

CRÉDITOS

Alcalde Mayor de Bogotá, D.C.

Gustavo Petro Urrego

Secretario Distrital de Salud

Mauricio Bustamante García

Director de Salud Pública

Jaime Hernán Urrego Rodríguez

Vigilancia en Salud Pública

María Patricia González Cuellar

Análisis de Situación de Salud

Edizabeth Ramírez Rodríguez

Hospital de Nazareth I Nivel E.S.E

Gerente

Eliana Ivont Hurtado Sepúlveda

Subgerencia de Servicios Asistenciales

Leonardo Fabio Garzón Leguizamón

Coordinación Salud Pública

Marcela Martínez

Coordinación Vigilancia Epidemiológica

Erika Milena Rodríguez

Equipo Técnico ASIS Local

Aura Yanira Roa Sánchez – Epidemióloga

Carlos Fernando Macana González – Geógrafo

Karen Liliana Tietje Arbeláez - Psicóloga

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN	6
2. MARCO CONCEPTUAL Y METODOLOGICO	7
2.1 Enfoque Poblacional	7
2.2 Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud	10
2.3 Enfoque de Derechos	11
2.4 Enfoque Territorial.....	12
3. CAPÍTULO 1. RELACIÓN POBLACIÓN, TERRITORIO, AMBIENTE Y SOCIEDAD	14
3.1 Contexto territorial	14
3.1.1 Localización	14
3.1.2 Características físicas del territorio	17
3.1.3 Accesibilidad geográfica	21
3.2 Contexto demográfico.....	24
3.2.2 Dinámica demográfica	25
4. CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS.....	32
4.1 Perfil salud – enfermedad.....	32
4.1.1 Análisis de la mortalidad general	32
4.1.2 Mortalidad materno-infantil	34
4.1.3 Análisis de morbilidad 10 primeras causas	35
4.1.4 Eventos agudos y crónicos de alto costo.....	38
4.1.5 Eventos precursores.....	39
4.1.6 Eventos de notificación obligatoria.....	40
4.1.7 Discapacidad	49
4.2 Determinantes Sociales en salud	52
4.2.1 Dimensión Salud Ambiental	52
4.2.2 Dimensión vida saludable libre de enfermedades transmisibles	53
4.2.3 Dimensión Convivencia Social y Salud Mental	54
4.2.4 Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional	55
4.2.5 Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.....	57
4.2.6 Dimensión Vida Saludable y condiciones no transmisibles.....	58
4.2.7 Dimensión Salud Pública en emergencias y desastres	60
4.2.8 Dimensión Salud y Ámbito Laboral.....	61
5. CAPITULO 3. Identificación de tensiones en salud presentes en la localidad.	64
6. BIBLIOGRAFIA.....	64

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Unidades de Planeación Rural y veredas. Localidad Sumapaz. 2014	14
Tabla 2. Distribución de zonas para la producción sostenible y de la estructura ecológica. Localidad Sumapaz. 2014	18
Tabla 3. Indicadores demográficos. Localidad Sumapaz.2005-2014.....	28
Tabla 4. Proporción de población por ciclo vital. Localidad Sumapaz. 2005-2014	29
Tabla 5. Principales causas de mortalidad general según lista Colombia 105 para la tabulación de mortalidad. Localidad Sumapaz. 2005-2012.....	33

Tabla 6. Frecuencias absolutas y relativas de las causas relacionadas con neoplasias. Localidad Sumapaz. 2005-2012.....	34
Tabla 7. Comportamiento de la mortalidad materno infantil. Comparativo Bogotá-Localidad Sumapaz.2014	35
Tabla 8. Principales causas de morbilidad por ciclo vital. Localidad Sumapaz.2014.....	35
Tabla 9. Distribución absoluta de población con enfermedad crónica según etapa de ciclo vital. Localidad Sumapaz .2014	38
Tabla 10. Distribución de los eventos precursores. Localidad Sumapaz.2014	39
Tabla 11. Distribución de los casos violencia intrafamiliar, según variables demográficas. Localidad Sumapaz. 2014	43
Tabla 12. Distribución de la notificación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIM según tipo de violencia y etapa de ciclo vital. Localidad Sumapaz. 2014.....	44
Tabla 13. Distribución de las dinámicas familiares de los casos notificados de conducta suicida. Localidad Sumapaz.2014	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 14. Comportamiento de la notificación de Lesiones de Causa Externa por ciclo vital y sexo. Localidad Sumapaz. 2014.	46
Tabla 15. Comportamiento de la notificación de Lesiones de Causa Externa por ocupación u oficio. Localidad Sumapaz. Julio – diciembre 2014.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 16. Distribución de las lesiones de causa externa según lugar o sitio. Localidad Sumapaz. Julio-diciembre 2014.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 17. Distribución de las lesiones de causa externa según mecanismo. Localidad Sumapaz. Julio-diciembre 2014.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 18. Notificaciones de eventos Accidente de trabajo y enfermedad laboral en nodo rural por área notificadora y tipo de evento. Localidad Sumapaz. 2014.....	47
Tabla 19. Balance tensiones localidad de Sumapaz.	65

LISTA DE GRÁFICAS

Grafica 1. Pirámide poblacional. Localidad Sumapaz.2014	27
Grafica 2. Comparativo tasa bruta de mortalidad, tasa de natalidad y tasa de crecimiento natural por mil habitantes. Localidad Sumapaz 2005-2012	¡Error! Marcador no definido.
Grafica 3. Esperanza de vida al nacer. Localidad Sumapaz 2005-2012	26
Grafica 4. Comparativo tasa global de fecundidad y tasa general de fecundidad. Localidad Sumapaz 2005-2012	29
Grafica 5. Tasa de mortalidad tipificada de la Localidad de Sumapaz con respecto a Bogotá.2005-2012.....	32
Grafica 6. Canal endémico Enfermedad respiratoria aguda. Localidad Sumapaz. 2008-2014..	¡Error! Marcador no definido.

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. División político administrativa y límites geográficos. Localidad Sumapaz. 2014	16
Mapa 2. Relieve, fuentes hídricas y zonas de riesgo. Localidad Sumapaz. 2014	19
Mapa 3. Acceso a centros de salud. Localidad Sumapaz. 2014	23
Mapa 4. Distribución notificaciones subsistemas de vigilancia epidemiológica. Localidad Sumapaz. 2014	42

Mapa 5. Distribución de la población con discapacidad intervenida por la Estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad. Localidad Sumapaz 2014. 50

DOCUMENTO EN ELABORACIÓN

LISTA DE SIGLAS

AIEPI – Atención integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia
ASOJUNTAS – Asociación de Juntas de Acción Comunal de Sumapaz
ATEL – Accidente de Trabajo/Enfermedad Laboral
CDPH – Centro de Desarrollo del Potencial Humano
DACD – Departamento Administrativo Especial de Catastro Distrital
DANE – Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DSS – Determinantes Sociales de la Salud
ENCSSST – Encuesta Nacional de Condiciones de Salud y Seguridad en el Trabajo
ENT – Enfermedad No Transmisible
EPOC – Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EPS – Entidad Promotora de Salud
ERC – Enfermedad Renal Crónica
ERC – Equipo de Respuesta Complementaria
ERI – Equipo de Respuesta Inicial
FARC – Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia
GEI – Gases de Efecto Invernadero
Ha – Hectárea
HTA – Hipertensión Arterial
ITS – Infección de Transmisión Sexual
IDECA – Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital
IDH – Índice de Desarrollo Humano
IPH – Índice de Pobreza Humana
IPS – Institución Prestadora de Salud
OBSAN – Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional
PAI – Programa Ampliado de Inmunización
PCD – Personas con Discapacidad
PDSP – Plan Decenal de Salud Pública
POMCA – Planes de Ordenamiento y Manejo de Cuencas Hídricas
PyD – Protección Específica y Detección Temprana
RBC – Rehabilitación Basada en Comunidad
RIPS – Registro Individual de Prestación de Servicios
SAN – Seguridad Alimentaria y Nutricional
SIDA – Síndrome de Inmunodeficiencia Humana
SIVIGILA – Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
SIVELCE – Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa
SIVIM – Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia
SISVAN – Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
SGSSS – Sistema General de Salud y Seguridad Social
UTI – Unidad de Trabajo Informal
UPR – Unidad de Planeación Rural
VIH – Virus de Inmunodeficiencia Humana

1. INTRODUCCIÓN

El Diagnóstico Local con participación social, es un proceso que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la localidad de Sumapaz desde los ámbitos institucionales, intersectoriales y comunitarios, priorizando situaciones de alto impacto en salud pública y calidad de vida, bajo el modelo conceptual de los determinantes sociales de la salud (DSS), con enfoque territorial, poblacional y de derechos, como herramienta para evaluar el impacto de las acciones del estado en la población y generar respuestas integrales para disminuir la inequidad y desigualdad social en salud.

El Diagnóstico Local se encuentra estructurado en tres capítulos. El primer capítulo analiza la relación población-territorio-ambiente, a través de la descripción del contexto geográfico (recursos naturales, ambiente construido, movilidad, situación ambiental de riesgos y uso de suelo y tenencia de la tierra); social (tamaño y estructura de la población, acceso y disponibilidad a servicios públicos, dinámica organizacional y comunitaria); económico (actividades productivas, infraestructura de desarrollo agrario, el acceso a Canasta de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) y la transformación y comercialización), que permiten dar cuenta de las potencialidades y debilidades del territorio y su relación con el proceso de salud-enfermedad de la Localidad de Sumapaz.

El segundo capítulo profundiza en el análisis de los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en el ámbito de las ocho dimensiones prioritarias de la salud y las dos transversales del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, abordando la mortalidad por grandes causas, específica por subgrupos, y materno-infantil y en la niñez; luego la morbilidad, la discapacidad y finalmente los determinantes intermediarios de la salud, y los estructurales de las inequidades en salud (1).

Finalmente, en el tercer capítulo se realiza el análisis de las tensiones en salud presentes en la localidad de Sumapaz en el ámbito de las 8 dimensiones prioritarias del PDSP 2012-2021 y metodología PASE para la equidad en salud, identificando el entramado de relaciones entre las distintas dimensiones del desarrollo, que permiten comprender de manera integral el cómo y el porqué de las condiciones y del estado de salud de la población sumapaceña.

2. MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

A continuación se presentarán los elementos conceptuales que sustentan el documento *Diagnóstico Local con Participación Social 2014*, los cuales 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 que influyen en el proceso de salud y enfermedad de la Localidad de Sumapaz.

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 (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 (2):

Infancia: La infancia es un periodo de la vida que se inicia con el nacimiento y culmina con el inicio de la adolescencia. Tiene dos etapas: Primera infancia, desde la gestación hasta los 5 años, 11 meses y 29 días, e Infancia, desde los 6 años hasta los 13 años, 11 meses y 29 días.

Es una etapa crucial dentro del desarrollo del ser humano, pues se asientan las bases de estructuración de la personalidad, la inteligencia.

Adolescencia: se inicia a los 14 años de edad y va hasta los 17 años, 11 meses y 29 días. Es un período de muchos cambios físicos (inicia con la pubertad), y psicológicos en la persona. Se llega incluso a mencionar que en la adolescencia las personas definen su identidad sexual, además de asumir una relativa autonomía sobre sus vidas y tomar decisiones sobre su proyecto de vida y desarrollo personal.

Juventud: En esta etapa las personas asumen una madurez física, social y psicológica suficiente 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 18 y 26 años, 11 meses y 29 días de edad.

Adulterz: La adulterz cubre las edades entre los 27 y los 59 años, 11 meses y 29 días 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.

La etapa de adulterz se define en el marco de acontecimientos sociales (en los ámbitos de vida profesional y familiar), por el cambio en la estructura de los roles, por demandas y exigencias que se originan de la asunción de importantes tareas sociales, más que en términos de edad o de maduración física. Estos cambios sociales llevan a que se apropien roles requeridos para la ejecución de tareas con elección en el aprendizaje, y en la adaptación a las mismas.

En la etapa de adulterz se identifican dos subetapas:

Adulterz Joven comprendida entre las edades de los 27 a los 44 años. Adulterz Madura comprendida entre las edades de los 45 a los 59 años.

Vejez: Es el último de los momentos del ciclo de la vida que comienza a partir de los 60 años y termina con la muerte.

En general, el inicio cronológico de la vejez se relaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía y la independencia, lo que si bien es un asunto individual, tiene relación directa con las definiciones normativas que en la cultura se otorga a los cambios ocurridos en el cuerpo, es decir, la edad social. En este contexto, la vejez puede ser tanto una etapa de pérdidas como de plenitud, lo cual depende de la combinación de recursos y la estructura de oportunidades individuales y generacionales a la que están expuestas las personas en el transcurso de su vida, de acuerdo a su condición y posición dentro de la sociedad (3).

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 las costas Pacífica y Caribe, 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.

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.

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”.

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 pueden alterar o alteren el orden público (artículo 1º, Ley 387 de 1997).

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.

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 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” (4).

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 la población, para planificar e implementar políticas de salud que incorporen acciones para reducir las inequidades sociales y de salud.

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 (5). 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 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 porque las libertades humanas nunca han avanzado de forma automática por procesos económicos y políticos arraigados a valores divisionistas (6):

- Todas las regiones necesitan fortalecer sus mecanismos sociales para garantizar las libertades humanas, con normas, instituciones, marcos jurídicos y una atmósfera económica propicia.
- 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.

- La erradicación de la pobreza no es solo una meta del desarrollo, es una tarea central de los derechos humanos.
- 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.
- 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.
- 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).
- 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 debido a que incluye los conceptos normativos de libertad, bienestar y dignidad, permitiendo analizar el nivel de prioridad de las preocupaciones y así 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.

La contribución de los derechos humanos al tema de la salud la encontramos en la relación que surge entre tener un derecho y el acceso a la libertad, 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 social. De tal manera que al evaluar la calidad de vida desde una perspectiva de los derechos, se determinan los deberes de otros dentro de un sistema social para promover el desarrollo.

La importancia práctica de este enfoque no solo se vincula a la determinación de quién o quiénes son los responsables de garantizar el ejercicio de los derechos, también identifica las deficiencias en el goce efectivo de los derechos humanos, que por lo general tienden a empeorar simultáneamente dentro de un sistema social: tradiciones que restringen derechos por género, administraciones públicas que limitan el acceso a equipamientos y servicios (responsabilidad de gobiernos), capacidad económica insuficiente de individuos y familias, entre otras.

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.

DOCUMENTO EN ELABORACIÓN

3. CAPÍTULO 1. RELACIÓN POBLACIÓN, TERRITORIO, AMBIENTE Y SOCIEDAD

3.1 Contexto territorial

3.1.1 Localización

La localidad de Sumapaz es la número 20 del Distrito Capital, se encuentra ubicada en la cordillera oriental sobre el macizo andino de Sumapaz y hace parte del sistema de páramos regional del centro del país al extremo sur del perímetro urbano de Bogotá. El territorio está dividido por dos Unidades de Planeación Rural (UPR) (Tabla 1. Unidades de Planeación Rural y veredas. Localidad Sumapaz. 2014): UPR Río Blanco conformada por dos corregimientos (Betania y Nazareth) y 17 veredas, y UPR Río Sumapaz con un corregimiento (San Juan) y 15 veredas (7) (

DOCUMENTO EN ELABORACIÓN

Mapa 1. División político administrativa y límites geográficos. Localidad Sumapaz. 2014).

Tabla 1. Unidades de Planeación Rural y veredas. Localidad Sumapaz. 2014

UPR	Extensión rural		Veredas	Extensión rural	
	Extensión (he)	Porcentaje		Extensión (he)	Porcentaje
UPR Rio Blanco	35948,8	46,1%	Nazareth	242,36	0,68%
			Las auras	428,83	1,20%
			Betania	1054,55	2,95%
			El tabaco	2950,91	8,26%
			El istmo	1125,77	3,15%
			Los ríos	9891,72	27,70%
			Laguna verde	499,54	1,40%
			Taquecitos	4173,61	11,69%
			Raizal	498,04	1,39%
			Peñalisa	216,23	0,61%
			Las palmas	515,49	1,44%
			Las animas	1240,26	3,47%
			Las sopas	10181,92	28,51%
			Santa Rosa baja	504,18	1,41%
			Santa Rosa alta	2184,85	6,12%
			UPR Rio Sumapaz	42146,55	53,9%
El toldo	4499,43	10,68%			
Las Vegas	4877,02	11,58%			
San Juan	706,66	1,68%			
Capitolio	1446,36	3,43%			
Santo Domingo	1029,68	2,44%			
Chorreras	2107,68	5,00%			
Lagunitas	4535,92	10,77%			
Tunal bajo	630,97	1,50%			
Tunal alto	3912,53	9,29%			
San José	10508,15	24,95%			
Nueva Granada	2502,42	5,94%			
Concepción	1788,88	4,25%			
La Unión	376,73	0,89%			
TOTAL HE	78095,35	100,0%			

Fuente: ASIS local Hospital Nazareth.2014

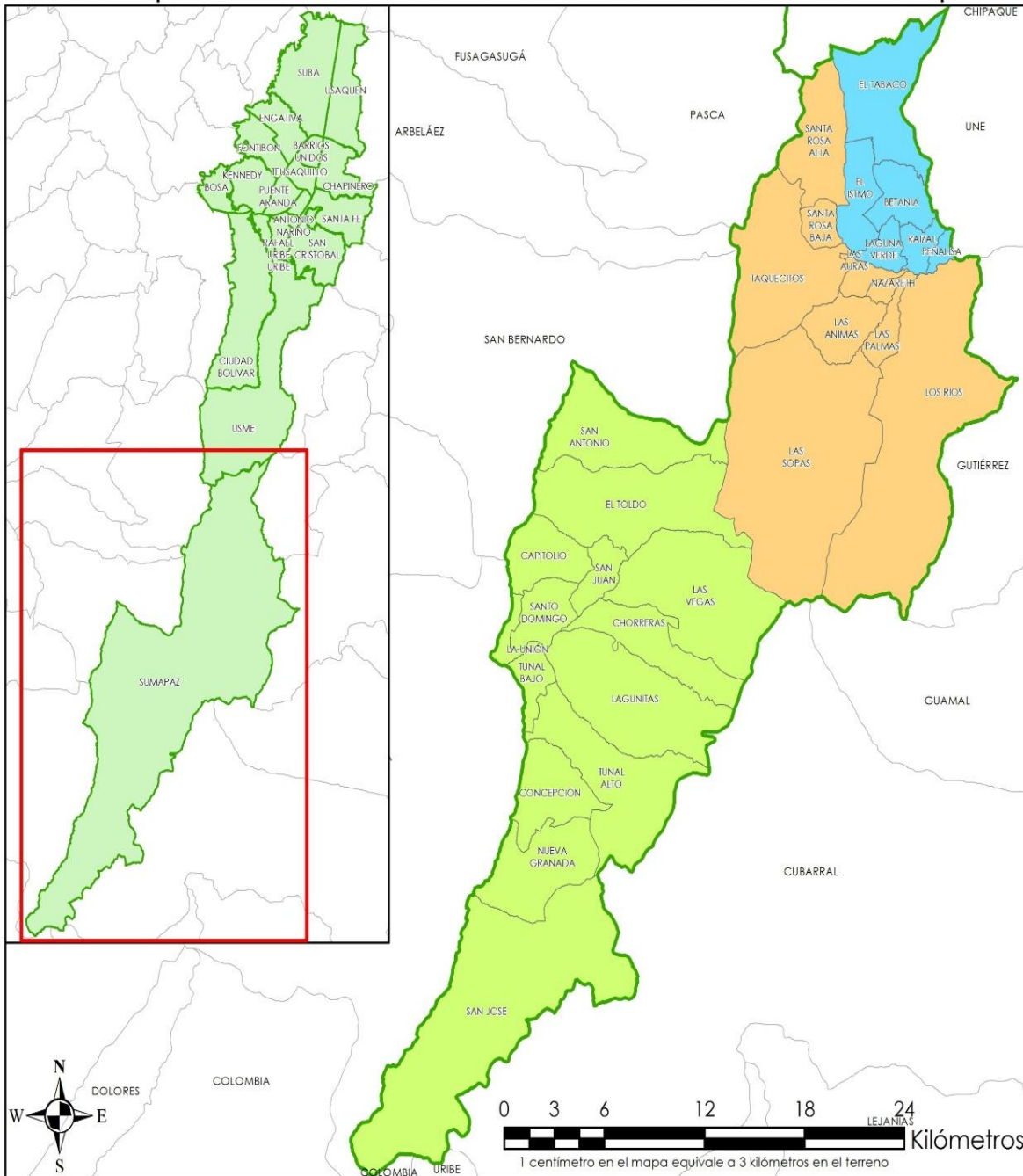
La localidad limita al norte con la localidad de Usme, desde el Alto de los Tunjos siguiendo los límites del corregimiento de Nazareth hasta el sitio Bocagrande; limita al oriente con los municipios de Une y Gutiérrez (Cundinamarca) y el municipio de Cubarral (Meta); limita por el sur con los municipios de La Uribe (Meta) y Colombia (Huila); finalmente, limita al occidente con los municipios de Cabrera, Pasca, Arbeláez, Pasca y San Bernardo (Cundinamarca).

La localidad de Sumapaz tiene una extensión total de 78.095,35 hectáreas (ha), caracterizadas como suelo rural de acuerdo con el reporte cartográfico entregado por la Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital (IDECA), su área representa el 47,7 % del total del Distrito Capital y el 64,3% del total de área rural de Bogotá.



La clasificación biótica del ecosistema de la localidad presenta la siguiente distribución 35.928 Ha de pajonal, 25.017 Ha de frailejonal y pajonal (Conforma la matriz principal del páramo), 5.402 Ha de bosque natural, 1.856 Ha de turbera (pantanos bajos, colgantes y altos), 106 Ha de laguna y 1.128 kilómetros de ríos y quebradas.

DOCUMENTO EN ELABORACIÓN

Mapa 1. División político administrativa y límites geográficos. Localidad Sumapaz. 2014



Legenda

-  Límite de localidad
-  Límite de municipio

Corregimientos y veredas

-  Veredas Corregimiento Betania
-  Veredas Corregimiento Nazareth
-  Veredas Corregimiento San Juan

Fuente: IDECA - Infraestructura de Datos Espaciales para el Distrito Capital
Corte 30 de diciembre de 2014

Equipo ASIS
Análisis de la Situación de Salud
Elaborado por:
Carlos Macana González



Fuente: IDECA.2014

3.1.2 Características físicas del territorio

3.1.2.1 Altitud y relieve

El relieve de la localidad de Sumapaz se caracteriza por la presencia de laderas con influencia de coluvios; en las subcuencas de Santa Rosa y el Chochal se presentan valles altos y estrechos con morrenas laterales en las laderas de las montañas, y en las partes escarpadas del flanco occidental las pendientes son menos pronunciadas. El perfil fisiográfico de la localidad se caracteriza por presentar un paisaje montañoso que ocupa el 98,5% del área, en donde se identifican paisajes aluviales, cumbres andinas, escarpes mayores, crestas y crestones, lomas y valles.

Se encuentra entre los 2.600 y los 4.150 metros de altura sobre el nivel del mar (msnm), tiene zonas de clima cálido, templado y frío, con una media mensual de 16 ° C, temperaturas máximas hasta los 23 ° C y a partir de los 3.000 msnm temperaturas inferiores a los 9 ° C, y con una humedad relativa del 81,0 %, aunque el clima es predominantemente húmedo y frío, con bajas temperaturas casi todo el año, permitiendo un desarrollo y mineralización de los suelos, con la consecuente acumulación de materia orgánica. Algunos sectores se encuentran cubiertos por cenizas volcánicas, donde ocurren fenómenos de remoción de masas, tales como solifluxión y deslizamientos. Los periodos más lluviosos corresponden a los meses de mayo, junio y julio (8).

En la localidad se presentan diferentes ecosistemas de acuerdo a su altura: bosques andinos, bosques alto andino y de niebla, páramos bajo o subpáramo, paramos medios y superpáramos. Una revisión edafológica revela suelos severamente erosionables en las veredas Raizal y Laguna Verde, suelos moderadamente erosionables en Santa Rosa, y focos de erosión superficial en La Unión y San Juan.

Las principales fuentes hídricas de la localidad de Sumapaz derivan de las formación geomorfológicas, correspondientes a los ríos Sumapaz, Chochal, Blanco, Pozo, Pilar, Taquecito, Taguate, Taquegrande, Santa Rosa, Curubital, quebradas Tanques y Portezuela, Lagunas Chizacá y los Colorados, que junto con la red de quebradas tienen una extensión de 1.128 kilómetros y 106 hectáreas de lagunas.

3.1.2.2 Zonas de riesgo

De acuerdo al plan de Ordenamiento Territorial, donde se realizó una planificación teniendo como eje central cada una de las fincas y como contexto la cuenca y la localidad, se determinan áreas para la producción sostenible de alta capacidad ubicadas en la vereda de Auras, Animas, quebrada brillante y quebrada Naveta (

Tabla 2. Distribución de zonas para la producción sostenible y de la estructura ecológica. Localidad Sumapaz. 2014).

DOCUMENTO EN ELABORACIÓN

Tabla 2. Distribución de zonas para la producción sostenible y de la estructura ecológica. Localidad Sumapaz. 2014

Usos	Cuenca rio blanco área (ha)	Cuenca rio Sumapaz área (ha)	Total área (ha)	%
Áreas para la producción sostenible de alta capacidad	523	293,75	816,75	1,0
Áreas para la producción sostenible de alta fragilidad	14687,2	11054,5	25741,7	33,0
Áreas para la producción sostenible de manejo industrial	2687,6	2256,8	4944,4	6,3
Asentamientos humanos (Centros poblados y asentamientos menores) Betania y Nazareth	4,1	42	46,1	0,1
Áreas protegidas del orden Nacional	14053,9	23121,1	37175,0	47,6
Áreas protegidas del orden Distrital (incluye Santuarios de Flora y Fauna y Reservas Forestales Distritales)	3992,9	5378,41	9371,31	12,0
TOTAL	35948,8	42146,5	78095,3	100,0

Fuente: Decreto 190 de 2004 y actualización catastral DAECD. 2005

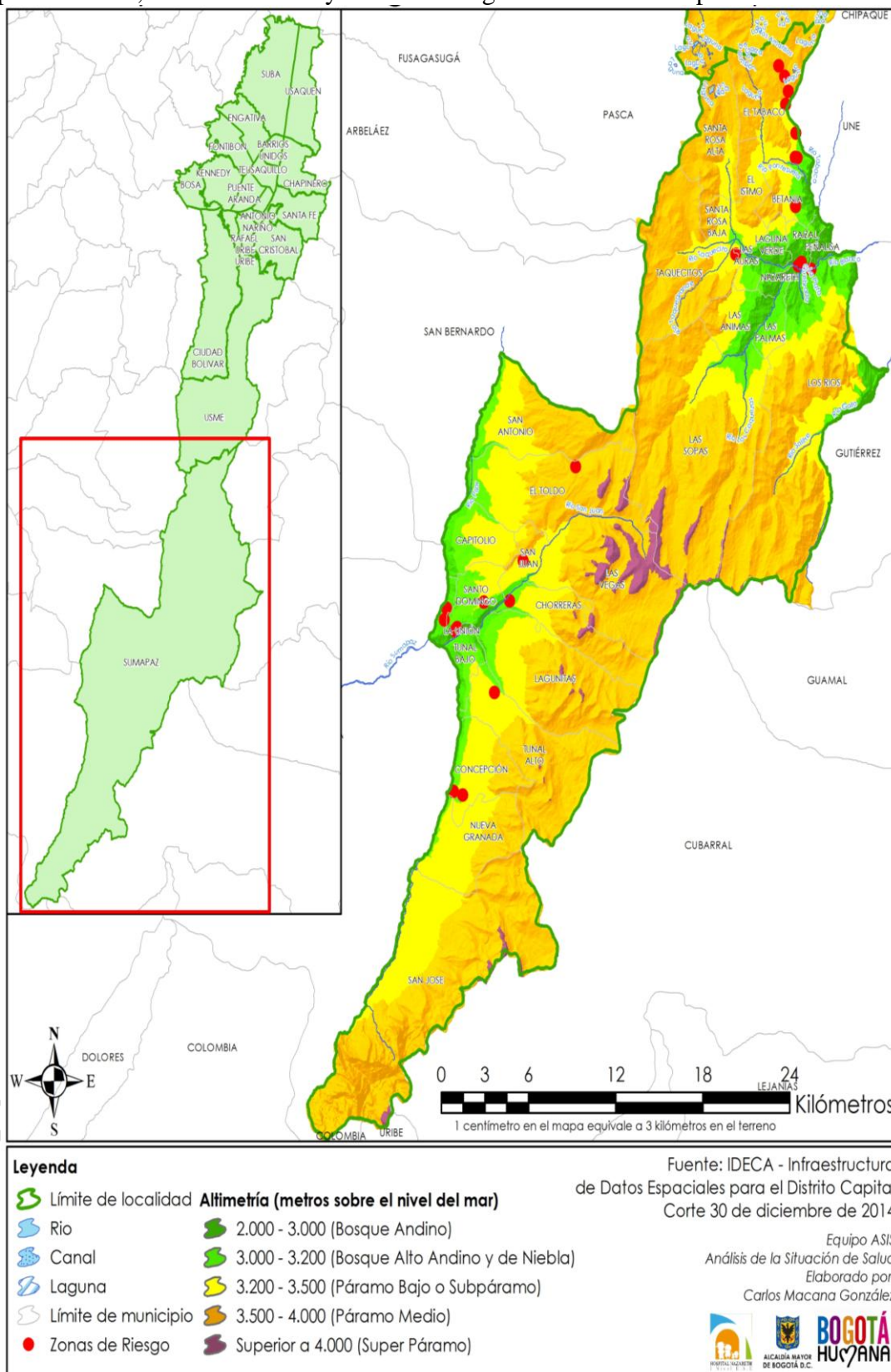
Las áreas para la producción sostenible de alta fragilidad son el río Chochal, Sopas, Granada, Nazareth, Las Animas, Santa Rosa, Tabaco, Chorreras, Tunal, El Toldo, La Unión, Lagunitas, Las vegas, San Juan.

El 6,3 % de la localidad corresponde a áreas de producción sostenible de manejo especial, las cuales están ubicadas en las zonas de corredores de restauración de Chochal, los medios de Santa Rosa, San Juan, Chorreras y Tunal.

El grado de urbanización para la localidad es de 10,7 %, a partir del crecimiento de población en los centros poblados de Nazareth, Betania, La Unión, San Juan y nueva Granada; estos centros poblados están definidos por su asentamiento ancestral, sin embargo estos no cuenta con una oferta de servicios sociales y administrativos que genere expectativas para que la población que se encuentra dispersa en el territorio, migre a estas áreas en busca de mejoramiento de la calidad de vida.

De acuerdo con la Alcaldía Local, se identificaron en el territorio riesgos asociados a: 1) las áreas rurales y naturales como lo son los deslizamientos (mapa 2), sismos, incendios forestales, deforestación, desertificación, contaminación ambiental e inundaciones; 2) las zonas aluviales como lo es la contaminación del agua; 3) al sector de la construcción, como lo son el colapso estructural, los incendios y las explosiones; 4) a las redes, en cuanto a los sismos, deslizamientos, accidentes de tránsito, deficiencia en las comunicaciones y riesgos generados por líneas de alta tensión eléctrica.

Mapa 2. Relieve, fuentes hídricas y zonas de riesgo. Localidad Sumapaz. 2014



Fuente: IDECA. 2014

El ecosistema de la localidad de Sumapaz ha cambiado en los últimos años debido a que se han ampliado las áreas de cultivo y ganadería, así como la explotación de recebo para mantenimiento de las carreteras realizado principalmente en las veredas de Santa Rosa y El Raizal, lo que ha generado pérdida en el paisaje y transformación del territorio, ocasionando pérdida de la biodiversidad, deterioro y agotamiento de fuentes de agua y suelo. Adicionalmente las inadecuadas prácticas agrícolas donde se cultivan en el sentido de la pendiente, la utilización de agroquímicos, uso de pesticidas que afectan el ciclo ecológico conformado por la vegetación nativa, principalmente en las veredas de Ríos, Santa Rosa, Taquecitos, Las Auras, Laguna Verde, Betania y Animas.

Por otra parte, se han sometido zonas para ganadería, sin una planeación sistemática de conservación que preserve las zonas boscosas naturales en las veredas Las Animas, Las Auras, Laguna Verde, Betania, Raizal y Rosa Baja; ocasionando compactación de los suelos por el movimiento de los animales. Áreas de quemas: en las cuales se realizan labores de tala con el fin de expandir zonas de cultivo y zonas ganaderas en áreas de semi-páramo y páramo, en las veredas Betania, Nazareth, Ánimas Bajas y Animas Altas, Las Auras y Sopas, lo que ha producido cambio en el uso del suelo por talas para leña, pastos intensivos y áreas de rastrojo, generando deforestación y que posteriormente son utilizados en pastos para ganado, en las veredas Betania, Laguna Verde, El Raizal, Las Animas, Los Ríos, Palmas, Las Auras y Sopas.

Dada esta transformación se han evidenciado áreas de amenazas naturales: debido a la conformación geológica, generando áreas susceptibles a fenómenos de remoción en masa, especialmente en las veredas Los Ríos y Betania.

Por otra parte, se presentan zonas susceptibles a incendios forestales por la configuración del relieve predominante: cadenas montañosas con altas pendientes y escarpadas geoformas; un régimen bimodal con 2 periodos secos (enero - marzo y julio - septiembre) en los que presentan escasas precipitaciones, baja humedad relativa así como incrementos de la temperatura, la radiación solar y vientos fríos que desencadenan una conflagración.
(8)

En base a la UPR, se contemplan problemáticas asociadas a los recursos naturales y al uso del territorio desde el componente físico, social y económico, en el marco de la sostenibilidad ambiental y política, asegurando la vinculación de actores locales, de tal manera que se inscriba en un marco de la equidad social.

En la UPR Rio Banco que incluyen los corregimientos de Betania y Nazareth, es una cuenca geológicamente compleja, con variedad de rocas, pendientes fuertes y múltiples fallas cruzadas. El material parental arenoso de la parte baja facilita el drenaje de los suelos, evacuando con facilidad su acumulación hídrica, la cual hace poco susceptibles a desprendimientos masivos, sin embargo los fenómenos de remoción de masas se dan el fondo del valle del rio Chochal. Adicionalmente la humedad constante y elevada hace que los suelos sean poco vulnerables a la erosión superficial.

Según los Planes de Ordenamiento y Manejo de Cuencas hídricas (POMCA) se tiene identificado tres niveles de amenaza por deslizamiento que abarca el 5,0 % del territorio, las cuales están ubicadas en zona de alta fragilidad.

La UPR Rio Sumapaz que incluye el corregimiento de San Juan es una área 100,0 % rural, caracterizada por la producción agrícola y la existencia de áreas ecológicas. Este ecosistema de paramo constituye una de las áreas naturales más importantes del país. Su vegetación, con predominio de frailejones, musgo y pajonales, posee una alta capacidad para condensar y almacenar el agua presente en las nubes.

La información del POMCA tiene identificado tres niveles de amenazas por desplazamientos y dos niveles por amenaza de inundación. En el centro poblado de San Juan se ubica en zona de amenaza alta de deslizamientos.

3.1.3 Accesibilidad geográfica

La localidad de Sumapaz está ubicada a 31 Km del área urbana de Bogotá, gran parte de las vías se encuentran sin pavimentar debido a legislaciones de preservación del páramo. Al no contar con todas las vías pavimentadas y presentar tramos con bloqueos por riesgo de remoción en masa y derrumbes, se ven afectadas las dinámicas económicas y sociales de la población de la localidad. Por lo cual la Secretaria de Movilidad dio inicio a la implementación de proyectos de bioingeniería para el mejoramiento de las vías.

La estructura vial está compuesta por redes primarias, que comunican la localidad con el Distrito urbano y las secundarias que comunican las veredas, conformando el anillo vial que conecta desde la vereda Santa Rosa, a tres corregimientos y llega hasta el municipio de Cabrera. Son 100 km, aproximado de vías y una red de caminos irregulares (238,3 km) y caminos de herradura.

Cada vereda es distante a su centro poblado, con desplazamientos que pueden durar de dos a ocho horas de camino por carretera destapada y senderos de herradura, lo que dificulta la movilidad, por lo cual la población se ve en la necesidad de realizar desplazamientos a pie o en caballo.

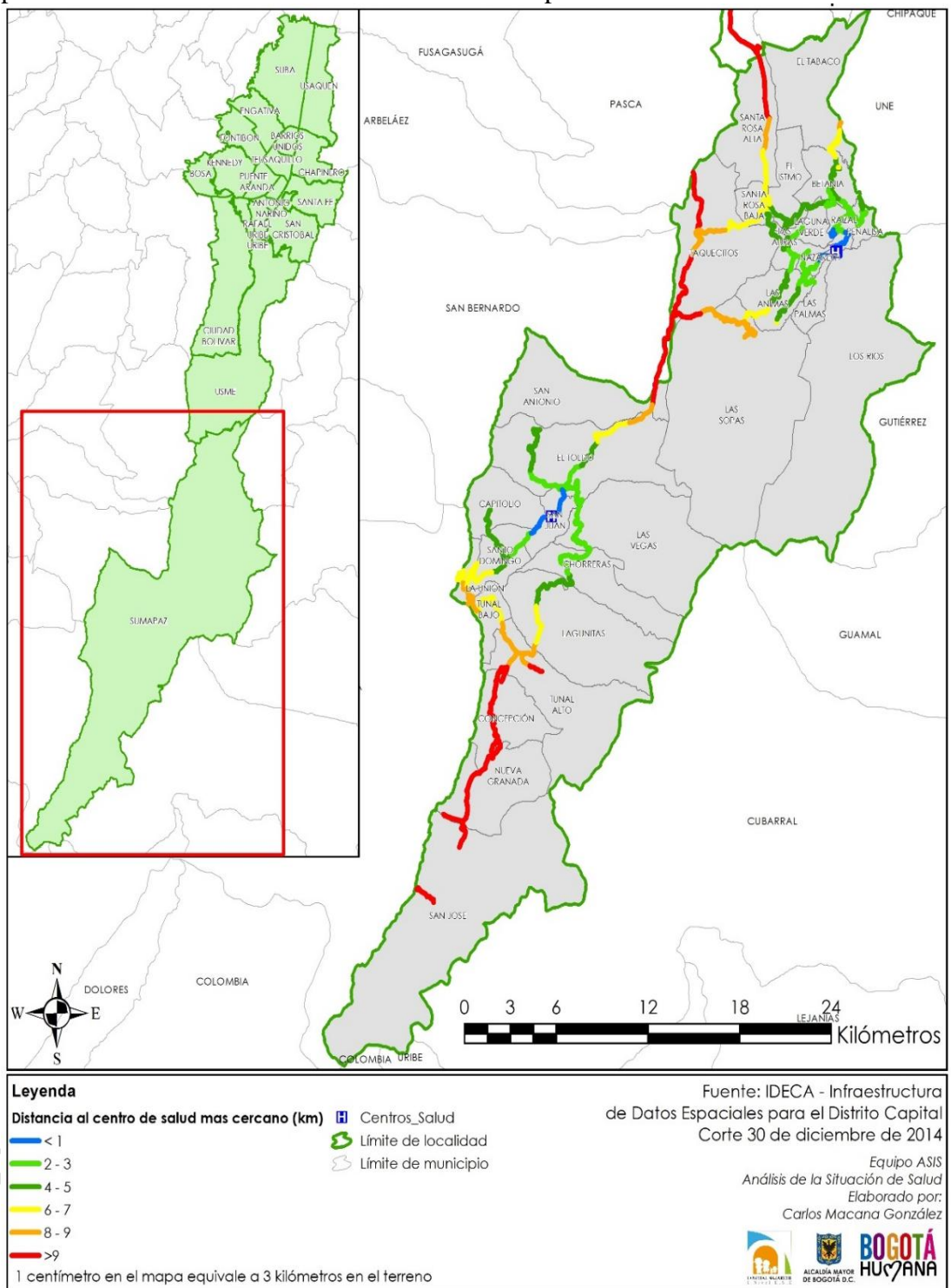
La accesibilidad a los centros de salud también se encuentra limitada por las distancias que tienen que recorrer los habitantes de la localidad de Sumapaz; el

Mapa 3. Acceso a centros de salud. Localidad Sumapaz. 2014 permite identificar que los habitantes de las veredas de San Juan y Nazareth recorren aproximadamente un kilómetro hasta el centro de salud más cercano; mientras que a medida que la población se dispersa en la localidad, los habitantes recorren más de nueve kilómetros por vías destapadas para acceder a los servicios de salud, como el caso de los habitantes de las veredas San José, Nueva Granada, Concepción y Taquecitos.

La movilidad desde la localidad al perímetro urbano se realiza por medio del servicio prestado por la empresa Cootransfusa; los buses salen de Santa Librada, en la localidad de Usme, hacia los corregimiento de San Juan en el horario de siete de la mañana y con regreso a la una de la tarde; para el corregimiento de Nazareth y Betania salen a medio día del mismo lugar y se regresa al día siguiente a las nueve de la mañana, este servicio no cubre la totalidad del territorio de la localidad.

DOCUMENTO EN ELABORACIÓN

Mapa 3. Acceso a centros de salud. Localidad Sumapaz. 2014



Fuente: IDECA.2014

3.2 Contexto demográfico

Según el Plan de Ordenamiento Territorial la localidad de Sumapaz tiene 31.549,03 Ha de orden nacional y distrital de reserva natural, las cuales tienen restricción para los asentamientos humanos, por lo cual se dispone de 43.487 Ha de área destinada para los asentamientos humanos con una densidad poblacional de 8,31 habitantes/Km², lo que indica una población dispersa geográficamente.

Para la UPR Rio Sumapaz, el 11,6 % de la población vive en los centros poblados de San Juan, La Unión y Granada. Este último centro poblado fue reglamentado en el 2014 por la Secretaria Distrital de Planeación; y en la UPR Rio Blanco el 9,8% de la población vive en los centros poblados de Betania y Nazareth. Estos se caracterizan por concentrar servicios sociales, asistenciales y administrativos para la población que habita las veredas.

Con la reglamentación de las UPR se da soporte normativo, permitiendo viabilizar inversión de los programas y proyectos institucionales para la localidad como la construcción de la alcaldía local, el mejoramiento de vivienda e infraestructura de instituciones de servicios sociales y de salud.

En la localidad de Sumapaz tiene un total de 694 viviendas de autoconstrucción, de las cuales el 64,1 % son casas de una planta y el 35,9 % tienen un solo cuarto; en cuanto a los materiales de la vivienda el 55,3 % son en ladrillo y bloque, el 32,3 % son en madera burda y un 12,4% son de materiales de bareque, zinc y tapia pisada; frente al material del piso un 44,1 % posee piso en madera burda, madera en mal estado, tabla o tablón, un 43,1 % en cemento o gravilla, un 12,8 % en tierra, arena, baldosa, vinilo o ladrillo (9).

Las viviendas cuentan con el servicio de electricidad, sin embargo, muchos de los hogares aún posee estufas de leña y a gas (sin eliminación adecuada de humo), y utilizan como medio de alumbrado velas (10), teniendo en cuenta que la electricidad está sometida a cortes permanentes, con una duración de tres a cuatro días, en especial en las veredas ubicadas en el corregimiento de San Juan y la vereda Auras en Nazareth.

El número de personas por hogar es de 3,3, sin embargo, hay que considerar que debido a la dinámica rural, muchos jóvenes migran al área urbana en búsqueda de oportunidades económicas o académicas. Si bien las familias son de origen campesino, se han identificado dos familias numerosas de etnia indígena con procedencia del Cauca, que representan el 0.5 % del total de la población de la localidad.

Durante el proceso de territorialización del Hospital Nazareth, donde se encuestaron 355 familias, se evidenció que el 8.8 % de las viviendas presentan hacinamiento. De igual manera deficiencias en salubridad asociadas al acceso al agua potable y en algunos casos inadecuada disposición final de agua residuales.

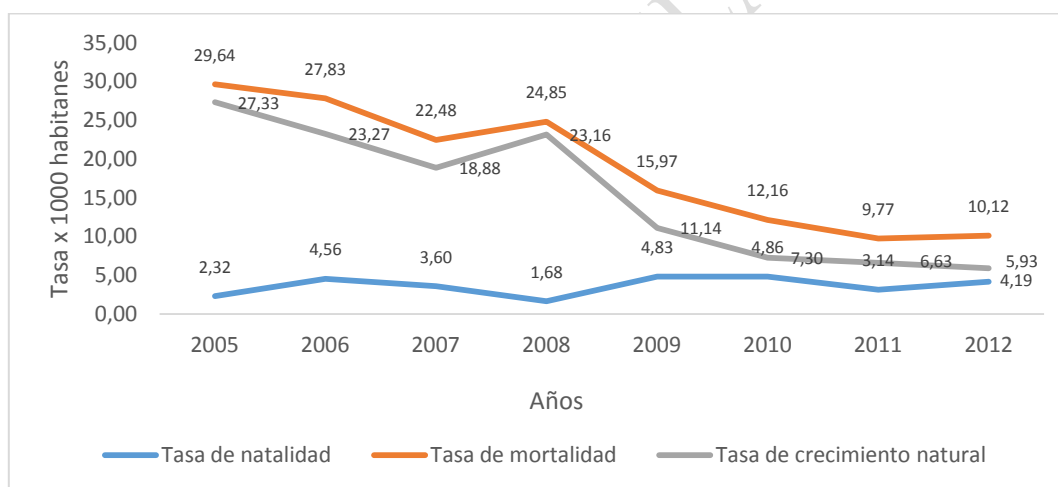
3.2.1 Dinámica demográfica

Crecimiento

Entre el año 2005 y 2012 en la localidad de Sumapaz se presenta una disminución en su crecimiento vegetativo pasando de 27,3 a 5,9 por cada 1000 habitantes, mostrando un marcado descenso a través del tiempo, que en términos absolutos equivale a 21 personas por cada 1.000 habitantes.

Teniendo en cuenta que el crecimiento se da a expensas de los nacimientos, defunciones y migración, la tasa de natalidad para la localidad desciende significativamente entre el 2005 al 2012 pasando de 29,6 a 10,1 nacidos vivos por cada 1000 habitantes, lo que representa un reducción de 70,7 % en la tasa de bruta de natalidad y en términos absolutos de 19 nacidos vivos por cada 1000 habitantes. Por otra parte, la mortalidad es estable con un leve aumento en el 2012 pasando de 2,3 en el 2005 a 4,2 muertes por cada 1000 habitantes en el 2012 (Grafica 1). En cuanto a la tasa de migración se tiene que para el 2005 era de -11,6 a -32,4 migrantes por cada 1000 habitantes en el 2012.

Grafica 1. Comparativo tasa bruta de mortalidad, tasa de natalidad y tasa de crecimiento natural por mil habitantes. Localidad Sumapaz 2005-2012.

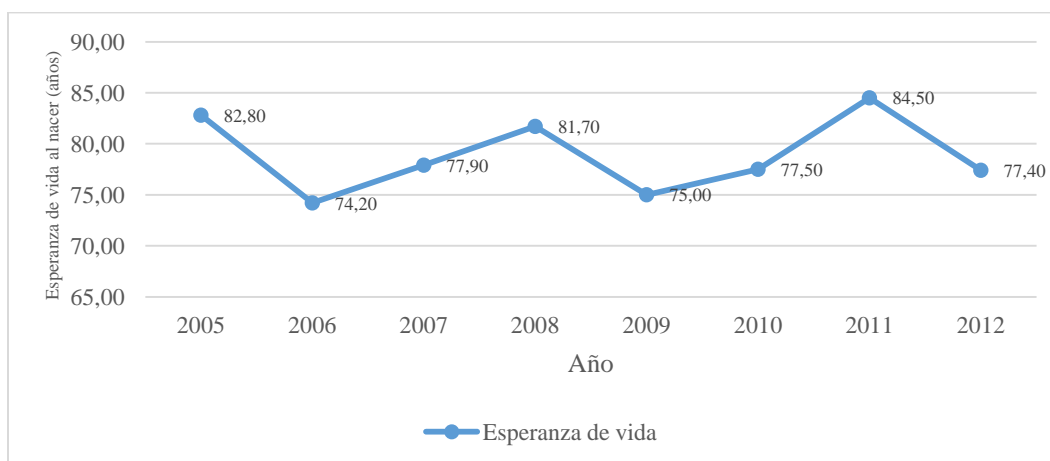


Fuentes: Hospital Nazareth. Base Poblacional 2005 – 2014. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE octubre 31 del 2014)

Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer de la localidad de Sumapaz es variable, con una tendencia al aumento en el periodo 2005-2012; la edad media de la población es de 78,9 años, con una desviación estándar de 3,7 y con una esperanza de vida máxima de 84,5 años (Grafica 2).

Grafica 2. Esperanza de vida al nacer. Localidad Sumapaz 2005-2012



Fuentes: Hospital Nazareth. Base Poblacional 2005 – 2014. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE octubre 31 del 2014)

Fecundidad

Para la localidad de Sumapaz la tasa general de fecundidad muestra un descenso entre el año 2005 a 2012 pasando de 131,1 a 38,9 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad fecunda (15 a 49 años de edad), eliminando las distorsiones de la distribución por edad y sexo. En cuanto a la tasa global de fecundidad en promedio cada mujer en edad reproductiva tenía 4,6 hijos en el 2005 y para el año 2012 se disminuye a 1,20 hijos por mujer y la tasa de reproducción neta paso de 2,2 a 0,6 hijas nacidas promedio, que tendría una mujer en edad fecunda en un año, sin estar sometida a la mortalidad y manteniendo la fecundidad constante.

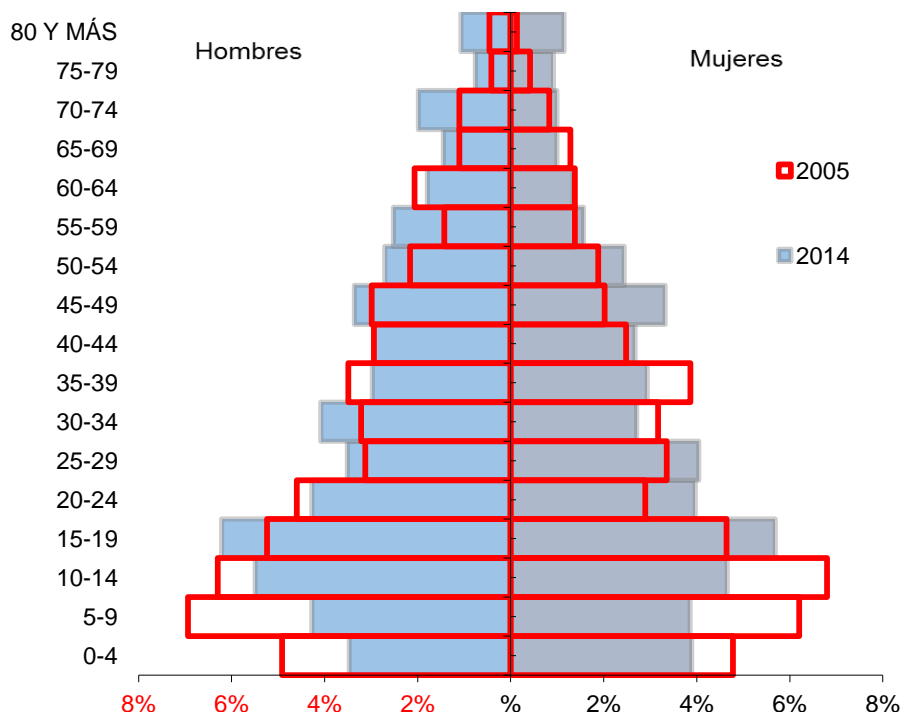
3.2.2 Estructura de la población

La pirámide poblacional de la localidad de Sumapaz tiene un perfil estacionario, que representa una disminución de la natalidad y baja mortalidad, con un estrechamiento en su base para 2014 con respecto al 2005, observándose una disminución en los grupos entre los 0 a 14 años de edad especialmente en las mujeres, y un aumento de la población a partir de los 70 o más años de vida Grafico 3).

Para las edades comprendidas entre los 20 y 29 años de edad se observa una disminución de la población para los años 2005 y 2014, lo cual puede relacionarse con un patrón de fuerte expulsión de población joven, fenómeno documentado en zonas rurales y que se puede asociar con el acceso a la educación formal, y con esquemas culturales que obligan a los jóvenes a buscar trabajo en las ciudades cercanas.

Aunque el índice de Friz ha pasado de 189,5 en el 2005 a 150,2 en el 2014, la población de la localidad de Sumapaz se considera una población joven.

Grafica 3. Pirámide poblacional. Localidad Sumapaz.2014



Fuente: Base poblacional Hospital Nazareth.2005-2014

Según la base poblacional 2014 de la ESE Hospital Nazareth, la localidad de Sumapaz tiene 2621 habitantes; el 52,5 % se encuentra en la UPR Rio Sumapaz y el 47,5 % en la UPR Rio Blanco. Según la distribución por sexo se encuentra que el 52,9 % son de sexo masculino y el 47,1 % son de sexo femenino, con una razón hombre-mujer de 1,1; a escala de UPR se identifica que en la UPR Rio Sumapaz la razón hombre mujer es mayor (1,2) con respecto a la UPR Rio Blanco (1,1).

El Hospital Nazareth I Nivel ESE a través del trabajo con la comunidad, anualmente ha realizado un monitoreo poblacional, evidenciado un incremento de la población con respecto al año 2005, pasando de 2176 habitantes a 2621 en el año 2014, información que no es armónica con los datos poblacionales estimados por las proyecciones DANE para el año 2014.

La localidad de Sumapaz se encuentra en un periodo de transición demografía, caracterizado por un descenso en la tasa de natalidad, evidenciando cambios en su estructura poblacional por edad, disminuyendo la población infantil y aumentando la población adulta mayor; donde la tasa global de fecundidad en el 2005 de 4,6 y para el 2012 de 1,2, reduciéndose a 3,1 hijos por mujer.

Teniendo en cuenta lo anterior, la razón niño-mujer para el año 2014 fue de 29,1, mientras que para el año 2005 fue de 50,6 evidenciándose una reducción significativa de 21,5. Así mismo, el índice de infancia para el año 2014 fue de 25,6 y en el 2005 era de 38,6; en

cuanto al índice de vejez se encuentra que para el año 2005 era de 5,7 y para el año el 2014 aumento a 9,3.

El bajo índice de población en vejez reportado en el 2005 con respecto al 2014, se puede relacionar con los periodos de violencia que dieron lugar en la región del Sumapaz entre los años 60 y 90; esta transformación generó desplazamientos forzados y muertes violentas, especialmente en jóvenes y adultos que pretendían hacer valer sus derechos y sus propiedades, siendo éstas sus principales fuentes de sustento (11).

El índice de dependencia demográfica muestra un descenso entre el año 2005 y 2014 pasando de 44,3 a 37,1 respectivamente; igualmente, el índice de dependencia infantil ha disminuido, dado que para el 2005 fue de 69,3 y para el 2014 de 45,1. El índice de dependencia en vejez ha aumentado pasando de 10,3 en el 2005 a 13,9 en el 2014 (Tabla 3).

Por otra parte, al hacer un análisis comparativo entre las UPR, en la UPR Rio Blanco hay un mayor índice de vejez y un menor índice de infancia con respecto a la UPR Rio Sumapaz.

Tabla 3. Indicadores demográficos. Localidad Sumapaz.2005-2014

Indicador	Definición	Local 2005	Local 2014	UPR Rio Blanco	UPR Rio Sumapaz
Razón niños: mujer	Número de niños menores de 5 años por cada 1000 mujeres en edad reproductiva.	50,6	29,1	22,7	28,7
Índice de infancia	Representa la relación entre los menores de 15 años y la población total	38,6	25,6	22,6	27,7
Índice de juventud	Representa la relación entre la cantidad de personas entre 15 y 29 años y la población total	23,8	27,7	28,1	27,5
Índice de vejez	Representa la relación entre la cantidad de personas mayores a 64 años y la población total	5,7	9,3	10,9	8,2
Índice de envejecimiento	Representa la relación entre la cantidad de personas mayores a 64 años y la población entre 0 y 14 años	16,0	36,3	48,0	29,6
Índice demográfico de dependencia	Relación entre la población considerada como dependiente (menores de 15 años y mayores de 65) y la que se define como económicamente productiva o "potencialmente activa" (15 a 64 años).	71,5	37,1	50,0	56,0
Índice de dependencia infantil	Representa la relación de las personas menores de 15 años entre 15 y 64 años	69,3	45,1	34,0	43,3
Índice de dependencia mayores	Representa la relación de las personas mayores de 65 años y las personas entre 15 y 64 años	9,9	14,3	16,3	12,7

Fuente Base de datos poblacional 2005-2014. Hospital Nazareth

Realizando el análisis por etapa de ciclo vital se evidencia una disminución porcentual en la población infantil pasando de un 21,2 % en el 2005 a 14,7% en el 2014; de igual manera, se observa un aumento porcentual para la etapa de ciclo vital adultez y vejez, pasando de 34,8% en el 2005 a 38,4% en el 2014 y de 9,2 % en el 2005 a 12,4 % en el 2014, respectivamente.

En cuanto a la etapa de ciclo vital para el año 2014 se evidencia que en ciclo adultez se concentra 38,4 % de la población, seguido por la etapa de juventud con el 16,1 %, e infancia con un 14,7 % (Tabla 4).

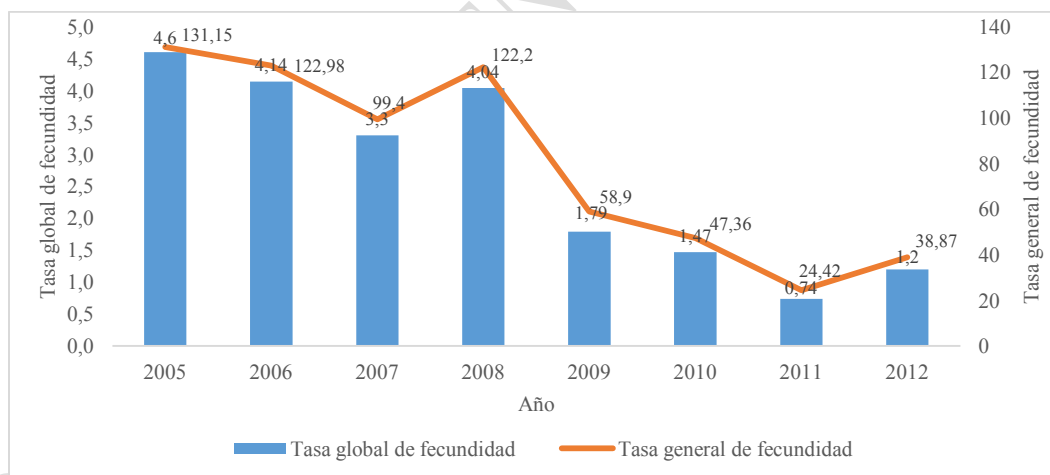
Tabla 4. Proporción de población por ciclo vital. Localidad Sumapaz. 2005-2014

Ciclo vital	2005		2014	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	261	12,0	229	8,7
Infancia (6 a 13 años)	461	21,2	384	14,7
Adolescencia (14 a 17 años)	208	9,6	254	9,7
Juventud (18 a 26 años)	289	13,3	422	16,1
Adultez (27 a 59 años)	757	34,8	1006	38,4
Persona mayor (60 años y más)	200	9,2	326	12,4
Total	2176	100,0	2621	100,0

Fuente Base de datos poblacional 2005-2014. Hospital Nazareth

Para la localidad de Sumapaz en el periodo 2005-2012, la edad media de la fecundidad que tienen hijos aumentó de 21,2 a 27,3 años, permitiendo visualizar un desplazamiento de la cúspide de la fecundidad en el tiempo (Grafica 4).

Grafica 4. Comparativo tasa global de fecundidad y tasa general de fecundidad. Localidad Sumapaz 2005-2012



Fuentes: Hospital Nazareth. Base Poblacional 2005 – 2014. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.-(Publicación DANE octubre 31 del 2014)

3.2.2.1 Contexto socioeconómico

Los altos niveles de concentración de la propiedad de la tierra a partir de los años noventa muestra una tendencia evidente a la disminución de la participación de la pequeña y mediana propiedad, y un incremento importante en la gran propiedad, lo cual está relacionado con la desigualdad estructural en la propiedad rural, donde según el Instituto Geográfico Agustín Codazzi para el año 2012 el coeficiente GINI nacional se encontraba

en 0,86 el cual incrementó un poco más del 1,0 % entre el 2000 y 2010. Para la localidad de Sumapaz el coeficiente de GINI en el 2010 fue de 0,78 y para el año 2013 0,86.

Para la medición de la pobreza y la cuantificación de la situación socioeconómica de los habitantes de la localidad existen diferentes metodologías. la medición de pobreza del Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), que define la pobreza como la situación en la que los hogares no cuentan con los recursos suficientes para cubrir sus necesidades básicas permanentemente.

Según la Secretaria Distrital del Hábitat (2010) los datos estimados de hogares en situación de pobreza según NBI son: el 57,9% de los hogares de la localidad se encuentran en situación de pobreza, es decir, tienen carencia de una necesidad básica, y el 6,5% de los hogares se encuentra en situación de pobreza extrema. El factor que más influye sobre la condición de pobreza de la localidad es el material de las viviendas, pues el 65% de los hogares tienen carencias en este tema, seguido de servicios públicos inadecuados, con el 37% de los hogares, la alta dependencia económica (11,9%), el hacinamiento crítico (8,2%) y finalmente, la inasistencia escolar (0,2%). Esto implica que los factores relacionados con el sector hábitat (vivienda adecuada, servicios públicos y hacinamiento) tienen un peso importante en la calidad de vida y la situación de pobreza de los habitantes de la localidad. A pesar de que una proporción importante de los hogares tienen carencias importantes, el 85% de los hogares encuestados por la Universidad Distrital en el desarrollo del trabajo con la Secretaria Distrital de Hábitat, manifestó que se encuentran satisfechos con su vida, mientras que el 15% declaró que siente poca o ninguna satisfacción. Así mismo, el 69% de las personas encuestadas percibe que su calidad de vida ha aumentado en los últimos 5 años, y el 31% que ha empeorado.(12)

Actualmente no se cuenta con información oficial del nivel de ingresos de la localidad debido a que gran parte de la población son trabajadores informales; sin embargo, durante el proceso de territorialización que se realiza anualmente por parte del Hospital Nazareth, se identifica que una familia puede contar con ingresos de menos de un salario mínimo legal vigente. De igual manera, no hay información disponible para la localidad de tasa de ocupación y de desempleo, así como nivel de endeudamiento. En relación con la pobreza humana, se identificó que para el 2012 el Índice de Pobreza Humana (IPH) es de 0.33, influenciado por el índice de calidad de vida, y éste a su vez, asociado al acceso a agua potable, los servicios de salud y la desnutrición crónica (13).

Frente al Índice de Desarrollo Humano (IDH) para el 2012 se estimaba en 0,64, notoriamente menor frente a Bogotá urbana en el mismo año, que es de 0,88. Al realizar un análisis de cada componente, se identifica que el Índice de Ingresos (0,33) es el factor que incide negativamente, pues los otros dos componentes, Índice de Esperanza de vida (0,77) e Índice de nivel educativo (0,81) son superiores al IDH (13).

La localidad de Sumapaz cuenta con dos colegios de tipo distrital: Colegio Campestre Jaime Garzón con 14 sedes; y el Colegio Gimnasio del Campo Juan de la Cruz Varela que cuenta con 16 sedes, de las cuales la sede Manuela Beltrán del Pilar brinda cobertura a municipios de Cubarral y Totuma Alta (Meta) y San Bernardo (Cundinamarca). La cobertura en educación en la localidad de Sumapaz para el año 2014 fue de 879 estudiantes

(14 matrículas más que en 2013), representando el 33,5 % del total de la población, y distribuidos en los dos colegios de la localidad. En el Colegio Campestre Jaime Garzón se encuentra el 41,0 % (n=360) de los estudiantes matriculados, mientras que en el Colegio Gimnasio del Campo Juan de la Cruz Varela se encuentra el 59 % (n=519) (14). De acuerdo con la Secretaria Distrital de Planeación, para el año 2013 la tasa de cobertura bruta de educación es de 53,4, la cual es la más baja en comparación con las otras localidades del Distrito capital (15); sin embargo, esta tasa se calculó de acuerdo a los datos poblacionales del DANE, para una oferta total de 1744 cupos.

La localidad de Sumapaz tiene una deficiencia en la cobertura de servicios públicos, el servicio de acueducto se presta a través de 14 acueductos veredales que abastecen las veredas Betania, Raizal, Peñaliza, Istmo, 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, 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. El servicio de alcantarillado está disponible únicamente en los centros poblados y en las escuelas, con pozos sépticos para la disposición. Es de considerar que ninguno de estos recursos son aptos para el consumo humano.

También se estima que cerca del 95,0 % de la población de la localidad tiene cobertura de energía eléctrica, suministrada por la red de alta tensión del departamento de Cundinamarca; el servicio de telefonía pública tiene una cobertura baja y con deficiencias por la distancia y la falta de equipos adecuados, sin embargo, existen teléfonos comunitarios en las veredas de Nazareth, Los Ríos, Las Auras, Santa Rosa, Raizal, Peñalisa, Betania, Tabaco, San Juan, La Unión, Tunal y Lagunitas. La localidad no cuenta con servicio público de gas natural, y el acceso al gas propano y butano se dificulta por el costo de transporte desde Bogotá urbana (16).

En cuanto al tipo de aseguramiento al sistema general de salud y seguridad social (SGSSS) el 56,2 % (n=1473) de los habitantes de la localidad de Sumapaz se encuentra afiliado al régimen subsidiado, asociado a actividades productivas de carácter informal propias de la ruralidad; de estos, el 50.1 % se encuentran afiliados a la EPS Caprecom, seguido de la EPS Capital Salud con una participación del 46,8 %, y en menor proporción otras EPSs como Confacundi Unicajas y Famisanar subsidiado (17).

3.1 Priorización

Teniendo en cuenta que la localidad solo cuenta con dos UPR y la información de los casos de mortalidad general no se encuentra disponible a escala de UPR se dificulta realizar el proceso de priorización.

4. CAPÍTULO 2. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL ÁMBITO DE LAS DIMENSIONES PRIORITARIAS

En este capítulo se describe el perfil epidemiológico que se refiere a la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre una población, cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen, entre las que se incluyen la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida (18).

El estado de salud, se mide indirectamente a través del conjunto de problemas de salud que afectan al bienestar y calidad de vida de la población, lo cual se ha denominado morbilidad. Es importante considerar, sin embargo, que un análisis integral del perfil de la morbilidad incluye no sólo a las enfermedades, sino también a otros problemas de salud como aquellos que afectan la salud mental, los accidentes de tránsito, la violencia, la drogadicción, entre otros, y los determinantes sociales tanto intermedios como estructurales que permiten dar cuenta de las desigualdades en salud. Es por ello, que en la localidad de Sumapaz, el perfil de morbilidad permite evidenciar situaciones que afectan el entorno y la salud de la población como son las condiciones de pobreza, vulneración, condiciones socioeconómicas y bajos niveles de desarrollo del país que como comunidad netamente rural, tienen fuertes repercusiones.

4.1 Perfil salud – enfermedad

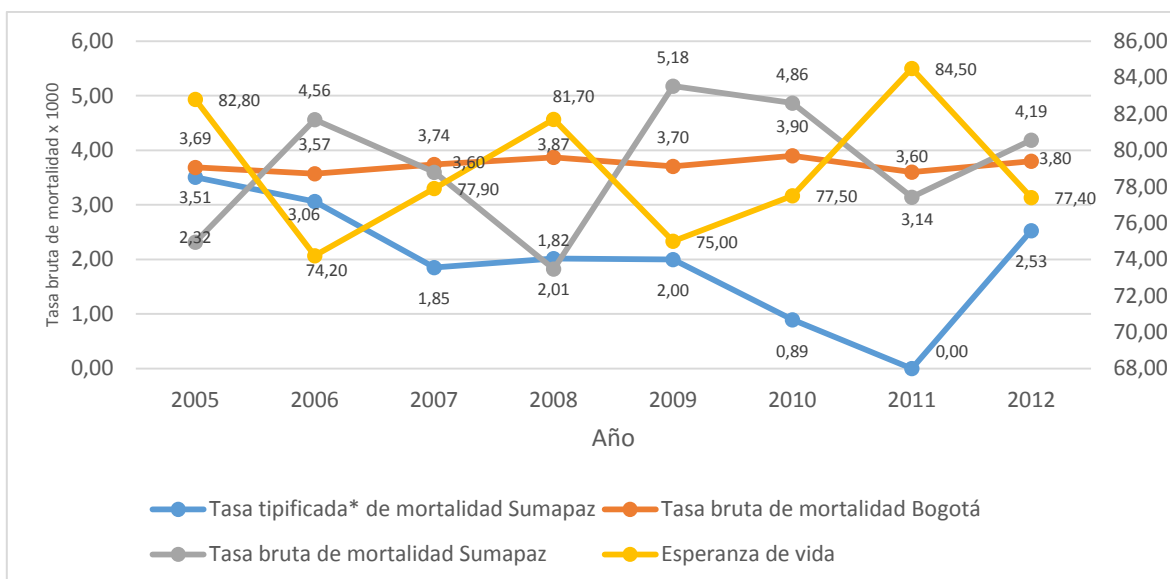
4.1.1 Análisis de la mortalidad general

Para la localidad de Sumapaz entre el año 2005 a 2012 se registraron en promedio 9,25 defunciones anuales con una desviación estándar de 3,53 mostrando un comportamiento estable en el periodo. De acuerdo con las bases de la Secretaria Distrital de Salud para la localidad 20 de Sumapaz se presentaron 74 mortalidades en este periodo (Tabla 5. **Principales causas de mortalidad general según lista Colombia 105 para la tabulación de mortalidad. Localidad Sumapaz. 2005-2012**).

Al realizar el ajuste de la tasa bruta de mortalidad con respecto a Bogotá, se observa que la tasa de mortalidad tipificada, tiene un comportamiento por debajo de la tasa de mortalidad para Bogotá, donde la tasa de mortalidad tipificada tiene una disminución del 9,8 %, viéndose afectada por la estructura de edad de la población de Bogotá (Grafica 5).

Según la distribución de las mortalidades ocurridas durante el 2012 se obtuvo una pérdida de 928,8 AVPP, don el sexo masculino tiene la mayor pérdida de años con 673 AVPP y el sexo femenino 149,8 AVPP, adicionalmente el 36.3 % estaban en edad económicamente activa, con una media de 58.4 y una desviación estándar de 22.4.

Grafica 5. Tasa de mortalidad tipificada de la Localidad de Sumapaz con respecto a Bogotá.2005-2012



Fuentes: Hospital Nazareth. Base Poblacional 2005 – 2014. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014)

Por otro parte, para el periodo 2005 – 2012 la principal causa de mortalidad es la enfermedad isquémica del corazón donde el 90,0 % se presentaron en población de 60 años y más; como segunda causa se encuentra el tumor maligno del estómago donde el 80,0 % de los casos se presentan en personas mayores de 45 años, con respecto a los casos de mortalidad por neumonía el 80,0 % se presenta en las personas mayores de 60 años y más y el 100,0 % de los casos de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias se presentan en la personas mayores de 60 años y más (Tabla 5).

Tabla 5. Principales causas de mortalidad general según lista Colombia 105 para la tabulación de mortalidad. Localidad Sumapaz. 2005-2012

Causa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1 1-051 Enfermedades isquémicas del corazón	10	13,5
2 1-013 Tumor maligno del estómago	5	6,8
3 1-059 Neumonía	5	6,8
4 1-060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	5	6,76
5 1-050 Enfermedades hipertensivas	3	4,1
6 1-055 Enfermedades cerebrovasculares	3	4,1
7 1-070 Hemorragia gastrointestinal	3	4,1
8 1-014 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano	2	2,7
9 1-046 Epilepsia y otros trastornos episódicos y paroxísticos	2	2,7
10 1-067 Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	2	2,7
11 1-069 Enfermedades del peritoneo y todas las demás enfermedades del sistema digestivo	2	2,7
Otras causas según lista Colombia 105 para la tabulación de mortalidad	18	24,3
Resto de causas	14	18,9
Total	74	100,0

Fuente: Base de datos DANE-RUAF-ND 2005-2012. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS. Publicación DANE octubre 31 del 2014.

Al realizar el análisis de las principales causas de mortalidad en el periodo 2005 – 2012, se identifica que el 17,5 % están relacionadas con neoplasias (Tabla 6), las cuales pueden estar asociadas a riesgo químico por la exposición prolongada a agroquímicos en el ámbito laboral y en menor medida durante el consumo de alimentos (19). Adicionalmente, el contexto laboral rural caracterizado por la alta informalidad productiva y la baja corresponsabilidad en el uso de elementos de protección personal, son factores que inciden en el comportamiento de la mortalidad.

Tabla 6. Frecuencias absolutas y relativas de las causas relacionadas con neoplasias. Localidad Sumapaz. 2005-2012

Causa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1-013 Tumor maligno del estómago	5	38,5
1-014 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano	2	15,4
1-019 Tumor maligno de la laringe	1	7,7
1-020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	1	7,7
1-024 Tumor maligno de la mama de la mujer	1	7,7
1-026 Tumor maligno de otras partes del útero	1	7,7
1-031 Tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central	1	7,7
1-032 Tumor maligno de la tiroides y de otras glándulas endocrinas	1	7,7
Total	13	100,0

Fuente: Base de datos DANE-RUAF-ND 2005-2012. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS. Publicación DANE octubre 31 del 2014.

Con respecto a la mortalidad que se presentó en el año 2012 se encuentra que del total de las mortalidades el 58,3 % (n=7 casos) se presentaron en personas mayores de 60 años, identificando como principales causas las neoplasias y la neumonías con 28,6%, respectivamente; seguido por el grupo entre edades 15 a 44, con un 25,0 % (n=3 casos); el 75,0 % de las mortalidades se presentaron en el sexo masculino, mientras que el 25,0 % se presentaron en el sexo femenino. De acuerdo al régimen de seguridad social, el 66,6 % pertenecían al régimen subsidiado y no asegurado, y el 33,4 % al régimen contributivo.

El Sistema General de Salud y Seguridad Social junto con la capacidad de ingresos de la población de la localidad se convierten en determinantes estructurales, dado que en el territorio se cuenta con una IPS de primer nivel con dos centros de atención, que no cuentan con el nivel de complejidad que requiere la población, lo que genera un desplazamiento principalmente a Bogotá urbana aumentando las barreras de acceso de salud por los costos que implican los desplazamientos.

Otro determinante estructural que incide en la salud y calidad de vida de la población de la localidad de Sumapaz tiene relación con las condiciones climáticas y geográficas en que desarrollan las actividades productivas: al aire libre, exposición al frío, calor, viento, radiación y lluvia, como se ha documentado en el capítulo 1.

4.1.2 Mortalidad materno-infantil

Con respecto a la mortalidad materno-infantil se encuentra que el comportamiento de la razón de mortalidad materna y las tasas de mortalidad neonatal en los últimos cuatro años presenta un comportamiento sostenido en cero casos.

La tasa de mortalidad infantil y en la niñez indica una disminución en el número de casos ya que para los dos últimos años no se han presentado mortalidades. (Tabla 7. **Comportamiento de la mortalidad materno infantil. Comparativo Bogotá-Localidad Sumapaz.2014**). Para las mortalidades asociadas a desnutrición, enfermedades diarreicas y neumonía no se han presentado casos para el periodo del 2005-2012

Tabla 7. Comportamiento de la mortalidad materno infantil. Comparativo Bogotá-Localidad Sumapaz.2014

Causa de muerte	Años									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Razón de mortalidad materna	- ***	-	-	↗	↘	-	-	-	-	
Tasa de mortalidad neonatal	↗*	↗	↘**	↗	↘	-	-	-	-	
Tasa de mortalidad infantil	-	↗	↘	↗	↘	-	↗	↘	-	
Tasa de mortalidad en la niñez	-	↗	↘	↗	↘	-	↗	↘	-	

Fuente: Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS. Publicación DANE octubre 31 del 2014.

4.1.3 Análisis de morbilidad 10 primeras causas

La ESE Hospital Nazareth I nivel presta los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización a la población de la localidad de Sumapaz, cuenta con un CAMI, una UPA y el Centro de Desarrollo de Potencial Humano CDPH. Los servicios se prestan a través del Modelo de Atención con Enfoque Familiar, enmarcado en la atención de la población vinculada y subsidiada, acorde con las condiciones de ruralidad de la localidad.

Los reportes de morbilidad que se presentan a continuación se obtuvieron del Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) de la E.S.E, generados en los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización en el año 2014; en la Tabla 8. Principales causas de morbilidad por ciclo vital. Localidad Sumapaz.2014 se pueden evidenciar las diez primeras causas de morbilidad por etapa de ciclo vital y sexo.

Durante el año 2014 se atendieron 4122 servicios, de los cuales el 84.9 % (n=3498 registros) fueron por consulta externa, el 13.2 % fueron por urgencias (n=546 registros) y el 1.9 % (78 registros) corresponde a hospitalización.

Tabla 8. Principales causas de morbilidad por ciclo vital. Localidad Sumapaz.2014

Etapa de ciclo vital	Orden	Causa	Sexo		Total
			Femenino	Masculino	
Primera infancia	1	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	32	25	57
	2	Amigdalitis aguda no especificada	9	10	19
	3	Otras dermatitis atópicas	10	5	15
	4	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	6	6	12

* ↗ aumento de la mortalidad

** ↘ disminución de la mortalidad

*** - ausencia de casos de mortalidad

Etapa de	Orden	Causa	Sexo	Total	
	5	Conjuntivitis aguda no especificada	6	5	11
	6	Dermatitis del pañal	4	4	8
	7	Otitis media no especificada	6	2	8
	8	Infección de vías urinarias sitio no especificado	2	1	3
	9	Infección viral no especificada	0	3	3
	10	Amebiasis- no especificada	0	3	3
Infancia	1	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	24	32	56
	2	Amigdalitis aguda no especificada	12	4	16
	3	Dermatitis atópica- no especificada	7	9	16
	4	Conjuntivitis- no especificada	6	8	14
	5	Cefalea	9	4	13
	6	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	4	7	11
	7	Parasitosis intestinal sin otra especificación	1	8	9
	8	Otitis externa aguda no infecciosa	4	2	6
	9	Dolor en articulación	1	3	4
	10	Otros dolores abdominales y los no especificados	3	1	4
Adolescencia	1	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	10	9	19
	2	Cefalea	8	5	13
	3	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	7	2	9
	4	Amigdalitis aguda no especificada	5	2	7
	5	Dermatitis atópica no especificada	2	5	7
	6	Infección de vías urinarias sitio no especificado	4	1	5
	7	Migraña sin aura [migraña común]	3	1	4
	8	Acné excoriado de la mujer joven	3		3
	9	Contractura muscular	1	2	3
	10	Dispepsia	3	0	3
Juventud		Vaginitis aguda	3	0	3
	1	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	11	5	16
	2	Vaginitis aguda	16	0	16
	3	Cefalea	14	1	15
	4	Infección de vías urinarias sitio no especificado	11	1	12
	5	Dispepsia	9	2	11
	6	Amigdalitis estreptocócica	6	5	11
	7	Dolor en articulación	6	4	10
	8	Lumbago no especificado	3	3	6
	9	Dermatitis atópica no especificada	4	2	6
10	Contractura muscular	3	2	5	
Adultez	1	Hipertensión esencial (primaria)	179	104	283
	2	Dispepsia	62	28	90
	3	Cefalea	44	24	68
	4	Lumbago no especificado	22	33	55
	5	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	30	24	54
	6	Infección de vías urinarias sitio no especificado	38	9	47
	7	Vaginitis aguda	44	0	44
	8	Hiperlipidemia mixta	15	13	28
	9	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	20	8	28
	10	Artrosis no especificada	14	12	26
Vejez		Conjuntivitis no especificada	11	15	26
	1	Hipertensión esencial (primaria)	257	304	561
	2	Artrosis no especificada	22	22	44
	3	Artritis reumatoide no especificada	23	11	34
	4	Dispepsia	7	21	28
	5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica no específico	13	15	28
	6	Hiperplasia de la próstata	0	25	25
	7	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	12	12	24
	8	Conjuntivitis aguda no especificada	8	13	21
	9	Gastritis no especificada	7	14	21
10	Lumbago no especificado	10	10	20	

Fuente: Hospital Nazareth - SDS. Registros RIPS. 2014

Según la etapa de ciclo vital se encuentra que la principal causa de morbilidad en la primera infancia, infancia, adolescencia y juventud está relacionada con las enfermedades del sistema respiratorio con un 48,6%, Frente a ello, es importante tener en cuenta que la causalidad de dichas enfermedades tiene una gran relación con el clima al que está expuesto el individuo, siendo los periodos de bajas temperaturas y lluvias factores de riesgo, que aumentan las incidencia en estos eventos. (20).

Así mismo, al ser una localidad netamente rural, la población se encuentra expuesta continuamente a factores ambientales como son la presencia de ácaros del polvo, especialmente en aquellas veredas que aún no cuentan con carreteras pavimentadas; polen, el hollín por su tradicional forma de cocinar y el pelaje de los animales tanto domésticos como de cría; los cuales pueden generar alergias que dan paso a éste tipo de infecciones (21). Adicionalmente, en el caso de la dermatitis, el uso continuo de botas de goma y de plaguicidas en el trabajo agrícola (22), también constituyen determinantes que brindan un marco explicativo a la aparición de dichas problemáticas, considerando su toxicidad.

Como segunda causa de morbilidad para el ciclo vital de primera infancia e infancia están las enfermedades infecciosas intestinales con un 12,2 %, las cuales suelen propagarse a través de alimentos contaminados o agua de bebida, de persona a persona, como resultado de la falta de agua potable (23). Teniendo en cuenta el proceso de territorialización, unidades de análisis institucionales y territoriales, así como las bases de SISVEA; en la localidad de Sumapaz ninguno de los 14 acueductos veredales para el año 2014 suministró agua apta para el consumo humano, teniendo en cuenta que el agua presenta coliformes fecales, residuos de productos agroquímicos, que son lavados y arrastrados hasta las fuentes de agua superficiales o infiltrados hasta las subterráneas por los regímenes de lluvias, los cuales generan procesos de eutrofización y posteriormente alteraciones en la demanda bioquímica de oxígeno y alteración del pH (24).

Una situación igualmente compleja se presenta por el desprendimiento de partículas de los suelos deforestados, que generan eutrofización, pues terminan aumentando la cantidad de sólidos en el agua, al igual que su turbiedad y hasta alterando paulatinamente el lecho de los ríos, todo esto producto de la principal actividad económica de la región, la agricultura (24).

Para los ciclos vitales de adultez y vejez se encuentra la hipertensión esencial primaria como la primera causa de morbilidad con un 54,3 %, la cual se encuentra relacionada con modos y estilos de vida no saludables identificados en la localidad tales como falencias en la adopción de un régimen alimentario equilibrado, teniendo en cuenta que hay dificultad en el acceso a verduras y frutas variadas, y se tiende al alto consumo de carbohidratos, siendo éste grupo de alimentos los de más fácil acceso en la localidad. De igual forma, se ha identificado un alto consumo de alcohol en éstas etapas, sedentarismo y falta de ejercicio físico. Determinantes sociales de la salud, como los ingresos, la seguridad en el trabajo, la educación y la vivienda, influyen en la aparición de hipertensión. Por ejemplo, la informalidad laboral de la localidad, el desempleo y los niveles de pobreza repercuten en los niveles de estrés que, a su vez, influyen en la tensión arterial alta. Por último, el riesgo de hipertensión aumenta con la edad, por el endurecimiento de las arterias, motivo por el cual es en éstas etapas de ciclo donde mayor morbilidad se presenta (25).

En el ciclo vital vejez la segunda causa es la artrosis y el tercer lugar es ocupado por la artritis reumatoidea no especificada con un 38,3%. Los factores que pueden facilitar la aparición o empeorar la evolución de éstas enfermedades están relacionados con las condiciones de vida y de trabajo y las conductas de salud con ellas relacionadas (26). En el caso de Sumapaz, el trabajo en agricultura, ordeño, elaboración de quesos y manejo de

animales desde temprana edad, los expone a levantamientos de grandes cargas, movimientos repetitivos, cambios de temperaturas e inadecuadas posturas. Lo anterior, tiende a empeorar considerando determinantes estructurales como la informalidad en el trabajo, ya que no cuentan con afiliación a riesgos laborales, y las características del territorio.

En quinto lugar se presenta la enfermedad pulmonar obstructiva crónica con un 29,6 %, la cual se ha relacionado con la exposición a la contaminación ambiental por productos de combustión de biomasa, combustible para cocinar teniendo en cuenta que la mayoría continúa cocinando con leña. La exposición a productos químicos como los empleados en la agricultura y las infecciones respiratorias frecuentes en la infancia representan igualmente factores de riesgo para la aparición de la enfermedad (27).

4.1.4 Eventos agudos y crónicos de alto costo

De acuerdo a las intervenciones que se realizan a nivel individual y colectivas en la localidad de Sumapaz desde el énfasis de promoción de estilos saludable y condiciones crónicas, se gestiona y se promueve desde los tres niveles de acción institucional, transectorial y de movilización espacios que favorezcan una vida cotidiana saludable.

En cuanto a la situación de salud de condiciones crónicas prevalentes en la localidad de Sumapaz se encuentra la artritis reumatoidea con un 38,2% (n=31 casos), donde la mayor prevalencia está en el ciclo vital vejez con un 61,3% (n=19 casos), seguido por el ciclo vital adultez con un 38,7% (n=12 casos). La segunda causa está relacionada con las enfermedades obstructivas crónicas (EPOC) con un 29,6% (n=24 casos), donde el 54,2% (n=13 casos) se presenta en el ciclo vital vejez y el 45.8% (n=11 casos) en la adultez. La tercera causa es la epilepsia con un 23,5% (n=19 casos), donde el 52,6 % (n= 10 casos) se presentan en la etapa de la adultez.

Tabla 9. Distribución absoluta de población con enfermedad crónica según etapa de ciclo vital. Localidad Sumapaz .2014

Etapa de ciclo vital	Artritis reumatoidea	Epoc	Enfermedad renal	Cáncer	Epilepsia	Total	%
Infancia	0	0	0	0	3	3	3,7
Adolescencia	0	0	0	0	1	1	1,2
Juventud	0	0	0	0	4	4	4,9
Adultez	12	11	0	1	10	34	42,0
Vejez	19	13	3	3	1	39	48,1
Total	31	24	3	4	19	81	100,0

Fuente: sistemas de información base de datos personas con enfermedad crónica. Hospital Nazareth. 2014

Para el 2014 se reporta una adherencia al programa de crónicos de 86,0 % del total de usuarios caracterizados, aumentando en 15,0 % respecto al año anterior. Según fuente de información historia clínica (RIPS) se considera que un usuario tiene adherencia al programa, cuando acude a sus consultas médicas según la clasificación del riesgo, resolución 4003 de 2008.

Según base de crónicos 2014 del Hospital Nazareth, se identifican cuatro eventos nuevos por cáncer en el año 2014, los cuales corresponden a un cáncer de mama, uno de estómago, uno colon y uno de próstata, de estos casos se presentaron dos mortalidades en el 2014, uno por cáncer de estómago y de próstata en el ciclo vital adultez y vejez respectivamente. . En estos casos cabe resaltar la presencia de desigualdades en salud que influyen como determinantes estructurales, como es la dificultad en el acceso a niveles de atención de alta complejidad, las cuales son necesarias para éste tipo de casos. Por último, cabe mencionar que en la localidad no se han identificado casos de VIH-SIDA, linfoma de Hodgkin, leucemia linfocítica aguda y mielocitosis aguda para el año 2014.

4.1.5 Eventos precursores

Para la localidad de Sumapaz hasta el año 2014 se han identificado 377 personas con hipertensión arterial y diabetes mellitus, donde el grupo vital más afectado por estas enfermedades es el ciclo vital adultez y vejez. La HTA es la principal causa de morbilidad en la localidad, por ende la importancia del abordaje de esta población frente a las herramientas de afrontamiento de la salud y manejo de su enfermedad (Tabla 10. Distribución de los eventos precursores. Localidad Sumapaz.201410).

Tabla 10. Distribución de los eventos precursores. Localidad Sumapaz.2014

Etapa de ciclo vital	HTA	%	Diabetes mellitus	%	Total	%
Infancia	0	0,0	1	2,4	1	0,3
Juventud	2	0,6	1	2,4	3	0,8
Juventud	3	0,9	1	2,4	4	1,1
Adultez	164	48,8	24	58,5	188	49,9
Vejez	172	51,2	14	34,1	186	49,3
Total	336	100,0	41	100,0	377	100,0

Fuente: Sistemas de Información base de datos personas con enfermedad crónica. Hospital Nazareth. 2014

De los casos identificados el 83,3 % (n=314 casos) tiene clasificación del riesgo cardiovascular, mientras el 16,3 % (n=60 casos) a la fecha no cuenta clasificación del riesgo cardiovascular lo que indica que se debe mejorar en la adherencia a las guías para el manejo de hipertensión.

Para año 2014 se evidencia que el 87,5% (n=294 casos) con diagnóstico de HTA se encuentran con cifras tensionales controladas, sin embargo hay que tener en cuenta que el 21,0 % de los usuarios presentaron cifras de tensión arterial por encima de 140 para sistólica y mayor a 90 para diastólica lo que implica que esta población tiene riesgos de complicaciones que pueden poner en riesgo la vida. Por esta razón desde el PIC y POS se reforzó la educación en estos usuarios en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico involucrando a la familia en la participación activa del cuidado de la salud de estos usuarios. Para este periodo se priorizan estos casos para ser intervenido por equipo interdisciplinario.

En cuanto a los casos de diabetes mellitus no fue posible determinar el porcentaje de pacientes controlados debido a que existen barreras de acceso para la toma de hemoglobina glicosilada, dado que según la guía clínica de la Resolución 4003 de 2008, solo puede ser

ordenada por un médico internista y el Hospital Nazareth por ser primer nivel no cuenta con este servicio por lo cual debe remitirse a un nivel de mayor complejidad.

Para la localidad de Sumapaz hasta el año 2014 se han identificado 377 personas con hipertensión arterial y diabetes mellitus, donde el grupo vital más afectado por estas enfermedades es el ciclo vital adultez y vejez. La HTA es la principal causa de morbilidad en la localidad, cuyos determinantes sociales como se ha mencionado anteriormente, se encuentran relacionados a nivel intermedio con los modos y estilos de vida saludable de la población, caracterizados por sedentarismo, poco ejercicio físico, alto consumo de carbohidratos y bajo consumo de frutas y hortalizas que conduce a obesidad. Sin embargo, a nivel estructural, influyen de manera importante el nivel económico, toda vez que la situación socioeconómica condiciona conductas individuales respecto a la alimentación y a la práctica de ejercicios físicos, así como la aparición de estrés y depresión que conduce a comportamientos no saludables como el consumo de alcohol; las condiciones en vivienda, trabajo y el nivel educativo, los cuales contribuyen a la elección de estilos de vida y comportamientos favorables para la salud, así como al acceso y mejores oportunidades que protegen a las personas de los riesgos para la salud (28). Por todo lo anterior, se da la importancia del abordaje de esta población frente a las herramientas de afrontamiento de la salud y manejo de su enfermedad.

4.1.6 Eventos de notificación obligatoria

4.1.6.1 Sistema de Vigilancia Epidemiología SIVIGILA

Durante el año 2014 se reportaron al SIVIGILA un total de 29 eventos individuales, el principal evento de notificación, fue la agresión por animal potencialmente transmisor de rabia, especialmente ocasionada por caninos, donde se presentaron 11 agresiones, el 81,9 % de los casos fueron no exposiciones, seguido por una exposición leve y una grave con un 9,1% respectivamente. En cuanto a las coberturas de vacunación antirrábica la localidad obtuvo una cobertura de 103,4 % para caninos y 88,8% para felinos. Sin embargo es de considerar que parte de la vacunación a caninos se realiza en veredas aledañas a la localidad.

La varicela y las intoxicación, ocupan el segundo lugar con el 14,0% (n=4) cada uno, es de anotar que los casos no se relacionaron en tiempo, lugar o espacio con lo cual se descartó posibles brotes, por estos eventos; el 50,0 % de los casos de intoxicación, estuvieron relacionadas con la actividad agrícola que se desarrolla en el sector, donde se utiliza ampliamente agroquímicos, los cuales fueron canalizados al Subsistema de Vigilancia Epidemiológica SIVISTRA y SISVECOS en los casos de conducta suicida.

Durante el año 2014 se presentaron dos brotes por eventos prevenibles por vacunación, el primero se presentó en el mes de mayo con tres casos sospechosos de rubéola, en la vereda

la Unión, microterritorio II; para los cuales se realizó la respectiva IEC, búsqueda activa comunitaria y se alertó a las instituciones educativas. Sin embargo dado la evolución de la enfermedad y correlacionado con laboratorio clínico se descartaron los casos.

El segundo brote, se presentó en el mes de septiembre con un caso sospechoso de sarampión, en un menor de 13 años notificado por el Hospital Tunal de Bogotá, se realiza IEC, donde se descarta por laboratorio el evento.

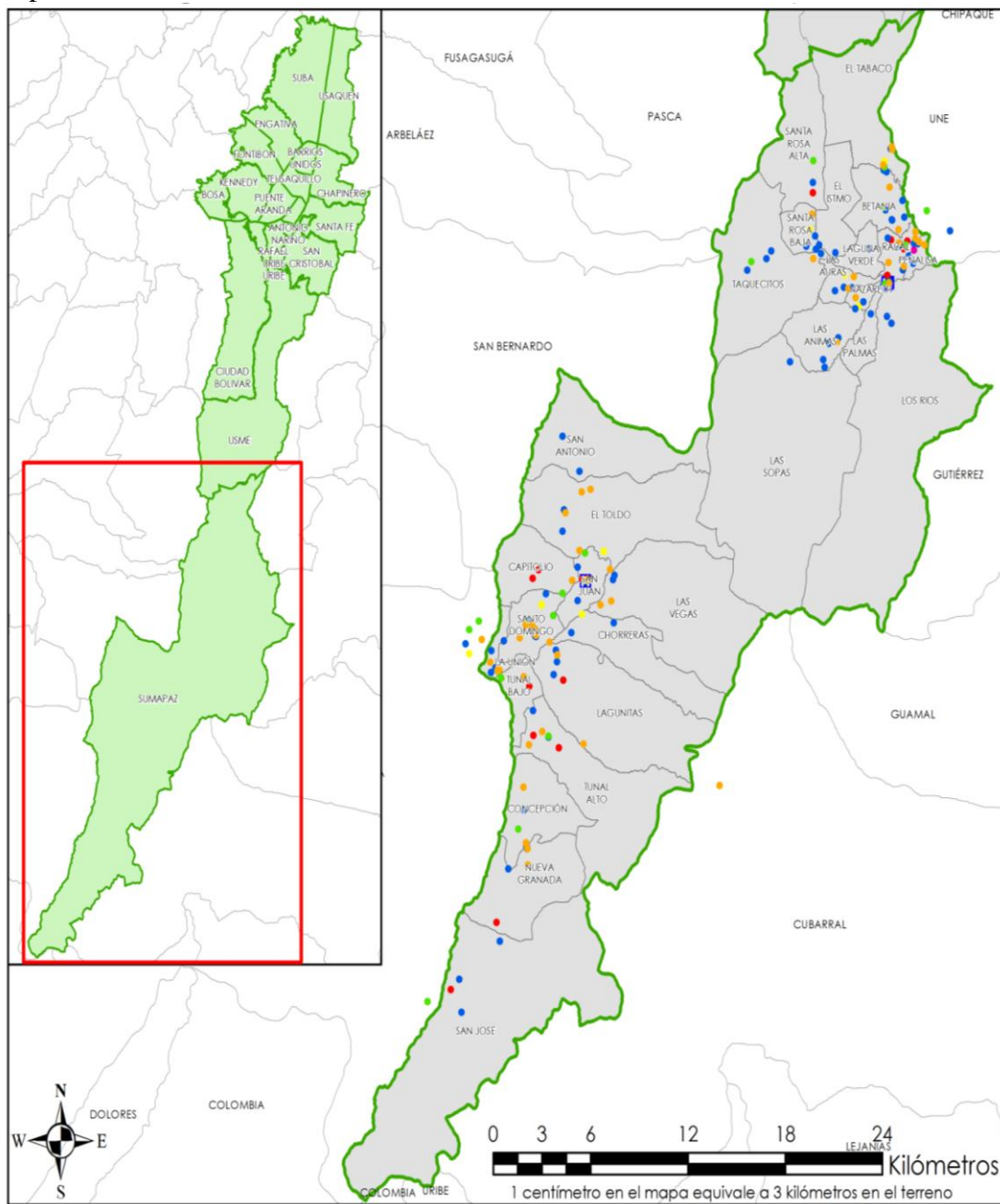
En el

DOCUMENTO EN ELABORACIÓN

Mapa 4. Distribución notificaciones subsistemas de vigilancia epidemiológica. Localidad Sumapaz. 2014 se muestra la ubicación de los eventos notificados a los subsistemas de vigilancia epidemiológica para la localidad de Sumapaz, los cuales se distribuyen de manera dispersa en el territorio, logrando identificar predominio de notificaciones al subsistema SIVIM, con mayor concentración en las veredas de la UPR Rio Blanco, asociado a un desarrollo social en torno a la agricultura que marca pautas en el ejercicio del poder sobre el territorio. De igual manera se identifica mayor presencia de evento asociados el subsistema de vigilancia SISVECOS en las veredas del corregimiento de San Juan, en especial las veredas Tunal Alto y Tunal bajo.

DOCUMENTO EN ELABORACIÓN

Mapa 4. Distribución notificaciones subsistemas de vigilancia epidemiológica. Localidad Sumapaz. 2014



Leyenda

- Gestantes captadas
- Notificaciones a SIVIGILA
- Notificaciones a SIVISTRA
- Notificaciones a SIVIM
- Notificaciones a SISVECOS
- Notificaciones a SISVAN
- Centros_Salud
- Límite de vereda
- Centro poblado/caserío
- Límite de localidad
- SECTOR_CATASTRAL

Fuente: Hospital Nazareth I Nivel ESE
 Subsistemas de Vigilancia Epidemiológica.
 Corte 30 de diciembre de 2014
 Equipo ASIS
 Análisis de la Situación de Salud
 Elaborado por: Macana C. (2015)



Fuente: Hospital Nazareth. 2014.

4.1.6.2 Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIM

Según las bases oficiales de la Secretaria Distrital de Salud, para el año 2014 se reportaron un total de 172 casos, con un promedio de 14 casos por mes. Según la etapa de ciclo vital el mayor número de casos se encuentran en el ciclo vital infancia con un 51,2 % y el de menor notificación es el ciclo vital juventud con un 6,0 %, se visualiza la agresión hacia el género femenino con el 59,3% (Tabla 11); dada esta distribución es necesario fomentar la protección en las etapas de la infancia, adolescencia y en la mujer enmarcadas en las diferentes políticas públicas que apuntan al mejoramiento de la calidad de vida, con el fin de disminuir el número de casos, de igual manera es importante garantizar la atención integral por parte de las EPS.

Tabla 11. Distribución de los casos violencia intrafamiliar, según variables demográficas. Localidad Sumapaz. 2014

Variable	n	%
Sexo		
Femenino	102	59,3
Masculino	70	40,7
Total	172	100
Etapa de Ciclo Vital		
Primera infancia	30	17
Infancia	58	34
Adolescencia	18	10
Juventud	11	6
Adultez	36	21
Vejez	19	11
Total	172	100
Microterritorio		
I	16	9
II	54	31
III	54	31
IV	47	27
Estado Civil		
1. Soltero (a)	123	71,5
2. Casado (a)	5	2,9
4. Separado (a)	6	3,5
5. Viudo (a)	5	2,9
6. Unión libre	33	19,2
Total	172	100
Clasificación final del Caso		
Control	82	47,7
Prioritario	90	52,3
Total	172	100

Fuente: Base distrital de casos de violencia intrafamiliar notificados, Hospital Nazareth, localidad de Sumapaz 2014.

Durante el año 2014 los principales eventos de violencia notificados al SIVIM, después de violencia emocional fue la violencia por negligencia con el 33% (n=56) casos, afectando principalmente a las mujeres con el 57% (Tabla 12), este tipo de violencia se presenta

principalmente en las etapas (primera infancia e infancia), por lo cual es importante fortalecer respuestas intersectoriales, en las cuales se trabaje con padres y cuidadores la importancia de un sano desarrollo biopsicocial, con el fin de disminuir y generar estrategias para el afrontamiento cuando se presente eventos estresantes en la cotidianidad. La violencia física tiene un peso relativo del 23% (n=39) casos en donde las mujeres aportan el 75% de los eventos.

Tabla 12. Distribución de la notificación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIM según tipo de violencia y etapa de ciclo vital. Localidad Sumapaz. 2014.

Etapa de ciclo vital	Tipo de Violencia y Genero												Total
	V Física		Emocional		Sexual		Económica		Negligencia		Abandono		
	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	Fem	Mas	
Primera infancia	0	1	13	17	0	0	1	1	8	6	0	0	48
Infancia	4	5	29	29	1	0	3	0	17	13	5	5	111
Adolescencia	2	2	10	8	1	0	1	1	2	3	1	1	32
Juventud	7	0	8	3	0	0	0	0	0	1	0	1	20
Adultez	15	1	29	7	1	0	1	0	0	0	0	0	54
Vejez	1	1	13	6	0	0	0	0	5	1	3	2	32
Total general	29	10	102	70	3	0	6	2	32	24	9	9	296

Fuente: Base distrital de casos de violencia intrafamiliar notificados. 2014.

Las variables que se asocian como factor de riesgo para violencia la intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en la localidad de Sumapaz, de mayor a menor riesgo son: Dependencia económica, estar en etapa de primera infancia (0 a 5 años) e infancia (6 a 13 años) y ser mujer. Es necesario mencionar que en la localidad la principal actividad económica está concentrada en el sector agrícola, en el cual los hombres tienen mayor participación y es remunerada. Por el contrario el género femenino, no se evidencia una actividad productiva establecida que le represente unos ingresos fijos definidos, lo cual puede contribuir a la violencia de género.

El ser dependiente económicamente (menores de 15 años y mayores de 60 años), tiene 3 veces más riesgo de ser víctima de violencia intrafamiliar, que una persona económicamente independiente, la violencia en población infantil tiene la mayor proporción con el 34,3%, quienes se encuentran en primera infancia tienen un riesgo de 1,9 veces de ser víctima de violencia intrafamiliar. El ser mujer se presenta como un factor de riesgo dado que es 1,9 veces mayor al riesgo de los hombres.

Es importante fortalecer la política pública en salud infantil dirigida hacia los padres, en la cual se refuercen aspectos como la accesibilidad a una buena educación, ingresos económicos, actividad laboral, dado que se puede relacionar con el mantenimiento de comportamiento incongruente en la paternidad favorable. Sin embargo se brinda unas acciones a esta población a través del seguimiento a la educación que reciben en casa, con lo cual se genera apropiación de los derechos en la comunidad, responsabilizándola del desarrollo y buen trato de los niños y las niñas de la localidad.

4.1.6.3 Sistema de Vigilancia Epidemiología SISVECOS

Para la localidad de Sumapaz en el año 2014, se notificaron un total de 31 casos de conducta suicida, donde se presenta un incremento, respecto a la notificación para el año 2013, con un total de 9 casos más para el año de 2014.

Se observa que la disfunción familiar severa es uno de los principales factores de riesgo frente a la conducta suicida con un 64,5% (n= 20 casos), identificando antecedentes de violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas y en algunos casos dificultades de aprendizaje.

En las intervenciones epidemiológicas de campo de los casos de conducta suicida se evidencian factores de riesgo asociados a las débiles redes de apoyo, problemas de comunicación entre los miembros de la familia y vecinos, antecedentes de violencia intrafamiliar, adicionalmente las normas en la familia no son claras para una sana convivencia y existe ausencia o déficit en demostraciones de afecto.

Adicionalmente en las familias se evidencia débiles prácticas y creencias religiosas y espirituales, lo cual se potencializa con la ausencia de iglesias o salones para conmemorar reuniones religiosas.

De acuerdo a los desencadenantes primarios para la ideación suicida, en ocasiones es motivada por eventos vitales estresantes, asociadas a una posible violencia intrafamiliar y sexual, situaciones de problemas de pareja, las cuales desacerban conflictos por el consumo de alcohol y duelos no superados por pérdidas.

De igual manera se identifica en las familias un bajo nivel educativo, dificultades económicas que no satisfacen las necesidades básicas; de igual manera en la localidad existe una baja oferta laboral especialmente para el género femenino.

Ante las canalizaciones realizadas en plan de acción se encuentra dificultades de los usuarios para su ejecución en las remisiones para psicología o psiquiatría, por cuestiones de desplazamientos, manifiestan prevalencia a su contexto laboral y en otras oportunidades no se encuentra interiorización de su problemática.

4.1.6.4 Sistema de Vigilancia Epidemiología SIVELCE

Durante el periodo de febrero a diciembre se reportaron un total de 115 casos de lesiones de causa externa, donde en donde el 87,0 % (n= 100 casos) son residentes de la localidad de Sumapaz. El 60,0 % (n= 69 caso) fueron notificados por la UPGD Upa San Juan y el 40,0 % (n= 46 casos) por la UPGD CAMI Nazareth.

Según etapa de ciclo vital las lesiones de causa externa se presentan principalmente en el ciclo adultez con un 31,3 % (n=36 casos), seguido por el ciclo juventud con un 20,0% (n=23 casos) y por el ciclo adulto maduro con un 15,7 % (n=18 casos) y en menor

proporción los casos de LCE están presentes en la infancia, vejez y la adolescencia (tabla 13).

Los casos de Lesiones de Causa Externa principalmente se concentran en los hombres con un 68,0%, lo cual está relacionado con la condición de género, dado que se ven involucrados en riñas, consumo de alcohol, adicionalmente se encuentra más expuesta a accidentes laborales entre otros.

Tabla 13. Comportamiento de la notificación de Lesiones de Causa Externa por ciclo vital y sexo. Localidad Sumapaz. 2014.

Ciclo vital	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
Infancia	10	12,8	5	13,5	15	13,0
Adolescencia	2	2,6	8	21,6	10	8,7
Juventud	15	19,2	8	21,6	23	20,0
Adulto joven	32	41,0	4	10,8	36	31,3
Adulto maduro	14	17,9	4	10,8	18	15,7
Vejez	5	6,4	8	21,6	13	11,3
Total	78	100	37	100	115	100

Fuente: Base de datos preliminar SIVELCE. Secretaria Distrital de Salud - Hospital Nazareth. 2014.

Teniendo en cuenta la ocupación u oficio de los lesionados, se evidencia que el 25,2 % (n=27casos) se dedican a la agricultura, lo anterior teniendo en cuenta que la localidad es netamente rural y a esta actividad es realizada por gran parte de la población; seguido por lo población estudiantil con un 15,9 % (n=17 casos) y sin información con un 15,0 % (n= 16 casos).

4.1.6.5 Sistema de Vigilancia Epidemiología SIVISTRA

La población de la localidad de Sumapaz y en particular los trabajadores en los cuales se identificó un accidente de trabajo o una probable enfermedad laboral, forman parte de un entorno rural con actividades laborales en su mayor parte agrícolas. Debido no solo a las distancias geográficas, sino a las características propias del sector rural y a la informalidad en las actividades económicas existentes en la región, hay mayores dificultades para acceder a acciones sistemáticas de promoción de la salud y prevención de enfermedades laborales que en centros de trabajo de la economía formal y de las zonas urbanas. Este fenómeno también se plantea desde la European Agency for Safety and Health at Work, al señalar que resulta “más difícil aplicar las medidas de prevención de riesgos laborales a las actividades y explotaciones agrarias que a los de la industria” (22).

El proceso de notificaciones de eventos en la localidad de Sumapaz se inició en el mes de noviembre de 2013, año en el cual se realizaron 3 notificaciones. Para el año 2014 la cifra ascendió a 53, siendo el 43,4% realizada a través de búsqueda activa por el subsistema. Una segunda fuente de notificaciones fue el énfasis de trabajo saludable, seguido de los servicios de consulta externa y urgencias. Se realizó un mayor número de notificaciones de casos presentados en hombres con un 71,6 % (n=38 casos) y en mujeres con un 28,3% (n=15 casos) (Tabla 14).

Tabla 14. Notificaciones de eventos Accidente de trabajo y enfermedad laboral en nodo rural por área notificadora y tipo de evento. Localidad Sumapaz. 2014.

Notificaciones de eventos ATEL	Evento	Masculino	Femenino	Subtotal	Total	Porcentaje (%)
SIVISTRA	AT	3	3	6	23	43,4
	EL	14	3	17		
Laboral	AT	1	0	1	12	22,6
	EL	7	4	11		
Urgencias	AT	3	1	4	4	7,5
	EL	0	0	0		
Consulta externa	AT	3	0	3	9	17,0
	EL	4	2	6		
Territorios	AT	1	1	2	3	5,7
	EL	1	0	1		
Otros	AT	1	1	2	2	3,8
	EL	0	0	0		
Subtotal	AT	12	6	18	53	100,0
	EL	26	9	35		
Total		38	15		53	

Fuente: Base de datos SIVISTRA Nodo Rural Enero a Diciembre de 2014

Los eventos ATEL fueron notificados y confirmados principalmente en los microterritorios 1 y 3 de la localidad. Respecto a los eventos de accidentes de trabajo confirmados, se encuentra que principalmente corresponden a trabajadores cuya ocupación es la cría de ganado (80%) y ocurrieron en su mayoría a mujeres. La edad de los trabajadores correspondió principalmente al rango de 27 a 49 años. Durante el año 2014 se notificó y confirmó un caso de accidente de trabajo en una niña de 7 años de edad.

Las características y tradiciones culturales de la población rural, sumada a los limitados ingresos en términos económicos de las familias, llevan a que los niños sean vinculados a edades muy tempranas a la realización de actividades laborales, expuestos de una manera particular a los riesgos inherentes a las tareas. Aunque solo se identificó un caso de accidente de trabajo en una niña de 7 años, es suficiente para intensificar el proceso de vigilancia en esta etapa del ciclo vital.

Se observa que la población que presentó los eventos en salud de origen laboral se encuentra principalmente en las etapas del ciclo vital adultez con un 56,6% de los casos confirmados como accidentes laborales o declarados como probable enfermedad laboral y es importante señalar que de los 30 casos, 11 casos corresponden a personas mayores de 60 años (18,3%). Una característica propia del trabajo informal es la necesidad de continuar realizando actividades laborales en estas etapas teniendo en cuenta la imposibilidad de acceder a la seguridad social a nivel del sistema de pensiones.

4.1.6.6 Sistema de Vigilancia Epidemiología SISVAN

➤ Estado nutricional en menores de 5 años

Durante el año 2014 se notificaron un total de 188 casos de menores de 5 años, donde el 60.0% pertenece al régimen subsidiado, el 22,8% es vinculado y el 17,1% se encuentra afiliado al régimen contributivo.

La prevalencia de desnutrición Global en la localidad de Sumapaz en el año fue de 3.8 %, lo cual representa un total de cuatro niños, y la prevalencia de desnutrición crónica fue de 10.5 % por cada 100 niños reportados al subsistema SISVAN con un total de 11 menores de cinco años.

Según unidad de análisis con los equipos territoriales, se han identificado determinantes que se relacionan con el estado nutricional de los menores; dentro del cual se evidencia que no se cuenta con disponibilidad de los alimentos o productos básicos de la canasta familiar. Aunque muchas familias cuentan con huertas de las que extraen algunos productos para su auto consumo, no los obtienen en gran variedad, ni en una cantidad suficiente.

Si bien, es cierto que la población podría tener acceso a estos productos a través de las tiendas veredales o de los centros poblados; frente a esto hay que anotar los siguientes aspectos donde en ocasiones, las familias de los niños y niñas no cuentan con los recursos suficientes para adquirir una variedad de alimentos, por su escaso capital.

De igual manera, las condiciones geográficas, relacionadas con un alto índice de dispersión de la población en el territorio y un perfil fisiográfico de paisaje montañoso, y características locales del sistema de movilidad, relacionado con largas distancias en los recorridos para el transporte de productos, tanto entre las veredas y como a los centros de comercialización de la Bogotá urbana y dificultades en las vías en términos de pavimentación y circulación de transporte, genera en la población de la localidad de Sumapaz abastecerse a la adquisición y comercializar los alimentos.

Durante el año 2014 el Hospital Nazareth inicio un proyecto en conjunto con el Observatorio de la Universidad Nacional de Colombia con el fin formar Gestores y notificadores en Seguridad Alimentaria y Nutricional cualificados en la identificación y canalización de posibles casos de malnutrición en la población de la localidad de Sumapaz, de igual manera se busca fortalecer los procesos de huertas caseras y en una segunda fase generar proyectos que permitan la comercialización de los productos que se cultivan en la localidad y que genere un impacto positivo en seguridad alimentaria de la población.

➤ **Estado nutricional de gestantes**

Según el estado nutricional de las gestantes de la localidad se evidencia que el 13,1% (5 gestantes) presentan bajo peso para la edad gestacional, el 31,5% (12 gestantes) presentan un estado nutricional adecuado, el 18,4% (7 gestantes) en sobrepeso y 18,4% (14 gestantes) en obesidad, por lo cual se realiza seguimiento por el área de vigilancia alimentaria y nutricional en educación alimentaria y nutricional con el fin de lograr cambios en los hábitos alimentarios de las gestantes que mejoren su estado nutricional.

➤ Estado nutricional de personas adulto mayor

El comportamiento del estado nutricional de los la población de personas evidencia que el 63.0 % de la población atendida presentan malnutrición por exceso, factor que puede deberse al tipo de alimentación de la población de la localidad, basada en el consumo de carbohidratos simples y complejos, con un bajo consumo de frutas y verduras debido a la poca disponibilidad de alimentos de este tipo y al poco acceso a ellos. Lo cual puede estar relacionado con la presencia de enfermedades crónicas en esta etapa de la vida.

4.1.7 Discapacidad

El total de personas registradas durante el periodo comprendido entre 2005 a diciembre del 2014 fue de 449 personas con igual proporción entre hombre y mujeres; el Hospital Nazareth en cabeza de vigilancia epidemiológica en discapacidad, realizó actualización de esta población con promotores y personal asistencial, el cual se identificó que el 74,0% de la población registrada, actualmente residen en la localidad, de los cuales el 22,0% (n=100) pertenecen al Centro Potencial del Desarrollo Humano (CDPH), es necesario indicar que esta población no hace parte de la dinámica y comportamiento de la población de la Localidad-, debido a que pertenecen a otras localidades y se encuentran institucionalizados.

Sin embargo en los registros se encuentra población fallecida lo que representa un 12,2% (n=55) personas, de los cuales el 87,0% se encontraban en etapa de Vejez y un 13,0% en adultez; de igual manera se encuentran personas que han emigrado de la localidad lo que equivale a un 13,0 % (n=60) del total de población registrada.

Según la distribución por etapa de ciclo vital de la población residente se observa mayor concentración en vejez con el 59,0%, seguido de adultez 7,0%, infancia un 2,0% y finalmente adolescencia y juventud con el 1,0%.

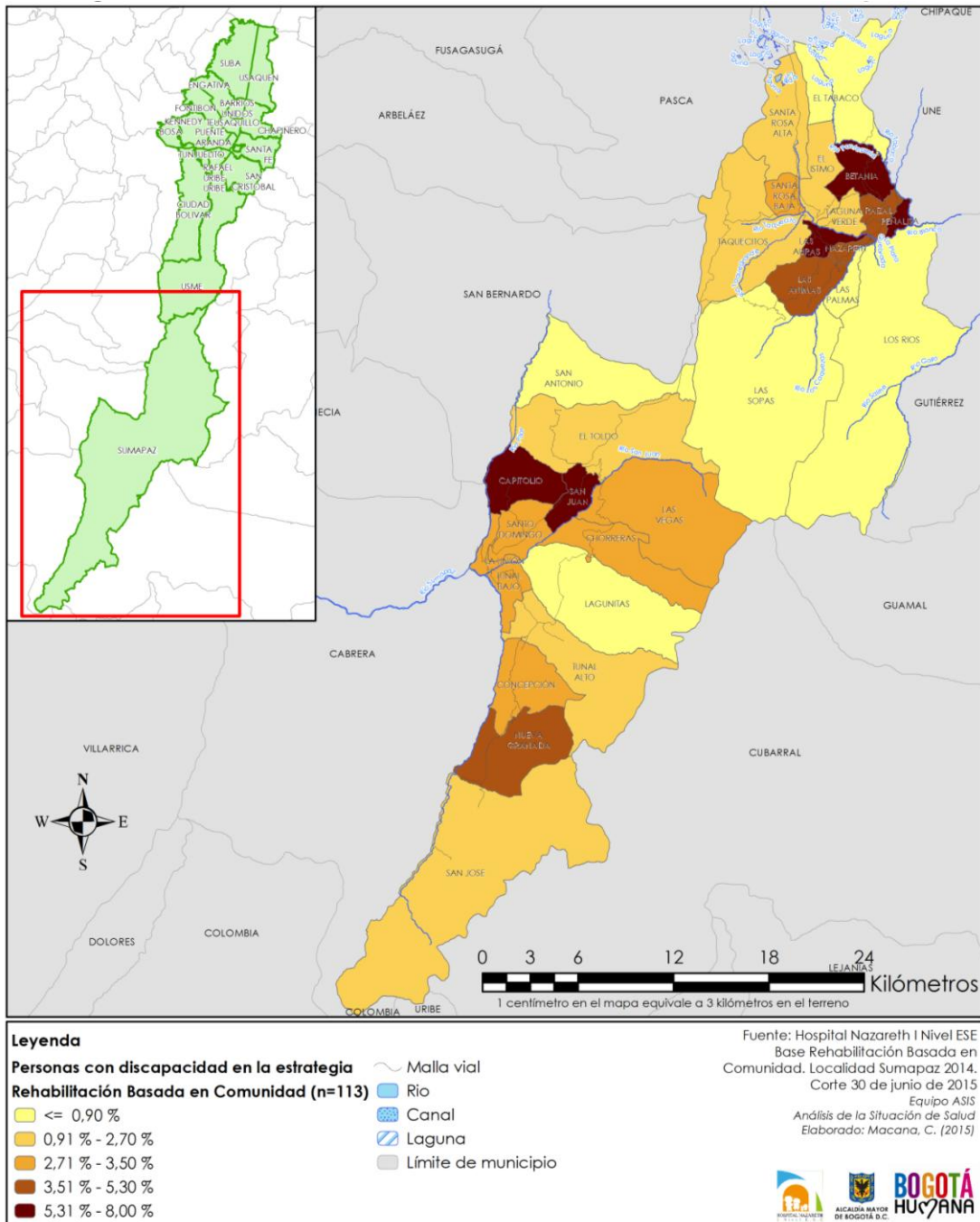
Se indica que durante el periodo de 2005 a 2014, el 31,0% de la población no sabe leer (n=132) y un 92,0% no realizó ningún estudio (n=396). Según atlas de discapacidad de la localidad de Sumapaz 2014, se encontró que las personas con discapacidad el 66.9 % viven en arriendo, en vivienda de un familiar 18,1%, un 11,6% se encuentran en otra condición, el total de personas estimadas con discapacidad que viven solos es de 5% equivalentes a (n=21), también se evidencia que 75 personas con discapacidad requieren ayuda permanente equivalentes al 17,4% (29).

El mayor número de personas con discapacidad residente se encuentra en el microterritorio II y III con 64 y 66 personas respectivamente, sin embargo la mayor concentración medida por el total de población en cada microterritorio se observa una mayor tasa de prevalencia en los microterritorio III y I con 96 y 90 personas con discapacidad (PCD) por cada 1000 habitantes respectivamente.

Las principales alteraciones que presentan son alteraciones del movimiento con el 46,0%, seguido por alteraciones del sistema nerviosos central con el 20,0%, las alteraciones cardiovasculares en tercer lugar con el 9,0% igual proporción de las alteraciones en los ojos y en quinto lugar se encuentran las alteraciones del oído con el 6,0%.

La Política Pública de Discapacidad, del Distrito Capital (Dec. 470 /2007), tiene como prioridad el restablecimiento de derechos la igual e inclusión social de las personas con discapacidad, las cuales son descritas en sus cuatro dimensiones, ciudadanía activa, cultura simbólica, desarrollo de capacidades y habilidades, entorno territorio y medio ambiente. Desde el programa Territorios Saludables se identificaron 169 PCD intervenidas por RBC, lo que equivale al 39% de la población caracterizada por el Hospital Nazareth. El comportamiento espacial de las cobertura de RBC en la localidad de Sumapaz en el marco del Programa Territorios Saludables se caracteriza por presentar concentración de intervenciones en los centros poblados con mayor densidad poblacional en las veredas de Nazareth, Raizal, Peñaliza, Las Auras, Las Animas, Betania, San Juan, Santo Domingo, La Unión y Tunal Alto. Resalta la distribución homogénea en el territorio la dispersión geográfica general de las familias de la localidad, y de las cuales ninguna familia se encuentra ubicada en suelo de la Reserva del Parque Nacional Natural y del Área de Reserva Forestal (Mapa 5).

Mapa 5. Distribución de la población con discapacidad intervenida por la Estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad. Localidad Sumapaz 2014.



Fuente: Hospital Nazareth. 2014

4.2 Determinantes Sociales en salud

4.2.1 Dimensión Salud Ambiental

La dimensión ambiental se refiere a la interacción entre los elementos físicos, bióticos y agroecológicos que se dan en un entorno geográfico e histórico determinado. Esa interacción da lugar a un sistema vivo y cambiante de relaciones entre los sistemas naturales, productivos y sociales asentados en un territorio cuyos atributos comprenden una base de recursos naturales, una estructura de relaciones económico-productivas, unos asentamientos poblacionales y una red de relaciones político-institucionales y sociales que condicionan y regulan los procesos de transformación social, económica e institucional (30).

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. El sistema de manejo de la ganadería en el páramo al ser extensivo, ocasiona compactación de los suelos por el pisoteo de animales(31).

Otro factor determinante a nivel intermedio que actúa sobre el páramo, se relaciona con la forma en que se siembra y cultiva; teniendo en cuenta que en algunas ocasiones se deforesta el frailejón para drenar el terreno con profundas zanjas antes de ararlo y trazar los surcos siguiendo la pendiente; siendo éstas prácticas nefastas al generar erosión y remoción de masas, además de generar un efecto sobre el sistema hídrico de la Sabana, contribuyendo a que los ríos mermen sus caudales y la demanda del agua crezca de forma vertiginosa, generando un impacto estructural que trasciende la localidad de Sumapaz (31).

A lo anterior debe señalarse, que debido a las condiciones agroclimáticas, el campesino de Sumapaz se ve en la necesidad de implementar abonos y plaguicidas de síntesis química para aumentar la producción de los monocultivos en especial los de papa, creando así un conflicto ambiental. Lo anterior, tiene sustento en las 151 muestras analizadas en el 2014 en los 14 acueductos comunitarios, encontrando que el 39% correspondiente a 58 muestras mostraron un nivel de *riesgo alto*, el 57% (n=86 muestras) presenta un nivel de riesgo *inviabile sanitariamente*, lo que indica la no aceptabilidad para consumo humano, un 3% que corresponde a 5 muestras presenta índice de riesgo medio y el 1% (n=2 muestras) no presentan riesgo. Lo anterior muestra que solo un 4% del muestreo realizado obtuvo niveles considerados como aptos para el consumo humano, lo cual contribuye directamente en problemas de salud y calidad de vida de la población. Esta problemática genera también implicaciones económicas por la elevación de los costos de producción y disminución de la rentabilidad generando un círculo vicioso que produce insostenibilidad.

En consideración a la situación descrita, los riesgos biológicos en agricultura por el uso de agroquímicos y otras sustancias tóxicas se traducen en enfermedades infecciosas y procesos alérgicos o tóxicos con origen bacteriano, vírico, fúngico o vegetal, en su mayoría; encontrando para el año 2014 una tasa de enfermedades relacionadas con el trabajo por exposición a sustancias de 0.76 x 1.000 habitantes. Sin embargo, es de considerar que el

Subsistema de Vigilancia SIVISTRA del Hospital Nazareth está iniciando el proceso de sensibilización y notificación de dichas problemáticas.

Respecto al manejo y disposición de residuos, las acciones adelantadas en el año 2014 correspondieron al Plan Ambiental Local con el programa Basura Cero, bajo el contrato 55 de 2014, el cual pretendía promover acciones para la construcción y promoción de una cultura de separación de residuos en la fuente, recolección separada, y aprovechamiento final y minimización de la disposición final, a través de la Implementación de un plan de manejo Integral de residuos sólidos.

4.2.2 Dimensión vida saludable libre de enfermedades transmisibles

Esta dimensión busca garantizar el disfrute de una vida sana, en las diferentes etapas del ciclo de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los territorios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y eventos transmisibles, con enfoque diferencial y equidad social, desde una perspectiva de desarrollo humano sostenible (32).

Es en ese sentido, la ESE Hospital Nazareth a través de su modelo de atención “familia sana, comunidad saludable, entorno natural”, se ha comprometido por consolidar e incrementar la vigilancia epidemiológica, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de la localidad de Sumapaz, durante el 2014 tuvo una cobertura del 98% (45 dosis) de terceras dosis de polio en niños menores de un año y de un 91.0% (41 dosis) para triple viral. Teniendo presente los movimientos migratorios que se dan en la localidad, en algunos casos no es posible cumplir con la totalidad de coberturas, motivo por el cual no se consigue abarcar el 100% de las vacunas requeridas.

Según los indicadores de los eventos prevenibles por vacunas, el 100% de los casos notificados como sospechas de rubéola y de sarampión fueron descartados por laboratorio; no se notificaron casos de parálisis flácida aguda en menores de 15 años, probable tosferina, fiebre amarilla, Hepatitis B, VIH, tuberculosis o dengue en la localidad de Sumapaz.

Si bien la expansión de esquemas efectivos para la prevención ha permitido disminuir brechas, es preciso indicar que determinantes estructurales como el nivel de cobertura en salud que tiene la localidad, así como el tipo de aseguramiento de los individuos y el acceso a medicamentos, no es suficiente para hacer frente a todas las demandas del contexto local; este es el caso de algunas complicaciones de las IRA como las neumonías que generaron dos mortalidades en el año 2014 en el ciclo vital vejez.

En las unidades de análisis institucionales y territoriales se realizó un ejercicio frente a los determinantes sociales que están implicados en las ERA. En dichos espacios y contrastando con las bases del proceso de territorialización, se identificó que un 57,9% de la población se

encuentran en estado de pobreza, mientras un 6% en pobreza extrema; identificando ésta problemática como uno de los principales determinantes para su aparición.

Finalmente, en dichos espacios de análisis se identificaron como determinantes intermedios para las enfermedades transmisibles las pautas de autocuidado e higiene propias del campesino; que por el clima, acceso a servicios públicos, ambiente construido e imaginarios sociales no siempre cumplen con las medidas pertinentes para la prevención de enfermedades. En éste sentido, es frecuente encontrar en las viviendas presencia de humedad; exposición al humo de leña que no solo se queda impregnado en el ambiente sino en su vestimenta; hacinamiento y según refiere la propia comunidad, se realiza manejo empírico de las enfermedades con automedicación que en su mayoría se caracteriza por uso de plantas para el cuidado de la salud. A lo anterior, debe añadirse la influencia que tiene el no contar con agua potable en su proceso de higiene, pues si bien el hospital realiza jornadas continuas para el cuidado de la salud fortaleciendo el autocuidado en la comunidad, el agua que tiene contacto con su cuerpo no está libre de toxicidad.

4.2.3 Dimensión Convivencia Social y Salud Mental

Ésta dimensión está dirigida a la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuyendo al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos (33).

La salud mental es un concepto que abarca no sólo el eufemismo utilizado para evitar nombrar las enfermedades psiquiátricas, sino que nos habla fundamentalmente del derecho a vivir en un equilibrio psico-emocional que, aun siendo inestable, no impida hacer frente a las circunstancias y tener una vida digna para el ejercicio de la libertad, el desarrollo de la autonomía y de los proyectos de vida sin discriminación de ningún tipo; es decir, sin distinción de religión, etnia, ideología o condición económica y social (34).

Tomando como guía las unidades de análisis a nivel territorial e institucional, en la Localidad 20 de Sumapaz el autocuidado y la corresponsabilidad de la salud Mental se ven atravesadas por imaginarios en el individuo y la sociedad, que limitan la implementación de factores protectores en Salud Mental desde un ejercicio de autonomía y corresponsabilidad. Frente a ello, el Hospital Nazareth desarrolla acciones desde lo individual, familiar y colectivo, con un enfoque de promoción y prevención a través de ejercicios de sensibilización y psico-educación orientado a la identificación de problemas de salud mental, la activación de las rutas de atención y el acceso al portafolio de servicios del énfasis en la ESE.

Una de las problemáticas más reconocidas que afectan la salud mental en la localidad de Sumapaz es la violencia intrafamiliar. Según la base de datos de notificación SIVIM y como ya se ha reportado en el presente documento, los tipos de violencia más predominantes son: maltrato emocional, negligencia y violencia física, siendo transversal para todos los ciclos vitales, pero con mayor incidencia en la infancia.

Son diversos los factores determinantes tanto a nivel estructural como intermedio que se encuentran implicados en dicha problemática. Por un lado, teniendo en cuenta los escasos espacios de ocio y esparcimiento, así como las pobres ofertas educativas y culturales en la localidad, los usuarios presentan un alto consumo de alcohol, tal como expresa un usuario en el espacio de encuentro ASOJUNTAS: *“tomar cerveza es lo más común para compartir los fines de semana”*. La problemática trasciende al encontrar que dicha ingesta inicia a temprana edad, siendo permisiva en la localidad la venta de licor a adolescentes e incluso el consumo en niños en ciertos momentos puntuales, como lo refiere el mismo usuario: *“en la fiesta del campesino uno ve a algunos niños tomando cerveza con los padres presentes”*. Esta situación acarrea implicaciones en salud y a nivel social, teniendo en cuenta que cuando se inicia el consumo de alcohol antes de los 18 años aumenta 5 veces la probabilidad de que se genere una adicción, lo que los haría más vulnerables a la depresión y a muertes por suicidio; corren un mayor riesgo de desarrollar enfermedades tales como cirrosis, pancreatitis y algunas formas de cáncer y están más expuestos a iniciar actividad sexual temprana, entre otros (35).

A nivel familiar, mediante el acompañamiento realizado por los profesionales psicosociales, se han identificado pobres estrategias de afrontamiento de situaciones estresantes, reportándose al SIVIM violencias intrafamiliares asociadas a consumo y en el SISVECOS conductas suicidas clasificadas de amenazas e intento suicidas en estados de embriaguez. La situación se potencia al no contar en el territorio con entidades que puedan generar seguimientos legales al expendio de alcohol.

Es preciso indicar que las dinámicas de algunas familias de la localidad por su grado de vulnerabilidad y presencia de múltiples problemáticas, requieren trascender del proceso preventivo a intervenciones psicológicas que generen impacto en sus dinámicas y afrontamientos de vida. Sin embargo, en la localidad no hay presencia de éste tipo de instituciones, encontrando barreras de acceso estructurales en el fortalecimiento de su calidad de vida, teniendo en cuenta que no todos cuentan con los recursos económicos para el desplazamiento a la zona urbana.

4.2.4 Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional

Ésta dimensión busca garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión transectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial (36).

En éste sentido, según el análisis realizado con gestión de políticas y territorios, las condiciones ambientales que implican la presencia de suelos ácidos, baja presión atmosférica, escasa densidad, sequedad y humedad del aire, bajas temperaturas, y las amenazas de riesgo tales como inundaciones e incendios; afectan el aprovechamiento biológico de los alimentos y la producción de los mismos. Ésta última se basa en el cultivo de papa, impidiendo a la población el acceso a una variedad de alimentos adecuados, completos, balanceados y suficientes; creando un patrón en el consumo de alimentos que se caracteriza por una dieta basada en carbohidratos y bajo consumo de fuentes de proteínas,

vitaminas y minerales; situación que influye en la presencia de malnutrición por exceso y obesidad.

Adicionalmente, los profesionales en nutrición de la localidad han referido que mediante las visitas domiciliarias se evidencian prácticas inadecuadas en la preparación y manipulación de alimentos, una inadecuada eliminación de basuras y falta de conocimiento en temas de alimentación y nutrición por parte de los padres, siendo éstos determinantes que podrían influir en los indicadores de desnutrición crónica y global.

Así mismo, la falta de tecnificación en la producción agrícola y en la cadena productiva, se traduce en bajos recursos económicos para el acceso a los alimentos y para la cobertura de otras necesidades básicas. Es así como los recursos económicos de la localidad y el índice de pobreza que se presenta, repercute en la seguridad alimentaria y nutricional de la localidad, como uno de los determinantes estructurales que generan inequidad.

Teniendo en cuenta el estudio realizado por OBSAN-UN (Universidad Nacional) dentro del grupo de investigación de Equidad y SAN en el año 2013; se puede evidenciar que la situación que hoy viven los campesinos en la localidad respecto a la agricultura y seguridad alimentaria no se presentaba antes del proceso de estandarización del comercio actual, lo cual refieren los campesinos ha sido el principal responsable de la desaparición de la variedad de semillas con las que antes se contaba. Este punto marca gran relevancia, puesto que la pérdida de semillas ancestrales aleja aún más a las comunidades de su autonomía alimentaria, al volverlas dependientes de semillas industrializadas que deben comprarse, ignorando la condición del campesino quien basa su racionalidad en el trabajo de la tierra y sus recursos, elementos que en la actualidad le son cada vez más limitados. Las condiciones de acceso a los alimentos eran en comparación con la actualidad muy buenas, pues las familias no dependían del dinero para alimentarse, tenían un mayor nivel de autonomía al decidir que alimentos producir y consumir (37).

Si bien integración social está presente en la actualidad brindando canastas alimentarias en la localidad, los cupos que se ofrecen no son suficientes para cubrir a la población que requiere el apoyo. Adicionalmente, este tipo de ayuda ha provocado en gran parte que la población del Sumapaz, que ante un tipo de asistencialismo en la parte alimentaria, deje a un lado el autoabastecimiento y cultivo de hortalizas y verduras propias de la región, pues éstas se incluyen en la canasta. Lo anterior, es el efecto de una estrategia pensada para familias urbanas, que se constituye en factor de riesgo para la producción familiar de alimentos en la localidad rural de Bogotá (37).

En la localidad se identificaron para el 2014 seis casos de recién nacidos con bajo peso, estos con madres que habitan en dos sectores de la localidad: el primero ubicado al norte de la localidad que comprende las veredas Itsmo, Tabaco, Santa Rosa y Auras, y el segundo ubicado el sur de la localidad que comprende las veredas Lagunitas y Tunal Bajo; estas veredas se caracterizan por dos aspectos: el primero se relaciona con el acceso, dadas las distancias largas para llegar a estas veredas, pero también para que las comunidades que las habitan puedan llegar a establecimientos y adquieran alimentos, y el segundo, relacionado con condiciones geográficas y de uso de suelo que restringe la oferta de alimentos propios de la localidad en aquellas veredas, pero también un desconocimiento de las

potencialidades del territorio frente a la superación de la inseguridad alimentaria que trae consigo inseguridad humana e insostenibilidad en el territorio. (38)

Con relación a la duración de la Lactancia Materna Exclusiva en la Localidad de Sumapaz para el año 2014 fue de 3,5 meses, lo cual contribuye a disminuir el riesgo de muerte prematura, padecer enfermedades prevalentes de la infancia y/o retardo en el crecimiento y desarrollo, afianza el lazo madre e hijo, disminuye los gastos económicos en la familia.

La distribución espacial de los niños menores de cinco años identificados por SISVAN con desnutrición crónica, se asocia en la localidad para aquellas veredas en las cuales las barreras culturales y geográficas impiden que se logre un sistema en seguridad y soberanía alimentaria que garantice la disponibilidad de alimentos inocuos para la población infantil sumapaceña, como en el caso de la vereda de San Antonio que no cuenta con un sistema de vías para la movilización en el territorio de los campesinos y en la vereda Lagunitas en la que el débil tejido social no genera estrategias para dar respuesta a problemáticas colectivas, pero pese a que indicador se relaciona directamente con el peso del niño o la niña no implica que el peso en los niños y niñas de otras veredas de la localidad se encuentre adecuado por la inocuidad en los alimentos consumidos, en parte se debe a adecuados hábitos de consumo o malnutriciones por exceso.

4.2.5 Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

El objetivo de ésta dimensión es promover, generar y desarrollar medios y mecanismos para garantizar condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que incidan en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, grupos y comunidades, en el marco de los enfoques de género y diferencial, asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y garantizando la atención integral de las personas (39).

Es así que la ESE Nazareth participa en los espacios intersectoriales que apuntan al reconocimiento de la equidad de género y el derecho por la exigibilidad del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; además ha venido trabajando en conjunto con las instituciones que hacen presencia en lo local como el comité de mujer y género, comité local de víctimas y comité de seguimiento a casos de víctimas de violencia, además de contar con servicios de salud colectiva, y participación en las juntas de acción comunal.

Desde el énfasis de Salud Sexual y Reproductiva, se realizan actividades con enfoque de Derechos en Salud Sexual y Reproductiva, prevención de embarazos en adolescentes, a través de las actividades de asesorías grupales, identificando en el año 2014, un total de siete casos, que al ser comparados con el año 2013 muestran una disminución de los embarazos en adolescentes residentes en la localidad.

Durante el 2014, el programa de atención prenatal captó un total de 55 gestantes con un captación temprana del 83,9 % (n= 38 casos), entre los corregimientos de Nazareth, San

Juan y Betania, las cuales se les hace seguimiento a través de Programa Territorios Saludables a la población gestante con el fin de reforzar en la familia cuidado a su situación de salud y reforzar signos de alarma.

Con respecto a los casos de embarazo en adolescente de 15 a 19 años, para la localidad de Sumapaz se reportaron un total de 7 casos que representa un 87.5% de los embarazos en adolescentes. Debido al aumento de gestantes menores de 15 años captadas desde el año 2012 se generó intervenciones a este grupo poblacional a través del Programa Territorios Saludables del Hospital Nazareth, donde se realiza divulgación al interior de la ESE de la ruta de atención de los casos de violencia sexual y embarazos en adolescentes menores de 15 años de edad; igualmente se realizó socialización de acciones en sedes educativas en pro de la prevención, identificación y canalización oportuna de casos de adolescentes embarazadas y adicionalmente se reforzó los programas de control prenatal en las niñas escolarizadas de la localidad.

La distribución en el territorio de las mujeres en embarazo de 15 a 19 años en la localidad de Sumapaz se presenta de manera dispersa y con pocos casos en las veredas rurales, sin embargo, en relación con la cantidad de embarazos que se presentan en la localidad, estos se ubican en las veredas: a) a largas distancias hasta los centros poblados y falta equipamientos culturales, deportivos, de educación técnica, tecnológica y profesional y producción agrícola débil que imposibilita el cumplimiento de proyectos de vida que no estén enfocados en la conformación de familias jóvenes, y b) desconocimiento de la población adolescente y joven frente a los temas de salud sexual y reproductiva.

En los espacios de actividades colectivas y actividades individuales en donde participa comunidad, el equipo de salud realiza actividades educativas que generen en los usuarios conocimiento sobre las medidas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual tales como: Sífilis, VIH, Hepatitis B, entre otros; adicionalmente se ha trabajado durante los últimos tres años con la estrategia “ponte a prueba”, la cual realiza actividades de implementación de la prueba rápida para VIH, Sífilis en la localidad, con el fin de diagnosticar de manera oportuna los casos.

El comportamiento espacial de las mujeres gestantes en la localidad de Sumapaz se asocia territorialmente con dos características de la geográfica de la localidad de Sumapaz: el primero se asocia que en las veredas en las que se encuentran mayor número de mujeres en embarazo son aquellas que también la densidad de población es mayor y en las que las actividades productivas, en especial la agricultura, es determinante en las relaciones sociales y en el desarrollo de las familias campesinas; de otro lado, otras veredas con menor número de mujeres en embarazo se relaciona directamente con débiles estructuras sociales y productivas que permanezcan en el tiempo y en el espacio, que con el tiempo se convierten en determinantes estructurales de la situaciones de calidad de vida y salud.

4.2.6 Dimensión Vida Saludable y condiciones no transmisibles

Ésta dimensión hace alusión al conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial (40).

En la localidad de Sumapaz durante el 2014 se realizaron 64 servicios de salud colectiva por médico y enfermera enfocado en promoción de una vida cotidiana saludable, dando cobertura a 421 personas en el ciclo poblacional vejez. Por perfil fisioterapeuta se ejecutaron en total 290 servicios en los cuales se abordaron todos los ciclos vitales. Desde el énfasis se trabaja la promoción de estilos de vida saludable con asesoría individual y grupal por perfil médico, enfermera y fisioterapeuta enfocados hacia la prevención de factores de riesgos modificables para la aparición de enfermedades crónicas; por otro lado, se articulan acciones con los énfasis seguridad alimentaria y nutricional en la promoción de la alimentación saludables, y trabajo saludable y por último con PyD-detección temprana de las alteraciones. Las estrategias empleadas son: Jornadas, servicios de salud colectiva, tamizajes para la identificación de personas expuestas o afectadas por condiciones crónicas y campañas.

El comportamiento que han tenido las patologías crónicas en la población de Sumapaz para el 2014, obedecen a la prevalencia de enfermedades como hipertensión, dislipidemias, enfermedad renal, EPOC, diabetes, entre otras. Para el 2014 se cuenta con la presencia de 432 casos de patologías crónicas diagnosticadas; el 54,5% (n=213) se presentó en la etapa de adulto mayor, seguido en la población adulta con el 44,9% (n=113) y por último en población joven con el 0,4 % (n=2). La enfermedad que mayor prevalencia fue la hipertensión arterial con un 87,8 % (n=383), seguido de EPOC con 7,5% (n=33), diabetes con 3.6% (n=16), y 0.8 % cáncer (n=4), enfermedad renal con un 0.4 % (n=2), no incluyéndose en esta agrupación las comorbilidades.

Estas pueden ser explicadas por un conjunto de determinantes visibles en la localidad como la exposición continua al humo y hollín en el ambiente, teniendo presente que gran parte de la población cocina con leña; influye también el régimen alimentario poco saludable, la inactividad física que en la vejez se hace más evidente por los problemas de salud, el clima y la falta de espacios de ocio y cultura. De igual manera, repercuten la obesidad y el consumo nocivo de alcohol, el nivel de pobreza que se presenta, siendo la vejez una de las etapas más vulnerables a ésta problemática, considerando que desde SIVIM, se han reportado casos de abandono llevando al adulto mayor a depender de la canasta familiar y el bono de adulto mayor, a lo que sin embargo, no todos pueden tener acceso. Según lo visibilizado en el territorio y puesto en común en las unidades de análisis, la entrega de canastas y bonos, si bien ha tenido un impacto positivo a nivel de cobertura nutricional, ha disminuido la participación e involucramiento activo en los procesos de autocuidado, como los autoexámenes y seguimientos médicos. A lo anterior, se añaden las condiciones de trabajo que visibilizan la falta de políticas que logren proteger al campesino y las dinámicas rurales en las que éste se ve envuelto.

Por otro lado, como determinantes intermedios se encuentra el proceso de autocuidado y las pobres estrategias de afrontamiento que tiene el adulto y adulto mayor frente a los problemas de salud, siendo éste uno de los núcleos problemáticos priorizados en el proceso Sala Situacional del año 2014. El espacio de análisis a nivel comunitario frente a éste núcleo se llevó a cabo en dos momentos: el primero corresponde a una encuesta que se realizó de manera aleatoria a diferentes personas en los corregimientos de San Juan y Nazareth, la cual pretendía identificar las principales actividades y actitudes frente a las relaciones familiares y la salud.

Los resultados de las encuestas permitieron evidenciar que la mayoría de las personas con condiciones crónicas en etapa vejez se encuentran en nidos vacíos, es decir, que viven con la pareja o solas, en su mayoría porque los hijos se trasladan al casco urbano o a otras veredas, perdiendo contacto o disminuyendo considerablemente la frecuencia de los espacios compartidos.

Como segundo momento, se realizaron unidades de análisis en el centro día en la vereda Betania, donde se logró evidenciar la presencia de representaciones sociales negativas con relación a la vejez y su rol en las dinámicas locales. Los adultos mayores refieren experimentar tristeza, preocupación por su condición económica teniendo en cuenta que muchos por sus condiciones de salud han tenido que dejar de lado su trabajo agrícola, que representaba su principal fuente de ingreso. Del mismo modo, algunos adultos mayores reconocen la falta de corresponsabilidad frente al seguimiento de controles médicos y los cuidados requeridos para las enfermedades.

4.2.7 Dimensión Salud Pública en emergencias y desastres

Esta dimensión propende por la protección de individuos y colectivos ante los riesgos de emergencias o desastres que tengan impacto en salud pública, buscando reducir los efectos negativos en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo como un proceso social que orienta la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas, proyectos y acciones permanentes para el conocimiento, la reducción del riesgo y el manejo de emergencias y desastres, con el fin de contribuir en la seguridad sanitaria, el bienestar, la calidad de vida de las personas y al desarrollo sostenible en el territorio nacional (41).

Según el inventario de gases de efecto invernadero (GEI) realizado por la Secretaria Distrital de Ambiente en Bogotá en el año 2008, el Distrito Capital presentó un aporte de 16.279.278,64 toneladas de CO₂ generadas principalmente en la quema de combustibles fósiles en el sector del transporte terrestre y a la producción de metano por la generación de residuos sólidos; por otro lado el sector energético es el mayor contribuyente a las emisiones con un 64.91% del total de emisiones debido principalmente a la quema de combustibles fósiles en transporte terrestre con un 29.68% y el uso de energía eléctrica 15.57% . Seguido por el sector de residuos con el 19.75% debido a la generación de metano por la disposición y eliminación de residuos sólidos; el tercer emisor es el sector de la agricultura, silvicultura y uso del suelo con el 15.31% relacionado con la generación óxido nitroso donde predomina la sub categoría de aplicación de urea con el 5.35%, el encalado con 3.33% y pastizales con el 3.25%.

En la actualidad la localidad del Sumapaz se ha visto afectada directamente por las consecuencias generadas frente al cambio climático, teniendo en cuenta los climas extremos que se han evidenciado, los cuales han generado eventualidades en la localidad como gran cantidad de deslizamientos y remociones en masa a partir de las largas temporadas de lluvias. Pese a esta problemática evidente, no se ha generado una verdadera conciencia en la localidad con respecto al tema, ya que algunas de las prácticas culturales que se desarrollan allí contribuyen con la generación de gases de efecto invernadero; entre estas prácticas podemos encontrar la quema de residuos sólidos, la tala de vegetación nativa, entre otras. Para el año 2014 se realizó una campaña de sensibilización en cuanto al tema del cambio climático, dos en cada una de las cuencas teniendo como resultado un promedio de 40 participantes en toda la localidad. Es por ello, que es importante fortalecer las acciones de sensibilización para las áreas rurales que permitan el desarrollo de planes y estrategias para generar escenarios de seguridad para la comunidad, principal actor y objetivo de estos procesos.

Frente a la anterior necesidad, en el año 2014 se conforma el consejo local de gestión de riesgos y cambios climáticos en la localidad, con el fin de coordinar, asesorar, planear, consultar y hacer seguimiento y evaluación de la administración local para garantizar la efectividad y articulación de los procesos de gestión de riesgos y cambio climático en la zona, en armonía con las disposiciones del Plan Distrital de Gestión de Riesgos, el Plan Distrital de Mitigación y Adaptación al Cambio Climático. Este Consejo quedó conformado por la ESE Hospital Nazareth I Nivel, la Dirección Local de Educación, el Jefe de Estación De Bomberos de Usme y Sumapaz, delegados de las secretarías distritales de Desarrollo Económico, Integración Social y Ambiente, la Unidad Especial de Parques Nacionales Naturales, Corporación Autónoma Regional (CAR), Corregidurías Locales y Personería Local (42).

4.2.8 Dimensión Salud y Ámbito Laboral

Ésta dimensión busca el bienestar y protección de la salud de los trabajadores, a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral, el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de las personas en todas las ocupaciones, y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía (43).

Según el diagnóstico de las Unidades de Trabajo Informal - UTIS del Hospital Nazareth, en el año 2012 se encontró que de 120 trabajadores a los cuales se les realizó seguimiento, el 99% no contaban con ningún tipo de contrato ni vinculación laboral. Se identificó además, que el 57% de los trabajadores consideraban que su actividad laboral afectaba su salud y lo relacionaban con el levantamiento de cargas, posturas inadecuadas o forzadas, movimientos repetitivos y exposición a contaminantes químicos y biológicos. En la población trabajadora caracterizada con relación a la sintomatología se evidenció que el dolor de espalda es el más sentido tanto en las actividades agrícolas como en las de elaboración de queso artesanal con un porcentaje de 67% asociado al riesgo en carga física como adopción

de posturas incorrectas que aumentan las curvas fisiológicas de la espalda y posturas mantenidas durante el desarrollo de las ocupaciones: Se encontró además que otro síntoma frecuentemente referido por los trabajadores y trabajadoras corresponde a dolor de cabeza, el cual asocian con la sobrecarga de trabajo y la exposición a condiciones como manipulación de plaguicidas y exposición a sol por largas temporadas.

Teniendo en cuenta la información suministrada frente al subsistema SIVISTRA, se ha evidenciado que los desórdenes relacionados con el trabajo impactan de manera importante la calidad de vida de los trabajadores. La situación es aún más difícil si se tiene en cuenta que son trabajadores del sector informal de la economía para quienes no hay programas o acciones estructuradas de promoción de la salud y prevención de enfermedades laborales, que provengan de las mismas unidades de trabajo o por iniciativa de los propios empleadores o trabajadores. Como lo señala el informe de la II ENCSST, estas alteraciones pueden llegar a ser altamente incapacitantes si no se intervienen desde su inicio. Particularmente al tratarse de trabajadores informales, es mayor la preocupación ya que esta población no cuenta con el aseguramiento en riesgos laborales para facilitar su intervención temprana, por lo tanto se encuentran con mayores posibilidades de presentar incapacidades permanentes (44).

En general durante el proceso llevado a cabo desde el nodo rural de SIVISTRA se ha logrado socializar las características principales del subsistema y la ruta de la inclusión, para su plena identificación, promoviendo así un incremento paulatino en las notificaciones de eventos.

Se identifica que las asesorías realizadas a las dos UPGD para difundir la ruta y criterios de notificación, han permitido aclarar inquietudes y visibilizar la problemática en el personal de salud de la localidad. Por otra parte, las visitas a las unidades de trabajo han permitido el reconocimiento de la profesional de SIVISTRA por parte de los usuarios, además de una mejor comprensión de la relación salud y trabajo en los pobladores de la localidad. Finalmente se resalta que durante el trabajo en equipo con los referentes de los nodos y referente distrital se han generado espacios de discusión y construcción lo que ha permitido importantes avances en la consolidación y análisis de los resultados de SIVISTRA a nivel local y distrital (44).

En cuanto a los accidentes de trabajo se identificó que el 70,0% de los casos los casos ocurrieron en las horas de la mañana, situación que probablemente se relaciona con que la mayor carga laboral en el sector rural se presenta en las primeras horas del día. Respecto al factor de riesgo, los dos casos relacionados con contaminantes químicos corresponden al cloro empleado en las labores de mantenimiento del acueducto veredal y al uso de agrotóxicos en los cultivos. A nivel de seguridad se encontraron deficiencias en instalaciones locativas y en el manejo de herramientas y materiales. Se destaca que de los 10 accidentes confirmados, 6 fueron considerados de gravedad moderada. Además los 10 accidentes suman un total de 29 días en los que los trabajadores refirieron no estar en capacidad de trabajar, que es importante tener en cuenta respecto a las implicaciones de este hecho para los trabajadores, las familias, la comunidad y los servicios de salud.

En cuanto a las enfermedades laborales declaradas probables, se encontró que el sistema corporal afectado la mayor parte de los casos corresponde al osteomuscular (70%) seguido de una probable afectación multisistémica (25%) ocasionada como efecto de los agrotóxicos empleados en los cultivos. En los trabajadores que presentan como diagnóstico clínico síndrome de manguito rotador, hay una probable asociación a la tarea de uso de azadón. En los otros casos de alteración osteomuscular, el dolor lumbar se relaciona probablemente con el uso de herramientas y cargas de peso en las actividades agrícolas.

Específicamente en lo relacionado con el sistema corporal más afectado (osteomuscular con un 70%) se resalta que es coherente con los hallazgos previos del subsistema SIVISTRA a nivel distrital, encontrándose que en los trabajadores de la economía informal durante el 2013 el sistema osteomuscular fue identificado en un 89,8% del total de los casos de enfermedad laboral investigados. Los desórdenes osteomusculares relacionados con el trabajo fueron la constante encontrada en el Distrito. Estos resultados son además similares a los hallazgos de la II Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (IIENCSST), en la cual se encontró que entre los años 2009 y 2012, las lesiones musculo esqueléticas reconocidas en los trabajadores afiliados al sistema representaron de un 87% a 89%.

Por otra parte las condiciones específicas de las actividades del sector agrícola generan este tipo de alteraciones. Además del tipo de posturas que asume el trabajador, los movimientos repetitivos, el levantamiento y manejo cargas con peso excesivo y la fuerza requerida también pueden influir en el incremento de los síntomas, diversas condiciones del ambiente físico como las bajas temperaturas en la zona de páramo.

5. CAPITULO 3. IDENTIFICACIÓN DE TENSIONES EN SALUD PRESENTES EN LA LOCALIDAD.

En los capítulos 1 y 2 del presente documento, se ha avanzado en el reconocimiento integral del territorio, identificando sus condiciones básicas físico-espaciales, así como algunos indicadores de referencia que brindan una aproximación a las situaciones y condiciones vigentes identificadas en el territorio, asociadas a condiciones, dinámicas de desarrollo y situaciones en salud que ponen en riesgo el equilibrio poblacional, social, ambiental y económico de la localidad.

La identificación de las condiciones en salud se han realizado teniendo en cuenta las ocho dimensiones prioritarias y dos transversales propuestas en el PDSP 2012-2021, generando una descripción de las interacciones que tienen con las dimensiones poblacional, ambiental, social y económica.

Sin embargo, para la comprensión integral de la situación de salud de la población que habita la localidad es de gran importancia identificar y comprender las tensiones que se presentan entre las dinámicas territoriales (PASE) y sus relaciones con las condiciones de salud de la población, entendiéndolo por tensión aquel “conjunto de presiones provenientes de una o varias dimensiones del desarrollo o de las dimensiones prioritarias y transversales para la vida, que actúan en diferentes direcciones y generan niveles de estrés que deterioran el estado de salud de una población” (45). La tensión no se refiere necesariamente a un problema de salud, se entiende más como una dificultad o carencia que surge cuando la relación entre algún par de dimensiones no fluye de forma armónica generando desigualdades o aspectos dañinos para la salud y calidad de vida de la población.

Para la localidad de Sumapaz, se establecieron unidades de análisis con el equipo de Gestión de Políticas y Programas, con quienes se generó la priorización y análisis de 26 áreas de observación que evidencian tensiones cuyo valor promedio fue de 4,2, con una desviación estándar 1,6 y coeficiente de variación de 0,3.

Para cada dimensión prioritaria para la vida, se analizó en promedio cuatro tensiones de acuerdo a las dinámicas de la localidad. De las 26 tensiones analizadas un 50,0% se

encuentran semaforizadas en rojo, el 23,1% en amarillo y un 26,9% en verde (Tabla 15. Balance tensiones localidad de Sumapaz.).

Tabla 15. Balance tensiones localidad de Sumapaz.

Dimensiones PDSP	Áreas de observación	Balance total tensiones
Salud ambiental	Acceso al agua potable y coberturas de acueducto, alcantarillado y aseo.	2,875
	Calidad del agua y gestión de residuos sólidos y líquidos.	5,75
	Riesgo químico.	5,75
	Protección y recuperación de entornos y ecosistemas estratégicos.	2,25
	Identificación y prevención de nuevas amenazas para la salud relacionadas con el ambiente.	5
Vida saludable y condiciones no transmisibles	Modos y estilos de vida saludables	5,5
	Empoderamiento y corresponsabilidad social	4,5
	Servicios de salud individuales y colectivos	5,5
	Carga de la enfermedad	3,83
Convivencia social y salud mental	Autocuidado y corresponsabilidad social para la salud mental y la convivencia social	5,75
	Entornos protectores para la salud mental y la convivencia social	5,5
	Factores protectores de la salud mental y la convivencia social en individuos y poblaciones con riesgos específicos	5,75
Seguridad alimentaria y nutricional	Oferta y acceso al grupo de alimentos prioritarios.	2,625
	Alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada. Aprovechamiento y utilización biológica de alimentos.	5,25
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Garantía del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género (intersectorial).	2,125
	Prevención y atención integral, humanizada y de calidad en Salud Sexual y Reproductiva.	3
	Maternidad segura (atención pre concepcional, prenatal, del parto y del puerperio y la prevención del aborto inseguro).	3
	Servicios integrales en Salud Sexual y Reproductiva para la población de adolescentes y jóvenes.	2,75
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Carga de enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo	1,875
	Carga de enfermedades infecciosas por ETA y EDA.	1,75
	Gestión integral del Plan Ampliado de Inmunizaciones.	6
Salud y ámbito laboral	Poblaciones laborales en el sector formal e informal de la economía.	6
	Acceso al Sistema General de Riesgos Laborales.	3
	Protección de la salud en el trabajo y fomento de la cultura preventiva a los trabajadores informales de la economía.	3
	Estilos, modos y condiciones saludables en el entorno laboral	6
	Carga de enfermedad de origen laboral.	6

Fuente. Aplicativo 5; matriz de identificación y valoración de tensiones en salud. Hospital Nazareth Unidad de Análisis >Institucional septiembre 2015

Dimensión Salud Ambiental: Calidad del agua y gestión de residuos sólidos y líquidos.

Del análisis de la matriz se puede observar que en la localidad de Sumapaz la calidad del agua y gestión de residuos sólidos y líquidos incide el proceso salud enfermedad de la población, generando brechas en saneamiento básico donde el servicio de alcantarillado tiene una cobertura de 10.96%, mientras que para Bogotá urbana es de 99.21%. El sistema de suministro de agua se hace a través de 14 acueductos veredales, 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 para el año 2014 del 74.3% a la localidad de Sumapaz mientras que para el 2012 se contaba con una cobertura del 63%. 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.

Teniendo en cuenta el proceso de territorialización, unidades de análisis institucionales y territoriales, así como las bases de SISVEA; en la localidad de Sumapaz ninguno de los 14 acueductos veredales para el año 2014 se encuentra en condiciones para el consumo humano, teniendo en cuenta que el agua presenta coliformes fecales, residuos de productos agroquímicos que son lavados y arrastrados hasta las fuentes de agua superficiales o infiltrados hasta las subterráneas por los regímenes de lluvias, los cuales generan procesos de eutrofización y posteriormente alteraciones en la demanda bioquímica de oxígeno y alteración del pH.

La baja calidad del agua debido a agentes patógenos constituye un importante problema en salud pública a considerar, teniendo en cuenta que acarrea serios problemas nutricionales en los grupos poblacionales afectando todas las etapas de ciclo vital, especialmente en poblaciones vulnerables como infancia, gestantes y tercera edad. Lo anterior, relacionado con la alta prevalencia de enfermedades diarreicas agudas y gastroenteritis, así como amibiasis y parasitosis, teniendo en cuenta que éstos suelen propagarse a través de alimentos contaminados o agua de bebida, de persona a persona, como resultado de falta de higiene y las fuentes de alimentos y agua contaminada.

Por otra parte, las acciones adelantadas en el año 2014 para el manejo y disposición de residuos con el programa Basura cero, tuvo una cobertura de 33.04%, aclarando que este porcentaje corresponde a las personas que tienen sus viviendas cerca de las vías principales, para Bogotá urbana la cobertura es de 99.71%.

La situación antes mencionada se agrava al considerar la falta de empoderamiento de la comunidad para garantizar el mantenimiento requerido en cada uno de los acueductos, evidenciando débil organización comunitaria para la recolección de residuos provenientes de los agroquímicos y disminución del uso de éstos productos en el sistema productivo. Adicionalmente, existen inadecuadas prácticas en el cuidado del ambiente por parte de residentes flotantes, como el ejército.

“Nosotros podemos proteger, pero los de afuera no y de que sirve...mientras nosotros cuidamos, los del ejército se bañan en el río, llenándolo de químicos y hacen sus necesidades y no les dicen nada”. Entrevista mujer Sumapaceña de 34 años.

Si bien la E.S.E Nazareth realiza actividades de promoción y prevención orientadas a disminuir la prevalencia de enfermedades diarreicas agudas y lleva a cabo un seguimiento periódico de la calidad del agua, estos procesos no son suficientes para mitigar las problemáticas que involucran a diferentes sectores institucionales y actores sociales. En éste sentido, se ha evidenciado que la tensión tiene un puntaje inicial de 2,75 que aumenta a 5,75 con la presencia de factores reforzadores, siendo una situación con una cronicidad alta.

Dimensión Salud Ambiental: Riesgo químico.

En consideración a la situación antes mencionada, los riesgos biológicos en agricultura por el uso de agroquímicos y otras sustancias tóxicas se traducen en enfermedades infecciosas y procesos alérgicos o tóxicos agudos o crónicos con origen bacteriano, vírico, fúngico o vegetal, en su mayoría (46). Éstas sustancias químicas se han diseñado para destruir organismos que afecten los cultivos, sin embargo, suelen ser no selectivas y pueden dañar a otros seres vivos como los seres humanos, los animales domésticos y de crianza, dado que pueden contaminar el aire, agua, alimentos y suelo, logrando llegar a éstos seres con gran facilidad (47).

A lo anterior, es necesario incluir la dependencia que genera el suelo al uso de agroquímicos, requiriendo cada vez más del empleo de mayores cantidades en la fumigación, incrementando los riesgos en salud y trayendo en decremento la economía del productor.

A nivel local, es de considerar la presencia de cefaleas dentro de las diez primeras causas de consulta desde la infancia, problemas de la piel y conjuntivitis en las diferentes etapas del ciclo vital, así como la aparición de casos de neoplasias.

La problemática relacionada con el riesgo químico se ha asociado a las débiles estrategias actualmente empleadas para la sensibilización, información, educación y comunicación frente a los riesgos; el sistema productivo que prioriza la economía frente a la salud y la falta de gobernabilidad en el cumplimiento de la norma de cuidado de zona de reserva natural. Lo anterior, se ve reforzado por las condiciones climáticas extremas y variables, que han empujado al productor a usar sustancias de alta toxicidad.

Teniendo en cuenta que la revolución verde inicia en los años 70 (48) se inicia la introducción de agroquímicos en la localidad con el objetivo de mejorar la productividad, evidenciando un periodo significativo de exposición a los contaminantes de este tipo, donde se ve afectada el total de la población en una generación.

Como se mencionó anteriormente, la E.S.E Nazareth lleva a cabo procesos de promoción y prevención, además de implementar estrategias de IEC a lo largo del territorio tanto a nivel individual como colectivo. Adicionalmente, a través del parque temático chaquén, se realizan diversos proyectos con el fin de mejorar las prácticas agrícolas, educando frente a la rotación de cultivos para evitar plagas y degradación del suelo, evitando así el uso de agroquímicos. Aun así, estos factores liberadores no logran contrarrestar con efectividad a los reforzadores, pasando de un puntaje de 2,75 a 5,75.

Dimensión Salud Ambiental: Identificación y prevención de nuevas amenazas para la salud relacionadas con el ambiente.

A lo largo de éste documento se ha indicado que 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 trayendo consigo el monocultivo y mayor intensidad en el uso de agroquímicos.

En relación con lo anterior, y teniendo en cuenta la transformación climática regional y global, se han evidenciado áreas de amenazas naturales debido a la conformación geológica, generando áreas susceptibles a fenómenos de remoción en masa, especialmente en las veredas Los Ríos y Betania, por lo que se presentan eventos de remoción en masa que impactan negativamente en la salud y calidad de vida de la población debido al incremento del régimen de lluvias. Las condiciones ambientales que implican la presencia de suelos ácidos, baja presión atmosférica, escasa densidad, sequedad y humedad del aire, bajas temperaturas, y las amenazas de riesgo tales como inundaciones e incendios; afectan el aprovechamiento biológico de los alimentos y la producción de los mismos.

Así mismo, es de considerar que la ubicación de la localidad en la región resulta estratégica para algunos sectores económicos, de ahí que han surgido intenciones de construir hidroeléctricas y llevar a cabo trabajo de extracción minera, evidenciando debilidad en el seguimiento al cumplimiento de la normatividad ambiental aplicable al territorio y resultando en uno de los temas principales que suelen surgir en los encuentros comunitarios, pues para los habitantes de Sumapaz supone un incremento en la contaminación ambiental y una amenaza para la comunidad que habita en el territorio en términos de su calidad de vida, al producir gran cantidad de desechos tóxicos, generar un desperdicio de los recursos hídricos y acabar con la fertilidad de los suelos.

En la actualidad, con el propósito de liberar el peso de los reforzadores de la problemática frente a estas nuevas amenazas a la salud en relación con el ambiente, se están implementando proyectos de bioingeniería en las zonas más vulnerables, se han establecido restricciones en la construcción de zonas protegidas y se han llevado a cabo iniciativas de buenas prácticas agrícolas. Sin embargo, los proyectos se han llevado a cabo de forma aislada y con importantes demoras, lo cual no ha permitido liberar de forma efectiva el problema, por lo que la tensión se ha valorado con un puntaje de 5.

Dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles: Modos y estilos de vida saludables

Se puede evidenciar en la tabla 15 que existe una importante tensión relacionada con los modos y estilos de vida saludables, las cuales se relacionan con las condiciones y dinámicas propias de la ruralidad.

Para entender ésta tensión es importante considerar que las valoraciones acerca del proceso salud-enfermedad han variado sustancialmente, debido a la importancia que se le conceden a los factores sociales en este proceso. Es claro que enfermedades como el infarto, el alcoholismo, los accidentes y otros, están más relacionados con las condiciones de vida de los individuos que con factores genéticos y fisiológicos (49). En ésta medida, “la salud es entendida como un valor social, que tiene relación con la calidad de la existencia humana. Es un valor concreto determinado por el modo de producción, el nivel de desarrollo socioeconómico alcanzado y la situación política existente” (49). En este sentido, el modo de vida refleja lo social en lo individual, se relaciona estrechamente con la esfera

conductual y motivacional del ser humano. Es así como el estilo de vida y la actividad cotidiana pueden condicionar la salud y la enfermedad de las personas, ya sea por el trabajo que realiza, por las características de su nutrición, por su vida sexual, entre otras actividades.

Las condiciones climáticas del páramo de Sumapaz que ya han sido descritas, hacen que las condiciones de vida no sean muy fáciles, porque es un estado de tiempo que es continuo y no cambia. El clima influye en que el potencial del suelo sea adverso, pues adicional al frío hay presencia de humedad casi constante, llevando en su conjunto a una vulnerabilidad a enfermedades respiratorias y problemas en la piel. Igualmente, a nivel nutricional las condiciones del suelo no permiten la siembra de todo tipo de alimentos, necesitando en casos como por ejemplo la papa o trigo, el doble de tiempo para su maduración si se compara con zonas de la sabana bogotana. Como el alimento que más se produce en el páramo es la papa, en la dieta de la población predominan los carbohidratos, sin poder contar en todas las familias con un equilibrio en alimentos como frutas, verduras y proteínas.

Clásicamente es sabido que las jornadas laborales de los trabajadores rurales son extensas comenzando en la madrugada y finalizando al anochecer, conviviendo con procesos laborales que requieren altas exigencias físicas por las cargas de pesos elevados que realizan, exposiciones a las condiciones climáticas, posturas incómodas y mantenidas, movimientos repetitivos y exposición a riesgos de accidentes. Todo ello aumenta el riesgo de adquirir enfermedades crónicas no transmisibles que afectan la calidad de vida, como se puede evidenciar en la localidad con la presencia de lumbagos, artrosis y artritis que empiezan a aparecer desde la Juventud.

Adicionalmente, el consumo de alcohol y la exposición al humo de leña, siendo éste el modo principal empleado para la cocina, trae repercusiones tales como el EPOC, hipertensión, entre otros.

Dichas problemáticas se ven reforzadas por la falta de espacios culturales y deportivos, así como la población dispersa. Desde el sector salud, se han empleado como factores liberadores la oferta de programas en los diferentes planes de beneficio para la promoción de una vida saludable en los diferentes ciclos vitales y a nivel interinstitucional se han llevado a cabo acciones como apoyos económicos tipo C por Alcaldía local, apoyo económico tipo D y entrega de canasta alimentaria por SDIS, entre otras ayudas. Sin embargo, aun con la presencia de éstos liberadores, la tensión entre elementos sociales, económicos y ambientales presenta un puntaje de 5,5, lo que permite evidenciar la complejidad de ésta problemática y la necesidad de fortalecer el trabajo articulado entre instituciones y con la comunidad.

Dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles: Servicios de salud individuales y colectivos

Frente a los servicios de salud individuales y colectivos, se ha identificado falta de empoderamiento e inasistencia a las actividades de asesorías grupales e individuales enfocadas en prácticas saludables, relacionadas con la débil planeación estratégica de

acuerdo a los planes de servicios, una falta de priorización de necesidades y metodologías inadecuadas para la dinámica social local. Lo anterior ha resultado en inadecuadas prácticas de autocuidado y debilidades en la detección temprana de necesidades en salud, lo cual se ve reforzado por la falta de insumos como líneas técnicas contextualizadas según la dinámica de la localidad para el manejo de la salud colectiva ofertada.

Si bien se han ofertado programas de identificación y detección temprana, así como de promoción de la salud individual y colectiva, la semaforización de la tensión con un puntaje de 5,5, muestra la necesidad imperante de programas diferenciales que acojan las características de la ruralidad y sus dinámicas tradicionales, las cuales inciden directamente con la adherencia a los servicios de salud.

En los diferentes diálogos de saberes y espacios comunitarios, la literatura asociada al páramo, así como en las visitas domiciliarias realizadas, se habla del predominio del uso de la herbolaria y métodos ancestrales para el manejo de dolor, malestar o síntomas anormales, aun cuando se cuente con un servicio de salud en el territorio. Lo anterior es un factor relevante en la consideración de estrategias novedosas e incluyentes que permitan el desarrollo de la población, mediante la conservación de tradiciones culturales y las costumbres y creencias de una comunidad que se caracteriza por una estrecha relación con la naturaleza, que es de la tierra y vive de ella.

Contrario a ello, los nuevos paradigmas de desarrollo para el campo han ido creando una ruptura en el equilibrio entre el territorio y el individuo como ser social. Con la introducción de agentes externos a los territorios rurales mediante un modelo que privilegia el crecimiento económico y se impone desde espacios de poder, se han generado cambios a nivel social, económico, organizativo y político, desequilibrando la vida en el campo y la producción agrícola (50). Las consecuencias de estos paradigmas, se pueden evidenciar en la localidad al encontrar en las familias la priorización del bienestar económico sobre la salud física y mental, lo cual se puede relacionar con los altos índices de pobreza presentes que generan precariedad en sus niveles de vida.

De igual manera, la tendencia al asistencialismo por parte de las instituciones refuerza negativamente la falta de empoderamiento de la población frente su autocuidado y la construcción de una vida saludable individual y colectiva, debilitando la consecución de organizaciones comunitarias que establezca estrategias en búsqueda de garantías que prioricen el bienestar en todas las áreas del desarrollo en los diferentes ciclos vitales, lo cual afecta directamente en las relaciones interpersonales entre vecinos y familiares impactando en la salud mental de la población.

Si bien, se ha pretendido liberar mediante acciones dirigidas a la población frente a pautas, autocuidado y mantenimiento de la salud, la problemática se ve reforzada por la falta de una integralidad metodológica interinstitucional, que atienda las necesidades de la comunidad para abordar la tensión y depende de la contratación continua de los

profesionales de las diferentes secretarías para el desarrollo de las acciones, por éste motivo la semaforización frente al autocuidado y corresponsabilidad social para la salud mental y la convivencia social, ha quedado en rojo con un puntaje de 5,75.

Dimensión convivencia social y salud mental: Autocuidado y corresponsabilidad social para la salud mental y la convivencia social y entornos protectores para la salud mental y la convivencia social

Frente a los entornos protectores para la salud mental y la convivencia social, es de considerar que la distribución espacial de la población en la localidad debido a su entorno rural, limita el fortalecimiento de redes, debido a la distancia geográfica que no permite la realización de encuentros frecuentes. Los eventos identificados desde el PDA permiten inferir que el entorno familiar se constituye como un factor de riesgo, en la medida que han priorizado las actividades económicas sobre las responsabilidades familiares, lo que ha llevado a que las instituciones asuman el rol de protectores del bienestar de las familias. Sin embargo, cuando los miembros de la familia no encuentran un entorno protector, generan estrategias de afrontamiento en el consumo de alcohol y la violencia, presentan pensamientos recurrentes negativos, soledad y tristeza, las cuales son reforzadas negativamente entre la familia y la comunidad, lo cual puede acarrear en intentos de suicidio y otros problemas en salud mental. Lo anterior, se ve reforzado por las desigualdades económicas, educativas y políticas públicas que han invisibilizado las necesidades del campesino.

Si bien en la localidad se cuenta con la presencia de instituciones que de acuerdo a su competencia generan estrategias de intervención, hay una gran dificultad en la restitución de derechos, lo que lleva a que la tensión obtenga un puntaje de 5,5.

Según las bases oficiales de la Secretaría Distrital de salud, para el año 2014 se reportaron un total de 172 casos de violencia, reportados al SIVIM, con un promedio de 14 casos por mes. Según la etapa de ciclo vital el mayor número de casos se encuentran en el ciclo vital infancia con un 51,2 % y el de menor notificación es el ciclo vital juventud con un 6,0 %. Se visualiza la agresión hacia el género femenino con el 59,3% lo cual hace necesario fomentar la protección en las etapas de la infancia, adolescencia y en la mujer enmarcadas en las diferentes políticas públicas que apuntan al mejoramiento de la calidad de vida, con el fin de disminuir el número de casos, de igual manera es importante garantizar la atención integral por parte de las EPS.

Dentro de la población Sumapaceña se han identificado factores individuales que inciden en las relaciones interpersonales como por ejemplo, conductas impulsivas asociadas a la resolución de problemas de manera física y verbal. Ello se relaciona con la presencia de violencia intrafamiliar y comunitaria, aumento en el consumo de SPA, familias desestructuradas, problemas emocionales que repercuten en riesgos para la salud mental.

Lo anterior, se ve reforzado por factores culturales como el machismo, que si bien ha disminuido aún persiste en algunos entornos; la falta de espacios culturales y de convivencia social, así como los altos índices de pobreza son factores de riesgo frente al estrés y las relaciones interpersonales debilitadas, que hacen que a pesar de la presencia de

instituciones en la localidad el balance de la tensión relacionada con factores protectores en salud mental sea de 5,75.

Dimensión Seguridad alimentaria y nutricional: Alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada. Aprovechamiento y utilización biológica de alimentos.

Con relación a la oferta y acceso al grupo de alimentos prioritarios, ya se ha ido indicando a lo largo de éste documento cómo las características espaciales del territorio generan problemáticas en la seguridad alimentaria y nutricional en términos de disponibilidad, acceso, consumo, aprovechamiento biológico y calidad e inocuidad de los alimentos. El modelo de producción agropecuario ha hecho insostenible la producción en las fincas sumapaceñas, en las cuales, hoy en día no se produce la variedad y cantidad de alimentos que se producían años atrás. La razón de esta insostenibilidad de la producción agropecuaria deriva del hecho de no contar con tecnología propia.

Otro problema importante es la deficiente comercialización por grandes distancias a centros de abastecimiento y dificultad de acceso topográfico, pues las vías de acceso a la localidad que parten del casco urbano de Bogotá, D.C., así como las vías de comunicación interveredales de Sumapaz, presentan riesgo de deslizamientos y derrumbes constantes. En términos del acceso de alimentos, se encuentra que en la localidad hay una baja capacidad de adquisición de alimentos, el acceso es el principal problema de su situación de inseguridad alimentaria, ya que la informalidad que caracteriza el trabajo que realizan no les permite obtener un ingreso fijo con el que puedan solventar las necesidades de la familia.

Dichas problemáticas, se ven reforzadas por las condiciones de páramo que no permite el cultivo de alimentos importantes de la canasta familiar y porque dada la situación económica que presenta la población, priorizan la comercialización de alimentos que se producen y los recursos económicos son destinadas a otras prioridades. Sin embargo, los factores liberadores como la educación que se brinda por parte del sector salud en hábitos adecuados de alimentación, fortalecimientos de las huertas caseras, y las intervenciones de otros sectores, así como la implementación de la escuela de gestores en SAN en conjunto con la universidad Nacional; se pueden considerar experiencias exitosas que demuestran la importancia que tiene el trabajo articulado entre sectores para la liberación de tensiones, pues en éste caso los factores liberadores han permitido que la tensión cuente con una semaforización en verde con un puntaje de 2,6.

Aun con lo evidenciado anteriormente, en la tabla se hace evidente la necesidad de reforzar las estrategias empleadas en cuanto a la alimentación variada, suficiente y adecuada, así como el aprovechamiento y utilización biológica de alimentos. Con relación al aprovechamiento biológico se observan inadecuadas prácticas de preparación, manipulación de alimentos, manejo de basuras, alta contaminación de fuentes acuíferas, baja corresponsabilidad con el auto cuidado y la salud; situación que se traduce en la alta prevalencia de deficiencia nutricional en la población menor de 10 años.

Dicha problemática se ve reforzada con el hecho de que en la localidad no hay regulación de precios y medidas, de tal modo que por el mismo dinero se puede estar comprando

menos producto. De la misma forma y como otro factor que ha disminuido la capacidad de adquisición de alimentos, está la práctica deficiente de autoconsumo por baja productividad en las fincas en cantidad y variedad. Un aspecto que no se puede dejar de mencionar es que con el programa de entrega de la canasta complementaria campesina está disminuyendo todavía más la práctica de producir para el autoconsumo, evidenciándose una débil concientización sobre la necesidad de disminuir la dependencia de alimentos externos y un débil abordaje institucional teniendo en cuenta el diferencial de la ruralidad.

Se puede establecer que estas problemáticas afectan directamente el consumo variado y adecuado de alimentos, haciendo que progresivamente y al pasar de los años se produzcan cambios en los hábitos alimentarios a causa de las condiciones económicas, políticas y sociales que afectan a la comunidad.

Las estrategias liberadoras empleadas han sido la promoción de estilos de vida saludable fortaleciendo las acciones a nivel intersectorial que le den la posibilidad a la comunidad de mejorar su situación alimentaria y nutricional. Asistencia técnica y fortalecimiento a las diferentes unidades productivas a través del intercambio de conocimiento entre campesinos y técnicos promoviendo formas de producción agroecológica y/o limpia, incentivando el trueque y la implementación de banco de semillas y el fortalecimiento del tejido social. Procesos de articulación institucional e intersectorial para fortalecer las respuestas que contribuyan al mejoramiento de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en las familias de los Microterritorios, a través de los procesos educativos que implementa la SDS y las instituciones locales. Sin embargo, éstas hasta el momento no han logrado incidir del todo en la liberación de la tensión, la cual ha sido evaluada con un puntaje de 5, 25.

Dimensión Salud y ámbito laboral: Carga de enfermedad de origen laboral.

En la localidad de Sumapaz, no se cuenta con un registro oficial de trabajadores informales y de población económicamente activa, por no tener datos de población ocupada y desempleada, sin embargo, gran parte de la población desarrolla actividades propias de la ruralidad en todas las etapas de ciclo vital, sin vinculación laboral formal que trae consigo una barrera al sistema de riesgos laborales y el acceso a pensión, de modo que los accidentes laborales y enfermedades laborales no son reconocidos para efectos de indemnización y pensión, teniendo impacto económico en la familia del trabajador por el cese temporal de actividades.

Esta tensión se ve reforzada por el pobre reconocimiento de la actividad agrícola como actividad formal a nivel nacional, existiendo un desequilibrio entre el costo de producción versus beneficios económicos que suplan la seguridad social y la formalidad laboral, así como la inestabilidad en los precios de los productos agrícolas. De igual manera, no existe en la población una cultura hacia la formalización de las actividades agrícolas.

Si bien el factor liberador relacionado con el acceso a nivel educativo como el bachillerato aumenta las posibilidades de acceder a empleos formales, éste no contribuye a que la tensión disminuya obteniendo un puntaje de 6.

Dimensión Salud y ámbito laboral: Estilos, modos y condiciones saludables en el entorno laboral

Frente a los estilos, modos y condiciones saludables en el entorno laboral, los campesinos se caracterizan por ser empíricos y contar con procesos productivos no tecnificados, que han sido generacionales y el acompañamiento de los niños, niñas y adolescentes hacen parte de las pautas de crianza. Dado estas condiciones poco no implementan las buenas prácticas laborales que transforman el entorno laboral. Ello se ve reforzado por los saberes generacionales y culturales, que parecen tener un importante mayor peso que las asesorías y dinámicas educativas brindadas por la ESE, lo que lleva a que la tensión obtenga un puntaje de 6.

Finalmente, en la localidad no se cuenta con el cálculo de carga de enfermedad de origen laboral, considerando que no hay registro del número de trabajadores total de la población, ni se cuenta aún con datos de años de vida perdidos por enfermedad o por discapacidad de origen laboral. Sin embargo, por parte del Sistema de vigilancia de trabajadores de la economía informal se inició en el año 2014 un registro de eventos de probable enfermedad de origen ocupacional con 31 casos registrados en el año 2014. De los 31 casos identificados, 23 corresponden a afectación del sistema osteomuscular (74,2%), 7 probables afectaciones multisistémicas por efectos crónicos del uso de agroquímicos (22,6%) y un caso por afectación del sistema nervioso de origen biológico. Para el primer grupo de alteraciones, estos resultados son similares a los hallazgos de la II Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, en la cual se encontró que entre los años 2009 y 2012, las lesiones musculoesqueléticas reconocidas en los trabajadores afiliados al sistema de riesgos laborales representaron de un 87% a 89%.

Entre las limitaciones de la investigación de eventos por parte de SIVISTRA es que logran identificarse casos probables, pero hasta el momento no se cuenta con metodologías ni recursos para exámenes diagnósticos especializados que faciliten la confirmación de muchos de los casos, particularmente aquellos relacionados con el uso de agroquímicos, considerando que en la localidad se presentan altos niveles de exposición a estas sustancias por parte de los trabajadores agrícolas, evidenciados en el uso excesivo e indiscriminado de las sustancias, mezclas de sustancias sin tener en cuenta los probables efectos sinérgicos de dichas mezclas, ausencia de protección del trabajador, ausencia de las empresas productoras y comercializadoras de las sustancias en la localidad para el acompañamiento en su manejo, todo esto sumado a una total dependencia de las tierras y cultivos a este tipo de insumos químicos. Además del predominio de monocultivos y técnicas empleadas durante los procesos de producción con altas demandas de carga física, estas situaciones forman parte de un modelo económico impuesto y una estructura social y de relaciones de poder que define las formas de producción agrícola y que facilita el desarrollo de afectaciones en la salud de los trabajadores.

Es de éste modo, que como reforzadores encontramos la prevalencia de intereses económicos que llevan a la perpetuación del modelo de producción agrícola vigente. Vacíos normativos a nivel de protección de riesgos laborales en población trabajadora informal. Dificultades en organización y participación de la comunidad de trabajadores de la localidad. Situación que por tratarse de un importante problema de carácter estructural no

permite que las acciones de fortalecimiento de la organización comunitaria, y las acciones orientadas a promoción de ambiente y trabajo saludable, sean suficientes para incidir en la tensión de forma positiva, obteniendo un puntaje de 6.

Teniendo en cuenta todo lo descrito en el presente capítulo, se puede afirmar que las tensiones en salud con mayor valoración y por tanto las de más alta urgencia, cronicidad e impacto son las asociadas a la dimensión de salud y ámbito laboral.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Secretaria Distrital de Salud. Lineamiento Diagnostico Local 2014. 2015;
2. Secretaria Distrital de Salud. Lineamiento Enfoque Poblacional. 2011;
3. Resumen E. Los derechos de las personas mayores y la vejez. 2011;
4. Ministerio de salud. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL AL ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. Santiago de Chile;
5. ONU. Informe Sobre Desarrollo Humano 2000 [Internet]. Washington DC. 2000. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:INFORME+SOBRE+DESARROLLO+HUMANO+2000#9>
6. Membreño SA, Virgilio C. Visión estratégica para el 2021: fundamentos para una nueva nación desde los principios bíblicos.
7. Departamento Administrativo de Planeación Distrital. Diagnóstico físico y socioeconómico de las localidades de Bogotá, D.C. Bogota; 2004.
8. Ruby M, Avellaneda Z. PLAN AMBIENTAL LOCAL ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ. Bogota. D.C; 2013.
9. Secretaria Distrital de Planeacion. boletín No. 57 “Caracterización Socioeconómica – Encuesta SISBÉN III – Enero 2010 a Abril 2013 [Internet]. Uma ética para

cuantos? Bogota. D.C; 2013. p. 81–7. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15003161>

10. Plan Local de Prevencion y Atencion de Emergencias de Sumapaz 2011. Bogota. D.C; 2011.
11. Osorio Rendón LC. Seguridad democrática vs seguridad ciudadana. Un estudio de caso Sumapaz [Internet]. 2010. p. 8–106. Available from:
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/politica/tesis352.pdf>
12. Secretaria Distrital de Hábitat. Diagnostico Local Sumapaz. Sector Hábitat. Bogota. D.C; 2011. p. 1–9.
13. Instituto Latinoamericano para un derecho y una sociedad alternativos (ILSA) - Secretaria Distrital de Desarrollo Económico. Diagnóstico territorial de la localidad de Sumapaz, Bogotá Distrito Capital. Bogotá D.C.; 2012. p. 1–24.
14. Dirección Local de Educación de Sumapaz. Reporte único de alumnos matriculados en los colegios de la localidad de Sumpaz. Bogotá D.C.; 2014.
15. Secretaria Distrital de Planeación. Indicadores básicos Situación de Salud Bogotá D.C. Colombia; 2014.
16. Alcaldía Mayor de Bogotá. Plan local de prevención y atención de emergencias. Localidad de Sumapaz. Bogotá D.C.; 2011.
17. Secretaria Distrital de Salud. Estadísticas de Aseguramiento 2014. Bogotá D.C.; 2014.
18. Whittembury A. El perfil epidemiologico y el analisis de situacion del pais. :1–27.
19. Fernández A. Consecuencias de la exposición de trabajadores rurales a los agrotóxicos. 2011.
20. Colombiana de Salud SA. Guia de atención en prioritaria: Infeccion respiratoria aguda. Man Calid. 2012;1–9.
21. Reflujo, alergia y microorganismos, causas de faringitis - SyM [Internet]. [cited 2015 Aug 26]. Available from: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/alergias/articulos/reflujo-alergia-y-microorganismos-causas-de-faringitis.html>
22. Comision Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Enfermedades profesionales de los agricultores. Madrid; 2008.
23. C. mariños, J. Uchuya, J. Medina, M. Vidal WV. Determinantes sociales de la enfermedad diarreica aguda, como identificar el riesgo y la protección para la

intervención sanitaria multivalente en los niños menores de tres años en el Perú. Rev Peru Epidemiol. 2014;18(1):1–8.

24. Hospital de Nazareth E.S.E. INFORME ACUEDUCTOS 2014. 2014.
25. OMS. Información general sobre la hipertensión en el mundo: Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. 2013;
26. Ministerio de sanidad y servicios sociales e igualdad. Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud. 2013;
27. Sanidad MDE, Social T. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. 2009;
28. Arnoldo P y MB. Algunos determinantes sociales y su asociación con la diabetes mellitus de tipo 2. 2015;19(10):1268–71.
29. Atlas_PCD_20141125 version 3.
30. Muñoz LA. El desarrollo rural con enfoque territorial. Incoder. 2012;
31. Ospina Rodriguez M. El paramo de sumapaz un ecosistema estratégico para bogotá. Soc Geogr Colomb. 2003;
32. Minsalud. Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles. Plan decenal Salud Pública 2012-2021.
33. MinSalud. Dimensión convivencia social y salud mental. Plan decenal Salud Pública 2012-2021.
34. Secretaria Distrital de Salud. Lineamientos Pic Salud Mental. 2010;
35. Carvajal D. Consumo de Alcohol en Adolescentes: Qué consecuencias tiene el consumo de alcohol en adolescentes? [Internet]. 2008 [cited 2015 Aug 28]. Available from: <http://alcohol-adolescentes.blogspot.com/2008/07/qu-consecuencias-tiene-el-consumo-de.html>
36. Ministerio de Salud y Protección Social. Dimensión seguridad alimentaria y nutricional. 2012;8.
37. Alvarez, A. Rosas, S y del Castillo S. Sumapaz: Afectaciones a la seguridad alimentaria y nutricional [Internet]. Revista Semillas. 2013 [cited 2015 Jul 30]. Available from: <http://semillas.org.co/es/revista/sumapaz-afectaciones-a-la-seguridad-alimentaria-y-nutricional>
38. Hospital Nazareth ESE I Nivel. INFORME DE INDICADORES SUMAPAZ AÑO 2014. Bogotá D.C.;

39. Ministerio de Salud y Protección Social. Dimensión derechos sexuales y reproductivos del Plan Decenal de Salud Pública. 2013;
40. Minsalud. Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles. Plan decenal Salud Pública.
41. MinSalud. Dimensión salud pública en emergencias y desastres. Plan decenal salud pública 2012-2021. 2012;
42. Sumapaz instaló Consejo Local de Gestión de Riesgos y Cambio Climático | Portal Bogota | Bogota.gov.co [Internet]. [cited 2015 Aug 31]. Available from: [http://www.bogota.gov.co/article/localidades/sumapaz/sumapaz instaló consejo local de gestión de riesgos y cambio climático](http://www.bogota.gov.co/article/localidades/sumapaz/sumapaz%20instalo%20consejo%20local%20de%20gestion%20de%20riesgos%20y%20cambio%20climatico)
43. Ministerio de Salud y Protección Social. Dimensión salud y ámbito laboral. Plan decenal de salud pública. Plan decenal salud pública 2012-2021 [Internet]. 2012;1-8. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimension-salud-ambitolaboral.pdf>
44. SIVISTRA Hospital Nazareth. INFORME 2014 NODO RURAL. 2014.
45. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 Estrategia PASE a la Equidad en Salud Lineamiento técnico , metodológico y operativo de la adaptación del modelo BIT PASE y de la Estrategia PASE al desarrollo a las condiciones del Plan Decenal de Salud Pública. 2014;
46. Escuela de administración pública. Agentes biológicos en tareas agrícolas y ganaderas: plan de formación mínima necesaria. :1-47.
47. Ministerio de Salud pública Uruguay. El trabajador y los plaguicidas.
48. Revoluci L, La A. Capítulo I La Revolución Verde.
49. Espinoza L. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad [Internet]. Rev Cubana Estomatol. 2004 [cited 2015 Nov 30]. Available from: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_3_04/est09304.htm
50. ILSA. Proyecto hidroelectico “el paso”: agua y vida campesina en riesgo. Colección conflictos socioterritoriales. 2014;(1).