siguiente población:

Tabla 7 Número de estudiantes, Localidad 20 de Sumapaz, 2012

Nivel	Colegios		Totales
	Juan de la Cruz Varela	Jaime Garzón	
Primaria	99	113	212
Secundaria	317	225	542
Total	416	338	754

Fuente: Base de datos matrícula Colegios, DILE Sumapaz, 2012.

Un determinante intermedio que afecta la gestión del conocimiento para la toma de decisiones es la falta de estudios y encuestas para tener actualizados los indicadores trazadores y fundamentales para medir la calidad de vida, el desarrollo humano y los niveles de desigualdad en la localidad. Es decir, las instituciones no han invertido recursos suficientes para desarrollar estos procesos de diagnósticos socio-económicos que posibiliten la toma de decisiones y caracterización de la localidad. En este sentido es importante resaltar que no se cuentan con datos para medir la tasa de alfabetización de los adultos en la Localidad de Sumapaz ni con los medios para medir el PIB Per cápita.

4.3 Perfil Salud-Enfermedad

El perfil de salud enfermedad en la localidad se encuentra condicionado a una serie de factores en los cuales transcurren la vida de las personas y sus familias. Estos factores impactan positiva o negativamente sobre los procesos individuales, biológicos y psicológicos de enfermar o morir.

Morbilidad

El análisis de la morbilidad en la localidad, se realizó de acuerdo a las diferentes etapas del ciclo vital, toda vez que los factores que afectan la salud de la población difieren de una etapa a otra del ciclo.

Infancia

En la localidad de Sumapaz, la principal causa de atención por consulta externa en este grupo poblacional son las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (27,9%) y Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (7,5%) (Ver tabla 8). De acuerdo con los datos observados, las principales causas de morbilidad en la Infancia atendidas por consulta externa están relacionadas con las características ambientales y climatológicas de la localidad.

Tabla 8 Diez primeras causas de morbilidad por Consulta Externa Infancia. Hospital Nazareth 2012

No	Descripción	MUJERES		HOMBRES		Total	
		n	%	n	%	n	%
1	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	63	30,3	52	25,5	115	27,9
2	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	17	8,2	14	6,9	31	7,5
3	Conjuntivitis y otros trastornos de la conjuntiva	12	5,8	18	8,8	30	7,3
4	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	10	4,8	18	8,8	28	6,8
5	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	9	4,3	13	6,4	22	5,3
6	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	8	3,8	13	6,4	21	5,1
7	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	11	5,3	6	2,9	17	4,1
8	Otitis media y otros trastornos del oído medio y de la mastoides	4	1,9	10	4,9	14	3,4
9	Micosis	6	2,9	5	2,5	11	2,7
10	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	5	2,4	3	1,5	8	1,9
	Resto de causas	63	30,3	52	25,5	8	1,9
Total		208	100,0	204	100,0	412	100,0

Fuente: Sistemas de Información en Salud, Hospital Nazareth. 2012

Las principales causas de atención por urgencias de la población perteneciente al ciclo de Infancia en la localidad, fueron diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (14,9%) y faringitis aguda y amigdalitis aguda (11,1%) (ver tabla 9)

Tabla 9 Diez primeras causas de consulta por Urgencias Infancia. Hospital Nazareth 2012

No	Descripción	MUJERES		HOMBRES		Total	
		n	%	n	%	n	%

1	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	16	18,0	15	14,6	31	16,1
2	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	12	13,5	9	8,7	21	10,9
3	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	6	6,7	13	12,6	19	9,9
4	Dolor abdominal y pélvico	4	4,5	11	10,7	15	7,8
5	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	5	5,6	6	5,8	11	5,7
6	Otitis media y otros trastornos del oído medio y de la mastoides	4	4,5	5	4,9	9	4,7
7	Fiebre de origen desconocido R50	5	5,6	3	2,9	8	4,2
8	Varicela y herpes zoster	4	4,5	3	2,9	7	3,6
9	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	3	3,4	4	3,9	7	3,6
10	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	2	2,2	4	3,9	6	3,1
	Resto de Causas	28	31,5	30	29,1	58	30,2
Total		89	100,0	103	100,0	192	100,0

Fuente: Sistemas de Información en Salud, Hospital Nazareth. 2012

Adolescencia

En la localidad de Sumapaz, la principal causa de atención por consulta externa en este grupo poblacional son Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (14,3%) y las infecciones de las vías respiratorias superiores (7,9%) (Ver tabla 10). Llama la atención en este grupo de edad la aparición de dorsopatías como una de las principales causas de consulta, probablemente asociada al inicio de actividades agrícolas o laborales de los adolescentes de esta misma manera, las infecciones de la piel, dolores abdominales y micosis podrían estar relacionadas con la calidad del agua de la localidad.

Tabla 10 Diez primeras causas de morbilidad por Consulta Externa Adolescencia. Hospital Nazareth 2012

No	Descripción	MUJERES		HOMBRES		Total	
		n	%	n	%	n	%
1	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	10	11,8	10	18,2	20	14,3
2	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	7	8,2	4	7,3	11	7,9
3	Otras dorsopatías	2	2,4	7	12,7	9	6,4
4	Migraña y otros síndromes de cefalea	8	9,4	1	1,8	9	6,4
5	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	6	7,1	3	5,5	9	6,4
6	Otras enfermedades del esófago, del estómago y duodeno	6	7,1	2	3,6	8	5,7
7	Dolor abdominal y pélvico	5	5,9	2	3,6	7	5,0
8	Conjuntivitis y otros trastornos de la conjuntiva	4	4,7	3	5,5	7	5,0
9	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no	1	1,2	5	9,1	6	4,3

	especificadas y de múltiples regiones del cuerpo						
10	Micosis	5	5,9	1	1,8	6	4,3
	Resto de causas	31	36,5	17	30,9	48	34,3
Total		85	100,0	55	100,0	140	100,0

Fuente: Sistemas de Información en Salud, Hospital Nazareth. 2012

Las principales causas de atención por urgencias de los adolescentes de la localidad, fueron los traumas (20%) esta causa de consulta se observa predominantemente en la población masculina y Dolor Abdominal y pélvico (18,3%) como primer causa de consulta entre las mujeres de la localidad (ver tabla 9) durante el año 2012 ingresaron por urgencias cinco mujeres por complicaciones del embarazo y el parto.

Tabla 11 Diez primeras causas de consulta por Urgencias Adolescencia. Hospital Nazareth 2012

No	Descripción	MUJERES		HOMBRES		Total	
		n	%	n	%	n	%
1	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	2	5,6	10	41,7	12	20,0
2	Dolor abdominal y pélvico	11	30,6		0,0	11	18,3
3	Otras complicaciones del embarazo y del parto	5	13,9		0,0	5	8,3
4	Migraña y otros síndromes de cefalea	2	5,6	3	12,5	5	8,3
5	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	3	8,3	1	4,2	4	6,7
6	Gastritis y duodenitis	3	8,3		0,0	3	5,0
7	Otras enfermedades del sistema urinario	3	8,3		0,0	3	5,0
8	Efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal	1	2,8	1	4,2	2	3,3
9	Otras enfermedades del esófago, del estómago y duodeno	1	2,8	1	4,2	2	3,3
10	Luxaciones, esguinces y desgarros de regiones especificadas y de múltiples regiones del cuerpo		0,0	2	8,3	2	3,3
	Resto de Causas	5	13,9	6	25,0	11	18,3
Total		36	100,0	24	100,0	60	100,0

Fuente: Sistemas de Información en Salud, Hospital Nazareth. 2012

Juventud

En la localidad de Sumapaz, la principal causa de atención por consulta externa en la poblacional de 18 a 26 años fueron las enfermedades de esófago, del estómago y duodeno (14,3%) el 82% de las personas que consultaron por esta causa fueron mujeres. La segunda causa de consulta fueron las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores infecciones de las vías respiratorias superiores (7,9%) (Ver tabla 10). En este grupo

poblacional, el 74,1% de las consultas fueron realizadas por mujeres mientras los hombres accedieron a los servicios de salud principalmente por Urgencias.

Tabla 12 Diez primeras causas de morbilidad por Consulta Externa Juventud. Hospital Nazareth 2012

No	Descripción	MUJERES		HOMBRES		Total	
		n	%	n	%	n	%
1	Otras enfermedades del esófago, del estómago y duodeno	16	14,3	3	7,7	19	12,6
2	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	9	8,0	3	7,7	12	7,9
3	Otras dorsopatías	9	8,0	1	2,6	10	6,6
4	Migraña y otros síndromes de cefalea	9	8,0	1	2,6	10	6,6
5	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	9	8,0	1	2,6	10	6,6
6	Otras enfermedades del sistema urinario	8	7,1		0,0	8	5,3
7	Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	7	6,3		0,0	7	4,6
8	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	3	2,7	2	5,1	5	3,3
9	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	3	2,7	2	5,1	5	3,3
10	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo		0,0	5	12,8	5	3,3
	Resto de Causas	39	34,8	21	53,8	60	39,7
Total		112	100,0	39	100,0	151	100,0

Fuente: Sistemas de Información en Salud, Hospital Nazareth. 2012

Las principales causas de atención por urgencias de los jóvenes de la localidad, fueron los traumas (12%) esta causa de consulta se observa predominantemente en la población masculina y síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (10%) como primer causa de consulta entre las mujeres de la localidad (ver tabla 9) durante el año 2012 ingresaron por urgencias doce mujeres por complicaciones del embarazo y el parto.

Tabla 13 Diez primeras causas de consulta por Urgencias Juventud. Hospital Nazareth 2012

No	Descripción	MUJERES		HOMBRES		Total	
		n	%	n	%	n	%
1	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	1	1,5	17	20,2	18	12,0
2	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	10	15,2	5	6,0	15	10,0
3	Dolor abdominal y pélvico	5	7,6	7	8,3	12	8,0
4	Otras complicaciones del embarazo y del parto	12	18,2		0,0	12	8,0
5	Gastritis y duodenitis	5	7,6	4	4,8	9	6,0

6	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	1	1,5	8	9,5	9	6,0
7	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1	1,5	7	8,3	8	5,3
8	Otras enfermedades del sistema respiratorio	1	1,5	4	4,8	5	3,3
9	Otras enfermedades del sistema nervioso		0,0	5	6,0	5	3,3
10	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	3	4,5	1	1,2	4	2,7
	Resto de Causas	27	40,9	26	31,0	53	35,3
Total		66	100,0	84	100,0	150	100,0

Fuente: Sistemas de Información en Salud, Hospital Nazareth. 2012

Adultez

En la localidad de Sumapaz, la principal causa de atención por consulta externa en la población adulta fueron las enfermedades de esófago, del estómago y duodeno (10,9%) y las dorsopatías (8,2%) (Ver tabla). En este grupo de edad, se identifica el inicio temprano de enfermedades crónicas como la artrosis y la hipertensión primaria.

Tabla 14 Diez primeras causas de morbilidad por Consulta Externa Adultos. Hospital Nazareth 2012

No	Descripción	MUJERES		HOMBRES		Total	
		n	%	n	%	n	%
1	Otras enfermedades del esófago, del estómago y duodeno	54	11,4	34	10,0	88	10,8
2	Otras dorsopatías	26	5,5	41	12,0	67	8,2
3	Otros trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos	36	7,6	24	7,0	60	7,4
4	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	35	7,4	23	6,7	58	7,1
5	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	34	7,2	22	6,5	56	6,9
6	Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	35	7,4		0,0	35	4,3
7	Migraña y otros síndromes de cefalea	27	5,7	7	2,1	34	4,2
8	Trastornos de los tejidos blandos	12	2,5	16	4,7	28	3,4
9	Artrosis	16	3,4	10	2,9	26	3,2
10	Hipertensión esencial (primaria)	13	2,7	11	3,2	24	2,9
	Resto de Causas	186	39,2	153	44,9	339	41,6
Total		474	100,0	341	100,0	815	100,0

Fuente: Sistemas de Información en Salud, Hospital Nazareth. 2012

Las principales causas de atención por urgencias en la población adulta de la localidad, fueron los traumas (19,9%) en este grupo de edad, los traumas se presentan un comportamiento similar en hombres y mujeres, a diferencia de lo observado en la población más joven. La segunda causa de consulta es el

dolor abdominal y pélvico (7%) como primer causa de consulta entre las mujeres de la localidad (ver tabla).

Tabla 15 Diez primeras causas de consulta por Urgencias Adultos. Hospital Nazareth 2012

No	Descripción	MUJERES		HOMBRES		Total	
		n	%	n	%	n	%
1	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	30	16,3	38	24,2	68	19,9
2	Dolor abdominal y pélvico	14	7,6	10	6,4	24	7,0
3	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	12	6,5	11	7,0	23	6,7
4	Migraña y otros síndromes de cefalea	19	10,3	3	1,9	22	6,5
5	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	8	4,3	8	5,1	16	4,7
6	Gastritis y duodenitis	9	4,9	7	4,5	16	4,7
7	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	11	6,0	4	2,5	15	4,4
8	Otras enfermedades del sistema urinario	9	4,9	2	1,3	11	3,2
9	Fracturas de otros huesos de los miembros	3	1,6	7	4,5	10	2,9
10	Asma	5	2,7	2	1,3	7	2,1
	Resto de Causas	64	34,8	65	41,4	129	37,8
Total		184	100,0	157	100,0	341	100,0

Fuente: Sistemas de Información en Salud, Hospital Nazareth. 2012

Vejez

En la localidad de Sumapaz, las principales causas de atención por consulta externa en la población de adultos Mayores están relacionadas con enfermedades crónicas como la Hipertensión Primaria (10,8%) y la artrosis (7,6%) la segunda causa de consulta fueron las dorsopatías (8,1%) (Ver tabla).

Tabla 16 Diez primeras causas de morbilidad por Consulta Externa Adulto Mayor. Hospital Nazareth 2012

No	Descripción	MUJERES		HOMBRES		Total	
		n	%	n	%	n	%
1	Hipertensión esencial (primaria)	14	14,7	10	7,8	24	10,8
2	Otras dorsopatías	4	4,2	14	10,9	18	8,1
3	Artrosis	10	10,5	7	5,5	17	7,6
4	Otras enfermedades del esófago, del estómago y duodeno	5	5,3	11	8,6	16	7,2
5	Otros trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos	6	6,3	8	6,3	14	6,3
6	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	6	6,3	5	3,9	11	4,9
7	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio,	2	2,1	8	6,3	10	4,5

	no clasificados en otra parte						
8	Trastornos de los tejidos blandos	3	3,2	7	5,5	10	4,5
9	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	3	3,2	7	5,5	10	4,5
10	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	5	5,3	2	1,6	7	3,1
	Resto de Causas	37	38,9	49	38,3	86	38,6
Total		95	100,0	128	100,0	223	100,0

Fuente: Sistemas de Información en Salud, Hospital Nazareth. 2012

Las principales causas de atención por urgencias en la población de adultos mayores en la localidad, fueron los traumas (12,4%) en este grupo de edad, los traumas se presentan predominantemente en los hombres. La segunda causa de consulta es la hipertensión (11,4%) como primer causa de consulta entre las mujeres de la localidad (ver tabla).

Tabla 17 Diez primeras causas de consulta por Urgencias Adulto Mayor. Hospital Nazareth 2012

No	Descripción	MUJERES		HOMBRES		Total	
		n	%	n	%	n	%
1	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	2	4,3	11	18,6	13	12,4
2	Hipertensión esencial (primaria)	11	23,9	1	1,7	12	11,4
3	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	2	4,3	10	16,9	12	11,4
4	Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	5	10,9	4	6,8	9	8,6
5	Dolor abdominal y pélvico	5	10,9	3	5,1	8	7,6
6	Insuficiencia cardíaca	3	6,5	4	6,8	7	6,7
7	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	3	6,5	2	3,4	5	4,8
8	Otras enfermedades del sistema respiratorio	2	4,3	2	3,4	4	3,8
9	Neumonía	2	4,3	1	1,7	3	2,9
10	Diabetes mellitus	1	2,2	2	3,4	3	2,9
	Resto de Causas	10	21,7	19	32,2	29	27,6
Total		46	100,0	59	100,0	105	100,0

Fuente: Sistemas de Información en Salud, Hospital Nazareth. 2012

Las complicaciones del embarazo y partos son las más prevalentes (38.1%) en la morbilidad por hospitalización, seguida de traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo, relacionadas con accidentes o lesiones de causa externa (Ver Tabla 11).

Tabla 18 Diez primeras causas de morbilidad por Hospitalización. Hospital Nazareth 2012

No	Descripción	MUJERES		HOMBRES		Total	
		N	%	N	%	n	%
1	Otras complicaciones del embarazo y del parto	8	47,1	0	0,0	8	38,1
2	Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto	2	11,8	0	0,0	2	9,5
3	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	0	0,0	2	50,0	2	9,5
4	Epilepsia	1	5,9	1	25,0	2	9,5
5	Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	2	11,8	0	0,0	2	9,5
6	Parto único espontáneo	1	5,9	0	0,0	1	4,8
7	Otras enfermedades del sistema nervioso	1	5,9	0	0,0	1	4,8
8	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	0	0,0	1	25,0	1	4,8
9	Fractura del fémur	1	5,9	0	0,0	1	4,8
10	Insuficiencia renal	1	5,9	0	0,0	1	4,8
	Total	17	100,0	4	100,0	21	100,0

Fuente: Sistemas de Información en Salud, Hospital Nazareth. 2012

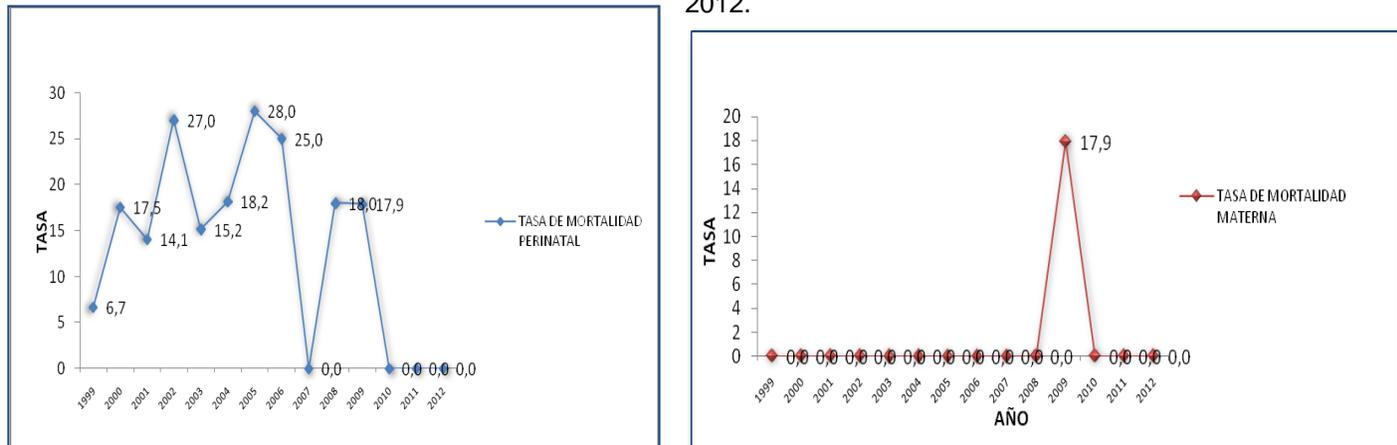
En la localidad, se observa una alta tasa de consulta por infecciones de las vías respiratorias en todos los grupos de edad probablemente asociada a las condiciones climáticas propias del territorio, también resaltan la diarrea y gastroenteritis así como las enfermedades del esófago, del estómago y duodeno como una de las principales causas de consulta, esta puede asociarse a las condiciones de potabilidad del agua de la localidad otras enfermedades asociadas con este factor de riesgo presentes en la población de la localidad son, las micosis, enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo y las conjuntivitis.

• **Mortalidad Evitable**

En el año 2012 no se presentaron casos de mortalidad perinatal, ni materna, dando cumplimiento a indicadores trazadores locales y distritales, contribuyendo al alcance de la meta distrital. Los últimos casos presentados de mortalidad perinatal ocurrieron en los años 2008 y 2009 y la materna en el 2009. El Hospital Nazareth en proceso de mejoramiento continuo, a través

del énfasis de salud sexual y reproductiva se encuentra fortaleciendo el proceso de captación temprana de gestantes, para lograr el bienestar del binomio madre-hijo y continuar con este comportamiento en sus indicadores. (Ver Gráfica 1).

Gráfica 1. Tasa de mortalidad Materna y Perinatal. Localidad 20 de Sumapaz. 2009-2012.



Fuente: Fuente: Base SIVIGILA 2012 Hospital Nazareth ESE
Base de datos red materno infantil 2012 Hospital Nazareth ESE

Durante el año 2012 no se presentaron casos de mortalidad evitable en la localidad, el comportamiento de estos indicadores evidencian un efectivo y oportuno actuar sobre la población infantil y gestante de la localidad, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la población y al cumplimiento de metas distritales en salud.

El comportamiento de indicadores, en mortalidad evitable en el 2012, se mantuvo en cero para las siguientes metas:

- Reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna, en coordinación con otros sectores de la Administración Distrital, al 2016.
- Reducir a 15,7 por 10.000 la tasa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años, en coordinación con los sectores de la Administración Distrital, al 2016.
- Reducir a 8 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil, en coordinación con los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.
- Reducir la mortalidad por neumonía a menos de 9 por 100.000 menores de 5 años, en el Distrito capital, al 2016.

- Reducir la mortalidad perinatal a 15 por mil nacidos vivos en coordinación con otros sectores de la administración distrital, al 2016.
- Reducir a 1 por 100.000 menores de 5 años la mortalidad por enfermedad diarreica, al 2016.

• **Mortalidad General**

El Hospital Nazareth certificó tres defunciones, siendo todas catalogadas a muerte natural, las tres mortalidades reportadas, ocurrieron en mayores de 60 años correspondiendo a etapa poblacional de vejez, la tasa de mortalidad ha mantenido un comportamiento similar desde el año 2007. (Ver tabla)

Tabla 19 Tasa de Mortalidad General.
Localidad de Sumapaz.2004-2012

AÑO	Número de Muertes	Tasa de Mortalidad General x 1000habitantes
2004	10	4.2
2005	6	2.7
2006	5	2.3
2007	3	1.2
2008	3	1.2
2009	4	1.2
2010	4	1.3
2011	4	1.4
2012	3	1.0

Fuente: Base de datos defunciones 2012. Hospital Nazareth

4.4 PAI

Durante el año 2012 no fueron notificados casos de mortalidad por eventos prevenibles con vacunación, ya que las acciones desarrolladas bajo el programa ampliado de inmunización -PAI- han permitido la obtener altas coberturas de vacunación relacionadas con la ausencia de mortalidad por este tipo de eventos en la localidad de Sumapaz.

Debe tenerse en cuenta las dificultades que se presentan en el seguimiento de las cohortes en vacunación, debido a las condiciones propias de la localidad como páramo y reserva natural, las grandes distancias, dispersión de la población, falta de comunicación y pocas vías de acceso; hace que en ocasiones la búsqueda de las familias sea difícil, esta situación es particularmente critica con las gestantes de las cuales el 76.9% fueron remitidas por alto riesgo obstétrico, por lo que debieron desplazarse a Bogotá urbana hasta la recuperación, lo que repercute en el seguimiento de las

cohortes y las coberturas de vacunación.

Durante el año 2012, fueron administrados por el PAI 2798 biológicos, obteniendo, en comparación con años anteriores, mejor desempeño debido a la disminución de la rotación del personal del grupo extramural lo que permitió dar continuidad en el programa.

En el 2012, no fueron notificados reportes de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) y las coberturas de vacunación obtenidas dieron cumplimiento a metas monitoreadas, logrando coberturas útiles superiores al 95% de cobertura de vacunación en tercera dosis de polio (102%) coberturas de vacunación en menores de un año (102%) y Cobertura de vacunación en niños de 18 a 60 meses (96%).

4.5 Eventos notificados al SIVIGILA

El evento individual de mayor prevalencia en notificación relacionado a SIVIGILA en el 2012, fue el relacionado con agresión animal potencialmente transmisor de rabia, representando el 52.5% del total de eventos individuales. Este hecho se encuentra relacionado con la dinámica propia local, en la cual según censo realizado por el hospital Nazareth 2012, de caninos y felinos se encuentra 2 perros por cada familia. De los casos notificados el 21,3% correspondieron a la etapa poblacional de infancia.

El segundo evento de notificación individual fue la varicela (32.5%), afectando principalmente a la etapa poblacional de infancia, especialmente al género femenino. Este comportamiento es el esperado en la notificación ya que a través del tiempo han sido los más prevalentes. (Ver Tabla 12).

Tabla 20 Distribución de notificaciones individuales a SIVIGILA. Hospital Nazareth. 2012

Evento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Exposición Rábica	17	12	6	13	9	8	12	21	98
Varicela	18	33	11	5	10	7	8	14	106
ETAS	0	0	0	0	1	14	0	2	17
Hepatitis A	0	0	3	6	0	0	0	0	9
Hepatitis B	0	0	0	0	0	2	0	1	3
Parotiditis	0	0	0	0	3	2	0	0	5
Intoxicación por fármacos	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Intoxicación por agroquímicos	0	1	1	1	1	3	1	1	9

Intoxicación por otras sustancias químicas	0	0	0	0	0	0	1	0	1
TOTAL	35	46	21	25	24	36	23	40	250

Fuente: Base de datos SIVIGILA. Hospital Nazareth. 2012

Los eventos colectivos notificados en la localidad están relacionados con Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) e Infección Respiratoria Aguda (IRA). El número de notificaciones en el 2012 presento una variación porcentual de 42.1% en comparación con el año inmediatamente anterior, situación probablemente relacionada con el seguimiento a filtros y actividades educativas relacionadas con el auto cuidado. (Tabla 13).

Tabla 21 Distribución de eventos colectivos, notificados a SIVIGILA. Hospital Nazareth. 2012.

Evento	2011	%	2012	%
EDA	274	25,8	226	30,5
IRA	788	74,2	516	69,5
TOTAL	1062	100,0	742	100,0

Fuente: Base de datos SIVIGILA. Hospital Nazareth. 2012

4.6 Gestantes-Salud Sexual y Reproductiva

Durante el año 2012, fueron captadas 19 gestantes residentes en la localidad de Sumapaz, con un porcentaje de captación temprana del 79%. Adicionalmente, se atendieron 10 gestantes de los departamentos de Cundinamarca y Meta las cuales habitan en veredas aledañas a la localidad, El 45% de gestantes atendidas presentó peso normal, 36% en sobrepeso y 18% en obesidad. El total de gestantes captadas presentaron esquema completo de suplementación.

Se presentaron un total de total de 39 partos en la localidad, de los cuales nueve (23%) fueron institucionales, correspondiendo cinco a la UPA San Juan y cuatro al CAMI Nazareth.

Durante el año 2012 no se presentaron embarazos en mujeres menores de trece años y fueron captadas seis gestantes adolescentes, tres de 14 años, dos de 16 años y una de 17 años. De las gestantes captadas pertenecientes a otros departamentos se presentaron dos casos en adolescentes con edades comprendidas entre 16 y 17 años. En la etapa de juventud se

captaron 15 gestantes, dinámica común en localidades rurales en las cuales los jóvenes inician conformación de núcleos familiares a temprana edad. El 24,2% de las gestantes fueron mayores de 26 años.

La toma de citología en la localidad presenta como problemáticas principales, barreras de acceso geográfica, de aseguramiento y percepciones sociales e imaginarios frente a la toma de muestra de este examen. El número de citologías tomadas en población de 25 a 69 años fue de 237, en población menor de 25 años 63 citologías y población mayor de 69 años 6 citologías. El total de citologías con sospecha de anormalidad fue de doce, siendo descartada a través de exámenes colposcopia y biopsia la presencia de cáncer.

En cuanto a toma de examen de detección del virus de inmunodeficiencia Humana –VIH-, fue realizado a la totalidad de gestantes captadas, obteniendo una transmisión perinatal de VIH del 0% y una tasa de sífilis congénita de 0 x 1000 nacidos vivos.

4.7 Seguridad Alimentaria y Nutricional

Las condiciones de inseguridad alimentaria en la localidad de Sumapaz están dadas básicamente por los factores determinantes de consumo enmarcados por problemas de disponibilidad y acceso, evidenciándose una fuerte influencia del consumo ya que la cultura y patrón alimentario lleva a los inadecuados hábitos alimentarios por condiciones histórico-culturales dados por la ingesta excesiva de carbohidratos y por inatención institucional como restaurantes escolares con menús que no responden al desgaste calórico de los niños y niñas de acuerdo con las actividades cotidianas. Esto se enmarca en un patrón cultural, ya que estos son adquiridos desde la primera infancia, adicionando y reforzando los patrones inadecuados con la oferta que alimentaria que existe en la localidad.

Desde el énfasis de seguridad alimentaria y nutricional se evidencian problemáticas relacionadas desde la infancia con baja corresponsabilidad en lactancia materna exclusiva, e inadecuada transición a alimentación complementaria. Relacionado con este aspecto el indicador trazador de lactancia materna exclusiva arrojó un resultado de 4,7 meses. La mediana obtenida también se debe al fortalecimiento de procesos de educación en los hogares por parte de Nutrición, Promotores de Salud, la red de lactancia

materna y demás profesionales de salud, que apoyan el fortalecimiento de esta práctica para el mejoramiento de las condiciones de salud los niños y niñas.

La tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años presentó un resultado de 0 x 100000 menores de cinco años, la desnutrición global en menores de cinco años: 6,9% y Desnutrición crónica de 14,9%, estos indicadores de desnutrición muestran incumplimiento a metas distritales en salud. Para tratar de alcanzar esta meta se han desarrollado acciones de promoción y prevención que incluyen la búsqueda activa y la canalización de casos de menores en desnutrición crónica, para así brindarles educación alimentaria y nutricional en sus hogares, para contribuir al mejoramiento del estado nutricional de los menores y las prácticas alimentarias de las familias, siempre respetando la cultura de la localidad.

Para el año 2012 se presentaron a nivel local 2 casos de bajo peso al nacer en el mes de enero, razón por la cual el indicador genero alerta a lo largo del año. Si se presenta tan solo un caso a nivel local se afecta por completo el seguimiento al indicador y el cumplimiento a la meta local. Para 2012 se tuvo una prevalencia de bajo peso al nacer de 6.6%.

En la población en etapa de ciclo de vejez, se presentó el 41% de la población atendida en adecuado peso, el 40% en sobrepeso y un 0.8% obesidad mórbida.

4.8 Salud Oral

Los estilos de vida de los individuos están fuertemente asociados con la salud oral, sin embargo, estos se ven muy influenciados por factores sociales, culturales, económicos, entre otros, ya que los hábitos se aprenden en la familia, el colegio y la comunidad, observándose grandes diferencias según educación, nivel socioeconómico y ruralidad. Los inadecuados hábitos higiénicos y alimenticios generan gran impacto en la salud bucal, siendo los más frecuentes: la no implementación de la técnica adecuada de cepillado, la falta de costumbre y concientización para mantener una buena higiene oral, la no implementación de implementos de higiene tan importantes como la seda dental. Por ser esta una comunidad netamente rural, el acceso a estos implementos es más costoso y de difícil adquisición en la localidad. La mayoría de las familias realizan sus prácticas de higiene oral en un lugar

poco adecuado (patio/lavadero), no cuentan con espejo, ni una correcta disposición de los elementos de higiene oral.

Los problemas de salud oral presentes en la comunidad como la caries dental con una incidencia del 37,4%, Enfermedades Gingivales (52,5%) y Periodontales (6,3%) y Anomalías Dentó Maxilares, continúan siendo de alta prevalencia en todos los grupos de edad, y si bien, en general no son causa de muerte, afectan en la calidad de vida y la autoestima de las personas.

El alto índice de placa bacteriana en la localidad (67,14%), se encuentra relacionado con deficientes hábitos de higiene oral, falta de interés de algunos usuarios en mejorar las condiciones de salud oral y la inoportuna atención a las necesidades de tratamiento.

El pronóstico de la Salud Oral en la localidad es bueno, sin embargo los cambios se manifestaran a largo plazo. Los condicionantes de estilo de vida tienen que ver con cambios culturales y para tener éxito en ello es necesario trabajar en forma interdisciplinaria. Todos los factores de tipo social, escapan al control del sector salud y dependen en gran medida del crecimiento económico y la distribución de los recursos. También influyen las políticas educacionales, que apuntan a mejorar la calidad de la educación y así contribuyan a disminuir la brecha socioeconómica.

4.9 Salud Mental

En el 2012, se notificaron al sistema de Vigilancia Epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual (SIVIM) un total de 228 casos, los cuales se distribuyen de la siguiente manera: violencia emocional (58,5%), negligencia (16,2%) física (11,8%), económica (7,7%) abandono (5,1%), y sexual (0,8%), presentándose el mayor número de notificaciones en el género femenino (62,2%).

En Sumapaz, se evidencia dificultad para el manejo de pautas de crianza asertiva que armonicen la relación filial y que orienten los procesos formativos en los y las menores. Sumado al desarrollo de intervenciones comúnmente orientadas a la afectación resolutive de la problemática y no a la generación de escenarios para la promoción del buen trato. Las dificultades económicas y las dificultades para manejar el estrés frente al cuidado de los y las menores se acrecienta cuando las cuidadoras son

madres cabezas de hogar o por el contrario cuentan con el apoyo de la pareja sentimental limitado al aporte económico.

En el territorio rural y bajo el contexto campesino los episodios de violencia son comúnmente naturalizados, relacionándolos con las actividades que en el proceso de desarrollo de la etapa del ciclo los y las menores deben adelantar. Estas acciones son consideradas como la iniciación a los procesos de autonomía, predisponiendo en mayor grado a los y las menores a la exposición de riesgo laboral infantil. De acuerdo con los datos arrojados por el énfasis laboral la edad promedio de los y las menores trabajadores/as es de 6 a 14 años, siendo esta la edad en la cual con dificultad son contratados al jornal, teniendo entonces que acompañar a los padres y madres a la realización de actividades agrícolas y de cuidado de animales, actividades que culturalmente están incluidas en la formación productiva de los y las niños y niñas.

Las relaciones intrafamiliares son verticales con un marcado machismo, lo que genera en la mayoría de veces poca participación de la mujer y de los hijos en la toma de decisiones de la casa. Aspectos multifactoriales como las pocas oportunidades de elección ocupacional, ruralidad, nivel de escolaridad, cultura, realidad política, conflicto armado, proyectos de vida, influencias paternas, factores socioeconómicos, embarazos tempranos generan deserción escolar temprana y formación de familias en edades muy jóvenes. Estos comportamientos, pueden generar a largo plazo problemas relacionados con frustración, divorcios, violencia entre otros.

Los problemas de salud mental afectan a la totalidad de la población no existe un grupo inmune, pero el riesgo es mayor en las personas con dificultades económicas y bajo nivel de escolaridad, siendo estas últimas determinantes en las formas de manejar los conflictos familiares.

La ausencia de condiciones mínimas en el hogar que garanticen el desarrollo integral de los niños y niñas (no solamente en términos de estabilidad económica sino en expresiones de afecto) genera un proceso de crianza permeado por ambientes deprivados, restringiendo la adquisición de un repertorio básico de aprendizaje, que en el mejor de los casos debería preparar al niño o niña para enfrentarse a exigencias académicas y sociales. Una de las razones que argumenta esta situación está relacionada con la imposibilidad que tienen algunos niños y niñas en especial aquellos y aquellas que viven en veredas retiradas lejos de los centros poblados a

acceder a jardines a temprana edad, circunstancia que incide en los bajos niveles de rendimiento académico sumado a la dificultad que tiene el sector educativo para proveer a los y las menores de procesos de aprendizaje diferenciales que tengan en cuenta las necesidades educativas especiales de acuerdo a la etapa del ciclo vital y las características educativas de los niños y niñas.

Con frecuencia las causales del porque las mujeres jóvenes son en mayor grado violentadas tienen como argumento prevalente, el no cumplimiento de las labores del hogar, actividades está relacionada con los castigos que recibe por parte de los padres o cuidadores al llevar a cabo conversaciones con un jóvenes de sexo opuesto, conversaciones que no necesariamente están relacionadas con el juego erótico, sino que obedecen al reconocimiento e identificación de la identidad, que surge en esta etapa del ciclo. No obstante estos contactos no son con regularidad “bien vistos” para la sociedad y para los padres, quienes arremeten de forma violenta contra las jóvenes vulnerando su derecho a la autonomía, a diferencia de los hombres que en la misma situación son motivo de halago por parte de los padres.

Las formas de violencia por el contrario contra los hombres están relacionadas con la presencia, culturalmente se sostienen imaginarios sociales frente al desarrollo de la personalidad de los y las jóvenes. La agudización de la adolescencia, y las dificultades para manifestar expresiones de afecto hacia los y las otros/as que contengan la necesidad de generar contacto físico son características propias de los y las habitantes del territorio y actúan como determinantes en el establecimiento de relaciones con los otros y las otras, generando relaciones frías e impersonales que afectan significativamente la salud mental de los y las jóvenes.

En la etapa de la vejez, se observa en los habitantes de Sumapaz, la negligencia y el abandono por parte de los hijos/as, quienes en determinado momento cambian el hogar paterno y materno por sus núcleos familiares, dejando los padres y madres solos/as en las casas, las cuales usualmente se encuentran ubicadas a una hora de camino en promedio de la próxima finca. Esta situación de abandono ocasiona que las personas mayores sufran de lesiones físicas (generalmente por golpe producto de caídas), dificultad en la adherencia a tratamientos de salud pues no existen personas adultas que les hagan seguimiento al consumo de medicamentos, deteriorados hábitos de

alimentación debido a la poca frecuencia con que consumen alimentos, argumentando que no hay a quien cocinarles y muy poco les da hambre, estados de depresión y baja autoestima que los exponen a situaciones de vulnerabilidad poniendo en riesgo su vida y su integridad mental y física.

En Sumapaz se evidencia una incidencia significativa de hombres cuya familia es unipersonal, la mayoría de ellos porque las compañeras sentimentales han abandonado el hogar, producto de separación o porque han quedado viudos. Esta situación acrecienta en las personas mayores el sentimiento de soledad y los estados de depresión afectando la calidad de vida y la salud mental de esta etapa del ciclo vital, al sentirse solos y sin redes de apoyo familiar que minimice factores de riesgo.

No por último ni menos importante, se evidencia que la problemática que gira alrededor de ser victimario o víctima de cualquier tipo de violencia, llegaría hacer pre disponentes y desencadenante de una violencia autoinflingida, definida como el comportamiento suicida y autolesivo, el primero incluye pensamientos suicidas, intentos de suicidio también llamados “parasuicidio” o “suicidio consumado”.

Para la localidad de Sumapaz durante el año 2012, se notificó al sistema de vigilancia epidemiológica para la conducta suicida un total de 8 casos, distribuidos en cuatro intentos y cuatro ideaciones, con la salvedad de que uno de los casos presentó reincidencia, dos descartados; uno de ellos por calidad del dato y finalmente por clasificación final del caso. Evidenciándose que se encuentran con mayor número de notificaciones el ciclo vital adolescente presentándose una mayor prevalencia en el género femenino (75%), los factores de riesgos identificados fueron tristeza y soledad siendo el principal factor desencadenante primario del suicidio desde la visión de la comunidad la depresión, la falta de solución a problemas y el aburrimiento ante la vida.

5. Capítulo 2. Profundización en el análisis de los determinantes de salud y calidad de vida.

Como ya se había mencionado, los determinantes sociales de la salud -DSS- son aquellas situaciones y factores que de manera sistémica e interrelacionada inciden en la salud y la calidad de vida de las poblaciones. Se encuentran relacionados con los contextos estructurantes de las mismas y con las exposiciones diferenciales a las cuales las poblaciones se vean enfrentadas. De esta manera, las políticas públicas, los conflictos políticos, los cambios en la economía, las transformaciones del medio ambiente y los acontecimientos históricos y culturales, las dinámicas laborales y familiares, la oferta de servicios institucionales y los estilos de vida de las personas que varían dependiendo de su historia, al tiempo que enmarcan las dinámicas de las poblaciones también definen su situación en salud y su calidad de vida.

Es así como la salud como proceso, como experiencia y como derecho, no es la misma en cada comunidad, pues depende de los diferentes determinantes sociales que estén interrelacionándose en dicha población. Aquí presentamos los propios de la Localidad de Sumapaz, con un enfoque territorial y poblacional, agrupados en núcleos problemáticos, es decir, reuniéndolos de manera que den cuenta de los eventos en salud en los que tienen efectos por cada ciclo vital y UPZ.

5.1 Etapa de ciclo poblacional infancia

Núcleo problemático 1: *Situación de inseguridad alimentaria en los niños y niñas de la localidad relacionada con patrones de consumo inadecuados y dificultades en el aprovechamiento biológico trayendo como consecuencia alta prevalencia de desnutrición global y crónica.*

Tema Generador: *“Cero indiferencia a la inseguridad alimentaria de los niños y niñas de la localidad de Sumapaz”*

En la Localidad de Sumpaz la situación de inseguridad alimentaria y nutricional se presenta en niños y niñas entre los 0 y los 13 años, 11 meses y

29 días. La alta prevalencia de desnutrición aguda y crónica está relacionada con un consumo inadecuado de los alimentos y por dificultades en el aprovechamiento biológico de los niños y niñas. La desnutrición aguda conlleva a un bajo peso del niño en función del peso esperado para su talla y sexo cualquiera sea su edad. En la Localidad de Sumapaz la desnutrición aguda se vio incrementada, pasó de un 3% en el 2011 a 4,1% en el 2012 (9). Por su parte, la desnutrición crónica es un fenómeno de origen multifactorial. Resulta de una amplia gama de condiciones sociales y económicas dentro de las cuales se encuentran la ingesta inadecuada de nutrientes y las enfermedades de tipo infeccioso (especialmente las enfermedades respiratorias y gastrointestinales). También factores sociales como el bajo nivel educativo de la madre, la alimentación deficiente en calidad y cantidad, las condiciones inadecuadas de salud y saneamiento y malas decisiones de los padres dentro del hogar (10).

Dentro de los determinantes estructurales asociados a ambos tipos de desnutrición están los siguientes. Primero, las condiciones geográficas de la localidad, sean pues las grandes distancias que hay entre las casas, las veredas y los tres centros poblados o hacia las vías principales, así como los problemas en las vías ya enunciados y los de orden público, dificultan la comercialización de los productos alimenticios desde lo urbano hacia lo rural. Cabe resaltar que los recorridos realizados por la comunidad pueden tardar una hora caminando, aproximadamente, teniendo en cuenta que en la Localidad de Sumapaz no existe un sistema de transporte interveredal constante que facilite sus desplazamientos (7).

Entre los determinantes intermedios de estas problemáticas referidas a la nutrición infantil está la falta de educación sobre la lactancia materna. Esto hace que la leche se sustituya por la administración de leche cruda que por sus altas concentraciones de grasa generan problemas a nivel digestivo en los niños y niñas de la Localidad de Sumapaz (9). Otro determinante intermedio que influye en la seguridad alimentaria de los niños y niñas de la Localidad es la inestabilidad laboral de sus padres, pues al condicionar la capacidad adquisitiva de estos últimos, no pueden comer alimentos distintos y diversos a los que se producen en el lugar donde viven (9). Además de estos, los hábitos alimentarios de la población consisten en la ingesta excesiva de carbohidratos y, ya en instituciones como los restaurantes escolares, los menús no responden al desgaste calórico de los niños y niñas de acuerdo con las actividades cotidianas. Estos hábitos alimenticios casi que corresponden a un patrón cultural que se adquiere desde la primera

infancia y en el que se continúa priorizando el consumo de carbohidratos y se desconoce la importancia de consumir otra variedad de alimentos que favorezcan el desarrollo de habilidades y competencias necesarias para su desempeño ocupacional.

Todos estos problemas nutricionales tienen consecuencias en los procesos de aprendizaje y/o cognición, de hecho los niños y niñas desnutridos y mal alimentados no pueden concentrarse ni tener un buen rendimiento académico. También un estado nutricional inadecuado hace que a los niños y niñas se les presentan más obstáculos en su desarrollo biopsicosocial y en el inicio de su rol laboral en la cultura campesina (8).

Teniendo en cuenta lo anterior se puede decir que los derechos vulnerados en la infancia por cuenta de la desnutrición crónica y aguda son el derecho a una alimentación adecuada, el derecho a la protección contra el descuido o el trato negligente, y el derecho a la salud en general.

Núcleo problemático 2: *Inadecuadas prácticas protectoras relacionadas con alto riesgo de accidente en el hogar y problemas de ambiente e higiene, que vulneran el bienestar físico y mental de la infancia en la localidad de Sumapaz.*

Tema Generador: *“Salud mental... factor fundamental en el desarrollo de nuestros niños y niñas en la localidad”*

. Las prácticas de crianza son las formas como los padres, y la estructura familiar en general, orientan el desarrollo de los niños y niñas transmitiéndoles un conjunto de normas y valores y formas de actuar. Estas pautas terminan determinando la socialización de los menores y la forma como dan respuesta a las diferentes situaciones que se les presentan cotidianamente^x. Sin duda, los padres y las familias de estos menores han aprendido estas prácticas de su misma formación y tradición, lo que hacen es entonces reproducirlas con las nuevas generaciones. Pues bien, en la Localidad de Sumapaz se han presentado problemáticas relacionadas con prácticas de crianza y de protección inadecuadas que han generado problemas en la salud emocional y mental de los niños y niñas, por ejemplo, afectan su autoestima, expresividad, relacionamiento y les generan estrés y ansiedad.

Entre estas prácticas inadecuadas se encuentran la baja comunicación familiar entre padres e hijos. Cuando los niños y niñas de la Localidad no se sienten escuchados ni pueden hablar sobre lo que piensan y sienten aparecen sentimientos de depresión, agresión, culpa e incluso de incapacidad. Su calidad de vida se empobrece y empiezan a manifestar desesperanza y pérdida del valor de la vida. Además, se produce un círculo vicioso en el que los miembros de la familia dejan de relacionarse, algo que por lo demás agrava la situación.

Los pocos canales de comunicación que generan pautas de crianza inadecuadas, Todos estos problemas de comunicación están determinados por costumbres y representaciones socialmente aceptadas respecto a la educación, la interacción y los roles de poder. Como tal los problemas de comunicación son una forma de violencia y como se menciona en el siguiente apartado “las violencias emergen en en sistemas humanos donde no sólo existen interacciones y comportamientos violentos y abusivos, sino un sistema de creencias que permite, al que abusa, justificarse o mistificar en abuso de poder y la violencia sobre sus víctimas” (11).

Otra práctica inadecuada tiene que ver con las pautas autoritarias en las que los padres son altamente exigentes y directivos con sus hijos y sin mostrar sensibilidad alguna les demandan obediencia y les dan órdenes esperando su cumplimiento sin explicación alguna.

Una más es la referente al consumo de alcohol. En muchos hogares de la Localidad de Sumapaz los padres de familia consumen alcohol en grandes cantidades y con cierta frecuencia. Este fenómeno puede ser el desencadenante de comportamientos violentos y agresivos en las familias que terminan en el maltrato y la violencia hacia la infancia. Igualmente, la observación que hacen los niños y niñas del estado de embriaguez de los padres influye en su posterior o inmediata socialización puesto que empiezan a estructurar comportamientos permisivos frente al consumo de bebidas alcohólicas.

Ahora bien, estas prácticas inadecuadas se sustentan en una gran cantidad de imaginarios de los sumapaceños respecto a la expresión de sentimientos y pensamientos y en también en cuanto al consumo de alcohol, pues ambas situaciones no se asumen como un problema ni se escatima en los efectos

que traen para la salud mental y emocional de los niños y niñas. Adicional a esto, la ausencia de una comisaría de familia en cada una de las veredas, dificulta el seguimiento a las víctimas de violencias de forma oportuna y continua, y también sucede que no se da una cobertura y acompañamiento constante a las familias y a las víctimas de las violencias por la falta de personal oportuno para el abordaje de estos casos (12). Teniendo en cuenta todo lo anterior se puede decir que los derechos vulnerados en la infancia son el derecho al amor y a la familia, el derecho al ambiente sano, el derecho al buen trato, el derecho a la salud y el derecho a la protección contra el descuido o trato negligente.

5.2 Etapa de ciclo poblacional Adolescencia

Núcleo problemático 1: Baja participación de los y las adolescentes en el programa de regulación de la fecundidad en la localidad de Sumapaz

Tema Generador: *“Educación y conciencia en nuestros adolescentes para un mejor control de la fecundidad”*

La problemática de baja participación de los y las adolescentes en el programa de regulación de la fecundidad es una situación que se presenta en adolescentes de la localidad comprendidos en edad de 14 a 17 años, 11 meses y 29 días. Esta problemática puede medirse desde la baja participación que han tenido los adolescentes en las consultas y controles de medicina general, los controles de enfermería, las asesorías, consejerías y consultas de planificación familiar sobre el embarazo y el embarazo no deseado, asesoría sobre salud sexual y reproductiva, asesoría sobre infecciones de transmisión sexual –ITS- incluido VIH/SIDA. La baja participación del programa de regulación de la fecundidad afecta directamente los indicadores y metas distritales y nacionales de reducción de embarazos en adolescentes, lo cual aumenta el riesgo de morbi-mortalidad materna y perinatal. De igual manera, afecta la posibilidad de aumentar la incidencia de infecciones de transmisión sexual y VIH.

Entre los determinantes estructurales de esta problemática de los adolescentes se encuentran las normas y reglamentaciones que vulneran el derecho a la salud al establecer barreras de acceso por la condición de

aseguramiento. Por otra parte, las mismas leyes y reglamentaciones no actúan para eliminar dichas barreras mediante la inversión de los recursos suficientes en la Localidad de Sumapaz. A esto también se suman las dificultades geográficas del territorio y que no facilitan la participación activa de los adolescentes en los programas antes enunciados.

Desde la determinación intermedia se identifican patrones culturales frente a la sexualidad y la reproducción. En el contexto de la Localidad de Sumapaz los y las adolescentes conforman núcleos familiares a muy temprana edad, entre los 15 y los 17 años, y asumiendo a muy temprana edad roles y responsabilidades de adultos/as. Este patrón, desde el cual definen sus proyectos de vida, es sumamente valorado en los pobladores y sin duda, soporta los embarazos adolescentes en la Localidad (7). Ahora bien, también debe mencionarse la poca oferta institucional frente al trabajo con población adolescente y joven que promueva proyectos de vida diferentes y forme a la población entorno a las temáticas de salud sexual y reproductiva (7).

De esta manera se puede decir que los derechos vulnerados a los y las adolescentes en todo el marco de los problemas de regulación de los embarazos y la salud sexual y reproductiva son el derecho a decidir libremente cuántos hijos y en que periodicidad tenerlos, el derecho al libre desarrollo de la personalidad, el derecho a la protección contra el descuido o trato negligente y el derecho a la salud.

Núcleo problemático 2: *Deserción escolar de los y las adolescentes de la localidad de Sumapaz asociada a su vinculación temprana al desarrollo de actividades laborales como medio de ayuda y acompañamiento a sus familias..*

Tema Generador: *“Cuidando de nuestros adolescentes tendremos adultos más sanos”*

La problemática de deserción escolar está asociada a la vinculación temprana de adolescentes, entre los 14 y los 17 años, 11 meses y 29 días, a labores del campo como la agricultura y la ganadería. Por lo menos en la agricultura estas labores les significan a los adolescentes riesgos en su salud al usar instrumentos que están diseñados para una población adulta, pueden desarrollar lumbalgias al transportar cargas no aptas para sus edades e

intoxicarse en la utilización de agroquímicos. Todos estos riesgos integrados, producto del trabajo agrícola, conforman un contexto de riesgo negativo para el desarrollo de la salud para los/las adolescentes. En las actividades relacionadas con la ganadería, sean el cuidado de animales, el ordeño y la producción de lácteos, los problemas de salud se encuentran relacionados con accidentes con los animales, pueden ocurrir fracturas o daños osteomusculares. También, el inicio temprano de la actividad del ordeño puede generar síndromes por el sobre uso de movimientos repetitivos que acarrearán daños en las articulaciones, ligamentos y cartílagos y pueden desencadenar en artrosis, síndrome del túnel carpiano o tendinitis.

Además, el inicio tan temprano de las labores rurales afectan notablemente los roles y ocupaciones que los adolescentes deberían desarrollar en acuerdo con su edad. El más importante es sin duda su papel como estudiantes. Las actividades de trabajo adolescente son desarrolladas, generalmente, después de la jornada escolar, y si bien les toman un corto tiempo en su ejecución y no obstaculizan la realización de sus labores escolares, sí les demandan un gasto de energía importante puesto que todas, desde el ordeño hasta fabricación de quesos, les demanda un gran cantidad de fuerza física (12).

Ahora bien, es necesario señalar que el trabajo en adolescentes en la ruralidad tiene dimensiones muy diferentes a los propios del área urbana. Los y las adolescentes campesinos lo consideran un medio de formación y no lo entienden como una actividad no acorde a su edad. Podría decirse que entre los determinantes intermedios estaría el imaginario de los sumapaceños en el que se ve al trabajo desde tempranas edades como una forma de educar a las generaciones en los valores del campo, transmitir los conocimientos acerca de los medios de producción familiares y una manera para propiciar su identidad cultural hacia el territorio para fomentar el arraigo cultural hacia la localidad.

Otro determinante proximal muy importante es que los y las adolescentes adoptan de una manera prematura la responsabilidad de ser padres. Esto los presiona a buscar trabajo e ingresos económicos, lo cual, además, los hace convertirse en mano de obra barata para el desarrollo de procesos productivos en el campo, pues no tienen otra alternativa ocupacional (12).

Por último, como determinante proximal, y según de También, en los imaginarios de los adolescentes, el tiempo libre siempre debe ser utilizado. Esto no permite que las personas descansen, tampoco que realicen actividades lúdico-recreativas o que destinen parte de sus jornadas para el desarrollo de las tareas escolares, que por cierto, les acarrea un bajo rendimiento escolar (13).

De esta forma se puede decir que los derechos vulnerados a los y las adolescentes en toda la temática del trabajo rural son el derecho a la educación, el derecho a la protección contra el descuido o trato negligente y derecho a la salud.

5.3 Etapa de ciclo poblacional Juventud

Núcleo problemático 1: Baja posibilidad de ingreso a programas culturales, deportivos y de educación superior determinada por ausencia en la oferta institucional en el territorio.

Tema Generador: “mejorando las oportunidades de ingreso a programas culturales, deportivos y de educación superior en el área rural lograremos un mejor futuro y un mejor país”

Esta situación se presenta entre jóvenes de la localidad comprendidos en edades entre los 18 y los 26 años, 11 meses y 29 días. Como se menciona, en la dinámica interinstitucional se evidencia un determinante estructural en la Localidad de Sumapaz que es la participación intermitente de las instituciones del Estado, a excepción del sector salud y educación –básica y secundaria- que sí hacen una presencia permanente en la Localidad (9).

Esto hace que los jóvenes no puedan acceder fácilmente a la educación superior si no es desplazándose a centros urbanos como la Bogotá Urbana o el municipio de Fusagasugá. De darse, este movimiento les implica a estos jóvenes y a sus familias invertir grandes sumas de dinero que no tienen para solventar gastos como la estadía, la alimentación, el pago de matrículas o demás aportes a las instituciones educativas en las que se profesionalizarán

Así, los bajos ingresos familiares son también parte de los determinantes estructurales e intermedios que contribuyen en que los jóvenes cuenten con menos probabilidades de acceso a la educación superior o a la profesionalización de sus habilidades. Ahora, es necesario decir que en el Sumapaz se contratan, las más de las veces, profesionales externos a los habitantes de la localidad y que las instituciones descartan a los jóvenes exigiéndoles contractualmente certificados profesionales y laborales que no tienen. Todo esto termina representando menos ingresos económicos para la población sumapaceña y termina invisibilizando las potencialidades de los jóvenes del territorio, reduce sus oportunidades y en cierta manera obstaculiza sus proyecciones profesionales. El desempleo en la Localidad de Sumapaz significa, además, problemas en la estabilidad psicológica y social de los jóvenes y, en consecuencia, limite su acceso a los servicios de salud y a una alimentación saludable y balanceada.

Como un determinante proximal de esta problemática se observa que entre los pobladores de la Localidad de Sumapaz el ideal educativo es que los/las NNA cursen hasta quinto de primaria, que sepan leer, escribir y sumar, pero pasada esta etapa pierden un tanto la motivación por continuar formándose escolarmente y piensan, más bien, en desempeñarse en labores como la agricultura y los oficios del hogar (13).

Esta problemática vulnera a los jóvenes de la Localidad de Sumapaz en sus derechos a la educación, al libre desarrollo de la personalidad y en el derecho a vivir la juventud como una etapa creativa, vital y formativa.

Núcleo problemático 2: Baja asistencia a servicios de salud para la detección temprana de alteraciones en la salud de los jóvenes y las jóvenes de la localidad de Sumapaz

Tema Generador: “Prevención y Detección elementos claves para disminuir impactos negativos a futuro en la salud”

Esta problemática se evidencia en jóvenes entre los 18 y los 26 años, 11 meses y 29 días. La problemática de la baja participación y adherencia a los servicios de salud para detección temprana de alteraciones tiene como

consecuencia el deterioro progresivo prevenible, en las condiciones de salud de los y las jóvenes.

Este núcleo problemático se encuentra determinado a nivel intermedio por percepciones culturales en las que los servicios de detección temprana no son tenidos muy en cuenta y no generan mucho interés, de ahí el poco reconocimiento de los servicios a los que tienen derecho y la baja adherencia a las actividades de promoción y prevención ofertadas por ley para la población. Ahora, la adherencia es menor en la población masculina, en especial a los servicios de salud sexual y reproductiva que ofrece la E.S.E., y la delegación de la responsabilidad de la asistencia a este servicio a las mujeres. A nivel estructural, las grandes distancias entre las veredas y los centros de salud además de los problemas de movilidad logran imposibilitar el desplazamiento de los jóvenes a recibir los servicios de salud.

De esta forma se puede decir que los derechos vulnerados a los y las jóvenes son: Derecho a la salud, derecho al libre desarrollo de la personalidad, derecho a vivir la juventud como una etapa creativa, vital y formativa.

5.4 Etapa de ciclo poblacional Adultez

Núcleo problemático 1: Desarrollo de actividades laborales en condiciones de trabajo no seguras que afectan la calidad de vida y salud de las y los adultos.

Tema Generador: “Trabajando articuladamente por un trabajo digno en nuestra ruralidad, para mejorar las condiciones de vida y salud de sus habitantes”

En la localidad de Sumapaz gran parte de las y los adultos entre los 27 y 59 años, 11 meses y 29 días, trabajan en condiciones no seguras y muchas veces indignas, las cuales afectan negativamente la situación en salud de este ciclo vital.

La Localidad de Sumapaz es la única netamente rural del Distrito y la comunidad, en su inmensa mayoría, centra sus actividades laborales y ocupacionales en el campo de la agricultura y la ganadería, actividades que

implican un gran gasto físico, largas jornadas de trabajo y un gran compromiso a nivel corporal (7).

Para detallar estas condiciones que afectan la salud de los habitantes de la Localidad se puede que en el trabajo los campesinos mantienen posturas inadecuadas, movimientos repetitivos, manipulan cargas por encima de los límites permisibles, además trabajan en sus lugares de trabajo hay una ausencia de señalización y continuamente hay una exposición a riesgos biológicos, como la exposición a polvo (orgánico e inorgánico), alérgenos y también contacto con plantas, animales e insectos, y riesgos químicos, como los asociados a los plaguicidas, fertilizantes y combustiblesy aquellos generados por la aplicación de productos de síntesis química (agroquímicos) para la protección de los cultivos. Estos productos, en muchos casos prohibidos por la legislación nacional, en especial aquellos del tipo órgano-fosforado que son aplicados de forma inapropiada durante todas sus fases, acentúan problemas como la contaminación del medio ambiente, los problemas de salud por las exposiciones y por el consumo de alimentos contaminados. Finalmente, los habitantes de la Localidad de Sumapaz están expuestos a la continua presencia de grupos armados que pueden enfrentarse y así poner en riesgo la salud de la población en general.

Lo cierto es que la ausencia de buenas prácticas agrícolas conlleva a alteraciones óseas, musculares, vasculares periféricas, a problemas mentales y problemas ambientales. Esto se debe, en parte, a la escasa e intermitente asistencia técnica de un perfil capacitado para involucrarse en el modelo productivo de la localidad y también por el modelo agroindustrial mismo que permite prácticas insostenibles ambiental y socialmente puesto que buscan, a todo precio, elevar los niveles de producción y disminuir los tiempos de cosecha. También de los imaginarios que los sumapaceños tienen sobre las prácticas laborales. Los campesinos de la Localidad no consideran que la forma como desarrollan su trabajo sean inadecuadas o que puedan poner en riesgo su salud.

De esta forma se puede decir que los derechos vulnerados a las y los adultos son por causa del trabajo bajo condiciones y prácticas inadecuadas son el derecho a la salud, el derecho a un trabajo digno y decente y el derecho a un ambiente sano.

Núcleo problemático 2: Aparición de condiciones patológicas y crónicas en los adultos y las adultas en la localidad de Sumapaz.

Tema Generador: “Con hábitos de vida alimentaria y laboral saludables, consolido mi futuro”

La aparición de condiciones patológicas y crónicas se presenta en adultos de la localidad comprendidos en edad de 27 a 59 años, 11 meses y 29 días. Se relaciona con los bajos canales de comunicación que existen a nivel familiar y con las instituciones que trabajan en la Localidad. Cuando los canales de comunicación están cerrados, por lo menos a nivel familiar, también las herramientas de solución se ven limitadas, además, aumenta la probabilidad que se genere violencia intrafamiliar y afecta negativamente la interacción, socialización y expresión entre los miembros de dicha familia.

En concordancia con lo anterior, el maltrato físico, psicológico y emocional, son problemáticas sentidas desde la comunidad, al igual que el maltrato económico, asociado a la baja oferta laboral en la localidad:

El maltrato en todas sus formas afecta de manera negativa el desarrollo biopsicosocial de los sujetos víctimas, les deja huellas físicas en el cuerpo y gran cantidad de secuelas psicológicas. Dentro de éstas últimas se pueden nombrar los trastornos de identidad como la mala imagen de sí mismo, el sentimiento de culpa y los comportamientos desafiantes; los problemas de autoestima a los que se encuentran asociados sentimientos de inferioridad, creencias de incapacidad, comportamientos de timidez y miedo o por el contrario comportamientos agitados y espectaculares; y los problemas de ansiedad, angustia y depresión así como trastornos del comportamiento por miedo y ansiedad, síndromes de estrés postraumático, irritabilidad, desconfianza, problemas de concentración (11).

Tanto de las condiciones patológicas psicosociales como las enfermedades crónicas se ven propiciadas, entre otros factores, por el tabaquismo y el consumo de alcohol entre los miembros de la comunidad. El consumo de alcohol, además, puede ser un desencadenante de comportamientos violentos y agresivos en las familias y muchos tipos de maltrato. Como lo menciona la Organización Mundial de la Salud –OMS- “el consumo de alcohol, sobre todo de carácter nocivo o peligroso, es uno de los principales

factores de riesgo de violencia de pareja, y las relaciones entre ambos fenómenos son numerosas”.

Por último, se evidencia como un determinante proximal de estas condiciones los imaginarios de los habitantes de la Localidad de Sumapaz respecto del maltrato. Sucede con frecuencia que las personas no los ven como una prioridad y no escatiman en que estos comportamientos afectan la salud mental de la población sumapaceña en todas las etapas de ciclo vital. Dichas percepciones se ven determinadas de manera intermedia por las costumbres y representaciones socialmente aceptadas respecto a la educación, interacción y roles de poder.

Teniendo en cuenta lo anterior se puede decir que los derechos vulnerados a las y los adultos son de la Localidad dadas estas condiciones patológicas y crónicas son el derecho al amor y a la familia, derecho a un ambiente sano, al buen trato, a la salud y el derecho a la protección contra el descuido o trato negligente.

5.5 Etapa de ciclo poblacional Vejez

Núcleo problemático 1: Alta prevalencia en la Localidad de Sumapaz de enfermedades crónicas en el grupo poblacional de persona mayor.

Tema Generador: “Un control adecuado de enfermedades crónicas desde el autocuidado minimiza complicaciones futuras”

Actualmente las enfermedades crónicas son consideradas como un importante problema de salud pública que tiende a incrementar a medida que la población envejece. En la Localidad de Sumapaz el ciclo vital en que más prevalecen las condiciones crónicas es el de la vejez, que va de los 60 años en adelante.

Lo primero que debe señalarse es que en la vejez están arraigadas, de una manera muy fuerte, todas las prácticas inadecuadas para la salud que ha adquirido desde la infancia una persona. Malos hábitos alimenticios y estilos

de vida poco saludables como el sedentarismo y la poca actividad física, son algunas de dichas prácticas. Pues bien, la suma de todas éstas, en las que además podría nombrarse la baja adherencia a procesos de cuidado de salud y a los servicios de salud en general, dan como resultado altas prevalencias de enfermedades crónicas en el ciclo vital vejez muy relacionadas a condiciones de discapacidad debido al alto compromiso funcional.

La condición crónica más prevalente en la población sumapaceña es la hipertensión arterial seguida de las dislipidemias. Ambas patologías se encuentran directamente determinadas a nivel intermedio por los hábitos de vida, trabajo y consumo de alimentos que en el transcurso de sus vida han sostenido los adultos mayores. Además, gran parte de la población adulta mayor padece de la enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC), la más de veces por fumar o porque cocinan o cocinaron sus alimentos con estufas de leña (14).

En el nivel estructural las dificultades geográficas, sociales, económicas y de carencia de infraestructuras de comunicación que tiene la localidad se constituyen en factores de riesgo para el desarrollo de este tipo de enfermedades. Los determinantes intermedios que podrían vincularse a la presentación de esta problemática están los problemas en torno a la alimentación. Por un lado, la población adulta mayor tiene dificultades en el acceso a muchos alimentos balanceados y saludables por las barreras geográficas propias de la localidad. Así, basan sus dietas alimenticias en el consumo de aquello que producen en el territorio, lo cual, por cierto, tiene gran base de carbohidratos, bajo contenido proteínico y favorece el sobrepeso. Entre los determinantes proximales se encuentran los imaginarios que respecto a su uso del tiempo libre tienen los adultos mayores de la Localidad de Sumapaz, sus rutinas caracterizadas por la ausencia de actividad física, jornadas extensas de trabajo y el consumo excesivo de algunos alimentos.

Los derechos que se les vulneran a las y los adultos mayores por estas enfermedades crónicas son el derecho a la salud, el derecho a una vejez plena y segura, el derecho a una familia y derecho al trabajo.

Núcleo problemático 2: Situaciones de abandono, falta de inclusión y débiles redes de apoyo en los adultos mayores de la Localidad de Sumapaz.

Tema Generador: “Fortaleciendo el trabajo comunitario e intersectorial, colaboramos en la restitución de los derechos de las personas mayores con discapacidad”.

Estas problemáticas se presentan en las y los adultos mayores de 60 años en adelante.

En la Localidad de Sumapaz es evidente la negligencia y el abandono por parte de los hijos/as hacia sus padres adultos mayores, sobre todo cuando dejan sus hogares iniciales para constituir nuevos núcleos familiares. Los padres y madres adultos mayores se quedan solo y solas en sus casas, un hecho que indudablemente aumenta sus problemas en salud: se incrementa la posibilidad de sufrir lesiones físicas (generalmente por golpe producto de caídas), se les dificulta aún más la adherencia a tratamientos de salud pues no existen cuidadores que les hagan seguimiento al consumo de medicamentos, deterioran sus hábitos de alimentación debido a la poca frecuencia con que consumen alimentos, argumentando que no hay a quien cocinarles y muy poco les da hambre, estados de depresión y baja autoestima que los exponen a situaciones de vulnerabilidad poniendo en riesgo su vida y su integridad mental y física (14).

El abandono a las personas de este ciclo vital está determinado, en buena medida, por las percepciones sobre el ciclo vital vejez pues se considera que no son personas útiles para las familias. Aun cuando los adultos mayores son valorados por sus conocimientos y experiencia, sucede con frecuencia que no muy son tenidos en cuenta, más cuando en algunos casos pueden padecer alguna situación crónica o de discapacidad que puede aumentar el sentimiento de inutilidad (Hospital Nazareth ESE I Nivel 2011). También contribuye a la presentación de esta problemática el hecho que en la localidad de Sumapaz las instituciones no tienen presencia permanente, lo cual es tanto como que tienen bajas coberturas en la prestación de sus servicios y poca adherencia por parte de la población. El 49,9% de la población no es beneficiaria de ningún programa institucional y de la población beneficiaria el 37,4% lo está en programas diferentes a los contemplados en el formulario. Este tipo de ayuda podría estar asociado a programas que brinda la Alcaldía Local como lo son el bono a la persona

mayor y el beneficio de la canasta en los cuales de manera mensual las personas reciben una ayuda económica o mercados para ayuda de sus necesidades básicas (14). A partir de todo lo anterior, la condición de discapacidad de la etapa de ciclo vital vejez se puede decir que los derechos vulnerados a las y los adultos mayores son el derecho a la salud, derecho a una vejez plena y segura, derecho a una familia, derecho al trabajo.

6. Capítulo 3. Análisis de las respuestas de los diferentes actores ante las problemáticas de salud en la Localidad.

Este capítulo tiene como objeto analizar el conjunto de los sectores y actores institucionales y comunitarios existentes en la localidad y su manera de organizarse y dar respuestas a las problemáticas prioritarias en salud desde los determinantes sociales que las causan. El análisis de las respuestas no está circunscrito a las acciones que se articulan desde el programa Territorios Saludables sino que, si bien incorpora de manera integral el análisis de las respuestas y las acciones realizadas desde el sector salud en lo local, también tiene en cuenta las generadas desde otros sectores (planes, proyectos, plataformas estratégicas) y propuestas desde la comunidad (acciones y asociaciones comunitarias que afecten los determinantes).

El análisis de la respuesta actual se desarrolla en relación a cada problemática y de acuerdo a cada ciclo poblacional. Para hacer esto se triangula la información referente a la respuesta de los diferentes actores y sectores presentes en la localidad ante la problemática planteada. Así se evidencia la cobertura de las acciones por etapa de ciclo vital, es decir, la población beneficiada o cubierta por las diferentes respuestas identificadas y la población no cubierta o excluida de la oferta institucional y comunitaria. De igual forma, se analiza el impacto de la oferta actual en el marco de la determinación social y en términos de la cobertura, calidad, oportunidad, longitudinalidad (sostenibilidad en el tiempo), y la pertinencia de las acciones e intervenciones (institucionales y/o comunitarias) que afectan la problemática señalada.

A continuación se presentan los núcleos problemáticos con sus respectivos temas generadores y el análisis de la respuesta actual institucional y comunitaria con cada problemática planteada.

6.1 Etapa de ciclo poblacional infancia

Núcleo problemático 1: *Situación de inseguridad alimentaria en los niños y niñas de la localidad relacionada con patrones de consumo inadecuados y dificultades en el aprovechamiento biológico, las cuales traen como consecuencia una alta prevalencia de desnutrición global y crónica.*

Tema Generador: *“Cero indiferencia a la inseguridad alimentaria de los niños y niñas de la localidad de Sumapaz”.*

De acuerdo a la problemática de inseguridad alimentaria y nutricional en niños y niñas de la localidad relacionada con patrones de consumo inadecuados se han generado respuestas institucionales desde el sector salud y desde otros sectores y actores presentes en la localidad.

El sector salud lleva a cabo asesorías domiciliarias de caracterización y seguimiento desde el énfasis de seguridad alimentaria y nutricional y mediante el proceso de vigilancia alimentaria y nutricional SISVAN. A los menores de 10 años que presentan malnutrición por déficit, SISVAN los asesora, capacita y educa, tanto a ellos como a sus familias, en alimentación balanceada, preparación de alimentos y en el aprovechamiento de la canasta familiar. Mediante las acciones territoriales se realizó el seguimiento a 11 menores que presentaron riesgo nutricional ya sea por condiciones de malnutrición, por exceso o déficit y también a un total de 14 menores se les realizaron seguimientos a escolares que presentan riesgo nutricional.

Además de lo anterior, SISVAN realiza un acompañamiento, seguimiento y asesoría al 100% de las gestantes que hay en la Localidad en medio de lo cual también hace un seguimiento para la verificación de los compromisos adquiridos en la primera visita.

Desde el nivel intersectorial la Secretaria de Integración Social otorga un auxilio de alimentación, representado en la canasta complementaria de alimentación a 360 familias y de acuerdo a sus propios criterios de inclusión.

También entrega un bono alimentario a 120 personas de manera mensual. Por otra parte, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF- brinda desayunos a 30 menores de 5 años y las instituciones educativas ofrecen diariamente a sus alumnos un refrigerio tipo desayuno y un almuerzo. El Hospital Nazareth ejecutó una estrategia del gobierno nacional para disminuir la prevalencia de anemia por insuficiencia de hierro en los menores de edad. Así, hizo un proceso de desparasitación en los escolares menores de 12 años y luego, por medio de su nutricionista, brindó sulfato ferroso y vitamina “a” durante 15 días a los menores.

Ahora bien, se evidencia que las respuestas generadas a la problemática de inseguridad alimentaria desde las instituciones están orientadas a modificar determinantes intermedios. El Hospital Nazareth ha dado respuesta a esta problemática mediante acciones de educación y capacitación orientadas a la modificación de hábitos alimentarios inadecuados sostenidos en el tiempo por condiciones histórico-culturales y que se caracterizan, la más de las veces, por la ingesta excesiva de carbohidratos. Entre las acciones realizadas están las campañas para contrarrestar la falta de educación sobre lactancia materna que ha hecho que se sustituya la lactancia por la administración de leche cruda y que les ha generado problemas digestivos a los niños y niñas de la Localidad por la alta concentración de grasa en este tipo de leche (6). De igual forma, mediante este tipo de acciones la respuesta actual del Hospital Nazareth busca modificar determinantes proximales que son adquiridos desde la primera infancia, como el bajo consumo de frutas y verduras y el desconocimiento de la importancia de consumir otra variedad de alimentos que favorezcan el desarrollo de habilidades y competencias necesarias para su desempeño ocupacional.

Pero subsisten muchos problemas en la respuesta que institucionalmente se le brinda a la población. En la Localidad de Sumapaz no existen acciones que mitiguen las barreras de acceso, como las grandes distancias y los problemas en las vías que caracterizan la comercialización productos y con esto la baja disponibilidad de alimentos ricos en vitaminas, minerales y proteínas para los sumapaceños. De la misma forma, a nivel estructural no se realizan acciones para favorecer la estabilidad laboral de la población campesina residente en la localidad, algo que condiciona la capacidad adquisitiva de la población y así el acceso a alimentos adicionales a los que se cultivan (15).

No obstante, desde los indicadores y trazadores que maneja el énfasis de seguridad alimentaria y nutricional es evidente la importancia que las instituciones le den un abordaje integral a la situación de inseguridad alimentaria y nutricional de la localidad. Si bien se cuenta con apoyos alimentarios, estos no tienen la relevancia ni logran dar una respuesta real a las necesidades nutricionales de la población pues, como apoyos, no han evolucionado o no han realizado una transición suficiente ni tienen en cuenta las necesidades particulares de la población de Sumapaz. Como se observa en los restaurantes escolares, la dieta se basa en una minuta distrital que no analiza el papel del escolar en sus labores agrícolas y pecuarias. Esto, además, ha tenido el problema de generar una dependencia institucional en la comunidad, la cual, viene logrando que los sumapaceños vengan dejando de lado su vocación agrícola y el autoconsumo. Por último, el ICBF, aun cuando es una institución imprescindible para la protección del menor, no hace presencia permanente en la localidad, lo que genera que sus acciones no tengan el impacto y la cobertura necesaria.

Núcleo problemático 2: *Inadecuadas prácticas protectoras relacionadas con alto riesgo de accidente en el hogar, problemas de ambiente e higiene, que vulnera el bienestar físico y mental de la infancia en la localidad de Sumapaz.*

Tema Generador: *“Salud mental... factor fundamental en el desarrollo de nuestros niños y niñas en la localidad”*

A nivel institucional el sector salud, desde su componente de Vigilancia Pública, garantiza la identificación, notificación y seguimiento local e intersectorial de eventos de maltrato por negligencia con Comisaría de Familia. A partir de estos eventos genera acciones educativas y resolutivas para garantizar la restitución de derechos de los menores. Por su parte, el énfasis de infancia se articula intersectorialmente para el posicionamiento de los ejes de la política pública de infancia y adolescencia desde su componente de gestión y desde su componente de estrategias realiza visitas domiciliarias a la primera infancia en las que educa y valoriza por medicina y enfermería. Así mismo, este énfasis se articula con los CDIF para asistencias técnicas y lleva a cabo servicios de salud colectiva en los que utiliza herramientas de educación para la comunidad. Por último, con base en su componente institucional realiza seguimiento a programa de detección temprana de alteraciones en el niño (menor de 10 años).

Ahora bien, a partir del ámbito institucional y articulándose intersectorialmente, el énfasis de salud mental realiza una gestión para el posicionamiento de los ejes de la política pública de salud mental. También, desde el ámbito comunitario hace actividades para la prevención y promoción de estas problemáticas con los menores. Por otro lado, el subsistema SIVIM vigila a la totalidad de la población que se encuentra en la etapa de ciclo vital infancia. Desde el énfasis de infancia se enfoca en la atención de los menores de 5 años por medio de estrategias de atención materno infantil y desde el ámbito institucional realiza el seguimiento de la Detección Temprana de Alteraciones en el Menor de 10 años. Sin embargo, la población entre los 6 y los 13 años no está cubierta desde el ámbito domiciliario por la atención de estrategias. Así, el seguimiento de este grupo etario estaría limitado al abordaje individual por prevención y promoción y a la valoración que se realice desde ámbito escolar.

Las acciones de intervención desarrolladas en la localidad por las instituciones buscan la modificación de determinantes intermedios, como son las prácticas socialmente aceptadas para el cuidado de los menores de edad que vulneran su salud mental. Sin embargo, se evidencian brechas respecto a las notificaciones y seguimientos realizados a los niños puesto que no se cuenta con datos confiables que midan la eficacia de los seguimientos por SIVIM y por proceso psicosocial. Así mismo, es importante resaltar la poca presencia de otros sectores e instituciones importantes para la protección y apoyo a la infancia como el ICBF y el déficit en la articulación entre instituciones que garantice la oportunidad y la calidad en los procesos. Adicional a esto, la ausencia de una Comisaría de Familia en cada una de las veredas dificulta el seguimiento a las víctimas de violencias de forma oportuna y continua. Lo cual indica que la presencia institucional no tiene el impacto requerido, ya que no se da una cobertura y acompañamiento constante a las familias y a las víctimas de las violencias por la falta de personal oportuno para el abordaje de estos casos (7).

Otro problema institucional y estructural que favorece la presentación de las problemáticas antes descritas es la alta rotación de personal y su no capacitación en estrategias para el abordaje de las inadecuadas prácticas protectoras. Por otro lado, la oferta institucional desde el sector salud se centra en las actividades contratadas por el Plan de Intervenciones Colectivas, un hecho que dificulta la disponibilidad presupuestal y el recurso humano para realizar otras actividades que se enfoquen a la población entre

6 y 13 años. Ahora, es importante resaltar que las condiciones de las viviendas de la localidad les acarrearán problemas de ambiente e higiene a los menores. No todas cuentan con servicios básicos y sus materiales y estructuras, si bien se han adaptado a las necesidades, son de alto riesgo. Lo cierto es que esta problemática no puede ser resuelta desde el sector salud.

6.2 Etapa de ciclo poblacional Adolescencia

Núcleo problemático 1: Baja participación de los y las adolescentes en el programa de regulación de la fecundidad en la localidad de Sumapaz

Tema Generador: *“Educación y conciencia en nuestros adolescentes para un mejor control de la fecundidad”*

Esta problemática se presenta en adolescentes entre los 14 y los 17 años, 11 meses y 29 días. Cabe recordar que la localidad cuenta con 263 personas en este ciclo, de estos el 48,6% (n=128) son de sexo femenino y el 51,3% (n=135) son del sexo masculino. Pues bien, la problemática consiste en la baja participación de esta población a los programas de regulación de la fecundidad, también a consultas y controles de medicina general, consultas y controles de enfermería, asesorías, consejerías y consulta en planificación familiar, asesorías sobre embarazo y embarazo no deseado, asesorías sobre salud sexual y reproductiva, asesorías sobre infecciones de transmisión sexual –ITS- incluido VIH/SIDA.

En el marco de la prestación de servicios, la E.S.E. Hospital Nazareth ofrece, desde el énfasis de salud sexual y reproductiva, los siguientes servicios para dar respuesta a esta problemática: educación en salud sexual y reproductiva en los ámbitos de vida cotidiana -familiar, institucional, extramural-, acceso a métodos de regulación de la fecundidad como condones, anticonceptivos orales, anticonceptivos, inyecciones mensuales y trimestrales e implante subdérmico jabelle y, asesorías y tomas del examen del VIH. También, aborda actividades en salud sexual y reproductiva a través del fortalecimiento de la elaboración de los proyectos de vida de la población escolar, tamizaje ginecológico en toma de citología cervical vaginal y el autoexamen de seno.

En el 2012 se caracterizaron 3 gestantes menores de 15 años que, por cierto, representan el 15,7% de las 19 gestantes de la localidad. A estas gestantes se les realizaron acciones de notificación y se refirieron a otras instituciones para la restitución de sus derechos y la denuncia respectiva puesto que son casos considerados como abuso sexual. También en el 2012 se identificaron 10 casos de embarazos en adolescentes entre los 15 y los 19 años de edad pertenecientes a la localidad, que sumadas representan el 52,6% de los casos de embarazos en la Localidad. Igualmente se tienen caracterizadas cinco gestantes entre los 15 y los 19 años de edad que aun cuando pertenecían a otras localidades y departamentos aledaños fueron captadas por el equipo integral de territorio. Ahora bien, se tiene estimado que el 71% de la población adolescente entre los 14 y los 17 años no está cubierta por la oferta de servicios resolutivos, sin embargo, se tiene una cobertura estimada del 100% de la población escolarizada con acciones promocionales y colectivas.

Desde el nivel intersectorial, la Secretaría Distrital de Salud junto con la UNFPA desarrollaron acciones conjuntas con el Hospital Nazareth en la canalización de la población vinculada en edad fértil (mujeres entre 14 y 49 años) para inserción o retiro de implantes subdérmicos. De igual forma se entregaron preservativos (condones) de manera gratuita a través del equipo ERI (médicos y enfermeras) a las personas con aseguramiento del Fondo Financiero Distrital en Salud. Lo que evidencia la baja participación adolescente es que para el año 2012 se atendieron 50 adolescentes en el programa de regulación de la fecundidad equivalentes al 19% de la población total de adolescentes entre los 14 y 17 años. Además, entre los años 2010 a 2012 la población de la Localidad de Sumapaz cubierta con métodos hormonales subdérmicos fue de la siguiente manera: en 2010 a 4 mujeres se le realizaron implantes subdérmicos Jadelle; en 2011, bajo el proyecto Implanon 19 mujeres recibieron el implante Jadelle; en 2012 fueron 5 las mujeres adolescentes a las cuales se les implantó el jadelle. De esta manera, población que sumada a la fecha representa un total de 28 adolescentes en la Localidad a las que el servicio de salud les realizó el implante subdérmico.

Pues bien, con estas acciones la institución interviene al nivel intermedio de los determinantes sociales en cuanto busca la modificación de los tabúes culturales frente a la sexualidad y la reproducción, pues en el contexto rural la sexualidad define las proyecciones de los y las adolescentes a futuro. De igual forma, la respuesta actual actúa a nivel proximal respecto de los imaginarios machistas sobre los roles de género y la existencia de prejuicios

en relación a las preferencias sexuales. No obstante, las acciones institucionales se ve limitadas a nivel estructural por las normas y reglamentaciones que vulneran el derecho a la salud estableciendo barreras de acceso por la condición de aseguramiento (ley 100, 1438 SGSSS). De la misma forma, las políticas públicas no incluyen elementos para eliminar dichas barreras de acceso en la población rural pues no establecen los recursos suficientes.

Teniendo en cuenta Por todo lo anterior se hace evidente la necesidad de fortalecer los servicios amigables para aumentar la corresponsabilidad de adolescentes frente al reconocimiento de riesgos en salud sexual y reproductiva.

Núcleo problemático 2: *Deserción escolar de los y las adolescentes de la localidad de Sumapaz asociada a la vinculación temprana al desarrollo de actividades laborales como medio de ayuda y acompañamiento a las familias. ,.*

Tema Generador: *“Cuidando de nuestros adolescentes tendremos adultos más sanos”*

En la Localidad de Sumpaz la problemática de deserción escolar de los y las adolescentes está asociada a la vinculación temprana al desarrollo de actividades laborales como medio de ayuda y acompañamiento a sus familias.

La E.S.E. Hospital Nazareth, a través de la articulación de los énfasis de salud mental, salud infantil y el ámbito escolar, generó respuestas integrales con el fin de fortalecer procesos escolares y mejorarlas condiciones de salud física, social y mental de los adolescentes. Realizó talleres con adolescentes, padres de familia y diferentes participantes en que promovió hábitos saludables y servicios de salud así como los sensibilizó sobre sus derechos, en especial sus derechos en salud. Estas acciones se dirigieron a 40 adolescentes en el año 2012, sin embargo, si se suman al sumar las últimas tres vigencias la cobertura de servicios a esta población se tiene un acumulado de 120 adolescentes atendidos que corresponden al 33% de la población total en estudio. Aquí es importante mencionar que la población fue cubierta de acuerdo a la meta proyectada por la Secretaria de Salud y

que la población que se ha excluido se ha retomado en las actividades grupales y en los talleres de sensibilización que se llevan a cabo con la comunidad, bien desde los espacios de la Mesa de Trabajo Infantil, como desde la Red del Buen Trato y el Comité de Infancia y Adolescencia.

Por otro lado, la institución ejecutó estrategias de educación para orientar a los adolescentes en el uso del tiempo libre para que descansen, lo destinen a otro tipo de actividades lúdico-recreativas y, finalmente, lo puedan destinar al desarrollo de las tareas escolares. Buscó, además, disminuir esta problemática observando casos de desescolarización en edades entre los 14 y los 17 años y bajo rendimiento escolar (13).

A nivel intersectorial el sector salud se articuló con diferentes instituciones como la Secretaria de Integración Social desarrolló acciones enfocadas a la ejecución de proyectos y programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de esta población y sus familias; Comisaria de familia, desarrolla acciones para la restitución de derechos de los adolescentes y prevención de la vulneración de estos; Alcaldía local de Sumapaz, genera proyectos dirigidos a la población adolescente y a sus núcleos familiares con el fin de mejorar las condiciones de calidad de vida.

Ahora, los énfasis de salud sexual y reproductiva y trabajo saludable sensibilizaron a los adolescentes frente al ejercicio de una sexualidad responsable ya que gran parte de ellos adoptan de una manera prematura el rol de padres. Este hecho es el desencadenante de situaciones difíciles y de riesgo en salud como lo es la deserción escolar para el ingreso al mundo laboral a edades tan tempranas que les significa convertirse en mano de obra barata (17).

Cabe resaltar que estas acciones han permanecido en el tiempo y se han venido desarrollando desde el año 2005. Por medio de actividades culturales se ha logrado transformar la vinculación temprana al rol del trabajo infantil, como medio de formación y se ha aportado en la prevención de la vulneración de los derechos a la salud, educación y recreación. Sin embargo, el impacto se ha afectado por la cobertura de los proyectos.

6.3 Etapa de ciclo poblacional Juventud

Núcleo problemático 1: Baja posibilidad de ingreso a programas culturales, deportivos y de educación superior determinada por la ausencia en la oferta institucional del territorio.

Tema Generador: “mejorando las oportunidades de ingreso a programas culturales, deportivos y de educación superior en el área rural lograremos un mejor futuro y un mejor país”

De forma conexas con lo anterior se identifica que la localidad a través de los años ha mostrado un desarrollo en el aspecto educativo algo lento y con pocas proyecciones, situación que se ve reflejada en el nivel de escolaridad de sus habitantes. Puesto que, como un determinante proximal de la problemática se observa que interés en la escolaridad de los/las NNA va hasta quinto de primaria, que sepan leer, escribir y sumar, pero luego esta motivación se pierde porque la ocupación de los escolares cambia por la agricultura y los oficios del hogar (17). El impacto que generan las acciones intermitentes implementadas por instituciones competentes en el sector deportivo, cultural y de educación superior, no es favorable, por lo que los jóvenes que egresan de la educación básica secundaria, no tienen otra opción más que ingresar a trabajar informalmente.

Frente a esta problemática la Secretaría de Cultura apoya las iniciativas de organizaciones y colectivos de la Localidad y realiza acompañamiento a la población desde jornadas de capacitación a las organizaciones. El IDPAC tiene como objetivo lograr que los jóvenes participen en las dinámicas educativas, culturales o políticas y que desde el colegio o las veredas se desarrollen actividades culturales, también para que se generen empleos autónomos y además para que los jóvenes participen en los procesos de movilización social en la localidad.

La Secretaría de Integración Social, por su parte, busca construir conjuntamente con las y los jóvenes las condiciones necesarias para la protección, promoción y restitución de sus derechos y que garanticen progresivamente su vivencia de éstos, contribuyendo al mejoramiento de su calidad de vida, como protagonistas del desarrollo social de la ciudad.

A nivel comunitario el Consejo Local de Juventud se involucra en los procesos de toma de decisiones y desarrollo y en el ámbito local gestiona e

impulsa iniciativas y evalúa los proyectos en torno a la educación, salud, trabajo, cultura, recreación, el medio ambiente y bienestar social juvenil.

Núcleo problemático 2: Baja asistencia a servicios de salud en la detección temprana de alteraciones en los jóvenes y las jóvenes de la localidad de Sumapaz

Tema Generador: “Prevención y Detección elementos claves para disminuir impactos negativos a futuro en la salud”

Con relación a esta problemática el Hospital Nazareth, en el marco del modelo de prestación de servicios en salud desde promoción y detección temprana, ofrece los siguientes servicios: Consulta médica general de primera vez a personas de 10 a 13, 14 a 16, 17 a 21, 22 a 24, 25 a 29 años; educación en salud sexual y reproductiva en los ámbitos de vida cotidiana -familiar, institucional extramural-; acceso a métodos de regulación de la fecundidad -Condomes, anticonceptivos orales, anticonceptivos inyecciones mensuales y trimestrales, implante subdérmico jadelle, asesoría y toma del examen del VIH-; abordaje de las actividades en salud sexual y reproductiva, fortalecimiento de la elaboración de los proyectos de vida de la población escolar; tamizaje ginecológico en toma de citología cervical vaginal y autoexamen de seno.

De igual forma el sector salud oferta servicios amigables para los adolescentes y los jóvenes. Este tipo de servicios parten de la identificación y satisfacción de las necesidades de las personas adolescentes y jóvenes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y promueve alternativas novedosas y adaptadas a su realidad.

En estas acciones cabe mencionar que las proyecciones de atención de las áreas de promoción y prevención de la salud en 2012 mencionaban un total de 417 usuarios jóvenes atendidos, sin embargo el total ejecutado del año fue de 210. Según análisis de la dinámica de los centros de atención, UPA San Juan y CAMI Nazareth, y del seguimiento a las metas individualizadas a cada profesional del Hospital Nazareth, se logró una cobertura del 13.3% inferior a lo propuesto durante el año para la atención de la población joven. No obstante, las acciones generadas desde el sector salud están orientadas a modificar a nivel intermedio patrones culturales que influyen en las

percepciones frente al acceso a los servicios de detección temprana; de igual forma a nivel proximal se busca generar interés frente al reconocimiento de los servicios a los que tienen derechos y así contrarrestar la baja adherencia a las actividades de promoción y prevención ofertadas por ley para la población.

Por su parte, desde el nivel intersectorial la Alcaldía Local brinda apoyo técnico y financiero en el desarrollo de actividades en salud a la comunidad.

6.4 Etapa de ciclo poblacional Adultez

Núcleo problemático 1: Desarrollo de actividades laborales a temprana edad en condiciones de trabajo no seguras que afectan la calidad de vida y salud de las y los adultos.

Tema Generador: “Trabajando articuladamente por un trabajo digno en nuestra ruralidad, para mejorar condiciones de vida y salud en sus habitantes”

Desde el sector salud se han generado respuestas integrales a la población trabajadora mediante un proceso de articulación de los énfasis de salud ambiental, ámbito familiar, seguridad alimentaria y nutricional y crónicos, entre otros para mejorar las condiciones de salud, trabajo y ambiente de la población. Las acciones generadas desde el sector salud dan respuesta a la problemática pues a través de campañas educativas y de formas de intervención vienen modificando los inadecuados hábitos en el trabajo presentes en la Localidad de Sumapaz como las posturas inadecuadas, mantenidas, los movimientos repetitivos, la manipulación de cargas por encima de los límites permisibles y la desorganización de los lugares de trabajo, así como la ausencia de señalización, el riesgo biológico y el riesgo químico. De igual forma, a través de procesos educativos se busca modificar a nivel proximal los imaginarios frente a las prácticas laborales adecuadas, puesto que las personas no identifican dichas situaciones como prioridad.

No obstante, las acciones del sector salud han aportado a la problemática de manera tal que viniéndose ejecutando desde el año 2005 han cumplido con las metas proyectadas y mantenido en "0" el indicador de accidentes de

trabajo. Así, han logrado la consecución de entornos de trabajo en un 70% de cumplimiento de la estrategia al mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo. Empero es importante fortalecer el proceso de prevención y promoción, a través de procesos educativos nuevos, con el fin de no generar habituación de la población hacia los contenidos del proceso, y de esta forma contribuir con un mayor impacto.

A nivel intersectorial se realiza un proceso de articulación con diferentes sectores e instituciones, sin embargo dichas instituciones hacen presencia intermitente en la localidad. Secretaria de integración social con el programa de entrega de canasta y a través de la implementación de huertas caseras ejecuta su modelo de buenas prácticas agrícolas con el fin de mejorar las condiciones de salud, trabajo, ambiente y aprovechamiento de los alimentos e inocuidad de los mismos. Por su parte, la Alcaldía local de Sumapaz desarrolla acciones de fortalecimiento técnico a huertas caseras direccionadas a la tecnicidad, que aporten al mejoramiento y mantenimiento de la salud y que desarrollen procesos de articulación con el Hospital Nazareth en el espacio de la mesa de gestión integral de territorio.

Secretaria de desarrollo económico es una Institución que no hace presencia en el espacio intersectorial pero que cuenta con acciones, desde su política de desarrollo económico referente al trabajo digno y decente relacionadas con el modelo de aplicabilidad de acciones de la ESE en la población trabajadora.

Núcleo problemático 2: Aparición de condiciones patológicas y crónicas en los adultos y las adultas en la localidad de Sumapaz.

Tema Generador: “Con hábitos de vida alimentaria y laboral saludables, consolido mi futuro”

A nivel institucional el Hospital de Nazareth realiza actividades de seguimiento a familias de prioridad alta y a las persona con enfermedad crónica por parte medio de los equipos de respuesta inicial y el equipo complementario. De igual forma, hace demanda inducida a servicios de atención, genera acciones de información, educación y comunicación en salud para promoción de prácticas saludables, y prevención de complicaciones de la enfermedad de base. También educa a la población en

signos de alarma de base de la enfermedad crónica y realiza controles por medicina general de acuerdo a la clasificación del riesgo y solicitud de exámenes de control.

Es importante resaltar que las acciones generadas dan respuesta a la problemática desde el nivel intermedio y proximal, pues buscan modificar hábitos inadecuados de alimentación, laborales e higiénicos, a través de procesos de capacitación y educación y desde el fortalecimiento de redes sociales. De igual forma los procesos formativos implementados favorecen el autocontrol en el tratamiento y mitigan la complicación de la enfermedad, que de manera proximal, está determinada por condiciones de predisposición biológica. Se encuentra que en la población se evidencian comorbilidades que facilitan la manifestación de enfermedades crónicas, como lo son las dislipidemias las alteraciones osteomusculares, afecciones de tipo respiratorio. Pues bien, también hay que tener en cuenta que a pesar del seguimiento e intervención y demás acciones implementadas se deben seguir buscando estrategias que permitan la sensibilización de la familia y el adulto frente a la importancia de tener una adherencia al tratamiento farmacológico y No farmacológico.

A nivel intersectorial la Alcaldía Local aporta recursos económicos para la complementariedad de acciones no cubiertas por los diferentes planes de beneficios a través de Proyectos UEL. Participa en reuniones de persona mayor desarrolladas en el territorio. La Secretaria Distrital de Salud proyecta el plan de intervenciones colectivas, mantiene las acciones colectivas de IEC con las familias e Instituciones Educativas.

6.5 Etapa de ciclo poblacional **Vejez**

Núcleo problemático 1: Alta prevalencia de enfermedades crónicas en el grupo poblacional de persona mayor, en la localidad de Sumapaz.

Tema Generador: “Un control adecuado de enfermedades Crónicas desde el autocuidado minimiza complicaciones futuras”

De acuerdo a la problemática de alta prevalencia de enfermedades crónicas en el grupo poblacional de persona mayor en la localidad, se han generado

respuestas institucionales desde el sector salud y desde otros sectores y actores presentes en la localidad.

A nivel institucional, la ESE Nazareth, a través de los énfasis de crónicos, seguridad alimentaria y nutricional y discapacidad, continúa fortaleciendo la educación en la importancia de la modificación de hábitos de consumo de alimentos, ya que, la buena nutrición es un factor protector en este tipo de patologías crónicas. Las estrategias que se utilizan para la intervención son las visitas domiciliarias en las cuales se realizan tamizajes de las patologías crónicas. La institución también cuenta con la ruta de la salud para usuarios crónicos, en la que pretende disminuir las barreras de acceso geográfico y facilitar las consultas de los pacientes, los cuales se programan a consultas especializadas, según riesgo cardiovascular. Se continúa con el seguimiento por parte de Seguridad Alimentaria y nutricional a los usuarios en condición crónica con el fin de identificar prácticas de consumo y realizar planes de cuidado concertados que mejoren este patrón de alimentación saludable. Igualmente, se realiza demanda inducida a servicios de atención.

Ahora, por medio del proceso educativo que desarrolla la institución se apunta a la modificación de hábitos de vida, trabajo, consumo de alimentos y cuidado de la salud en el transcurso de sus vidas, actuando en el nivel de determinación intermedio y proximal. De igual forma, mediante la educación se influye desde el nivel proximal en los imaginarios respecto al uso del tiempo libre, sumadas al establecimiento de hábitos de vida poco saludables, asociados a percepciones frente a hábitos alimentarios saludables y rutinas caracterizadas por la ausencia de actividad física, jornadas extensas de trabajo, el consumo de bebidas alcohólicas constantes y el consumo excesivo de algunos alimentos.

De acuerdo al porcentaje de grupos familiares de personas con condiciones crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal) con educación multidisciplinaria se evidencia un cumplimiento del 100% de la meta de visitas domiciliarias a familias de usuarios con algún tipo de condición crónica de acuerdo a lo planeado y proyectado por los equipos integrales de los territorios. Es necesario implementar estrategias novedosas y lúdicas, que permitan a la persona mayor tener el control sobre el cuidado de su salud, teniendo en cuenta las características particulares de esta población.

A nivel intersectorial la Secretaria de Integración Social garantiza el desarrollo de los espacios de grupo de persona mayor y realiza la caracterización de población beneficiaria del bono de persona mayor. Son espacios en los que a su vez se posiciona la política de vejez dentro de las actividades desarrolladas por este actor y también desarrolla intervenciones de los planes territoriales en los espacios programados con la población adulta mayor.

A nivel comunitario existen grupos de interés de persona mayor donde se generaron encuentros de la población adulta mayor en el que se socializaron sus necesidades identificadas y se generaron respuestas. También se realizaron intervenciones en promoción y prevención de la salud como actividad física, nutrición, prevención de crónicas y adherencia al tratamiento, y se genera intervenciones como la ruta de crónicos y persona mayor que disminuyan las barreras de acceso a la población crónica y adulta mayor.

Núcleo problemático 2: Situaciones de abandono, falta de inclusión, y débil red de apoyo, en adultos mayores, en la localidad de Sumapaz.

Tema Generador: “Fortaleciendo el trabajo comunitario e intersectorial, colaboramos en la restitución de los derechos de las personas mayores con discapacidad”

A nivel institucional, desde su énfasis de discapacidad la ESE Nazareth lleva a cabo asesorías domiciliarias y apoyo a nivel comunitario mediante la implementación de la estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad –RBC-. Así fortalece las redes de apoyo y fomenta la inclusión social de los adultos mayores con alguna condición de discapacidad, pues las acciones se desarrollan a nivel individual, familiar y con organizaciones sociales donde participan adultos mayores que presentan restricciones en la participación independiente de actividades de la vida diaria. Además, este énfasis hace caracterizaciones y localizaciones de personas con discapacidad para que accedan a planes de beneficio social como el proyecto de gratuidad en salud, la excepción de pico y placa y la tarifa diferencial en el sistema de transporte articulado. Es de resaltar que la localidad maneja una dinámica diferencial debido al transporte urbano pues no cuenta con la infraestructura en este punto. Es importante mencionar que el énfasis de discapacidad,

desde su guía técnica de la Secretaría de Salud, está limitado pues no se permite la atención por parte de los profesionales en los casos en que ya se ha realizado un abordaje en vigencias anteriores. De esta manera se crea una brecha para muchos de los adultos mayores pues se evidencia su falta de inclusión y sus débiles redes de apoyo.

El énfasis de salud mental realiza captaciones, notificaciones y seguimientos desde el subsistema de SIVIM ante situaciones de negligencia y abandono para adultos mayores. Además, realiza seguimientos a los casos desde la parte psicosocial con el fin de fortalecer las redes de apoyo y dinámicas familiares. Así mismo, participa en el seguimiento a casos a través del Comité de seguimiento de casos y consejo local para atención a víctimas y remite los que considera pertinentes de otras instituciones competentes. Ahora bien, el énfasis de salud mental para el año 2012 realizó la notificación, desde el Subsistema SIVIM, de 16 casos de adultos mayores por situaciones de violencia, entre éstas, negligencia y abandono. A todos estos casos se les hizo un seguimiento oportuno y se hizo su remisión a Comisaria de Familia, aparte de su correspondiente socialización en el Comité de Seguimiento de Casos.

El subsistema SISVECO lleva a cabo intervenciones epidemiológicas individuales y colectivas en personas identificadas con conducta suicida con el fin de brindar acompañamiento y caracterizar los determinantes que afectan su estado de salud.

Así, es necesario mencionar que las acciones generadas desde el sector salud actúan sobre el nivel intermedio de los determinantes sociales fortalecimiento las redes de apoyo primarias y la sensibilización frente al maltrato con el fin de prevenirlo. También, a través de sus campañas mitigan la posibilidad de sufrir lesiones físicas (generalmente por golpe producto de caídas), disminuyen la dificultad en la adherencia a tratamientos de salud por la ausencia de cuidadores y favorecen adecuados hábitos de alimentación, incrementando de esta forma, la autoestima. Del mismo modo, mediante las acciones educativas se actúa desde el nivel intermedio las percepciones del núcleo familiar respecto a la etapa de ciclo vital vejez, ya que en ocasiones no son vistos como seres útiles para la sociedad.

A nivel intersectorial la Secretaria de Integración Social una brinda canasta complementaria de alimentación para persona mayor según vulnerabilidad.

Por su parte Comisaria de familia realiza la verificación de derechos a esta población y medida de restablecimiento de derechos, así mismo conciliaciones para cuotas de alimentación.

7. Capítulo 4. Propuestas de Respuestas y Recomendaciones

Este capítulo contiene las propuestas de respuesta y las recomendaciones para impactar en los determinantes que afectan la salud y la calidad de vida de la población sumapaceña abordados desde cada etapa de ciclo vital en el capítulo 2 y en las cuales las acciones institucionales se sintetizaron en el capítulo 3.

7.1 RESPUESTA INTEGRAL ETAPA DE CICLO POBLACIONAL INFANCIA

Núcleo problemático 1: *Situación de inseguridad alimentaria en los niños y niñas de la localidad relacionada con patrones de consumo inadecuados y dificultades en el aprovechamiento biológico trayendo como consecuencia alta prevalencia de desnutrición global y crónica.*

Tema Generador: “Cero indiferencia a la inseguridad alimentaria de los niños y niñas de la localidad de Sumapaz”

El énfasis de seguridad alimentaria y nutricional, en articulación con instituciones a nivel intersectorial, ha realizado un análisis causal de la situación alimentaria y nutricional de la localidad. Dentro de los aspectos analizados se encuentran las acciones de las instituciones en la localidad.

La canasta, como respuesta, ha disminuido la productividad local y ha vulnerado la cultura alimentaria sumapaceña. Ahora, siendo una acción aislada y sin haber una suficiente cohesión de las instituciones en la Localidad, esta acción no ha podido ser autosostenible. Por esta razón, la

Mesa de Gestión Integral del territorio generó una estrategia de trabajo unificado en la cual se pretende:

1. Generar una propuesta de canasta alimentaria diferencial para la ruralidad en la cual se aumente el número de verduras, frutas y se disminuyan los enlatados, logrando que la proteína faltante provenga de la producción de especies menores.
2. Desarrollar proyectos productivos que logren la corresponsabilidad de los usuarios y sobre los cuales instituciones logren articular acciones que conlleven a la soberanía alimentaria y el empoderamiento de la comunidad.
3. Llevar a cabo estrategias de fortalecimiento de redes y formación de líderes gestores y notificadores en seguridad alimentaria y nutricional.

Teniendo en cuenta, lo anterior la mesa de gestión integral del territorio diseñó una propuesta la cual tiene 3 instituciones articuladas.

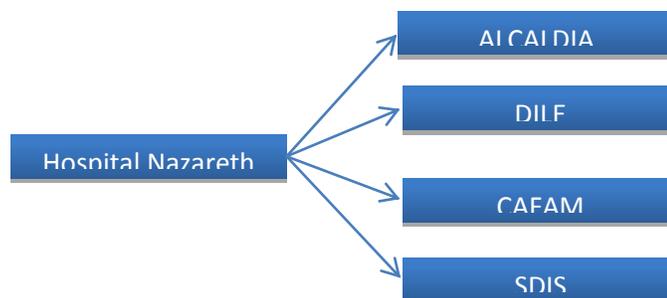


La propuesta se realizará de la siguiente manera:

1. En articulación con la Secretaria de Integración Social, se está ejecutando el diseño de una canasta diferencial, además, se están generando los centros de acopio que permitan el trabajo articulado de las instituciones y la comunidad. Dentro de los cambios que se darían están, primero, en la canasta se suministrarían insumos para la manutención de las especies menores; segundo, los usuarios que hagan parte del proyecto de canasta en la localidad de Sumapaz deben tener una huerta casera y lograr el sostenimiento de la misma, de esta manera se espera que la comunidad vuelva a su cultura agrícola.
2. El Hospital Nazareth brindaría apoyo a las instituciones participantes mediante talleres de preparación de alimentos en los cuales se les daría un seguimiento nutricional y se fortalecería el consumo de los alimentos entregados y cultivados. Este proceso va de la mano de la formación de líderes y fortalecimiento de tejido social y estaría apoyado por el OBSAN de la Universidad Nacional de Colombia.

3. También se diseñarían indicadores que permitan el seguimiento y la evaluación de todo este proceso.

Ahora bien, teniendo en cuenta que uno de los factores importantes es el proceso educativo se ha diseñado, en articulación con el énfasis de salud oral, la Estrategia Educativa de Fortalecimiento en Seguridad Alimentaria para desarrollar un proceso educativo articulado con los siguientes sectores:



Con ésta se plantea una estandarización de los procesos educativos que los actores institucionales presentes desarrollan con la comunidad en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana para que la información y educación que se comunica, al estandarizarse, sea más clara y refuerce los procesos que cada institución ejecuta en la localidad.

Núcleo problemático 2: *Inadecuadas prácticas protectoras relacionadas con alto riesgo de accidente en el hogar, problemas de ambiente e higiene que vulneran el bienestar físico y mental de la infancia en la localidad de Sumapaz.*

Tema Generador: “Salud mental... factor fundamental en el desarrollo de nuestros niños y niñas en la localidad”

Analizando los factores de riesgo de este núcleo problemático se propone la realización de un ejercicio a nivel local en el que, con base a los puntos críticos ya identificados, se dé un abordaje integral capaz de darle respuesta a esta problemática. La propuesta como tal inicia con un proceso completo de convocatoria que involucre a todos los usuarios de la localidad que son partícipes de forma directa o indirecta en el cuidado de los menores. Con esto se busca posicionar el núcleo problemático así como identificar las responsabilidades individuales y colectivas de todos los actores que confluyen en este proceso. Luego de lo anterior, con todos los participantes

involucrados se identificarán las prácticas protectoras en la primera infancia cuya implementación repercute en la calidad de vida y el bienestar de los menores. Entre estas prácticas están las violencias físicas y emocionales, las negligencias, el abandono, el incremento en conductas autoinflingidas, la deserción escolar y la desesperanza aprendida inculcada en los niños y niñas. En todo caso, se hará una determinación, clasificación y organización de la frecuencia de las prácticas protectoras para la primera infancia, tanto por parte de los usuarios como por aquellos que hacemos presencia en lo local. Este ejercicio dará cuenta de la heterogeneidad de las prácticas al tiempo que sensibilizará a los participantes de los talleres sobre lo inadecuadas que son y cómo deben Eliminars paulatinamente.

Durante el avance del proceso se establece como un punto fundamental la participación social del niño, el cuidador y de tres tipos de agentes formadores y protectores de la Niñez:

- Agentes formadores y protectores tradicionales: padres, madres, abuelos y abuelas, ancianos.
- Agentes formadores y protectores comunitarios: JAL, autoridades tradicionales, promotores comunitarios de niñez y familia, asociaciones y grupos de base comunitaria
- Agentes formadores y protectores del Estado: ICBF, jardines, gobierno local y docente.



7.2 ETAPA DE CICLO POBLACIONAL ADOLESCENCIA

Núcleo Problemático No. 1: *Baja Participación de los y las adolescentes en el programa de regulación de la fecundidad en la Localidad de Sumapaz*

Tema Generador: “Educación y conciencia en nuestros adolescentes para un mejor control de la fecundidad”

A partir de las acciones desarrolladas dentro del portafolio de servicios del Hospital Nazareth y el abordaje de la salud sexual y reproductiva en las acciones de salud al colegio, se propone la activación de estaciones saludables con el fin de garantizar que los jóvenes habitantes de la localidad tengan acceso a los servicios de promoción y prevención. También se plantean acciones promocionales, colectivas e individuales, para la inclusión de los jóvenes en el programa de regulación de la fecundidad. Para desarrollar todas estas acciones se establecieron las siguientes fases:

Diagnóstico y Planeación, que consta de las siguientes acciones:

- Realizar un proceso de diagnóstico de necesidades, expectativas y dinámicas de los adolescentes y jóvenes entorno a la sexualidad y la reproducción. También, mediante la aplicación de encuestas, hacer un proceso de detección temprana de alteraciones en la población adolescente y joven.
- Construcción del nombre y logo del servicio amigable.
- Definición de los espacios y sitios de desarrollo de la estrategia.
- Convocar los actores involucrados para el establecimiento de compromisos de acción frente a la estrategia y el desarrollo de las mismas.
- Capacitar a los equipos territoriales de salud para la promoción, atención, canalización y seguimiento de los adolescentes y jóvenes informando sobre las rutas de atención establecidas en la E.S.E.

Fase de implementación y evaluación:

Se desarrollarán actividades de atención y promoción en salud para la población en los sitios o lugares definidos y concertados en la fase de planeación:

- Sedes educativas.
- Salones comunales.
- Ámbitos del modelo de prestación de servicios (Domiciliario – Extramural – Institucional)

Según los tiempos establecidos para los profesionales se incluirá el cronograma de actividades la atención semanal de la población por sede educativa:

- Erasmo valencia (sede unión)
- Juan dela cruz Varela (sedes tunal alto - unión)
- Jaime Garzón (sede auras).

- Jornadas extramurales veredales

Entre las actividades o los servicios que serán ofertados están:

- Consulta de asesoría en planificación para mujeres (desde los 10 años) y para hombres (desde los 15 años).
- Asesoría, consejería y Consulta de planificación familiar.
- Asesoría sobre embarazo y embarazo no deseado.
- Asesoría sobre salud sexual y reproductiva – Derechos sexuales y reproductivos (derechos en salud).
- Asesoría sobre violencia intrafamiliar y de pareja.
- Asesoría sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido VIH/SIDA
- Implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de manera pedagógica en el ámbito laboral de los adolescentes y jóvenes para el ejercicio de sus derechos en salud.
- Difusión de material informativo y educativo para los adolescentes y jóvenes acerca de los servicios amigables.

Los actores institucionales que serán responsables del cumplimiento de esta propuesta son:

DILE: (Dirección Local de Educación) puesto que el mayor porcentaje de adolescentes y jóvenes se encuentran concentrados en las sedes educativas de la localidad en los colegios Erasmo Valencia, Juan de la Cruz Valera y Jaime Garzón. Es prioritario que las sedes educativas fortalezcan los procesos de enseñanza y aprendizaje entorno a la sexualidad y la reproducción, al igual que se brinden los espacios necesarios de articulación con el sector salud (concertación de tiempos y compromisos entorno a la estrategia).

Integración Social: su participación es fundamental para el desarrollo conjunto de acciones de educación con la comunidad tendientes a la promoción de servicios de detección temprana de alteraciones en la población, así como para fortalecer el empoderamiento de los grupos comunitarios de adolescentes y jóvenes entorno a la sexualidad y la reproducción, acciones que deben empezar desde los jardines (CEDIF). Es importante resaltar que el abordaje de la salud sexual y reproductiva en la infancia debe estar basado en un enfoque de derechos, en un enfoque de género con una perspectiva de integralidad y también en la promoción integral de la salud.

Secretaría Distrital de Salud: Se encargará de gestionar procesos de acompañamiento y asistencia técnica con el objetivo de fortalecer la implementación del servicio amigable con enfoque rural. También de la implementación del proyecto 1725 para el fortalecimiento la atención integral en salud sexual y la salud reproductiva.

Hospital Nazareth I Nivel ESE: Tendrá bajo su responsabilidad el desarrollo de la estrategia, la disposición y contratación del talento humano, al igual que el seguimiento y la ejecución de las actividades contenidas en los planes de beneficio para impactar en los indicadores de reducción del embarazo en adolescente.

Alcaldía Local: Articulará acciones para apalancar el sostenimiento y promoción de los servicios amigables, así como de la divulgación y posicionamiento en la agenda pública de la estrategia de servicios amigables.

Comisaría de Familia: Desarrollará procesos de acompañamiento para la denuncia de conductas abusivas, la restitución de derechos y la prevención de la vulneración para los adolescentes y los jóvenes.

IDRD: Llevará a cabo acciones para la promoción de espacios de recreación y deporte en la ruralidad.

Entre los actores comunitarios responsables estarán el Consejo Local de Juventud, que realizará procesos de control social y empoderamiento del servicio amigable itinerante y divulgará, convocará y comunicará estrategia para su posicionamiento a nivel local. Los Concejos y los Comités Veredales de Mujeres cumplirán con las mismas funciones.

- Pues bien, para el desarrollo de esta estrategia se ha llegado a los siguientes indicadores para la medición de su impacto, es decir, la reducción real del embarazo adolescente en la Localidad de Sumapaz. Entre estos indicadores están: El número de embarazos en adolescentes menores de 15 años / número de gestantes caracterizadas *100.
- El número de embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años/ número de gestantes caracterizadas *100.
El número de adolescentes y jóvenes que reconocen derechos sexuales y reproductivos / número de adolescentes y jóvenes atendidos *100.

Núcleo problemático No. 2: *Deserción escolar asociada a la vinculación temprana al desarrollo de actividades laborales como medio de ayuda y acompañamiento a las familias, de los y las adolescentes de la localidad de Sumapaz.*

Tema Generador: “Cuidando de nuestros adolescentes tendremos adultos más sanos”

La respuesta al núcleo problemático mencionado anteriormente es igual que la propuesta para el Núcleo Problemático 1 del ciclo poblacional adultez y su tema generador. Es necesario que las respuestas integrales de los diferentes sectores que hacen presencia en la localidad, siendo el sector salud el ordenador de diferentes estrategias, tomen como eje central a la familia y hagan presencia continua en los 4 microterritorios.

La primera estrategia que se plantea es generar un compromiso entre diferentes actores con alto poder de decisión, como lo son la Secretaria de Desarrollo Económico, la Secretaria de cultura, recreación y deporte y el sector salud con el fin que dichas instituciones apoyen el emprendimiento y los proyectos productivos y culturales a nivel rural, pero previniendo y sensibilizando a las familias con población infantil y joven sobre la vinculación de estos ciclos vitales a actividades laborales.

El Hospital Nazareth realizará el posicionamiento de este núcleo problemático a través de su gerencia en el Concejo Local de Gobierno y en el documento de agenda estratégica (temática que entregará el énfasis Trabajo saludable). Además, el sector salud buscará fortalecer la participación activa de la Secretaria de Desarrollo Económico y la Secretaria de Cultura en estos espacios. A partir del logro de su participación se esperaría que la Secretaría de Desarrollo Económico implemente proyectos productivos enfocados a la población joven y adulta en procesos productivos seguros como una manera de prevenir consecuencias como dolores lumbares, articulares, problemas gástricos y de malnutrición y sobrepeso por inadecuados hábitos alimentarios y de prácticas agrícolas. Por otro lado, también se buscaría que formen a los niños, niñas y adolescentes en el impacto negativo que trae para su salud desempeñarse laboralmente.

Ahora, el Hospital de Nazareth, posterior al proceso de identificación de las necesidades, les dará respuesta en el marco de los tres niveles de la gestión:

Institucional: Teniendo en cuenta la necesidad del sector educativo de fortalecer las actividades agronómicas, el Hospital Nazareth desarrollará y direccionará el trabajo con niños, niñas y adolescentes hacia la vulneración de los derechos a la salud, educación y recreación. Además realizará talleres en auto cuidado, prevención de enfermedades y accidentes, el trabajo como proceso ocupacional, la salud en el trabajo, los hábitos saludables y los procesos participativos de niños, familias y docentes en los que se incluyan:

- La realización de la valoración y el análisis sobre los factores protectores y los riesgos ocupacionales.
- La definición de las soluciones para potenciar los factores protectores y minimizar los riesgos ocupacionales identificados.

Además de lo anterior la propuesta se dirige a reforzar acciones diferenciales del Distrito que tienen en cuenta la dinámica rural de la Localidad como lo son el programa de 5S, el plan de prevención y atención de emergencias, la priorización de viviendas con riesgos químicos, viviendas de uso compartido y en condiciones de trabajo seguras. y la implementación de huertas caseras con el modelo de BPA en sus tres líneas de inocuidad del alimento, protección del trabajador y protección del medio ambiente.

Intersectorial: A nivel intersectorial se propone la continuidad de la participación del énfasis de trabajo saludable en los espacios de la Mesa local para la prevención y erradicación de trabajo infantil y la Mesa de gestión integral de territorio. Esto porque el énfasis ha posicionado mensualmente las diferentes temáticas relacionadas con el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población trabajadora como una política pública para la salud y la calidad de vida de los y las trabajadores. Además ha desplegado los resultados de las actividades de promoción y prevención realizadas a las y los trabajadores y sus núcleos familiares y ha socializado continuamente la importancia de la participación de sectores de alto poder de decisión como la Secretaría de Desarrollo Económico, la cual tiene el mando en la implementación de proyectos productivos y la construcción de la política de trabajo digno, y la Secretaría de cultura, que puede fortalecer acciones de recreación, deporte y aprovechamiento del tiempo libre y descanso.

Mobilización Social: Se realizarán grupos de formación de líderes en salud formados por integrantes de la comunidad del Sumapaz de todos los microterritorios. Además, de manera continua se desarrollarán espacios de sensibilización a trabajadores y trabajadoras en diferentes temáticas como el

trabajo infantil, el trabajo digno y decente, la actividad física y política pública. Así se espera dar respuesta a la necesidad de adquisición de conocimientos con el fin de que cada trabajador reconozca sus derechos y sea capaz de exigir su cumplimiento.

7.3 RESPUESTA INTEGRAL ETAPA DE CICLO POBLACIONAL JUVENTUD

Núcleo problemático 1: *Baja posibilidad de ingreso a programas culturales, deportivos y de educación superior determinada por ausencia en la oferta institucional en el territorio.*

Tema Generador: “mejorando las oportunidades de ingreso a programas culturales, deportivos y de educación superior en el área rural lograremos un mejor futuro y un mejor país”

La respuesta a este núcleo problemático es la misma que para el núcleo problemático 2 de este mismo ciclo población, “baja asistencia a los servicios de salud en la detección temprana de alteraciones en los y las jóvenes de la Localidad de Sumapaz y su tema generador “prevención y detección de elementos clave para disminuir impactos negativos a futuro en la salud”. Para contrarrestar esta problemática se anuncian algunas estrategias proyectadas hasta el año 2014 con una breve descripción de la gestión que requieren a nivel Institucional, intersectorial y comunitario:

- Realizar un lanzamiento oficial de la jornada de salud de los servicios amigables jóvenes para toda la vida en la localidad. Hacer campañas para la prevención y detección del riesgo, la protección y la promoción de la salud y la calidad de vida desde los derechos humanos.
- Gestionar las oportunidades culturales, deportivas y educativas para los jóvenes de la Localidad en condiciones de vulnerabilidad.

Responsables para la realización de las estrategias planteadas:

- Secretaria de Integración Social, pues misionalmente busca construir conjuntamente con las y los jóvenes las condiciones necesarias para la protección, promoción y restitución de sus derechos.

- Comisaria de Familia, que por cierto desarrolla acciones para la restitución de derechos de los adolescentes y previene la vulneración de los mismos.
- Alcaldía Local de Sumapaz, ya que brinda un apoyo Local y técnico y financiero en el desarrollo de actividades en salud de la comunidad.
- Grupos líderes comunitarios (Concejo Local de Jóvenes): Gestiona e impulsa iniciativas y evalúa proyectos.
- El IDPAC, pues a través de su convocatoria logra que los jóvenes participen en las dimensiones culturales, educativas y políticas que se realizan en la Localidad.
- Hospital Nazareth, que garantiza una atención con calidad humana y dispone de los recursos y del talento humano necesario para la prestación de servicios en Salud.

Así, las propuestas que se tienen a nivel institucional son:

- Gestionar las rutas de atención y la normatividad para el posicionamiento de los ejes de la política pública de juventud.
- Desarrollar procesos de articulación con los diferentes actores responsables para llevar a cabo las Jornadas de Servicios Amigables y se participe activamente en las diferentes reuniones y mesas de trabajo convocadas por los referentes distritales para los eventos de VSP en SSR.
- Articulación con los diferentes responsables para desarrollar el ejercicio de la libertad cultural y deportiva que tienen los jóvenes.

Impulsar iniciativas y evaluar los proyectos en torno a la educación, salud, trabajo, cultura, recreación, el medio ambiente y bienestar social juvenil desde Consejo Local de Juventud. A nivel del ámbito familiar:

- Capacitar a los equipos territoriales de salud para que realicen acciones individuales o de atención inicial para adolescentes y Jóvenes informando la activación de rutas, los tamizajes en salud y los diagnósticos rápidos.
- Difusión de material informativo y educativo para los jóvenes acerca de la Jornada servicios Amigables que ofrece el Hospital Nazareth.
- Colaboración de los equipos territoriales de salud para que realicen acciones individuales motivando a los jóvenes e informándoles de las programaciones educativas, culturales y deportivas por medio de la difusión de material informativo que ofrece el Hospital Nazareth para los jóvenes.

Desde el ámbito escolar:

- Implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de manera pedagógica y que logren motivar a los

adolescentes para que participen en las jornadas de salud de servicios amigables.

- Difusión del material informativo y educativo para los jóvenes sobre las jornadas de servicios amigables que ofrece el Hospital Nazareth.

En el ámbito laboral se planea:

- Implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de manera pedagógica para sensibilizar a los adolescentes para que participen en las jornadas de salud Servicios Amigables.
- Generar un espacio informativo para jóvenes trabajadores motivándolos a reconocer sus expresiones juveniles e informándolos sobre los espacios educativos, culturales y deportivos que hay en la Localidad por medio de la difusión de un material informativo ofrecido por el Hospital Nazareth. .
- Difusión de material informativo y educativo para los jóvenes acerca de la Jornada servicios Amigables que ofrece el Hospital Nazareth.

A nivel institucional se espera:

- Desarrollar procesos de articulación mensual entre el referente para los eventos de VSP en SSR, el Profesional local para la gestión, coordinador(a) de cada Centro de atención, coordinador de P y D, entre otros, para participar activamente en las diferentes reuniones y mesas de trabajo convocadas por los referentes del Hospital Nazareth.
- Informar a los de los equipos de salud de cada Centro de Atención UPA y CAMI sobre la importancia de las jornadas de servicios amigables para los Jóvenes de la Localidad Sumapaz.
- Gestionar por medio del IDPAC para que los jóvenes participen en sus diferentes dimensiones educativa, cultural política y de movilización social en la Localidad.

Nivel Comunitario

- A nivel comunitario, se realizan talleres con adolescentes, padres de familia y diferentes participantes realizando procesos de sensibilización sobre la importancia de generar acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades y vulneración de derechos en los adolescentes y Jóvenes de la Localidad.
- Sensibilización a los grupos líderes territoriales, comprometiéndolos a la realización de un diagnóstico de los servicios de salud para adolescentes y jóvenes de la localidad.
- Difusión de material informativo y educativo para los jóvenes acerca de la Jornada servicios Amigables que ofrece el Hospital Nazareth.

El objetivo con esta propuesta y su proyección es que para el año 2014 los adolescentes y jóvenes de la localidad 20 de Sumapaz sean partícipes y conocedores de la política pública, conozcan sus derechos en salud y las formas mejorar su calidad de vida en diferentes espacios de su vida cotidiana. También, que cada vez sea más notoria su participación en programas culturales y educativos donde expresen sus habilidades juveniles, sobre todo aquellos que se encuentran en una condición de vulnerabilidad.

7.4 RESPUESTA INTEGRAL CICLO POBLACIONAL ADULTEZ

Núcleo problemático 2: Aparición de condiciones patológicas y crónicas en los adultos y las adultas en la localidad de Sumapaz.

Tema Generador: “Con hábitos de vida alimentaria y laboral saludables, consolido mi futuro”

Las propuestas para este núcleo problemático son las mismas que para el núcleo problemático 1 de la etapa ciclo vital vejez, “Alta prevalencia de enfermedades crónicas en el grupo poblacional de persona mayor, en la localidad de Sumapaz”, y su tema generador, “Un control adecuado de enfermedades Crónicas desde el autocuidado minimiza complicaciones futuras”. El hospital Nazareth, en su deber de cuidar de la salud de la población Sumapaceña, deberá adoptar un programa piloto que favorezca la meta distrital para la disminución del 5% de muertes por causas evitables asociada a este flagelo y su respuesta integral. Para esto se desarrollarán las siguientes estrategias:

1. Promoción de hábitos de estilos de vida saludable y prevención de factores de riesgo.
2. Canalización a detección oportuna.
3. Diagnóstico oportuno.
4. Seguimiento a patologías crónicas conforme a lo establecidos en las guías de atención.
5. Tratamiento y rehabilitación

El personal responsable de la estrategia será el equipo de promoción y prevención, ERI, ERC, los dinamizadores y los servicios asistenciales, todos liderados por el énfasis en condiciones crónicas: Acciones específicas a desarrollar:

- ✓ Dar cumplimiento a la norma técnica para detección temprana de las alteraciones del joven y del adulto (Incrementando en un 20% de las coberturas).
- ✓ Garantizar que exista un programa de estilos de vida saludables permanente, independientemente de las acciones PIC.
- ✓ Posicionar en todos los ámbitos la política de actividad física y condiciones crónicas.
- ✓ Promocionar de prácticas de autocuidado para la prevención y el manejo de las ECNT en los 4 microterritorios.
- ✓ Socializar las rutas de atención para la detección y control para personas expuestas o afectadas por condiciones crónicas.
- ✓ Realizar actividades de promoción de prácticas saludables “Estrategia tus medidas a la medida” en todos los ámbitos.
- ✓ Realizar seguimiento y gestión como respuesta a las canalizaciones realizadas (reporte de barreras de acceso para la detección temprana y control de las personas expuestas y/o afectadas por condiciones crónicas.
- ✓ Apropiarse de espacios para procesos de sensibilización frente a la prevención de enfermedades crónicas.
- ✓ Garantizar en los servicios de Salud Colectivo la "Promoción de Prácticas Saludables en las etapas de infancia, adolescencia, juventud y población adulta y adulta mayor”.

7.5 RESPUESTA INTEGRAL ETAPA DE CICLO VITAL VEJEZ

Núcleo problemático 2: *Situaciones de abandono, falta de inclusión, y débil red de apoyo, en adultos mayores, en la localidad de Sumapaz.*

Tema Generador: “Fortaleciendo el trabajo comunitario e intersectorial, colaboramos en la restitución de los derechos de las personas mayores con discapacidad”

Para atacar este núcleo problemático se propone como estrategia promover la participación de las instituciones en los espacios comunitarios en los que estén vinculados los adultos mayores. Esto con el fin de incrementar sus redes de apoyo secundarias y su vinculación a los Servicios de Salud Colectiva del énfasis de discapacidad, los cuales, por cierto, están implementando metodologías distintas para la conformación y el fortalecimiento de cuidadores y desarrollo de habilidades y oportunidades. Además se busca fortalecer el trabajo con Integración social e IDRD en nueva propuesta de intervención en lo local que tenga incidencia en la formulación de proyectos desde el FDL para este grupo poblacional.

Los responsables serán el equipo de salud integral, los líderes comunitarios, los consejeros locales de discapacidad y delegados institucionales (Alcaldía Local, Hospital, Integración Social, IDPAC). Todos estos actores deberán establecer una articulación con los líderes de los procesos comunitarios para la participación e incidencia en los mismos; convocar y vincular a estos espacios por parte de los profesionales del énfasis de discapacidad; apoyar por parte de los miembros del equipo integral de salud en las sesiones de SSC; desarrollar de sesiones enfocadas a la conformación de redes de apoyo para los adultos mayores de la localidad; articular sesiones de trabajo con delegados de Integración social e IDRD para el desarrollo de acciones puntuales en lo local y generar espacios, jornadas, y sesiones de trabajo desde la secretaría técnica del CLD con profesionales de planeación de la Alcaldía Local, JAL y CLG.

8. REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Resúmenes Metodológicos en Epidemiología: Análisis de la situación de salud (ASIS). Boletín Epidemiológico 20 años. OPS. [en línea]. Septiembre 1999. [fecha de 21 de Julio de 2013]. Volumen 20, Número 3. URL Disponible en http://www1.paho.org/spanish/sha/BE_v20n3.pdf.
2. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Lineamiento enfoque poblacional 2011. SDS. [en línea]. Enero de 2011. [fecha de 21 de Julio de 2013]. URL Disponible en: http://saludpublicabogota.org/wiki/images/f/f4/Enfoque_poblacional.pdf.
3. García Ruiz S, Ruiz Varón E, Díaz Hernández T et al. El enfoque poblacional: las personas como centro de las políticas. Revista de investigación en seguridad social y salud. Número 12 [en línea]. Enero de 2010. [fecha de 14 de Junio de 2013]. URL Disponible en: [http://salud.univalle.edu.co/escuelas/rehabilitacion/Logros/Publicaciones/523_11_el_enfoque_poblacional_las_personas\[1\].pdf](http://salud.univalle.edu.co/escuelas/rehabilitacion/Logros/Publicaciones/523_11_el_enfoque_poblacional_las_personas[1].pdf)
4. PNUD-Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. «Colombia Rural.» Bogotá, 2011.
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyección de población 2005 – 2020.
6. Hospital Nazareth ESE I Nivel. «Informe Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria - Julio .» Bogotá, 2013
7. Hospital Nazareth ESE I Nivel. «Diagnóstico Local con Participación Social 2011.» Bogotá DC, 2011.
8. Observatorio de Ruralidad. «Observatorio de Ruralidad.» 2012. <http://www.observatorioruralbogota.gov.co> (último acceso: 2013).

9. Hospital Nazareth ESE I Nivel. «Unidad de analisis Sala C.» Bogota DC, 2012.
10. Abanto, Jose Sanchez. «Evolución de la desnutrición crónica en menores de cinco años en el Perú.» *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2012.
11. Barudy, Jorge. *El dolor invisible de la infancia: Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1998.
12. Hospital Nazareth. «Sistematización Cabildos Comunitarios.» Bogotá, 2012.
13. Hospital Nazareth. «Unidad de Análisis institucional.» Bogotá, 06 de 2013.
14. Hospital Nazareth. «Unidad de Análisis Etapa de ciclo poblacional Persona Mayor.» Bogotá, 2012.
15. Hospital Nazareth ESE I Nivel. «Informe Comite de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria - Abril.» Bogotá DC, 2013.
16. Hospital Nazareth ESE I Nivel. «Diagnostico de discapacidad localidad 20 de Sumapaz.» Bogota DC, 2012.
17. Hospital Nazareth ESE I Nivel. «Guia Asistencial Enfasis Trabajo Saludable.» Bogot[a, s.f.

.