

20
LOCALIDAD

Localidad
SUMAPAZ



***Diagnostico Local con
Participación Social
2009-2010***



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

20
LOCALIDAD

Localidad
SUMAPAZ



***Diagnostico Local con
Participación Social
2009-2010***

CREDITOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

Clara López Obregón

Alcaldesa(e) Mayor de Bogotá, D.C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Jorge Bernal Conde

Secretario Distrital de Salud de Bogotá

Juan Eugenio Varela Beltrán

Subsecretario Distrital de Salud de Bogotá

Ana Zulema Jiménez Soto

Directora de Salud Pública

EQUIPO TÉCNICO

Secretaría Distrital de Salud

Claudia Beatriz Naranjo Gómez

Clara Mercedes Suárez Rodríguez

Ana Patricia Villamizar

Patricia Rojas Méndez

Alex Ordóñez Argote

María del Carmen Morales

Meyra del Mar Fuentes

Nubia Noemí Hortua

A nivel local

A todas y todos los habitantes de la localidad, que han contribuido al continuo aprendizaje de la localidad.

Subgerente de servicios de salud

LUCIA ARIAS CARRILLO

TABLA DE CONTENIDO

Coordinación de Salud Pública
ELIANA IVON HURTADO
Coordinación Plan de intervenciones colectivas
MARCELA MARTINEZ
Coordinadora Vigilancia en Salud Pública
ERIKA RODRIGUEZ
Coordinadora Gestión Local
MARISOL CASALLAS
Analista Gestión Local
ADRIANA ROBLES LÓPEZ
Dinamizadoras Etapas de Ciclo de Vida
Katherine Ramos (Adulthood-juventud)
María Eugenia Sánchez (Persona Mayor-Infancia)
Coordinadora Ámbito Familiar: Diana Ramírez. Coordinador Ámbito Escolar: Jimmy Sarmiento, Coordinadora Ámbito Comunitario: Nelly Santiesteban.
Equipo de Salud Pública:
Blanca Rodríguez (Dinamizadora énfasis de Salud Ambiental), Diana Montenegro (Dinamizadora énfasis Salud Mental), Teresa Castro (Dinamizadora énfasis Salud Sexual y Reproductiva), Yuri Monsalve (Dinamizadora énfasis Salud Oral), Mario Alonso (Dinamizador énfasis Salud Infantil), Yalile Villegas (Dinamizadora Salud Materno-Infantil), Yaneth Alape (Dinamizadora PAI), Yenni Silva (Dinamizadora énfasis de Seguridad Alimentaria y Nutricional), María Senovia Lucumi (Dinamizadora énfasis de atención integral a condiciones crónicas y actividad física), Johanna Arango (Dinamizadora énfasis en la prevención de aparición de alteraciones permanentes e interacción con población con discapacidad), Yamile Villota (Dinamizadora énfasis Trabajo Saludable).
Equipos Integrales de Salud: CAMI Nazareth, UPA San Juan.

CREDITOS	5
INTRODUCCIÓN	19
MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO	21
1. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL, RELACIÓN TERRITORIO –POBLACIÓN AMBIENTE	27
1.1. Reseña Histórica	28
1.2. Territorio Ambiente	28
1.2.1. Clima	30
1.2.2 Hidrografía	30
1.2.3. Flora	30
1.2.4. Fauna	31
1.2.5 Estructura del territorio rural	31
1.2.6 Contaminación atmosférica	32
1.2.7 Riesgos ambientales	33
1.2.8. Acueductos.	34
1.2.9 Acueductos del Corregimiento San Juan: Tunal, Plan de Sumapaz, Brisas del Gobernador, Vegas-Chorreras, Aguas Claras, San Juan, Asociación de usuarios amigos del Páramo.	35
1.2.10. Acueductos Corregimiento Betania-Nazareth	36
1.2.11. Inspección Vigilancia y Control	38
1.3 División Territorial	44
1.4 Participación Social	45
1.4.1 Diagnóstico de las organizaciones de Sumapaz	47
1.4.2 Participación en salud	47
1.5 Dinámica Poblacional	52
1.6 Perfil Epidemiológico	57

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Andrés León N.

Oscar Sierra

FOTOGRAFÍA PORTADAS

Diego Bautista

1.6.1 Estadísticas Vitales	58	2.2. Servicios Públicos	95
1.6.2 Indicadores trazadores	59	2.3. Transporte y Energía	95
1.6.2.1 Mortalidad perinatal	59	2.4. Actividad Económica	95
1.6.2.2 Razón de mortalidad materna	60	2.5. Educación	106
1.6.2.3 Mortalidad evitable	61	2.6. Recreación y Cultura	107
1.6.3 Morbilidad	62	2.7. Acceso a Servicios de Salud	109
1.6.3.1 Morbilidad institucional	62	2.8. Características de la Salud Mental en la Población	110
1.6.3.2 Morbilidad por consulta externa	62	2.9. Características de Condiciones de Enfermedades Crónicas	114
1.6.3.3. Morbilidad por urgencias	63	2.10. Características de las Personas en Condición de Discapacidad	116
1.6.3.4. Morbilidad durante la hospitalización	64	2.11. Características de Salud Sexual y Reproductiva	121
1.6.4. Notificación al Sivigila	65	2.12 Características de Salud Oral de la Población	123
1.6.5 Vigilancia en Salud Pública Comunitaria	67	2.13 Perfil Materno Infantil	124
1.6.6. Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (Sisvan)	71	2.13.1. Corregimiento de Nazareth	124
1.6.6.1. Análisis situación nutricional	71	2.13.2. Corregimiento de San Juan	125
1.6.7 Análisis descriptivo y cuantitativo de los hallazgos en las investigaciones epidemiológicas de campo (IEC) realizadas en la vigencia enero – diciembre de 2010	77	2.14. Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional para la Gestación	129
1.6.8 Enfermedades compartidas	80	2.14.1. Investigaciones epidemiológicas de campo (IEC) en gestantes.	130
1.6.9 Sistema de vigilancia epidemiológica en salud oral (Sisveso)	82	2.15. Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional para el Recién Nacido de Bajo Peso	132
1.6.9.1 Etapa de infancia:	82	2.15.1. Lactancia Materna Exclusiva	132
1.6.9.2. Etapa de juventud	83	3. PROFUNDIZACIÓN EN EL ANÁLISIS TERRITORIO POBLACIÓN	135
1.6.9.3. Etapa de adultez	83	3.1. TERRITORIO I	136
1.6.9.4. Etapa de persona mayor	84	3.1.1. Infancia	146
1.6.9 Sistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar, abuso sexual y maltrato infantil (Sivim)	85	3.1.2. Juventud	151
1.6.10 Infecciones intra hospitalarias (IIH)	88	3.1.3. Adultez	155
2. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DESDE LA RELACIÓN PRODUCCIÓN- CONSUMO	91	3.1.4. Persona mayor	159
2.1. Vivienda	94	3.1.5. Núcleo problemático territorio I	160
		3.2. Territorio II	161

3.2.1. Infancia	174	4.4.3.3. Entrega de Cepillos dentales	277
3.2.2. Juventud	183	4.4.3.4. Actividades lúdico-educativas con los padres de familia	278
3.2.3. Adultez	193	4.4.4. Seguridad alimentaria y nutricional	278
3.2.4. Persona mayor	199	4.4.5. Acciones para disminuir las enfermedades no transmisibles y discapacidades	278
3.2.5. Núcleo problemático territorio II	204	4.4.6. Acciones para mejora la salud sexual y reproductiva	283
3.3. Territorio III	205	4.4.7. Acciones para mejorar la salud mental	284
3.3.1. Infancia	214	4.4.8. Acciones para disminuir enfermedades transmisibles y zoonosis	284
3.3.2. Juventud	216	4.4.9. Acciones mejorar la seguridad sanitaria y ambiental	285
3.3.3. Adultez	220	4.4.10. Gestión transectorial	292
3.3.4. Persona mayor	225	4.4.11. Movilización y fortalecimiento de redes sociales	292
3.3.5. Núcleos problemáticos territorio III	227	4.5. Organizaciones Comunitarias	292
3.4. Territorio IV	231	4.5.1. Consejo de Consejos	293
3.4.1. Infancia	240	4.5.2. Actores involucrados en el proceso de respuesta intersectorial	293
3.4.2. Juventud	244	4.6. Redes de Apoyo por Etapa de Ciclo Vital	295
3.4.3. Adultez	249	4.6.1. Infancia y juventud	295
3.4.4. Persona mayor	256	4.6.2. Adultez	296
3.4.5. Núcleos problemáticos territorio IV	260	4.6.3. Persona mayor	297
3.5 Núcleos Problemáticos Comunes a Toda la Localidad 20 Sumapaz.	262	4.7. Propuestas de Respuestas Integrales	299
4. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA SOCIAL Y PROPUESTAS DE ACCIÓN	267	CONCLUSIONES	302
4.1. Eje Pedagógico	270		
4.2. Eje Ambiental	270		
4.3. Eje de Acciones en Salud	270		
4.4. Respuestas desde los Énfasis	271		
4.4.1. Acciones para mejorar la salud infantil	272		
4.4.2. Acciones para reducir el bajo peso al nacer	275		
4.4.3. Acciones para mejorar la salud oral	276		
4.4.3.1. Educación en salud oral:	277		
4.4.3.2. Monitoreo a la práctica de cepillado:	277		

INIDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los corregimientos por área. Localidad 20- Sumapaz.	30	Localidad 20 de Sumapaz. Enero-septiembre 2010.	129
Tabla 2. Distribución de los acueductos por territorios de la localidad 20 de Nazareth.2010	35	Tabla 29. Número de IEC desarrolladas a gestantes con bajo peso en la vigencia 2010. Localidad 20 de Sumapaz.	130
Tabla 3. Resultado mensual de indicadores IRCA en acueductos de la localidad de Sumapaz. 2010	41	Tabla 30. Mediana de lactancia materna en menores de 2 años notificados al Sisvan en el periodo enero-diciembre 2010. Localidad 20 Sumapaz.	133
Tabla 4. Resultado indicador IRABA en acueductos de la localidad 20 de Sumapaz. Primer semestre 2010	42	Tabla 31. Distribución por territorios Localidad de Sumapaz.2009	136
Tabla 5. Relación de diferentes organizaciones en la localidad 20 de Sumapaz. 2010	48	Tabla 32. Distribución de acueductos comunitarios, territorio I.	140
Tabla 6. Distribución poblacional por veredas de los territorios I y II. Localidad 20 de Sumapaz. 2010	54	Tabla 33. Concepto Sanitario, establecimientos educativos. Territorio I. Localidad 20 de Sumapaz.2010	143
Tabla 7. Distribución de la población por veredas. territorios III y IV. Localidad 20 de Sumapaz. 2010	56	Tabla 34. Concepto sanitario salones comunales territorio I. Localidad de Sumapaz.2010	144
Tabla 8. Tasa de Mortalidad General. Localidad de Sumapaz.2004-2011	62	Tabla 35. Distribución de establecimientos comerciales. Localidad de Sumapaz, territorio I. 2009	144
Tabla 9. Diez primeras causas de morbilidad por consulta externa. Hospital Nazareth I Nivel ESE 2009.	63	Tabla 36. Distribución de la población por veredas territorio I. Localidad 20 de Sumapaz. 2010.	145
Tabla 10. Diez primeras causas de morbilidad por urgencias. Hospital Nazareth I Nivel ESE 2009.	64	Tabla 37. Distribución de jóvenes en condición de discapacidad por veredas del territorio I. Localidad 20 Sumapaz. 2010.	152
Tabla 11. Primeras causas de morbilidad por hospitalización. Hospital Nazareth I Nivel ESE 2009.	65	Tabla 38. Distribución de jóvenes en condición de discapacidad por veredas del territorio I. Localidad 20 Sumapaz. 2010.	157
Tabla 12. Número de casos individuales notificados a Sivigila. Localidad Sumapaz, 2005 y 2010.	66	Tabla 39. Distribución de persona mayor en condición de discapacidad por veredas, territorio I. Localidad 20 Sumapaz. 2010.	160
Tabla 13. Eventos individuales notificados a Sivigila por territorio social. Localidad 20 Sumapaz. 2010	67	Tabla 40. Distribución de acueductos territorio II. Localidad 20 de Sumapaz.	167
Tabla 14. Distribución por territorios de accidentes con perros y gatos. Localidad 20 de Sumapaz. 2008-2010	81	Tabla 41. Concepto sanitario de establecimientos educativos, territorio II. Localidad de Sumapaz.	170
Tabla 15. Distribución de personas notificadas al Sisveso según etapa de vida. Localidad 20 de Sumapaz. 2010.	82	Tabla 42. Concepto Sanitario de Salones Comunales, territorio II. Localidad de Sumapaz.2010	171
Tabla 16. Resultados de higiene oral en la etapa de infancia Hospital Nazareth, 2010	83	Tabla 43. Distribución de la población por veredas territorio II. Localidad 20 de Sumapaz. 2010.	172
Tabla 17. Resultados de higiene oral en la etapa de Juventud. Hospital Nazareth, 2010.	83	Tabla 44. Distribución de expendios de alimentos y licores territorios I y II. Localidad Sumapaz	176
Tabla 18. Resultados de higiene oral en la etapa de Juventud. Hospital Nazareth, 2010.	84	Tabla 45. Distribución de jóvenes en condición de discapacidad por veredas del territorio II. Localidad 20 Sumapaz. 2010.	187
Tabla 19. Alteraciones presentadas en tejidos duros. Localidad 20 de Sumapaz. 2010.	84	Tabla 46. Distribución de Adultos en condición de discapacidad por veredas del territorio II. Localidad 20 Sumapaz. 2010.	197
Tabla 20. Alteraciones presentadas en tejidos blandos. Localidad 20 de Sumapaz. 2010.	85	Tabla 47. Distribución de personas con enfermedades crónicas por veredas del territorio II. Localidad 20 Sumapaz.	201
Tabla 21. Distribución de violencias notificadas a Sivim, según Tipo de violencia por trimestre 2010. Localidad Sumapaz	86	Tabla 48. Distribución de persona mayor en condición de discapacidad por veredas del territorio II. Localidad 20 Sumapaz. 2010.	202
Tabla 22. Distribución de violencias notificadas a Sivim, por etapa de ciclo y tipo de violencia. Localidad 20 Nazareth. 2010	87	Tabla 49. Significado nombre de veredas del territorio III. Localidad Sumapaz 2010.	205
Tabla 23. Distribución de expendios de alimentos y licores territorios III y IV. Localidad 20 de Sumapaz.	96	Tabla 50. Distribución acueductos territorio III. Localidad de Sumapaz 2010.	209
Tabla 24. Distribución de expendios de alimentos y licores territorios I y II. Localidad 20 de Sumapaz	97	Tabla 51. Debilidades Higiénicas sanitarias Colegios territorio III. Localidad de Sumapaz 2010.	212
Tabla 25. Número de personas en condición crónica, localidad 20 de Sumapaz. 2010	115	Tabla 52. Distribución de la población por veredas territorio III. Localidad 20 de Sumapaz. 2010.	213
Tabla 26. Prevalencia de Enfermedades Crónicas Nazareth Localidad 20 Sumapaz. Primer Semestre 2010	116	Tabla 53. Distribución de jóvenes en condición de discapacidad por veredas del territorio III. Localidad 20 Sumapaz. 2010	218
Tabla 27. Prevalencia de Enfermedades Crónicas San Juan. Localidad 20 Sumapaz. Primer Semestre 2010.	116	Tabla 54. Distribución de Adultos en condición de discapacidad por veredas del territorio III. Localidad 20 Sumapaz. 2010	222
Tabla 28. Distribución de gestantes notificada a Sisvan.		Tabla 55. Distribución de persona mayor en condición de discapacidad por	

veredas del territorio III. Localidad 20 Sumapaz. 2010	227
Tabla 56. Distribución Acueductos Veredales, territorio IV. Localidad de Sumapaz.2010	234
Tabla 57. Debilidades Higiénicas sanitarias de Instituciones Educativas, territorio IV. Localidad Sumapaz.2010	235
Tabla 58. Debilidades higiénico- sanitarias de salones comunales, territorio IV. Localidad Sumapaz.2010.	236
Tabla 59. Distribución de la población por veredas territorio IV. Localidad 20 de Sumapaz. 2010.	238
Tabla 60. Distribución de estudiantes en centros educativos, territorio IV. Localidad de Sumapaz 2010.	239
Tabla 61. Respuesta brindada desde énfasis por Etapa de ciclo vital. Localidad 20 Sumapaz. Hospital Nazareth	273
Tabla 62. Indicadores trazadores en salud. Localidad 20 Sumapaz.2009	274
Tabla 63 respuesta brindada desde Énfasis Seguridad Alimentaria y Nutricional por etapa de ciclo vital. Localidad 20 Sumapaz.	279
Tabla 64. Resumen de las intervenciones realizadas desde el plan de intervenciones colectivas en la línea de saneamiento básico 2009.	286
Tabla 65. Resumen de las intervenciones realizadas desde el plan de intervenciones colectivas en la línea de seguridad alimentaria 2009	287
Tabla 66. Comparativo de los resultados no aceptables para muestreos de alimentos años 2008-2009	287
Tabla 67. Resumen de las intervenciones realizadas desde el plan de intervenciones colectivas en la línea de industria y ambiente 2009.	288
Tabla 68. Respuesta institucional a calidad de agua. Localidad 20 Sumapaz 2009	289
Tabla 69. Respuesta institucional a disposición final de residuos. Localidad 20 Sumapaz 2009	289
Tabla 70. Respuestas institucionales a Condiciones higiénicas sanitarias en establecimientos. Localidad 20 Sumapaz 2009	290
Tabla 71. Respuesta institucional a línea industria y ambiente. Localidad 20 Sumapaz 2009	291
Tabla 72 – Propuesta de respuestas integrales	299

INIDICE DE GRAFICOS

Gráfica 1. Frecuencia de Coliformes totales en acueductos de la localidad 20 de Sumapaz 2008-2010.	39
Gráfica 2. Frecuencia de Coliformes fecales en acueductos de la localidad 20 de Sumapaz 2008-2010.	40
Gráfica 3. Comparación Promedios anuales IRCA en los acueductos de la localidad 20 de Sumpaz 2009-2010.	40
Gráfica 4. División territorial. Localidad 20 Sumapaz.	45
Gráfica 5. Tasa de natalidad por mil habitantes y número de nacimientos por año. Localidad de Sumapaz 2000-2010	59
Gráfica 6. Tasa de mortalidad Perinatal (tasa por 1000 nacidos vivos). Localidad Sumapaz 2005 -2010.	60
Gráfica 7. Razón de mortalidad Materna (por 1000 nacidos vivos). Hospital Nazareth. 2005 -2010	61
Gráfica 8. Distribución de eventos notificados a Vigilancia en Salud Pública Comunitaria. Localidad 20 Sumapaz, 2010.	69
Gráfica 9. Distribución de otros eventos reportados a Vigilancia En Salud Pública Comunitaria. Localidad 20 Sumapaz 2010.	70
Gráfica 10. Distribución de eventos en salud pública notificados por sexo y etapa de vida. Localidad 20 Sumapaz. 2010.	71
Gráfica 11. Comportamiento de la notificación al Sisvan por UPGD de niños y niñas menores de 10 años. Localidad 20 Sumapaz 2010.	72
Gráfica 12. Distribución, por UPGD, de frecuencias relativas por grupo de edad de niños y niñas menores de cinco años, notificados a Sisvan. Localidad 20 de Sumapaz. 2010.	73
Gráfica 13. Distribución porcentual por sexo de niños y niñas menores de 10 años notificados al Sisvan durante el año 2010. Localidad 20 Sumapaz	73
Gráfica 14. Distribución porcentual según sistema de seguridad social en salud de niños y niñas notificados al Sisvan. Localidad 20 Sumapaz.2010	74
Gráfica 15. Frecuencia Relativa del estado nutricional según el indicador talla /edad de niños y niñas menores de 10 años notificados al Sisvan. Localidad 20 Sumapaz.2010	75
Gráfica 16. Frecuencia Relativa del estado nutricional según el indicador Peso /Edad de Niños y Niñas menores de 10 años notificados al Sisvan. Localidad 20 Sumapaz. 2010	75
Gráfica 17. Frecuencia relativa del estado nutricional según el indicador peso /talla de niños y niñas menores de 10 años notificados al Sisvan. Localidad 20 Sumapaz.2010	76
Gráfica 18. Frecuencia absoluta de pautas de crianza seguidas por cuidadores de niños y niñas intervenidos en IEC. Localidad 20 de Sumapaz 2010.	77
Gráfica 19. Distribución porcentual de tenencia de vivienda por parte de cuidadores de niños y niñas intervenidos por el Sisvan. Localidad 20 de Sumapaz. 2010.	77
Gráfica 20. Frecuencia absoluta de características de aseo personal, aseo de vivienda y riesgo de tos y gripa. Localidad 20 Sumapaz. 2010.	78
Gráfica 21. Distribución de Frecuencia absoluta de consumo de alimentos por parte de las familias intervenidas desde el Sisvan. Localidad 20 Sumapaz. 2010	78
Gráfica 22. Distribución de Frecuencias absolutas del estado nutricional encontrado en cada una de las visitas del Sisvan realizadas a niños y niñas. Localidad 20 Sumapaz 2010.	79
Gráfica 23. Comportamiento del Peso en niños y niñas con IEC de control Sisvan. Localidad 20 Sumapaz. 2010	79

Gráfica 24. Distribución porcentual de IEC realizada a niños y niñas menores de 10 años, según sexo. Localidad 20 de Sumapaz. 2010	80
Gráfica 25. Número de casos de Violencia Intrafamiliar, abuso sexual y maltrato infantil, Notificados en la localidad de Sumapaz. 2004 a 2010	85
Gráfica 26. Adherencia a guías para la prevención y control de las IIH. Hospital Nazareth. Localidad 20 de Sumapaz.2010	89
Gráfica 27. Distribución por sexo de población en condición de discapacidad. Localidad 20 Sumapaz.2010	117
Gráfica 28. Distribución de la población en condición de discapacidad por género y etapas de ciclo de la localidad 20 de Sumapaz	118
Gráfica 29. Distribución de personas caracterizadas en condición de discapacidad por territorio y etapa de vida. Localidad 20 Sumapaz.2010	118
Gráfica 30. Principales alteraciones permanentes en las etapas de vida de infancia y juventud. Localidad 20 de Sumapaz. 2010.	119
Gráfica 31. Principales alteraciones permanentes en las etapas de vida de adultez y persona mayor. Localidad 20 de Sumapaz. 2010.	120
Gráfica 32. Prevalencia de dificultades permanentes presentadas en la población en condición de discapacidad caracterizada. Localidad 20 Sumapaz. 2010	121
Gráfica 33. Distribución de gestantes por veredas, Corregimiento Nazareth. Localidad 20 Sumapaz, 2010	124
Gráfica 34. Distribución de gestantes por etapa de ciclo de vida, Corregimiento Nazareth. Localidad 20 Sumapaz, 2010.	125
Gráfica 35. Distribución de gestantes según aseguramiento, Corregimiento Nazareth, Localidad 20 Sumapaz, 2010.	125
Gráfica 36. Distribución de gestantes corregimiento de San Juan Localidad 20 Sumapaz, 2010.	126
Gráfica 37. Distribución de gestantes por etapa de ciclo de vida, Corregimiento San Juan. Localidad 20 Sumapaz, 2010	126
Gráfica 38. Distribución de gestantes según aseguramiento, Corregimiento Nazareth, Localidad 20 Sumapaz, 2010.	126
Gráfica 39. Frecuencia absoluta de estado nutricional de gestantes por corregimiento. Localidad 20 de Sumapaz.2010	129
Gráfica 40. Distribución porcentual del estado nutricional de gestantes según grupo de edad. Localidad 20 de Sumapaz. 2010	130
Gráfica 41. Distribución de estado civil de gestantes visitadas en IEC. Localidad 20 Sumapaz 2010.	131
Gráfica 42. Distribución de personas que aportan económicamente en la familia de las gestantes visitadas en IEC. Localidad 20 de Sumapaz.2010.	131
Gráfica 43 Frecuencia de consumo de alimentos referido por gestantes visitadas. Localidad 20 de Sumapaz.	132
Gráfica 44. Comparación de mediana de lactancia materna exclusiva y complementaria en niños y niñas menores de 2 años notificados al Sisvan Localidad 20 Sumapaz. 2009-2010	133
Gráfica 45. Distribución de la población por etapa de ciclo vital territorio I. Localidad 20 Sumapaz,2010	146
Gráfica 46. Distribución de pacientes en condición de enfermedad crónica territorio I. Localidad 20 Sumapaz. 2010	157
Gráfica 47. Prevalencia de violencia, territorio I, Localidad 20 Sumapaz.2009.	158

Gráfica 48. Distribución de la población por etapa de ciclo vital territorio II. Localidad de Sumapaz 2010.	173
Gráfica 49. Principales tipos de violencia presentados en el territorio II. Localidad 20 Sumapaz. 2009.	192
Gráfica 50. Distribución de la población por etapa de ciclo vital territorio III. Localidad de Sumapaz 2010.	214
Gráfica 51. Distribución de la población por etapa de ciclo vital. territorio IV. Localidad de Sumapaz 2010.	239
Gráfica 52. Prevalencia de Violencias, territorio IV, Localidad 20 Sumapaz, 2009	254

INIDICE DE GRAFICOS

Figura 1. Pirámide poblacional. Localidad 20-Sumapaz, 2010	53
Figura 2. Pirámide poblacional. Corregimiento de San Juan. Localidad 20- Sumapaz. 2010	55
Figura 3. pirámide poblacional. Corregimiento de Nazareth. Localidad 20- Sumapaz, 2010	57
Figura 4. Pirámide Poblacional territorio I. Localidad de Sumapaz 2010	145
Figura 5. Pirámide Poblacional territorio II. Localidad de Sumapaz 2010.	173
Figura 6. Pirámide Poblacional territorio III. Localidad de Sumapaz 2010.	214
Figura 7. Pirámide Poblacional territorio IV. Localidad de Sumapaz 2010.	238

INIDICE DE MAPAS

Mapa 1. Ubicación de la Localidad 20 Sumapaz en Cundinamarca y Bogotá.	29
Mapa 2. Distribución acueducto veredal Corregimiento San Juan. Localidad 20 Sumapaz	36
Mapa 3. Distribución acueducto veredal Corregimiento Nazareth. Localidad 20 Sumapaz	37
Mapa 4. Distribución acueducto veredal Corregimiento Betania. Localidad 20 Sumapaz	38
Mapa 5.territorios I y II. Corregimiento de San Juan. Localidad 20- Sumapaz.	54
Mapa 6. Territorios III y IV. Corregimiento de Nazareth-Betania. Localidad 20- Sumapaz.	56
Mapa 7.Distribucion de Unidades de Trabajo Informal.Localidad 20 Sumapaz 2009	102
Mapa 8. Geo- Referenciación de gestantes. Localidad 20 de Sumapaz. 2010	128
Mapa 9.Ubicación territorio I en la localidad de Sumapaz.	137
Mapa 10.Distribución de veredas territorio I. Localidad Sumapaz, 2009	138
Mapa 11.Ubicación geográfica territorio II. Localidad 20 Sumapaz.	162
Mapa 12. Distribución por veredas territorio II. Localidad 20 Sumapaz.	163
Mapa 13. Ubicación territorio III. Localidad 20 Sumapaz.	207
Mapa 14.Distribución por veredas territorio III. Localidad 20 Sumapaz.	208
Mapa 15. Localización territorio IV. Localidad de Sumapaz	232
Mapa 16. Distribución de veredas territorio IV. Localidad de Sumapaz.	233

INTRODUCCIÓN

El análisis de la determinación social en salud, cuyo producto estratégico es el diagnóstico local, se construye bajo la propuesta metodológica de la Secretaría Distrital de Salud, en el marco del modelo de prestación de servicios de salud, dentro del componente de gestión local. Se realiza a partir del cumplimiento de un papel activo en la localidad, fomentando la conservación y el mantenimiento de la salud individual, familiar y colectiva; se pretende impactar positivamente los determinantes sociales a través de acciones e intervenciones integrales.

El análisis de situación en salud (Asís) es considerado como el insumo básico para la toma de decisiones y diseño de respuestas integrales desde el sector salud. Conocer y comprender la complejidad en que se desarrollan los procesos de salud, enfermedad y calidad de vida de las poblaciones, permite la adecuada y pertinente planeación, ejecución y evaluación de intervenciones desde el estado y la misma comunidad¹. Es un concepto plural que define procesos analíticos y sintéticos desarrollados para caracterizar, medir y explicar el perfil de la salud – enfermedad de una población, incluyendo a los problemas de salud y a sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores. También es definido como un proceso continuo de recopilación, procesamiento e interpretación de información que permita identificar los problemas prioritarios y las brechas en salud entre los diferentes estratos poblacionales, así como las causas que las determinan y a partir de ello tomar decisiones técnicas y políticas adecuadas a la realidad nacional, regional y local, buscando optimizar las respuestas institucionales y propiciar la participación comunitaria en el mejoramiento de las condiciones de salud y desarrollo.

Es un proceso de generación de información para orientar la toma de decisiones, elaborar planes, diseñar proyectos, formular políticas, establecer acuerdos y orientar otras formas de intervención en la realidad concreta. En este sentido, “el diagnóstico situacional precede y preside las intervenciones”:

“El término diagnóstico proviene del griego *diagnostikós* formado por el prefijo *diá* “a través” y *gnosis* “conocimiento”, “apto para conocer”; por lo tanto, se trata de un “conocer a través” o un “conocer por medio de”; esta primera aproximación al término nos permite precisar el concepto al que se quiere llegar. Es así como la palabra diagnóstico es utilizada en diferentes momentos o contextos, para hacer referencia a la caracterización de una situación, mediante el análisis de algunos eventos. El diagnóstico debe ser el fundamento de las estrategias que han de servir en la práctica de acuerdo con las necesidades y aspiraciones de la comunidad y a la influencia de los

¹ Ficha técnica Análisis de Situación de Salud y Calidad de Vida. Secretaría Distrital de Salud.2011.

diferentes factores que inciden en el logro de los objetivos propuestos. Un diagnóstico actualizado permite tomar decisiones en los proyectos con el fin de mantener o corregir el conjunto de actividades en la dirección de la situación objetivo”²².

Todo diagnóstico situacional es y debe ser político, estratégico, objetivo, pragmático, participativo y eficiente. Es un saber profundo (sobre estructuras), histórico (etiológico), predictivo (pronóstico), dialéctico (interacción entre la observación y la teoría), y sobre todo operativo (orienta el tratamiento). También es un discurso transformador; es decir, aquel que puede exponer los puntos más sensibles de la realidad para producir diversos niveles de cambio. Todo diagnóstico situacional es y debe ser político, estratégico, objetivo, pragmático, participativo y eficiente; es un saber profundo (sobre estructuras), histórico (etiológico), predictivo (pronóstico), dialéctico (interacción observación y teoría), y sobre todo operativo (orienta el tratamiento). Finalmente debe concretarse en un discurso transformador, lo cual significa aquel que puede exponer los puntos más sensibles de la realidad para producir diversos niveles de cambio.

Las fuentes de información utilizadas en este diagnóstico se derivan de documentos del sector salud, así como de la interacción del trabajo intersectorial que recopila la experiencia del Hospital Nazareth ESE primer nivel y única IPS con unidades de atención instaladas a nivel local.

Las condiciones específicas de la localidad han generado un gran compromiso institucional, identificando y profundizando el análisis de los diferenciadores locales, para orientar la respuesta de la prestación de servicios de salud frente a las necesidades específicas de la población habitante local. Las necesidades diferenciales locales configuran la base para el diseño e implementación de la respuesta organizada en la cual participa activamente el hospital como representante del sector salud, y más aún, como uno de los dos actores con permanencia constante en lo local, siendo el otro el sector educativo.

El presente documento está estructurado en cuatro grandes capítulos; el primero es un análisis de la determinación social de la relación territorio población ambiente; realizando un análisis analítico descriptivo y explicativo de las relaciones que generan un perfil de protección o deterioro de la salud, a partir de los determinantes locales. El segundo capítulo, es un análisis de la determinación social desde la relación producción- consumo, en el que se desarrolla un análisis descriptivo, explicativo y crítico de las relaciones presentes entre los modos y condiciones de producción y consumo de la comunidad y las familias en los territorios.

El tercer capítulo corresponde al análisis territorial y poblacional, integrando las categorías analíticas anteriores y generando los núcleos problemáticos presentes por cada uno de los territorios de la Gestión Social Integral (GSI), que a su vez involucran análisis por cada énfasis y por los ámbitos y componentes del modelo institucional de prestación de servicios.^{3*}

En el cuarto y último capítulo se desarrollan el análisis de la determinación de la respuesta social, explorando el déficit de la respuesta a la luz de la suficiencia, pertinencia e integralidad de las acciones desarrolladas y finalmente se incluyen las propuestas de intervención alrededor de los núcleos problemáticos construidos a partir de la propuesta institucional para el Plan de Intervenciones Colectivas 2011.

² <http://redesus.files.wordpress.com/2010/02/diagnostico-social-comunitario.pdf>

³ * *La Gestión Social Integral es una estrategia que permite gestionar políticas públicas para que los individuos y las poblaciones se realicen en lo social, desde y para la integralidad. Con ello Bogotá se apunta a una nueva forma de comprender la relación Estado-Sociedad que va a servir para reorganizar los recursos económicos, políticos y humanos, en una dirección que alcance la Ciudad de Derechos.*

MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

En la localidad 20 Sumapaz existe un importante acumulado de experiencias tendientes al desarrollo de capacidades y al desarrollo de procesos interinstitucionales; hay varios ejemplos de ello como las mesas académicas, las jornadas de servicios integrados y diferentes convenios intersectoriales que se han desarrollado en varias oportunidades, con lo que se han generado antecedentes de articulación intersectorial importantes para el desarrollo de procesos colectivos, observando también como característica importante que la dinámica de la participación local y veredal es una fortaleza para la Gestión Social Integral (GSI). Sin embargo, se debe promover la desconcentración de representatividad y liderazgo y la formación de nuevos líderes y lideresas en la comunidad. De igual manera, se debe fortalecer la organización y participación en los corregimientos de Nazareth y Betania.

Teniendo en cuenta lo anterior y el trabajo e interrelación con los sectores del Gobierno presentes en lo local, se define a la familia campesina como el centro de la intervención institucional en Sumapaz, con lo que se pretende lograr la integralidad y la garantía de derechos fundamentales, con énfasis en la infancia, la juventud y las mujeres, como actores sociales determinantes en el desarrollo comunitario, con lo que se define una nueva propuesta interinstitucional de abordaje para el trabajo con la comunidad local a partir de la definición de territorios sociales de calidad de vida y salud.

La definición de territorios como espacios sociales corresponde al trabajo adelantado por el equipo gestor de la GSI desde Febrero de 2009, con quienes se desarrolló colectivamente un primer ejercicio de reconocimiento territorial desde la lectura de realidades que permitiera establecer “mesas territoriales” o zonas de condiciones similares de calidad de vida, en términos tanto de necesidades sociales, como de potencialidades e identidades territoriales, ambientales y socioculturales. Para este ejercicio se partió de la división política de tres corregimientos y 29 veredas existentes; también la zonificación de Planeación Distrital que caracteriza a la localidad en dos extensas Unidades de planeación Rural –UPR –Río Blanco y Sumapaz- y finalmente la sectorización del Hospital Nazareth que caracterizó la localidad en tres “zonas de calidad de vida” -1. Bosque Alto Andino Agrícola, 2. Páramo, agrícola y ganadero, 3. Centros de distribución de la producción-.

Sin embargo, se buscó trascender la organización del territorio desde lo simplemente físico y geográfico, o económico, hacia la integración de características relacionadas con la calidad de vida... “Más allá de ser una división político administrativa para las familias que habitan las veredas, es importante el referente de identidad, pertenencia territorial respecto a las cercanías, vínculos

familiares, comunitarios, afectivos, comunicativos, económicos y solidarios, con valores y tradiciones propias que hacen que las familias pertenezcan durante décadas a las mismas veredas”.⁴³

Este trabajo de organización territorial fue realizado con la participación de representantes de organizaciones gremiales y comunitarias importantes en la comunidad local como tales como la JAL y el sindicato agrario. Con estos actores colectivos se realizaron los ajustes pertinentes en cuanto a la propuesta inicial de distribución territorial, generando la organización en cuatro territorios de calidad de vida y salud a partir de los cuales se organizaron los equipos de trabajo del hospital en un principio; y que se espera pueda trascender a otros sectores e instituciones, organizando la oferta institucional existente.

Paralelamente al desarrollo de los procesos de división territorial, se generan espacios de recolección, organización, análisis y presentación de los datos de situación de calidad de vida y salud de la población local acorde con la dinámica institucional de organización que se desarrolla en la actualidad y que parte de la organización de equipos de trabajo, así como de intervenciones a partir de los diferentes énfasis del modelo de prestación de servicios institucional. Se definen objetivos a corto, mediano y largo plazo relacionados con el proceso de análisis para actualizar la información del diagnóstico local, que incluya información de diferentes planes de beneficio, así como trascender en los análisis de las respuestas institucionales existentes e incluir información de otros sectores.

La información se recolecta y analiza a partir del desarrollo de las siguientes fases:

Recolección de la información: esta fase del proceso se adelanta a partir de los énfasis del modelo de prestación de servicios institucional, que a su vez organizan la información según los territorios de calidad de vida y salud, incluyendo la perspectiva de ciclo vital con un trabajo previo de revisión de:

- Estado del arte: Revisión documental de diagnósticos locales realizados y publicados en años anteriores.
- Fuentes primarias y secundarias: las fuentes primarias y secundarias usadas fueron las disponibles en la ESE y de otras instituciones por etapa del ciclo y por territorio de los diferentes énfasis que operan en la localidad de Sumapaz, incluyendo información cuantitativa y cualitativa. Para la recolección de información cuantitativa se dispuso de todas las bases de datos de los diferentes sistemas de vigilancia en salud pública, bases de datos de cada énfasis y el sistema de información que reúne las condiciones de vulnerabilidad individual y familiar y las condiciones generales de salud de cada individuo, con la perspectiva de cada énfasis.
- Fuentes de información comunitaria e intersectorial como por ejemplo, los núcleos de gestión, redes, consejos y comités comunitarios e intersectoriales, así como los espacios naturales de organización comunitaria.

Teniendo presente la recolección y las distintas fuentes de información, se identificaron los determinantes sociales que afectan negativamente la calidad de vida y salud de la población, con base en los territorios, etapa de ciclo de vida, lo que originó la construcción de núcleos problemáticos.

⁴ Secretaría De Integración Social y Secretaría de Salud. Cartilla Ruralidad. Caja de herramientas Gestión Social Integral. Documento Consolidado a partir del ejercicio de implementación de la GSI por el Equipo Gestor de la localidad 20 Sumapaz. 2009. Pág. 8, 13

Los determinantes sociales de la salud son un enfoque que permite comprender a la salud más allá de la diada salud – enfermedad, teniendo en cuenta los contextos y prácticas sociales que desarrollan los individuos de una sociedad para garantizar una calidad de vida. En este plano, la organización política, social, económica y cultural, y las condiciones que de ellas se desprenden, son asuntos fundamentales para comprender la distribución de la salud, la enfermedad y la muerte, los cuales son organizados en tres planos: general, particular y singular. El primero hace referencia a los mecanismos estructurales que ha constituido la sociedad; el segundo hace referencia al medio, a los contextos y experiencias que han tenido los miembros de los grupos sociales y el último establece las características fenotípicas y genotípicas de los individuos.

Esta siguiente etapa dentro del proceso se desarrolla a partir de la ejecución de jornadas de análisis de la información anteriormente mencionada que involucra los equipos integrales de salud de cada territorio, realizando análisis en los siguientes espacios:

- Análisis Familiar: Son ejercicios de análisis familiares que se desarrollan en diferentes espacios intra institucionales, en los cuales se analiza cada una de las familias realizando una lectura de realidades sociales, en cada uno de los cuatro territorios de la localidad 20 del Distrito Capital, buscando identificar en incidir en la disminución de brechas e inequidades en salud.
- Revisión de fichas familiares: La revisión de las fichas familiares incluye la realización inicial de un diagnóstico de necesidades y expectativas. Luego se realiza la planeación concertada del cuidado de la salud, la ejecución alternativa para el cuidado de la salud y por último la evaluación y análisis.
- Actualización del plan de cuidado familiar: Acompañar y actualizar a la familia en la corresponsabilidad del plan de cuidado familiar y su cumplimiento, para el seguimiento de una familia sana, una comunidad saludable y un entorno natural.

Unidades de análisis equipo integral de salud

Esta fase del análisis fue desarrollada durante el año 2009 con lo que se generan versiones preliminares del documento de Diagnostico Local con participación social, posteriormente, en el año 2010, se continúa con el siguiente nivel de análisis con la organización de metodologías homogéneas en cada uno de los territorios para el desarrollo de las unidades de análisis con lo que se complementa la información generada inicialmente.

- Análisis territorial: Generar espacios para la reflexión y la construcción de conocimiento que posibiliten el análisis de respuestas integrales asociadas al cumplimiento de metas del Plan de Desarrollo Distrital, el cual busca mejorar la calidad de vida y salud de la población y de esta manera lograr un mayor bienestar.
- Unidades de análisis por énfasis (plan de acción): Cada énfasis estableció las líneas de acción, las acciones realizadas y las respuestas que se daban a la comunidad desde el énfasis.
- Unidades de análisis con comunidad: Análisis de situaciones en salud con la participación de la comunidad. Técnicas participativas para la recolección de información que permita diseñar respuestas integradoras para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud.

- Cartografía social: La cartografía social como metodología para el reconocimiento y el abordaje de los territorios y como la fase inicial en el proceso de análisis de la situación en salud a la luz de los determinantes sociales, se convierte entonces en un elemento esencial que posibilita no solo el levantamiento de información cuantitativa y cualitativa sino que permite la reconstrucción de subjetividades que giran en torno a las intervenciones que se desarrollan desde la ESE, así como la ubicación de la respuesta oportuna y acercada a las realidades no solamente de la prestación de los servicios de salud, sino de la respuesta social integral de los diferentes sectores.
- Sistematización del análisis: Cada equipo, de cada territorio en cabeza de su gestor territorial, estará encargado de consolidar la información analizada en cada reunión. Durante la reunión de análisis, el líder o el colaborador que sea designado, diligenciará la matriz de análisis, de acuerdo con la información presentada para cada familia. Semanalmente la base de datos actualizada con la información de las familias analizadas será entregada a la coordinación de Gestión Local junto con el acta de reunión del equipo.
- Construcción de Narrativas: El desarrollo del ejercicio anterior se recoge en la construcción de las narrativas ejercicio que en principio es elaborado por el equipo de dinamizadores de énfasis con acompañamiento del equipo de gestión integral de comunidades saludables y que posteriormente se complementa por énfasis con los miembros del equipo en campo.

Posteriormente se desarrollan unidades de análisis y validación de la versión del documento con los equipos integrales de salud, distribuidos en los micro territorios de salud y calidad de vida. Paralelamente al desarrollo del proceso de cartografía social que se adelanta en el segundo trimestre del presente año. El proceso de cartografía social se realizó con participación de promotores y con comunidad. Adicionalmente se hicieron unas entrevistas a líderes comunitarios basadas en unas preguntas orientadoras.

1.

**1. ANÁLISIS DE LA
DETERMINACIÓN SOCIAL,
RELACIÓN TERRITORIO –
POBLACIÓN AMBIENTE**

1.1. Reseña Histórica

La historia del Sumapaz se remonta al periodo pre colombino. Los páramos aledaños a la sabana de Bogotá estuvieron ocupados por los Chibchas. En la región del río Sumapaz vivieron los indígenas Sutagaos con los subgrupos Doar y Cundayo. La parte de Tunjuelito, así como los páramos adyacentes y la cuenca del río Blanco, fueron predios de los Muisca, pobladores indígenas que trabajaban la canica, cazaban venados y vestían mantas de algodón. Fugunzua era el nombre del páramo de Sumapaz en tiempos en que los indígenas eran los únicos habitantes de América.

En la época de la conquista, numerosos viajeros atravesaron el páramo; Nicolás de Federman hizo esta travesía buscando llegar a tierras de El Dorado.

Entre 1870 y 1925, cuando se consolidó la Hacienda surgieron conflictos entre terratenientes, colonos y arrendatarios, quienes al cuestionar los patrones tradicionales de tenencia y explotación de tierras generaron sucesivos enfrentamientos que tomaron la forma recurrente de invasiones y desalojo de los predios de ésta. La situación obligo a la primera intervención estatal en la región que llevo a la creación de la colonia agrícola de Sumapaz (Decreto 1110 de 1928).

Esta guerra finalizó en el gobierno del general Gustavo Rojas Pinilla, quien ordenó el desarme de las guerrillas en la zona con la policía de seguridad nacional. La relativa paz se rompió cuando Rojas Pinilla decidió luchar contra el comunismo que imperaba en la región, diseñando para tal fin un plan antsubversivo. La violencia se desato al sur del Tolima, entre los guerrilleros liberales llamados “Limpios”, los cuales aceptaron las pautas puestas por los partidos tradicionales, y los llamados “Comunes”, bajo la dirección de las ideologías comunistas de occidente.

Se inició entonces un conflicto entre los partidos de Juan de La Cruz Varela, quien fue representante a la Cámara de 1960 por el movimiento revolucionario liberal (MRL) y Antoni Vargas. Este enfrentamiento se prolongo hasta finalizar el frente nacional, con el asesinato de Vargas.

El panorama anterior Guerra-Amnistía –Guerra detuvo el impulso de la colonización de la zona, redujo las formas más tradicionales de la economía regional de hacienda y estancó el desarrollo de algunos pueblos⁵.

1.2. Territorio Ambiente

La localidad de Sumapaz es la número 20 del Distrito Capital y la única netamente rural indicándonos una dinámica única y diferente. Está ubicada en la Cordillera Oriental, en la región del Macizo de Sumapaz, zona del Alto Sumapaz, la cual se considera ecosistema de montaña insustituible en funciones ecológicas, entre los 2.600 metros a 4.320 metros de altura sobre el nivel del mar. Abarca una extensión de 75.761 hectáreas que representan el 42% de las 177.944 hectáreas que comprende el Distrito Capital. Está situada al sur de la Bogotá Urbana y ocupa cerca del 80% del total de su área rural.

La comunidad identifica y reconoce que la Localidad hace parte del Páramo de Sumapaz, uno de los más grandes recursos hídricos de Colombia, el cual integra las cuencas de los ríos Magdalena y Orinoco. Actualmente, está inscrito en el Sistema de Parques Naturales, dando origen al Parque Nacional Natural de Sumapaz, que constituye una de las áreas más importantes del país, por su vegetación con predominio de frailejones, musgos y pajonales, y por poseer una alta capacidad para condensar y almacenar el agua presente en las nubes y en el suelo, por presentar una alta permeabilidad, convirtiéndola en área ideal para almacenar el recurso hídrico.

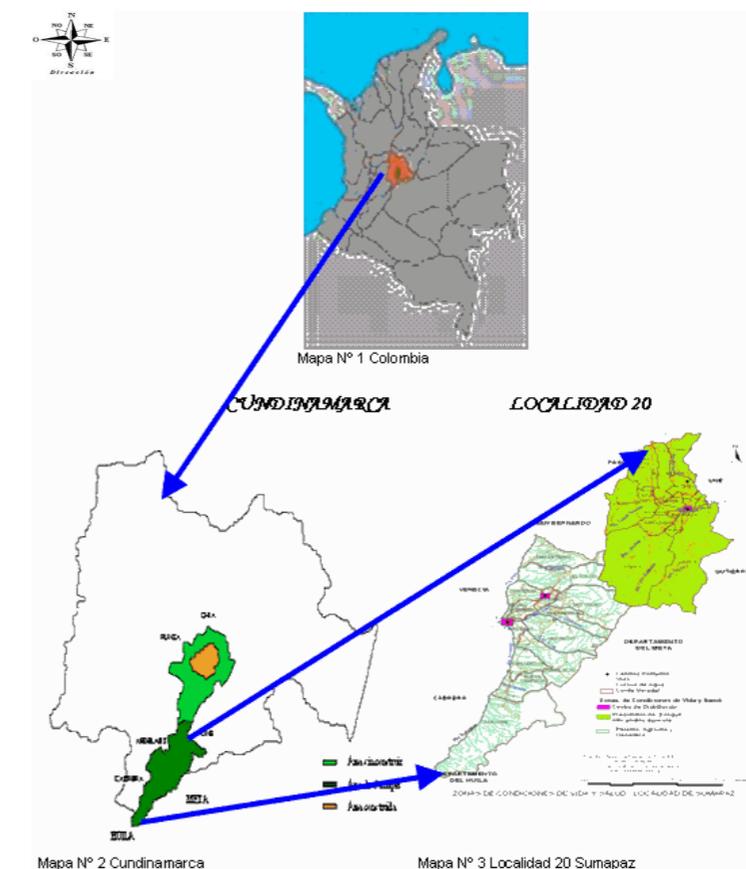
Los habitantes de Sumapaz, son personas con un gran arraigo por la tierra, y así lo demuestran

cuando refieren: “ ...Pero estamos aquí porque Sumapaz tienen un encanto que nos ata...”, por esta razón tratan de mantener su diversidad y tienen especial cuidado por el agua; sin embargo, el impacto de la ganadería extensiva y los cultivos con abundancia de riegos químicos han hecho que las fuentes de agua no sean tan ricas como antes, razones por las que los programas en esta región están dirigidos a generar conciencia en los habitantes para proteger, recuperar y conservar la riqueza del ecosistema que los rodea.

Sumapaz limita por el norte con las localidades de Usme y Ciudad Bolívar, por el sur con el Departamento de Huila, por el oriente con los municipios de Chipaque, Uña, Gutiérrez y San Juan de Cubaral, y por el occidente con los municipios de Pasca, Arbeláez, San Bernardo y Cabrera. Pertenece política y administrativamente a Bogotá Distrito Capital de Colombia. Está localizada en el extremo sur del Distrito y dista 31 Kilómetros del área urbana de la capital (Mapa 1).

De las 75.761 hectáreas del territorio de la localidad de Sumapaz, 34.556 hectáreas hacen parte del Parque Nacional Natural del Sumapaz, el cual divide el territorio en dos zonas de concentración de la población y de ocupación agrícola, la de Nazareth-Betania y la de San Juan. La zona de los corregimientos Nazareth y Betania está situada al nororiente del Parque Sumapaz, abarcando 16.817 hectáreas y comprende el límite entre el Distrito Capital y los departamentos de Meta y Cundinamarca y la zona de desarrollo agrícola de Usme. La zona del corregimiento de San Juan está situada al sur occidente del Parque Sumapaz, tiene 19.795 hectáreas; allí los poblados de San Juan y La Unión son los más importantes (Tabla1)

Mapa 1. Ubicación de la Localidad 20 Sumapaz en Cundinamarca y Bogotá.



Fuente: Archivo Hospital Nazareth.

Tabla 1. *Distribución de los corregimientos por área. Localidad 20- Sumapaz.*

CORREGIMIENTO	AREAS (HA)	PORCENTAJE (%)	POBLACION
Nazareth y Betania	36,316	48	1350
San Juan	39,445	52	1528
TOTAL	75,761	100	2878

Fuente: Sistema de Seguimiento Unificado Integral del Modelo del Servicio de Salud de Sumapaz Hospital Nazareth 2009.

1.2.1. Clima

El clima predominantemente húmedo y frío, con bajas temperaturas durante casi todo el año, produjo un pobre desarrollo y mineralización del suelo mismo, con la consecuente acumulación de la materia orgánica producida. Algunos sectores se encuentran cubiertos por cenizas volcánicas en donde ocurren fenómenos de remoción en masa, tales como solifluxión y deslizamientos.

La localización del Sumapaz sobre la Cordillera Oriental hace que permanezca con un alto porcentaje de cobertura de nubes. Por otra parte, los fenómenos de radiación solar y presión atmosférica son bastante diferenciados en cada uno de los flancos de la cordillera, mostrando importantes variaciones en la temperatura y en la precipitación. Así, hacia el oriente de la cordillera hay regímenes monomodales, mientras hacia el occidente son bimodales. Los periodos más lluviosos corresponden a los meses de mayo, junio y julio. Se estima que los valores de brillo solar para la región son bajos, debido principalmente a las condiciones de clima paramuno de la región y a la presencia continua de nubes que impide el paso de la radiación solar.

1.2.2 Hidrografía

En el Sumapaz se genera uno de los más importantes recursos hídricos de Colombia, que hace parte de las cuencas de los ríos Magdalena y Orinoco. Indiscutiblemente, el Sumapaz producirá también parte de los depósitos de agua que abastecerán a Bogotá en el futuro. Las 75.761 hectáreas de la localidad de Sumapaz, con sus 35.928 hectáreas de pajonal, 25.017 hectáreas de frailejón y pajonal, 5.402 hectáreas de bosque natural, 1.856 hectáreas de turbera y 106 hectáreas de lagunas, además de sus 1.128 kilómetros de ríos y quebradas, conforman un conjunto natural que cumple un importante papel en el ciclo del agua, tanto regulando los flujos desde la montaña, como alimentando los depósitos subterráneos.

La riqueza hídrica de la localidad está en la posesión de dos grandes vertientes: la oriental, que sigue hacia los llanos orientales y la Orinoquía, y la vertiente occidental, que va hacia el valle del río Magdalena.

La vertiente oriental da origen al sistema río Blanco, Guayuriba, Meta y Orinoco. La vertiente occidental da origen a los ríos Sumapaz y Magdalena. Además, las aguas que se vierten de su páramo irrigan las cuencas de los ríos Guape, Ariari, Duda y el río Tunjuelo que en su nacimiento se caracteriza por lo cristalino de sus aguas, pero a la altura de la Bogotá Urbana alcanza un alto nivel de contaminación.

La localidad del Sumapaz puede calificarse como pionera en el país en el ámbito de manejo de aguas residuales, teniendo en cuenta que las viviendas en su gran mayoría poseen sanitario con su respectivo pozo séptico; de igual forma, se han adelantado obras de ingeniería para tratar las aguas residuales en Nazareth, La Unión y San Juan, elementos de los que carecen muchas poblaciones en condiciones similares en el resto del territorio colombiano.

1.2.3. Flora

La localidad de Sumapaz es una de las zonas más importantes en lo que se refiere a diversidad de plantas. Se considera uno de los sitios más ricos en biodiversidad de Colombia y del mundo.

La vegetación se caracteriza por un color verde amarillento de los pajonales, interrumpido por el plateado de las aterciopeladas hojas de los frailejones que florecidas exhiben sus flores amarillas y llegan a medir hasta 12 metros. En la parte baja hay manchas de vegetación arbustiva de hermosos colores que adornan el paisaje, como el Siete Cueros y el Rodamonte.

Existen diferentes tipos de comunidades vegetales zonales y azonales dentro de las cuales se pueden encontrar frailejones y pajonales que dominan el paisaje; matorrales, pantanos, turberas, romerales, cháscales, cortaderas, pajonales de pantano, prados, bosques de encenillo, bosques de tagua y valerianas.

1.2.4. Fauna

La fauna en este ecosistema es bastante variada, por especies endémicas o también por animales que se encuentran en otros lugares de la selva andina, como el curí, el cóndor y el águila real, los dos más grandes representantes de esta zona ecológica de Bogotá.

Entre los animales representativos del ecosistema Sumapaceño está la danta de páramo, de pelaje alto y que desafortunadamente está en riesgo de extinción. También se encuentra el venado blanco, llamado así por su pelaje gris claro. Otra especie endémica de los páramos del Sumapaz es el oso de anteojos, único en el ecosistema y que está también en peligro de extinción; se alimenta de los tallos de frailejón. Entre los roedores hay conejos y curíes. Existen aves como el pato de páramo y el de los torrentes, así como aves acuáticas como el zambullidor.

1.2.5 Estructura del territorio rural

El territorio rural del Distrito Capital es un espacio de alta riqueza natural y diversidad. En él se distinguen geográfica y socioeconómicamente cinco macro unidades, denominadas Piezas Rurales, que se interrelacionan con el área urbana de manera disímil y prestan diferentes servicios y funciones en el territorio distrital. Al interior de estas unidades el territorio se divide en tres zonas de acuerdo con su función dentro del Distrito Capital: de uso minero, rotacional y producción sostenible.

A esta estructura se superponen los sistemas generales que permiten la funcionalidad del conjunto (sistema de movilidad rural y sistema de asentamientos humanos), así como conservación de las mayores riquezas ecosistémicas del Distrito (Sistema de Áreas Protegidas).

El Plan de Ordenamiento Territorial (POT) en el Artículo No. 01 define los objetivos ambiental y rural, aunque no se da la especificidad directa sobre la localidad. El objetivo ambiental promueve un modelo territorial sostenible y el mejor aprovechamiento y manejo adecuado de los recursos naturales, y el objetivo rural pretende fortalecer el territorio rural e integrarlo de manera funcional al Distrito Capital y a la región, preservando su riqueza natural y aprovechando sus oportunidades.

El objetivo rural pretende fortalecer el territorio rural e integrarlo de manera funcional al Distrito Capital y a la región, preservando su riqueza natural y aprovechando sus oportunidades. El Plan de Ordenamiento Territorial define el área rural como una reserva hídrica, biótica, escénica y productiva y como un hábitat adecuado para la población rural del distrito, ordenada a través de un sistema de áreas protegidas, un sistema de asentamientos humanos y un sistema de áreas productivas.

Las áreas protegidas del territorio rural constituyen el soporte básico de la biodiversidad, los recursos naturales y los procesos ecológicos que deben ser preservados. El sistema de asentamientos, constituye el soporte básico para la oferta de servicios a la población rural del distrito.

La estructura rural, según el POT, la conforma la porción del territorio destinada a la población que preserva formas de vida rural, a las actividades agrícolas, forestales, extractivas y pecuarias, compatibles con el medio rural y a la preservación de la riqueza escénica, biótica y cultural propias de este entorno.

La localidad 20 Sumapaz hace parte del Parque Nacional Natural del Sumapaz, considerado como área protegida de orden regional y nacional dentro del territorio distrital, esto para efectos de planificación e inversión, acogiendo el régimen de usos, planes de manejo y reglamentos específicos establecidos para cada una por la autoridad ambiental competente.

Como reservas forestales distritales en la localidad 20 Sumapaz se encuentran: el Sumapaz, las Vegas, el área de restauración las Vegas, San Juan, Alto San Juan, Quebrada Honda, San Antonio, Sub Páramo del Salitre, Sub Páramo Cuchilla, las Ánimas, Quebrada el Salitre, Alto Río Chochal, el Istmo, Páramo Alto Chisacá y Páramo los Salitres. Esta categoría se acogerá al siguiente régimen de usos: conservación de flora y recursos conexos, forestal protector, recreación pasiva, rehabilitación ecológica, investigación ecológica, agro forestería, vivienda campesina, construcción de infraestructura básica para los usos principales y compatibles.

Estos usos quedan sometidos al cumplimiento de los siguientes requisitos: forestal protector-productor y productor; localización fuera de las principales áreas de recarga del acuífero; nacaderos y rondas hidráulicas, las cuales deben estar bajo cobertura vegetal protectora; localización por fuera de suelos propensos a deslizamientos o desprendimientos en masa; localización por debajo de los 3.200 msnm y no reemplazar la vegetación leñosa nativa.

El aprovechamiento forestal permisible dentro de las reservas forestales distritales, incluyendo el doméstico asociado a la vivienda campesina, es exclusivamente persistente y sólo sobre plantaciones forestales establecidas para tal fin y en ningún caso de la vegetación nativa.

No se deben realizar actividades que generen la fragmentación del hábitat, la fauna nativa e integrar paisajísticamente la infraestructura al entorno; se impulsa no causar deterioro de la vegetación nativa, fortalecer la agroforestería, parcelas demostrativas dirigidas a la educación ambiental y la transferencia de modelos agroforestales y silvopastoriles.

Como actividades prohibidas se encuentran: la recreación activa, agrícola, pecuaria (salvo agroforestales y silvopastoriles), agroindustrial, minera, industrial (salvo el forestal asociado a los usos forestales condicionados), comercial de todo tipo y residencial (salvo vivienda campesina de baja densidad).

1.2.6 Contaminación atmosférica

Las condiciones rurales de la localidad, en la que predomina una mínima densidad poblacional (tres habitantes por kilómetro cuadrado) y la existencia de un parque natural que comprende casi el 50% de su territorio, indican que los niveles de contaminación atmosférica en la localidad son seguramente los menores del distrito. Sin embargo, esta información no puede corroborarse, pues la Red de Monitoreo de Calidad del Aire, la cual es competencia de la Secretaría Distrital de Ambiente sólo tiene estaciones ubicadas en la zona urbana del distrito. Por su parte, la Secretaría Distrital de Salud señala la existencia de un problema de contaminación atmosférica que representa una amenaza latente para el ambiente en la localidad, basada en los incendios forestales que se presentan de manera esporádica, debido a la presencia de material vegetativo de fácil combustión (retamo espinoso), puede estar relacionado con la generación y acumulación de CO₂, el cual está asociado con el efecto invernadero⁶.

Como fuentes estacionarias de contaminación atmosférica se reconocen las viviendas, debido al consumo generalizado de madera como combustible para cocinar; las fuentes móviles, las cuales no representan un número significativo de contaminación; los vehículos pesados que funcionan con combustible diesel, generando gases, material particulado (PM10) y otras sustancias producto de la combustión, además de polvo y partículas como producto de su movilización.

1.2.7 Riesgos ambientales

Como ya se mencionó, en la localidad se destacan los ecosistemas de páramo y bosque de niebla, los cuales además de brindar refugio y alimento a una gran diversidad de animales, contribuyen con los procesos de captación y almacenamiento de agua; es de anotar que en medio de tan importantes ecosistemas se han venido ampliando las áreas de cultivo y ganadería, situación que se traduce en la pérdida de valor del paisaje, pues además ocasiona pérdida de biodiversidad, deterioro y agotamiento de fuentes de agua y suelo. Lo anterior, sumado a la necesidad de generar una mejor calidad de vida de los habitantes Sumapaceños, conlleva a sus dirigentes y comunidades a un trabajo permanente de diagnóstico, planeación y ejecución de acciones y proyectos en pro de un manejo sostenible de sus recursos.

La contaminación del agua se presenta por 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.

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. Las condiciones que en la actualidad deterioran las fuentes de agua de la localidad del Sumapaz, tales como el vertimiento de residuos líquidos por el empleo permanente de agroquímicos y de residuos sólidos provenientes de la disposición inadecuada de excretas y basuras, representan una amenaza para la salud de la comunidad.

Otro de los problemas ambientales que causa gran impacto sobre las fuentes de agua lo constituye la deforestación, como resultado de la tala y quema de la vegetación nativa de páramo y bosque de niebla. Tal hecho limita en forma drástica el almacenamiento e infiltración de agua, por lo cual los caudales disminuyen, e incluso desaparecen. Adicionalmente, la problemática de contaminación del agua, está referida por la presencia de la fuerza pública en la localidad, teniendo en cuenta que los campamentos los realizan en los nacaderos de agua, y es allí donde depositan los desperdicios de alimentos, basuras e inclusive realizan su baño corporal, generando contaminación y destrucción del páramo.

Específicamente en el corregimiento de Nazareth, se contaminan los ríos Chochal y Cáqueza y en el corregimiento de San Juan, el río que recibe su propio nombre; la situación no es diferente para las aguas subterráneas debido a que las plantas que reemplazan la vegetación natural no contribuyen con la infiltración de agua, por lo cual las características físicas del suelo son las que favorecen esta situación.

En la localidad la alta vocación agrícola hace que sus habitantes recurran a técnicas que eleven sus niveles de producción y disminuyan los tiempos de cosecha, como lo es la aplicación de productos agroquímicos; tal situación genera que un gran número de la población que labora en estas actividades se encuentre expuesta a los efectos tóxicos de estas sustancias. Entre las etapas de ciclo vital que se encuentran expuestas a los efectos perjudiciales en salud se encuentran las de adulto y persona mayor, ya que son ellos quienes asumen las responsabilidades dentro de la familia.

Los reportes de intoxicaciones agudas relacionadas con la manipulación de estas sustancias, evidencian la aparición entre otros de los siguientes síntomas (mareo, visión borrosa, migraña, vómito, diarrea); a pesar de ello existe un sub registro de estas, debido a que las personas afectadas prefieren manejar el cuadro en sus hogares y no acudir al centro de salud.

⁶ Ibid

Es por este motivo que el Hospital Nazareth consideró de suma importancia la formulación de un proyecto especial denominado Sistemas Productivos Saludables, que hace parte del componente del plan integral de entornos saludables, cuyo eje estratégico consiste en la sensibilización y asesoramiento a las familias de vocación agrícola adscritas, para que paulatinamente supriman la utilización de sustancias agroquímicas altamente tóxicas y sean reemplazadas por alternativas orgánicas que generen menos impacto en el medio ambiente y la salud. También hace parte del proyecto el fomento para la introducción de plantas aromáticas y medicinales dentro de las huertas caseras, con el propósito de rescatar saberes ancestrales y la gran variedad de alternativas que ofrece la naturaleza.

Por lo general las bodegas de agroquímicos corresponden a pequeñas construcciones en madera, ubicadas al borde de carretera donde de los agricultores almacenan la cosecha de papa, las semillas a utilizar para la próxima siembra y los productos para fumigación y fertilización de los cultivos. Dichas construcciones no cumplen con gran parte de las exigencias higiénico sanitarias de señalización, salud ocupacional y elementos de seguridad. La deficiente y decreciente calidad del ambiente es responsable de alrededor del 25% de todas las enfermedades evitables del mundo actual, donde se encuentran las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas (IRA), la esquistosomiasis, igualmente otras enfermedades transmitidas por vectores y las enfermedades respiratorias crónicas; a su vez las infecciones en los niños dependen en gran medida de las condiciones ambientales adversas. Bajo este contexto se definen lineamientos técnico-políticos para el abordaje sectorial, intersectorial y comunitario de algunos de los determinantes socio ambientales más frecuentes en la localidad 20, lineamientos que se articulan e igualmente dan cumplimiento a compromisos internacionales, nacionales y distritales y locales donde cabe mencionar el plan de desarrollo local, con sus compromisos de un desarrollo sostenible y los objetivos del milenio.

Los principales determinantes asociados al tema de salud ambiental son los siguientes: abastecimiento de agua potable y saneamiento, vivienda y hábitat, contaminación del aire, cambio climático y salud, humo de tabaco y leña, productos químicos y riesgos ocupacionales y seguridad vial. La alteración de dichos determinantes está relacionada con la presentación de enfermedades de tipo biológico y/o físico.

Las problemáticas ambientales son transversales y representan determinantes que involucran a todas las etapas del ciclo vital. Para los habitantes de la localidad de Sumapaz, el análisis del impacto ambiental y de las relaciones que se tejen entre éste y los individuos, se constituye en un aspecto de vital importancia, en consideración a que el territorio en el que habitan es netamente rural y considerado reserva natural para el territorio nacional. Otro factor ambiental determinante para las condiciones de calidad de vida y salud de la población es el estado de las vías de la localidad, las cuales se caracterizan por no estar pavimentadas, lo que genera una producción excesiva de material particulado por el tránsito de vehículos, desencadenando afectaciones respiratorias en niños y niñas, que a futuro pueden desencadenar enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.

La exposición directa a rayos UV-A y UV-B afecta principalmente a los ciclos infancia y juventud. Esto se debe al no uso de elementos de protección solar y a la falta de cultura en la aplicación de protectores y sustancias humectantes. La cultura del uso de sombrero está arraigada en los ciclos adultos y persona mayor, pero en el caso de niños y jóvenes, las tendencias de moda van en contra del uso de estos elementos. La prevalencia de dermatitis por quemaduras solares, pterigios y conjuntivitis asociadas a la exposición solar es alta.

1.2.8. Acueductos.

En la tabla dos se encuentran relacionados los 14 acueductos presentes en la localidad 20 de Sumapaz, por vereda y por corregimiento.

Tabla 2. Distribución de los acueductos por territorios de la localidad 20 de Nazareth. 2010

SAN JUAN		NAZARETH	
TERRITORIO I	TERRITORIO II	TERRITORIO III	TERRITORIO IV
Tunal	Vegas- Chorreras	Acueducto ASOPERABECA II (Itsmo-Tabaco)	ASOMEDIANARANJA (Taquesitos-Santa Rosa)
PLAN DE SUMAPAZ (San José Granada y Concepción)	AGUAS CLARAS (Santo Domingo- Unión- capitolio)	ASOPERABECA I (Raizal- Peñaliza-Betania)	
BRISAS DEL GOBERNADOR (Lagunitas)	San Juan	ASOLAGUNA VERDE (Laguna verde)	ASOAGUA Y CAÑIZO (Ánimas bajas-Cedral)
	Asociación de usuarios amigos del Páramo (Toldo-San Antonio)	Palmas-ríos	
		ASOUAN (Nazareth- auras. Ánimas Altas)	

Fuente: Equipo Énfasis Salud Ambiental localidad 20 de Sumapaz, Hospital Nazareth 2010

1.2.9 Acueductos del Corregimiento San Juan: Tunal, Plan de Sumapaz, Brisas del Gobernador, Vegas-Chorreras, Aguas Claras, San Juan, Asociación de usuarios amigos del Páramo.

En el Corregimiento de San Juan, territorio I, la vereda de Lagunitas cuenta con un acueducto y 35 puntos de suministro; está constituido por bocatoma, desarenador, tanque de almacenamiento y red de distribución; la fuente de abastecimiento es la Quebrada Gobernador. En general el sistema no presenta buenas condiciones, se visualiza deterioro de los flotadores en las cámaras de reparto, agrietamiento en las paredes de la parte interna del tanque de almacenamiento y se evidencia óxido en las estructuras metálicas del acueducto. El equipo de ingenieros ambientales del Hospital Nazareth realiza asesorías en el lavado y desinfección de forma técnica, para el mantenimiento.

El acueducto de la vereda el Tunal, cuenta con 50 usuarios aproximadamente, no posee contadores, pero si registra una tarifa mensual de \$2.000. Su fuente de abastecimiento es la Quebrada el Espejo y tiene una planta compacta que se encuentra suspendida en la actualidad por altas presiones, lo cual produjo daño en ésta. Cuenta con insumos para el mantenimiento y el tratamiento.

En el territorio II, vereda de San Juan, la cuenca abastecedora es la Quebrada Paso Ancho; el sistema lo conforma bocatoma, planta de tratamiento, tanque de almacenamiento y red de distribución. Durante el año 2010 no operó esta planta por presentar daños en red de distribución y cámaras de reparto.

El acueducto Aguas Claras cuenta con 200 usuarios aproximadamente; su fuente de abastecimiento es la quebrada La Rabona, posee contadores para una tarifa mensual de \$4.000. Cuenta con planta compacta que actualmente está en funcionamiento pero no se están suministrando insumos para su potabilización a causa de presencia de escapes en red de distribución.

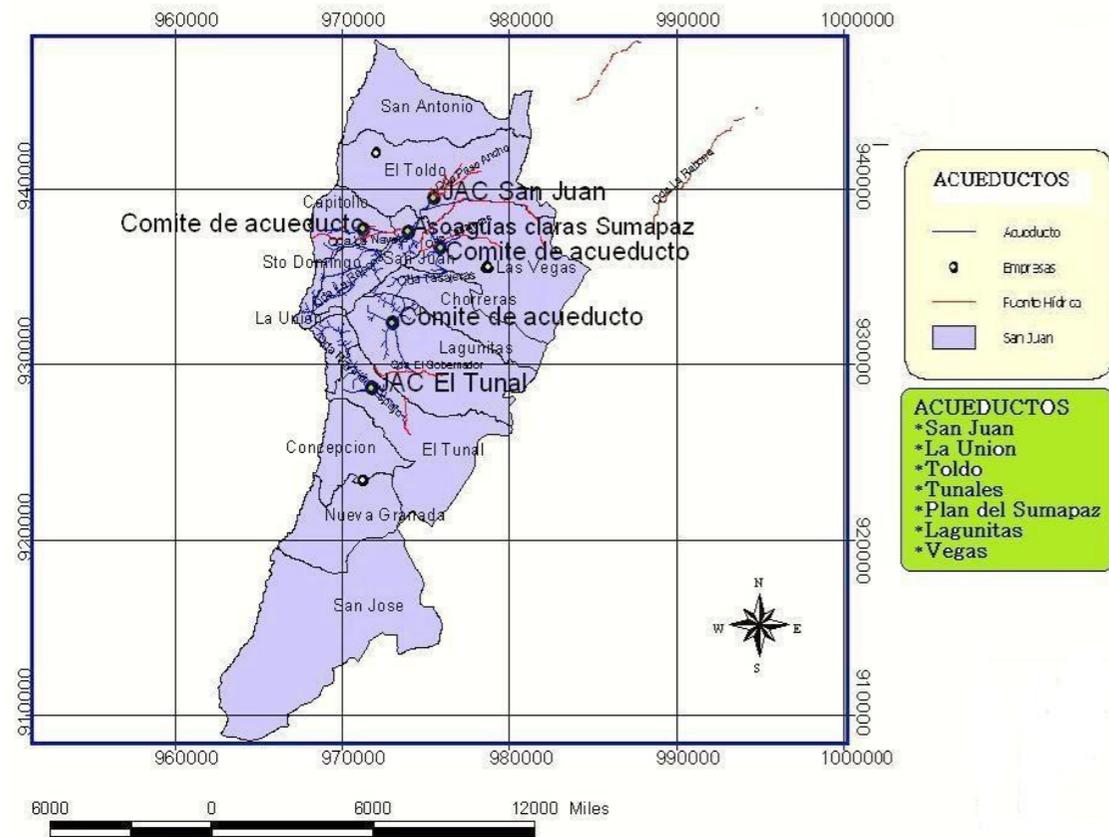
El acueducto Asociación de Usuarios Amigos del Páramo (Toldo y San Antonio) presenta como fuente de abastecimiento la Quebrada Anda Bobos. No ha sido entregado en su totalidad por la firma contratista; cuenta con 105 usuarios aproximadamente; posee contadores para una tarifa mensual de \$2.000. Tiene planta compacta pero en el momento está suspendida por no estar totalmente habilitada a la red.

El Acueducto de las Vegas, tiene como fuente de abastecimiento la Quebrada Tasajeras; cuenta con 42 usuarios aproximadamente y no posee contadores por lo que se ha fijado una tarifa mensual de \$.2000; tiene planta compacta y cuenta con insumos para el mantenimiento y tratamiento, pero

no se encuentra operando debido a inconvenientes con el manejo de presión del agua.

La calidad del agua que se consume pocas veces es vista como una amenaza por la población ya que no se perciben morbilidades y mortalidades por esta causa. La mayor parte de fuentes contaminantes de los cuerpos de agua provienen de desechos domiciliarios y agroquímicos. No se evidencia conciencia sobre la responsabilidad, no solo con el distrito sino a nivel nacional, pues desde su nacimiento hasta su desembocadura muchos ríos abastecen a numerosos departamentos del País. Claramente existen poblaciones inmunológicamente más resistentes que otras debido al constante estímulo antigénico. La distribución de estos acueductos se observa en el mapa 2.

Mapa 2. Distribución acueducto veredal Corregimiento San Juan. Localidad 20 Sumapaz



Fuente: Archivo de imágenes énfasis Salud Ambiental Hospital Nazareth.

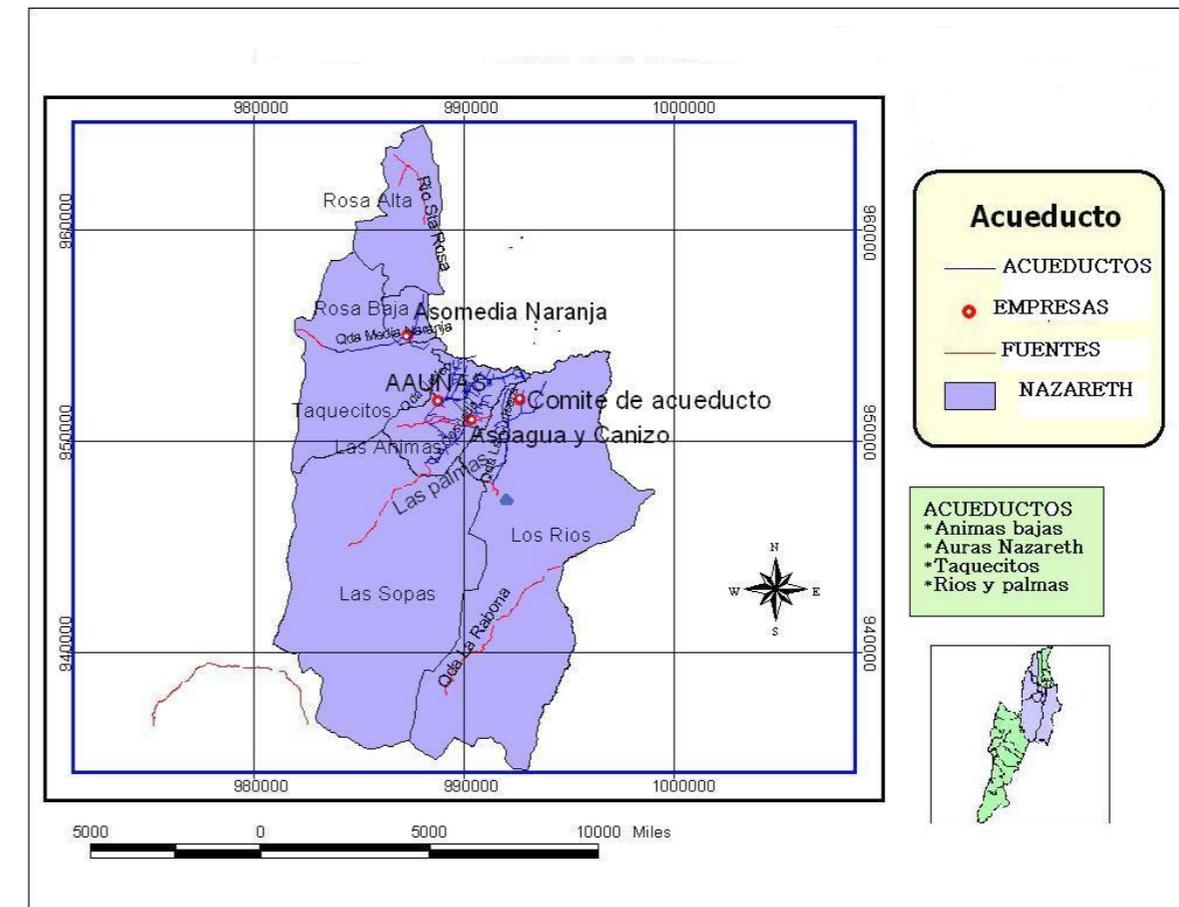
1.2.10. Acueductos Corregimiento Betania-Nazareth

El acueducto de Nazareth, territorio III cuenta con 96 puntos de suministro, constituido por bocatoma, desarenador y tanques de almacenamiento, planta de tratamiento y red de distribución. La fuente de abastecimiento son las Quebradas Jericó y Alaska.

En la vereda de Ánimas, territorio IV, el acueducto cuenta con 42 puntos de suministro, La fuente de abastecimiento es la cuenca Ánimas Bajas. Está constituido por bocatoma, desarenador, tanque de almacenamiento, planta de tratamiento y red de distribución. El sistema presenta buenas condiciones de mantenimiento, muros y pisos de tanques de almacenamiento en buen estado; se realiza el lavado y desinfección mensual en forma técnica.

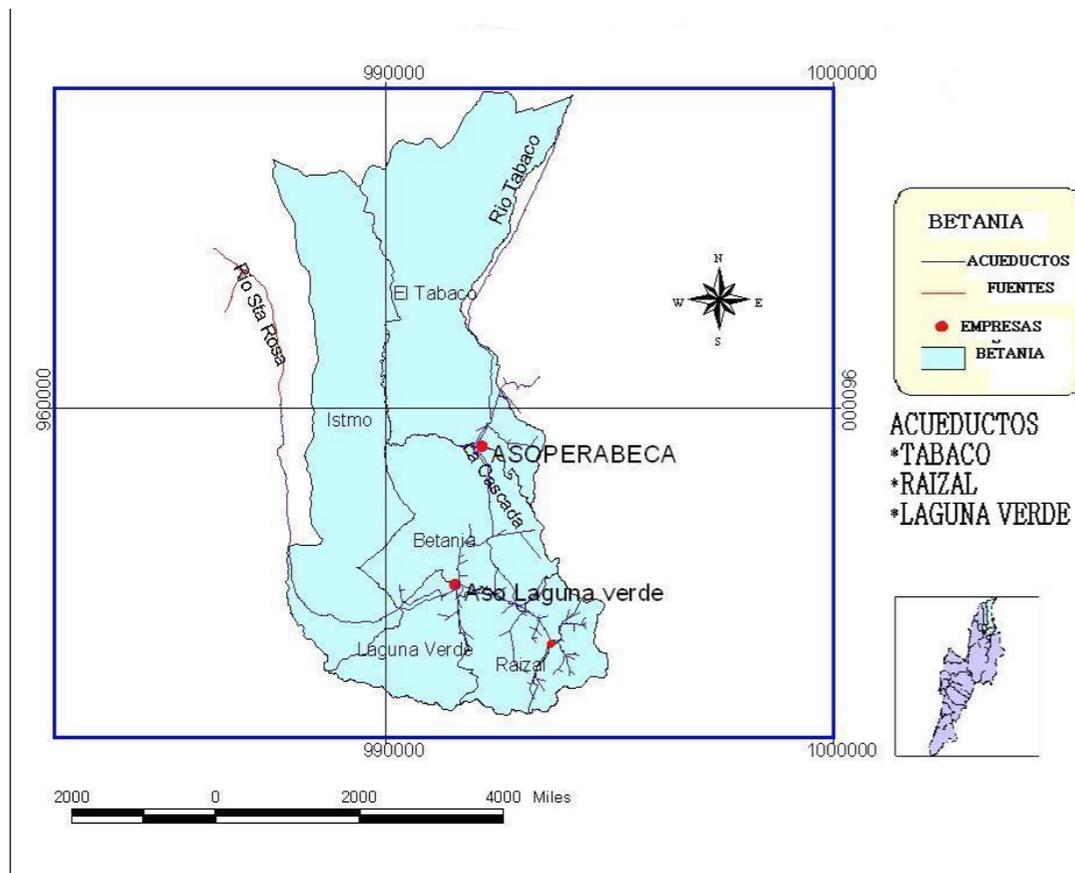
La distribución de los acueductos dentro de los corregimientos Nazareth- Betania se observan en los mapas 3 y 4.

Mapa 3. Distribución acueducto veredal Corregimiento Nazareth. Localidad 20 Sumapaz



Fuente: Archivo de imágenes énfasis Salud Ambiental Hospital Nazareth.

Mapa 4. Distribución acueducto veredal Corregimiento Betania. Localidad 20 Sumapaz



Fuente: Archivo de imágenes énfasis Salud Ambiental Hospital Nazareth

1.2.11. Inspección Vigilancia y Control

Entre las actividades de inspección, vigilancia y control en los acueductos comunitarios de la localidad 20, el Hospital Nazareth realiza visitas a las diferentes estructuras de los sistemas: bocatomas, desarenadores, tanques de almacenamiento, plantas compactas de tratamiento, conducción y redes de distribución a fin de realizar asesoría de mejoramiento y adecuado funcionamiento de las mismas.

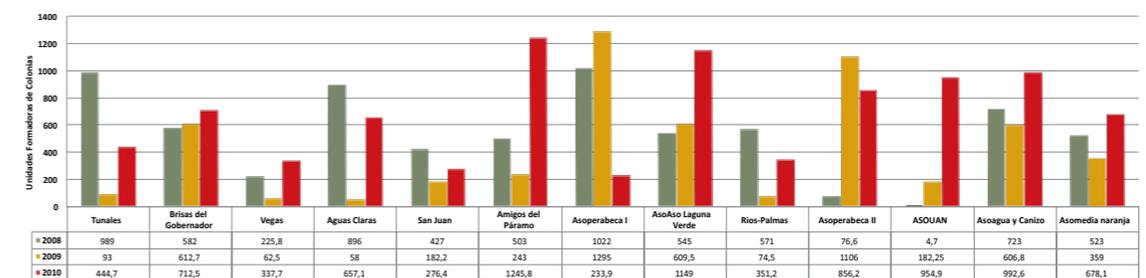
Las acciones son: 1).Evaluación y asesoría en cuanto a la dosificación de químicos necesarios para el tratamiento en los sistemas que lo poseen. 2). Evaluación de la calidad del agua que se está suministrando a la comunidad en general, así: calidad fisicoquímica y bacteriológica y parámetros in situ: pH y cloro residual.

Una de las principales causas que genera deficiencia en la calidad del agua en los diferentes acueductos de la localidad, es la no operatividad de las plantas de tratamiento, lo cual no ha podido ser solucionado. Adicionalmente, la tarifa mensual aportada por los usuarios no es suficiente para cubrir el pago de los honorarios laborales del fontanero quien es el encargado de la operación, mantenimiento y control de la planta de abastecimiento. En los sitios de control de la calidad del agua, los aspectos monitoreados son los siguientes: cámaras de reparto, tanques de almacenamiento principal, ultimo punto de la red y cámaras de quiebre.

En la vigilancia ejercida mediante el análisis de parámetros microbiológicos y fisicoquímicos del agua realizados a los 14 acueductos de la localidad de Sumapaz se puede evidenciar la presencia de Coliformes totales en todos los acueductos de la localidad; para este parámetro el valor permisible es de cero unidades formadoras de colonias/100cm³. Los Coliformes totales son microorganismos que se encuentran en el tracto intestinal del hombre y de animales de sangre caliente y su presencia debe accionar los mecanismos de control de calidad y de procesamiento dentro de la planta de tratamiento de agua, e intensificar la vigilancia en la red de distribución.

Realizando una comparación de los años 2008, 2009, y 2010, se puede evidenciar la presencia de estos microorganismos durante todos los años y en todos los acueductos presentes en la localidad, encontrándose su pico máximo durante el año 2009 en el acueducto Asoperabeca I (raizal, Betania y Peñaliza) con un número promedio de 1.295 UFC / 100 cm³. Durante el año 2010 se encontró la mayor frecuencia de este micro organismo en el acueducto Amigos del Páramo (1.245 UFC / 100 cm³) y Aso Laguna Verde (1.149 UFC x 100 cm³). Los acueductos de Vegas y Laguna Verde son los que han presentado menor presencia de estas bacterias en sus acueductos durante el periodo de tiempo comparado (gráfica 1).

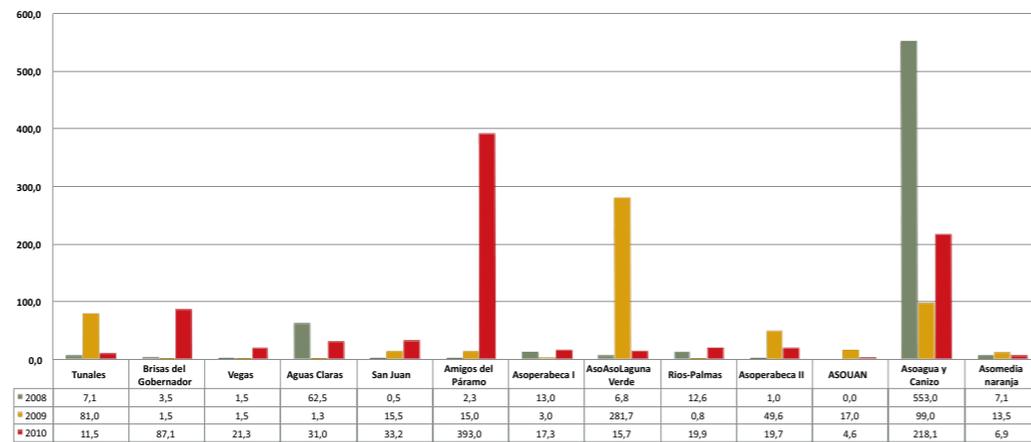
Gráfica 1. Frecuencia de Coliformes totales en acueductos de la localidad 20 de Sumapaz 2008-2010.



Fuente: base de datos saneamiento básico. Hospital Nazareth.2008-2010.

Otro parámetro microbiológico fundamental medido para determinación de calidad de agua es la presencia de Coliformes totales, los cuales indican contaminación de agua con bacterias patógenas del tracto gastrointestinal; en condiciones de agua potable apta para consumo humano este parámetro es de cero UFC / 100cm³. Realizada una comparación de este parámetro durante los años 2008, 2009 y 2010, se demuestra la presencia de este tipo de bacterias en agua de los acueductos de la localidad, únicamente durante el año 2008; el acueducto ASOUAN no presentó este tipo de microorganismo y durante el año 2010 fue el que presentó menor promedio de estas bacterias en las muestras de agua analizadas (4,6 UFC / 100 cm³). La presencia de estas bacterias está directamente relacionada con el resultado histórico de niveles de cloro residual, el cual durante los años en estudio, presentó niveles de cero o ausencia de éste, lo cual permite el desarrollo de este tipo de microorganismo en el agua. Los acueductos que durante el año 2010 presentaron mayor prevalencia de este tipo de bacteria en el agua analizada fueron Amigos del Páramo (393 UFC / 100 cm³) y Aso Agua y Canizo (218 UFC / 100 cm³) (gráfica 2.)

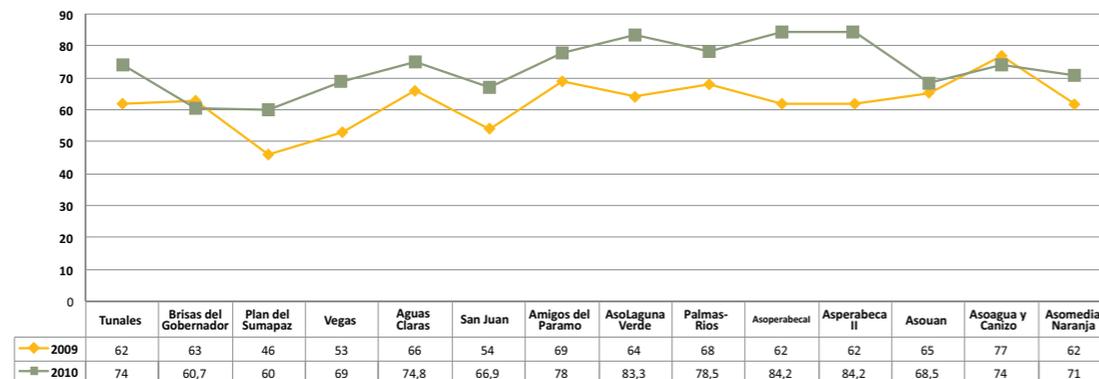
Gráfica 2. Frecuencia de Coliformes fecales en acueductos de la localidad 20 de Sumapaz 2008-2010.



Fuente: base de datos saneamiento básico. Hospital Nazareth.2008-2010

Al comparar los promedios obtenidos durante el año en el Índice de Riesgo para la Calidad de Agua Potable (IRCA) en la localidad de Sumapaz se evidencian niveles de riesgo alto para contraer enfermedades relacionadas con el consumo de este líquido, ya que el promedio de sus niveles mensuales, para cada acueducto superan el 35%. (Gráfica 3).

Gráfica 3. Comparación Promedios anuales IRCA en los acueductos de la localidad 20 de Sumpaz 2009-2010.



Fuente: base de datos saneamiento básico. Hospital Nazareth. 2009-2010

Los resultados del índice de riesgo para la calidad del agua (IRCA) se encuentran directamente relacionados con la falta de mantenimiento de los sistemas, lo cual impide la aplicación de insumos que permitan mejorar la calidad del agua y la salud de los habitantes de la localidad. Este indicador es obtenido de los parámetros microbiológicos y fisicoquímicos más relevantes, analizados por el Laboratorio de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud en cada uno de los acueductos comunitarios de la localidad 20 de Sumapaz. En la tabla tres se observan los resultados mensuales de este indicador obtenidos durante el año 2010, en cada uno de los acueductos veredales de la localidad de Sumapaz, arrojando resultados de riesgo para contraer enfermedades por consumo de esta agua.

Tabla 3. Resultado mensual de indicadores IRCA en acueductos de la localidad de Sumapaz. 2010

ACUEDUCTO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
AMIGOS DEL PÁRAMO	ALTO	ALTO	INVIABLE	INVIABLE	INVIABLE	ALTO	INVIABLE	ALTO	ALTO	INVIABLE	INVIABLE	INVIABLE
PLAN DEL SUMAPAZ	ALTO	MEDIO	INVIABLE	ALTO	ALTO	INVIABLE	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
VEGAS	ALTO	ALTO	ALTO	INVIABLE	INVIABLE	INVIABLE	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	INVIABLE
TUNAL	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	INVIABLE
AGUAS CLARAS	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	INVIABLE	ALTO	INVIABLE
BRISAS DE SUMAPAZ	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
SAN JUAN	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
AGUA Y CAÑIZO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	INVIABLE	INVIABLE	ALTO	ALTO	INVIABLE	ALTO	INVIABLE	INVIABLE
ASOPERABECA I	ALTO	ALTO	ALTO	INVIABLE	INVIABLE	INVIABLE	ALTO	INVIABLE	INVIABLE	INVIABLE	INVIABLE	INVIABLE
ASOMEDIA NARANJA	ALTO	ALTO	ALTO	INVIABLE	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	INVIABLE	ALTO	INVIABLE	ALTO
ASOPERABECA II	ALTO	INVIABLE	ALTO	INVIABLE								
ASOLAGUNA VERDE	ALTO	ALTO	ALTO	INVIABLE	INVIABLE	INVIABLE	ALTO	INVIABLE	INVIABLE	INVIABLE	INVIABLE	INVIABLE
RIOS Y PALMAS	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	INVIABLE	ALTO	INVIABLE	ALTO	INVIABLE	INVIABLE	INVIABLE	INVIABLE
ASOUAN	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO

Fuente: base de datos saneamiento básico. Hospital Nazareth.2010

El Índice de Riesgo por Abastecimiento de Agua (IRABA), es un indicador que tiene por objeto determinar el riesgo a la salud humana por el suministro de agua a la población, cuyo cálculo se efectúa teniendo en cuenta las condiciones de infraestructura para tratamiento, distribución, calidad y continuidad del servicio público de acueducto. En la tabla cuatro se observan los resultados obtenidos de este indicador en la localidad de Sumapaz durante el año 2010, evidenciado que en el 85,7 % de los acueductos de esta localidad se encuentran en riesgo alto y el 14,3% restante en riesgo muy alto.

Tabla 4. Resultado indicador IRABA en acueductos de la localidad 20 de Sumapaz. Primer semestre 2010

ACUEDUCTO	IRABA pp (%)	CLASIFICACION NIVEL DE RIESGO A LA SALUD
AURAS ANIMAS NAZARETH	65	ALTO
RIOS Y PALMAS	65	ALTO
TAQECITOS	65	ALTO
ANIMAS BAJAS	65	ALTO
RAIZAL	65	ALTO
ITSMO TABACO	65	ALTO
LAGUNA VERDE	73	ALTO
SAN JUAN	65	ALTO
SANTO DOMINGO LA UNIO	65	ALTO
TOLDO SAN ANTONIO	98	M.ALTO
VEGAS	65	ALTO
TUNALES	65	ALTO
LAGUNITAS	65	ALTO
PLAN DE SUMAPAZA	98	M.ALTO

Fuente: base de datos saneamiento básico. Hospital Nazareth.2010

De forma anual se realiza el análisis residual de agroquímicos en el agua; desde el año 2006 no se han detectado residuos de plaguicidas en los grupos de organoclorados, organofosforados y piretroides en las muestras de agua suministradas al laboratorio. Es de resaltar la gran duda que asalta frente al comportamiento de estas sustancias tóxicas al conocer las características del uso indiscriminado de agroquímicos, la cual se constituye en un medio de garantía para que el producto y la cosecha de papa y arveja produzcan lo esperado. Es probable que la dinámica cambiante del ecosistema sea el encargado de generar la interacción y acoplamiento de los elementos de los grupos químicos como parte del mismo. En los análisis residuales de agroquímicos en el suelo, se ha establecido que sólo un 0.1 por ciento de la cantidad de plaguicidas aplicado llega a la plaga, mientras que el restante circula por el medio ambiente, contaminando posiblemente el suelo, agua y la biota; por lo tanto, se hace necesario caracterizar estos elementos.⁷

Durante el año 2008 se realizó en la localidad de Sumapaz un estudio para la detección residual de agroquímicos en el suelo, utilizándose la técnica de cromatografía de gases. De acuerdo con los resultados obtenidos en el análisis de suelos de 5 muestras de diferentes fincas de la localidad, no se detectaron residuos de pesticidas de los grupos organoclorados, organofosforados y piretroides en las muestras; este valor se determinó mediante la técnica de cromatografía de gases y para constatar los resultados se utilizó el porcentaje de recuperación, que indica si el método para la detección fue el adecuado; para este caso, los porcentajes de recuperación que varían de acuerdo con el grupo químico, para organofosforados se encuentra entre 48 y 50%; esto corrobora los resultados de no detección de los anteriores grupos de agroquímicos.⁸

7 ADAMS, Randy H, ZAVALA-CRUZ, Joel y MORALES-GARCIA, Fernando. Concentración Residual de Hidrocarburos en Suelo del Trópico. ii: Afectación a la Fertilidad y su Recuperación. INCI, jul. 2008, vol.33, no.7, p.483-489. ISSN 0378-1844.

8 Equipo énfasis de trabajo saludable. Hospital Nazareth.2008

Se esperaba encontrar residuos de agroquímicos en estas muestras debido a que la historia de los lotes de estas fincas está representada en las siembras seguidas del cultivo de papa, cultivo que es manejado con numerosas aplicaciones y en ocasiones mal dosificadas; sin embargo lo que indican los resultados es lo contrario; esto puede deberse a la deriva ocasionada en el momento de la aplicación, ya que en esta localidad debido a la rosa de los vientos puede generar que el producto aplicado no llegue a su destino final; otra razón puede ser que los cultivos agrícolas participan en el movimiento de los plaguicidas aplicados para su protección, debido a su habilidad de retenerlos, modificando el proceso de intercambio de sustancias volátiles entre el suelo y el aire (Bro-Rasmussen 1996). Una de las consecuencias de este fenómeno es la introducción de los plaguicidas a las hojas de las plantas (Simonich y Hites 1994, McLachlan 1996, 1997, Douben et al. 1997, Wagrowski y Hites 1997, Smith et al. 2001a). Existen diferentes vías de entrada de los plaguicidas volátiles a las plantas. Estas vías incluyen su penetración por las raíces y su translocación en el xilema (McCrary et al. 1990, Wild y Jones 1991, Waliszewski 1993, Schroll et al. 1994, Nakamura et al. 1995), por adsorción directa de vapores por las hojas (Waliszewski 1995, Nerin et al. 1996, Trapp y Matthies 1997, Smith et al. 2001b) ó el depósito directo seco o húmedo en su superficie. Adicionalmente, las partículas en suspensión del suelo contaminado arrastradas por el viento y la lluvia son capturadas por las plantas, a través de diversos procesos como volatilización, movilización con partículas del suelo y con el transporte interno ascendente de la planta. Los plaguicidas presentes en el aire son absorbidos por las plantas, mientras que los que se encuentran en el suelo se movilizan mediante el transporte activo dentro de las plantas.

Se encontró en dos muestras de suelo trazas de ppDDE (para-para dicloro difenil endosulfan); esto significa que el nivel de detección es muy bajo, por lo tanto no se puede cuantificar. Esto puede darse por la persistencia de los organoclorados en el suelo posterior a las aplicaciones. En las demás muestras se comprobó que no existen residuos de agroquímicos.

Se realizó análisis de los residuos de agroquímicos en tejido vegetal (4 muestras de papa y uno de arveja). En este análisis de tejido se observa que el único agente químico encontrado en una muestra de papa fue clorpirifos en un 0.52 mg/Kg de concentración. A continuación se describen algunas de las características de este elemento.

El clorpirifos es un insecticida sólido blanco de apariencia cristalina y de aroma fuerte. No es muy soluble en agua, de manera que generalmente se mezcla con líquidos aceitosos antes de aplicarse a cosechas; es un organofosforado y está clasificado como moderadamente peligroso grado de peligrosidad II. El clorpirifos entra al medio ambiente a través de la aplicación directa a cosechas y demás; también puede entrar al medio ambiente a través de volatilización, derrames y disposición de residuos de clorpirifos. Tiene la facilidad de adherirse firmemente a partículas del suelo. No se disuelve mucho en agua, de manera que raramente pasa a sistemas de aguas locales.

La presencia de clorpirifos en el tejido vegetal y la respiración de aire en un área donde se roció clorpirifos recientemente, puede producir una variedad de efectos sobre el sistema nervioso, incluyendo dolores de cabeza, visión borrosa, lagrimeo, excesiva salivación, secreción nasal, mareo, confusión, debilidad o temblores musculares; náusea, diarrea y cambios bruscos en el latido del corazón. El efecto depende de la cantidad de clorpirifos en el aire y de la duración de la exposición.

La exposición a altos niveles puede producir sudor profuso, pérdida del control intestinal, serios temblores musculares, convulsiones, pérdida del conocimiento (coma) o la muerte, la forma de evaluación, aunque no específicamente para el clorpirifos, es la prueba de niveles de colinesterasa. Actualmente no hay ninguna información que demuestre que el clorpirifos afecte la habilidad de seres humanos para reproducirse o que cause defectos de nacimiento. La EPA Agencia de Protección del Medio Ambiente ha clasificado al clorpirifos como posiblemente carcinogénico en seres humanos. La Administración de Alimentos y Drogas (FDA) ha establecido límites de tolerancia

para el clorpirifos en productos agrícolas de 0.05 a 15 partes de clorpirifos por millón de partes de alimento (0.05-15 ppm). Clorpirifos no está considerado un irritante de la piel o un sensibilizante de la piel. No obstante, la exposición prolongada o repetida a formulaciones de concentrado emulsionable (EC) puede causar quemaduras cutáneas. Las formulaciones en gránulos (G), en polvo mojable (WP), micro-encapsuladas y en forma diluida (es decir, listas para su uso) no debieran causar irritación cutánea significativa.

Clorpirifos se absorbe escasamente a través de la piel humana, con una penetración dérmica medida del 1 al 3%. Una única exposición prolongada a un concentrado emulsionable (EC) puede dar lugar a la absorción del material en cantidades perjudiciales. No es probable que una única exposición prolongada a concentrados G, WP y micro-encapsulado o soluciones terminadas del 1% o inferiores permita que se absorba el material a través de la piel en cantidades perjudiciales.

Toxicidad por inhalación: Debido a la baja presión de vapor del clorpirifos, no es posible alcanzar niveles tóxicos por inhalación a temperatura ambiente. Se realizó un estudio de inhalación repetida en el que las ratas fueron expuestas a vapores de clorpirifos únicamente por vía nasal durante 6 horas/día, 5 días/semana por 13 semanas, en concentraciones de 0, 75, 147 y 296 µg/m³ de aire (0, 5, 10 y 21 ppb, respectivamente). No se observaron indicios de toxicidad en ningún animal durante el transcurso de la prueba. No se observaron efectos adversos en la colinesterasa del plasma, de los glóbulos rojos ni del cerebro, ni en ningún otro parámetro evaluado. El nivel experimental de 296 µg/m³ fue un nivel que se aproximaba a la saturación completa del aire, una situación prácticamente imposible, excepto bajo condiciones controladas en laboratorio.

Toxicidad crónica: Los estudios de exposición oral repetida a clorpirifos han mostrado que los únicos efectos son los asociados a la inhibición de las enzimas de colinesterasa. No se observaron efectos en ningún órgano o tejido. Clorpirifos no es cancerígeno en estudios realizados en animales a lo largo de toda su vida. Un estudio alimentario a largo plazo en ratas mostró que el Nivel de Efecto no Observable (NOEL) es de 0,1 mg/kg peso corporal /día. Con esta dosis no se producen reducciones apreciables de la colinesterasa del plasma o de los glóbulos rojos. Incluso en ratas que reciben 3,0 mg/kg/día de clorpirifos, no se observaron efectos adversos durante los dos años del período de pruebas.

Carcinogenicidad: Clorpirifos no fue cancerígeno en estudios alimentarios de dos años realizados en ratas y en ratones.

Mutagenicidad: Se han realizado diversas pruebas de Mutagenicidad del clorpirifos – tanto in vivo (animal completo) como in vitro (en tubo de ensayo). Los resultados indican que clorpirifos tiene mínimo potencial mutagénico.

1.3 División Territorial

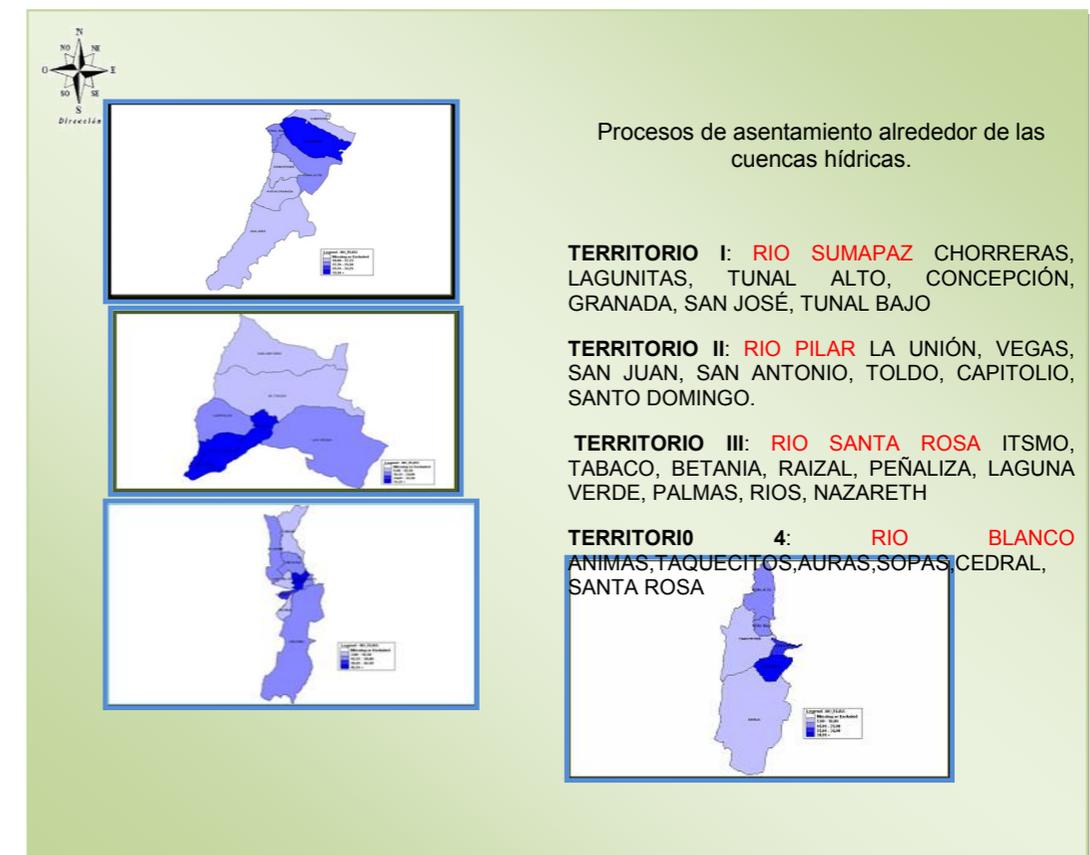
El Hospital Nazareth E.S.E. I Nivel, hacia finales del año 2008, generó una propuesta de división territorial, tomando como referencia los procesos de asentamiento de las principales cuencas hidrográficas, unidades de planeación rural (UPR) y factores de concordancias edafo climáticas, geográficas, socioculturales y de estructuras de redes comunitarias. Sobre la base del modelo de Gestión Social Integral (GSI), esta propuesta de división territorial fue avalada por todas las instituciones que participan en este ejercicio en cabeza de la Secretaría de Integración Social quien lo lidera.

De las 75.761 hectáreas del territorio de la localidad de Sumapaz, 34.556 hectáreas hacen parte del Parque Nacional Natural del Sumapaz, el cual divide el territorio en dos zonas de concentración de la población y de ocupación agrícola, la de Nazareth-Betania y la de San Juan. La zona de los corregimientos Nazareth y Betania está situada al nororiente del Parque Sumapaz, abarcando 16.817 hectáreas y comprende el límite entre el Distrito Capital y los departamentos de Meta y

Cundinamarca y la zona de desarrollo agrícola de Usme. La zona del corregimiento de San Juan está situada al sur occidente del Parque Sumapaz, tiene 19.795 hectáreas; allí los poblados de San Juan y La Unión son los más representativos.

En la propuesta de abordaje de la E.S.E. se plantearon 4 territorios junto con sus veredas como se muestra en la Gráfica 4.

Gráfica 4. División territorial. Localidad 20 Sumapaz.



Fuente: Archivo Hospital Nazareth.2010

1.4 Participación Social

La organización administrativa de la Localidad 20 Sumapaz, está determinada por la conformación de la Junta Administradora Local, el Fondo de Desarrollo Local y el grupo de la Alcaldía liderado por el Alcalde Local. La sede administrativa de la Alcaldía se encuentra ubicada en la zona sur del área urbana del Distrito Capital.

La representación legal del Fondo, la ordenación del gasto y del pago corresponden al Alcalde Local con funciones establecidas según Decretos 698 de noviembre 8 de 1993 y 050 de enero 25 de 1994. Desde la Alcaldía de la Localidad de Sumapaz se garantiza el desarrollo armónico e integrado a través de la articulación de acciones por parte de las Instituciones, buscando brindar respuestas integrales a la comunidad Sumapaceña. La Localidad 20 de Sumapaz es la única localidad netamente rural del distrito capital, por lo cual sus dinámicas de participación varían y en ocasiones pueden llegar a ser distintas a las observadas en otros territorios.

En el año 2009 se desarrolló el Congreso de las Organizaciones Sociales de Sumapaz, en el marco de un convenio de la Alcaldía Local de Sumapaz y la Corporación para el Desarrollo de la Educación y la Investigación Social -CORPEIS. Del trabajo desarrollado por este convenio surgió una importante caracterización de la participación y de la manera en la que las organizaciones sociales de la Localidad están influyendo en la calidad de vida de la población de Sumapaz.

Se desarrollaron tres encuentros previos al Congreso de Organizaciones. En el primero de ellos se reconoció la “fortaleza organizativa y tradición histórica de las organizaciones sociales y comunitarias de la localidad de Sumapaz, así como el avance que han tenido en materia de credibilidad, autonomía, identidad, resistencia, comunicación con instituciones y presentación de proyectos”⁹.

Se identificó que una de las organizaciones más reconocidas en la localidad es el Sindicato de Trabajadores Agrarios de Sumapaz que se constituyó en 1963; cuenta con una larga trayectoria de participación y es reconocida como una de las organizaciones más comprometidas con las necesidades del territorio y un ejemplo a seguir por las organizaciones emergentes.

Entre las falencias y dificultades relacionadas en los documentos consultados se identificó, en primera medida, que las organizaciones requieren de un mejor funcionamiento, fortalecimiento interno y a su vez trabajar en red con otras organizaciones. Algunas organizaciones surgen de manera momentánea y no funcionan realmente, puesto que forman parte de proyectos a corto plazo y sin ningún tipo de continuidad. Adicionalmente, Entre las conclusiones del pre Congreso, se hace referencia al asistencialismo existente en la localidad, lo cual contribuye a crear mentalidad y conciencia de que todo se puede recibir sin esfuerzo y sin reivindicación de la comunidad, lo que conlleva a que las acciones en lo local estén condicionadas a la retribución y si no se cuenta con ésta, las personas no participan de los procesos y finalmente las acciones no se realicen. Los líderes de las organizaciones asisten a diferentes espacios de participación y a diferentes organizaciones sociales y comunitarias, lo cual no les permite ejercer un buen liderazgo por la cantidad de compromisos y reuniones asumidas. Además se identificó en este pre encuentro que los jóvenes se encuentran indiferentes hacia las organizaciones. Anotan que existe la pérdida de identidad de los jóvenes con relación a valores, riqueza, cultura y tradiciones del Páramo de Sumapaz.

A raíz de eventos violentos relacionados con el asesinato de dos ediles en la localidad, se concluyó que “la juventud tiene miedo de participar, y de la situación en general, ya que los comentarios apuntan al ataque de la juventud en espacios de participación. La situación es de temor”¹⁰.

En el segundo pre Congreso se evidenció que la comunidad participa poco en las reuniones de las Juntas de Acción Comunal y organizaciones de la localidad. También se identifica la falta de soluciones concretas a problemáticas, lo que hace que se establezcan muchas reuniones para despejar un tema y establecer soluciones al mismo, cansando así a las personas que asisten. Así mismo, las organizaciones e instituciones realizan de manera simultánea muchas actividades en la localidad, lo que “genera poca asistencia a las convocatorias y agotamiento ante el tratamiento de las mismas temáticas”¹¹.

Como propuesta se tiene que es necesario realizar talleres de sensibilización para incrementar la participación de la comunidad, ya que también se identifica que los líderes e integrantes de las juntas directivas y dirección de las organizaciones se sienten solos y sin respaldo de la comunidad. A la vez se propone que es necesario fortalecer el papel de las organizaciones ambientales de

⁹ Alcaldía Local de Sumapaz, Fondo de desarrollo Local de Sumapaz – CORPEIS, Conclusiones Congreso Organizaciones Sociales, Enero 2010, Pág. 12

¹⁰ Ibid, Pág. 18

¹¹ Ibid, Pág. 15

la Localidad de Sumapaz y establecer controles para el turismo en la localidad dado el grado de contaminación que generan.

1.4.1 Diagnóstico de las organizaciones de Sumapaz

El diagnóstico fue adelantado por la Corporación para el Desarrollo de la Educación y la Investigación Social – CORPEIS en el año 2009. Se realizó una encuesta de percepción a 33 personas afiliadas a alguna organización de la localidad y varias entrevistas a líderes reconocidos de la localidad, lo que les permitió identificar la problemática de las organizaciones locales.

El diagnóstico concluyó que para la mayoría de entrevistados la base fundamental de las organizaciones es la Junta de Acción Comunal, en torno a la cual se han venido desarrollando las otras organizaciones y los procesos de reivindicación en cuanto a la propiedad de la tierra, la pertenencia de la comunidad con respecto al páramo y las necesidades de conservar y rescatar su cultura como base fundamental de su desarrollo.

Además identificaron que en el tema del trabajo de las organizaciones se nota la solidaridad que existe entre ellas, aunque hay falta de recursos que se tienen que gestionar para el desarrollo de proyectos que favorezcan a la comunidad. Se evidenció poca participación por parte de los jóvenes en las iniciativas de las organizaciones

Dentro del diagnóstico también se identificó que la alta oferta de la institucionalidad en la localidad ha socavado el proceso organizativo en la localidad, situación debida a la cantidad de proyectos que le apuntan a un mismo objetivo y que no tienen en cuenta las verdaderas necesidades de la comunidad. En conclusión, esta situación termina por marginar los procesos organizativos autónomos. Por último concluye que las personas entrevistadas no ven como una opción deseable la posibilidad de irse del páramo. En cambio confían en seguir avanzando en sus procesos.

1.4.2 Participación en salud

Después de hacer una revisión documental en torno al tema de participación en salud, se evidencia que “la comunidad y las instituciones participan en diferentes procesos que están encaminados a mejorar la salud de la población. Se identifican como principales espacios de participación los diferentes consejos locales, así como el Comité de Participación Comunitaria, COPACO, la asociación de usuarios y los núcleos de gestión, entre otros”¹².

Se identificó que desde el sector salud, el trabajo desarrollado con la comunidad permite la formación de personas en diversos temas en salud, quienes asumen su papel como agentes multiplicadores y como canales de notificación de eventos que puedan afectar la calidad de vida y salud de la población.

En cuanto a organizaciones sociales se identifican principalmente “el sindicato agrario, los comités de mujeres, Aso Juntas y los comités de padres de familia, entre otros”¹³. A continuación se relacionan las diferentes organizaciones existentes en la localidad 20 de Sumapaz por territorio social.

¹² Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. La salud y la calidad de vida en la Localidad 20- Sumapaz, 2009. Pág.19

¹³ Ibid

Tabla 5. Relación de diferentes organizaciones en la localidad 20 de Sumapaz. 2010

MICROTERRITORIO 1				
ORIGEN	NOMBRE GRUPO U ORGANIZACIÓN	VEREDA	ESPACIO DE REUNION	ENFOQUE/ OBJETIVO
Comunitario	SUMAPESCA	Granada	V. Granada	Organización de tipo productivo, conformada por personas de la V. Granada, asociadas por el proceso de piscicultura
	ASOPESOLAC	Concepción	V. Concepción	Organización de tipo productivo, conformada por personas de la V. Concepción asociadas por el proceso de piscicultura
	CUPLAZA	Granada Concepción San José	V. Granada	Organización de Jóvenes de las Veredas de Granada, Concepción y San José, quienes buscan el Fortalecimiento de procesos juveniles entorno a la recuperación del medio ambiente. Desarrollan acciones entorno al deporte, a la formación y medios audiovisuales
Acción Institucional Hospital Nazareth	Fortalecimiento a Organizaciones de Jóvenes	Granada CUPLAZA	Escuela V. Granada	Dentro del ámbito comunitario se desarrolla esta línea de acción para generar el fortalecimiento y consolidación de grupos y organizaciones juveniles.
Acción Institucional Secretaría Distrital de Integración Social	Centros de interes Persona Mayor	Granada	Escuela V. Granada	Grupo de persona mayor que se reúne entorno a la entrega de subsidios del proyecto de la Secretaría Distrital de Integración Social, denominado "Atención Integral para la Garantía de los Derechos para una Vejez Digna en el Distrito Capital"
		Lagunitas	Escuela V. Lagunitas	Grupo de persona mayor que se reúne entorno a la entrega de subsidios del proyecto de la Secretaría Distrital de Integración Social, denominado "Atención Integral para la Garantía de los Derechos para una Vejez Digna en el Distrito Capital"
		Tunal Alto	Escuela V. Tunal Alto	Grupo de persona mayor que se reúne entorno a la entrega de subsidios del proyecto de la Secretaría Distrital de Integración Social, denominado "Atención Integral para la Garantía de los Derechos para una Vejez Digna en el Distrito Capital"

MICROTERRITORIO 2				
ORIGEN	NOMBRE GRUPO U ORGANIZACIÓN	VEREDA	ESPACIO DE REUNION	ENFOQUE/ OBJETIVO
Comunitario	ASOSUMAPAZ	Santodomingo	V. Santodomingo	Organización de tipo productivo, conformada por personas de la V. Santodomingo, asociadas para el proceso de lacteos
	Club de Abuelos de San Juan	San Juan	V. San Juan	Organización de personas mayores de la Vereda San Juan, Vegas, Toldo, San Antonio y Capitolio. Sus acciones se desarrollan entorno al fortalecimiento como organización, reconocimiento e incidencia en espacios de toma de decisiones. A la vez desarrollan procesos de gestión para la búsqueda de acciones que contribuyan al mejoramiento de condiciones de calidad de vida de las personas mayores del Corregimiento
	Sindicato de Trabajadores Agrícolas de Sumapaz "SINTRAPAZ"	San Juan	V. San Juan	Organización Social que agrupa a personas del Corregimiento San Juan. Organización mas reconocida en la localidad de Sumapaz. Su lucha se relaciona con la "defensa de la dignidad campesina y humana". Para el Corregimiento San Juan la organización es un ente rector y conciliador de las situaciones que incidan de manera negativa en la comunidad
Acción Institucional Hospital Nazareth	Organización por los derechos de las Personas en Condición de Discapacidad	Unión	Salón Comunal V. Unión	Fortalecimiento de la organización a través de la implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad, para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y la participación social de las personas con discapacidad, sus familias, cuidadoras y cuidadores. De igual manera participar en la construcción de una sociedad inclusiva.
	Promoción de la Alimentación saludable en población materno - infantil.	San Juan	UPA San Juan	Desarrollar habilidades y competencias sociales a diferentes actores locales y comunitarios en la promoción de la alimentación en la población materna infantil.
	Actores Sociales en estrategias IAMII, IAFI, AIEPI Actores Sociales en estrategias IAMII, IAFI, AIEPI	San Juan	CDIF San Juan	Fortalecer la capacidad técnica de agentes comunitarios y las habilidades de los actores sociales de la localidad, mediante acciones de capacitación, entrenamiento, asesoría y seguimiento, orientadas al fomento de la salud, prevención, detección y atención temprana de las enfermedades prevalentes, para contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de madres gestantes, lactantes y los niños y niñas menores de 5 años.
		Unión	CDIF Unión	Fortalecer la capacidad técnica de agentes comunitarios y las habilidades de los actores sociales de la localidad, mediante acciones de capacitación, entrenamiento, asesoría y seguimiento, orientadas al fomento de la salud, prevención, detección y atención temprana de las enfermedades prevalentes, para contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de madres gestantes, lactantes y los niños y niñas menores de 5 años.
		San Juan	UPA San Juan	Contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de mujeres gestantes, niños y niñas, familias y cuidadores para la identificación de significados, intereses y necesidades colectivas, buscando la construcción colectiva de respuestas sociales integrales y el fortalecimiento del tejido social y la organización comunitaria.
	Fortalecimiento y consolidación de grupos de persona mayor (Centros de interes Persona Mayor, SDIS)	Unión	Salón Comunal V. Unión	Fortalecimiento del grupo entorno a la autogestión, autosuficiencia, autocuidado y corresponsabilidad con su entorno físico y social que les permita crear alternativas de desarrollo y dignifiquen la calidad de vida y salud de este grupo poblacional dentro de un contexto de envejecimiento activo.
		Santo Domingo	Salón Comunal V. Santodomingo	Fortalecimiento del grupo entorno a la autogestión, autosuficiencia, autocuidado y corresponsabilidad con su entorno físico y social que les permita crear alternativas de desarrollo y dignifiquen la calidad de vida y salud de este grupo poblacional dentro de un contexto de envejecimiento activo.
	Redes Promotoras en Salud Mental	San Juan	Centro de Convenciones del Páramo	Fortalecimiento del grupo entorno a la autogestión, autosuficiencia, autocuidado y corresponsabilidad con su entorno físico y social que les permita crear alternativas de desarrollo y dignifiquen la calidad de vida y salud de este grupo poblacional dentro de un contexto de envejecimiento activo.
Unión		Salón Comunal V. Unión	Construcción de escenarios conversacionales-colectivos y reflexivos con la comunidad con el fin de fortalecer las redes sociales, promocionar la salud mental y mejorar la calidad de vida en los espacios locales.	

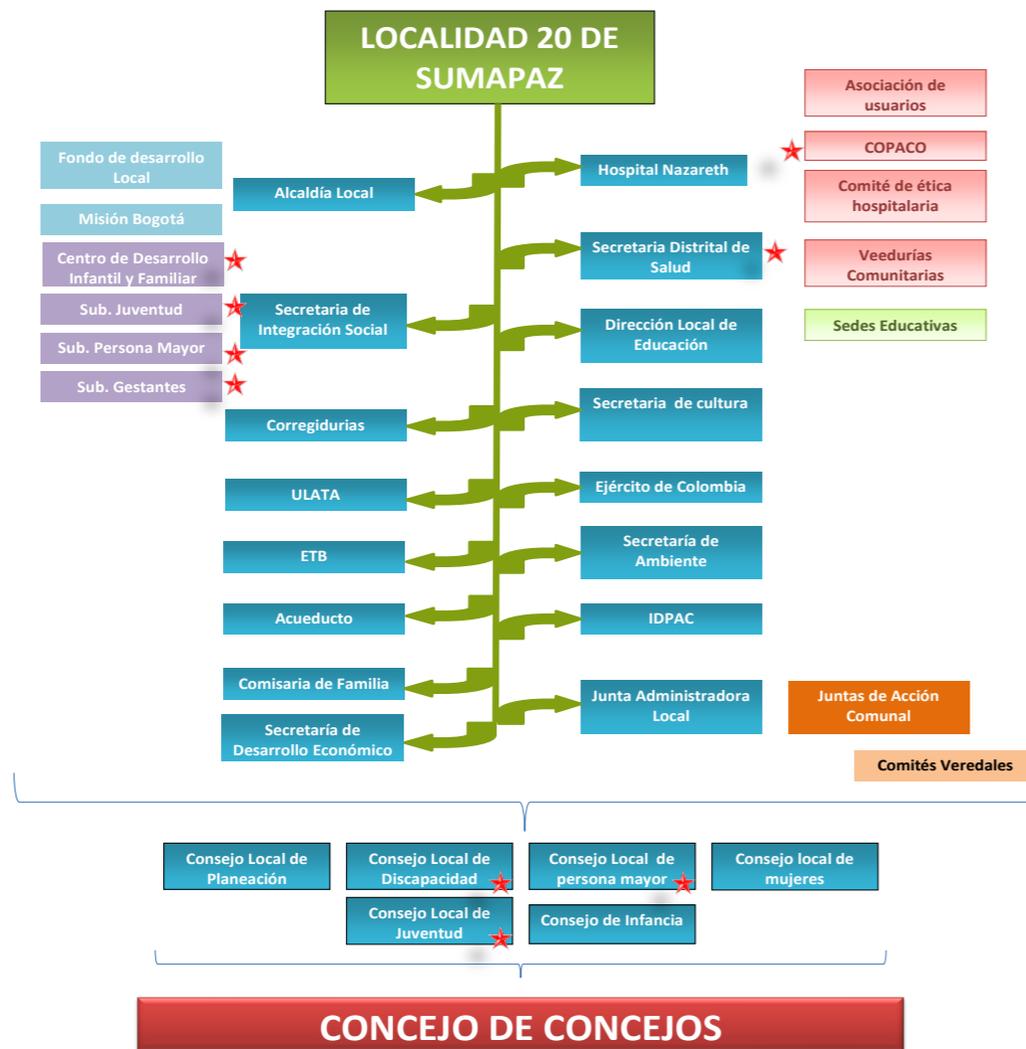
MICROTERRITORIO 3					
ORIGEN	NOMBRE GRUPO U ORGANIZACIÓN	VEREDA	ESPACIO DE REUNION	ENFOQUE/ OBJETIVO	
Comunitario	ASOPROQUIS	Raizal - Peñaliza	V. Raizal	Organización de tipo productivo, conformada por personas de las Veredas Raizal y Peñaliza, asociadas por el proceso de producción de la Quinua	
	Jovenes Pedaleando hacia el futuro	Betania	V. Betania	Generar procesos de fortalecimiento de la organización juvenil y la identificación de alternativas productivas para los jovenes del Corregimiento de Betania	
	Mujeres Tejedoras de Peñaliza	Peñaliza	V. Peñaliza	Organización en búsqueda de alternativas de tipo productivo y de fortalecimiento de la organización, por la defensa de los derechos y el reconocimiento de la mujer campesina	
	Fundación Ambiental Oro Azul	Nazareth	V. Nazareth	Organización entorno al tema de la defensa del paramo y la realización de actividades de preservación y reconocimiento de la biodiversidad en el territorio	
Acción Institucional Hospital Nazareth	Organización por los derechos de las Personas en Condición de Discapacidad	Nazareth	Salón Comunal V. Nazareth	Fortalecimiento de la organización, a través de la implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y la participación social de las personas con discapacidad, sus familias, cuidadoras y cuidadores. De igual manera participar en la construcción de una sociedad inclusiva.	
	Agentes Comunitarios en salud materno infantil	Nazareth	CAMI Nazareth	Contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de mujeres gestantes, niños y niñas, familias y cuidadores para la identificación de significados, intereses y necesidades colectivas, buscando la construcción colectiva de respuestas sociales integrales y el fortalecimiento del tejido social y la organización comunitaria.	
	Actores Sociales en estrategias IAMI, IAFI, AIEPI	Nazareth	CDIF Nazareth	Fortalecer la capacidad técnica de agentes comunitarios y las habilidades de los actores sociales de la localidad, mediante acciones de capacitación, entrenamiento, asesoría y seguimiento, orientadas al fomento de la salud, prevención, detección y atención temprana de las enfermedades prevalentes, para contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de madres gestantes, lactantes y los niños y niñas menores de 5 años.	
	Red Social Materno Infantil	Nazareth	CAMI Nazareth	Contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de mujeres gestantes, niños y niñas, familias y cuidadores para la identificación de significados, intereses y necesidades colectivas, buscando la construcción colectiva de respuestas sociales integrales y el fortalecimiento del tejido social y la organización comunitaria.	
	Fortalecimiento a Organizaciones de Jóvenes	Betania	Salón Comunal V. Betania	Dentro del ámbito comunitario se desarrolla esta línea de acción para generar el fortalecimiento y consolidación de grupos y organizaciones juveniles.	
	Fortalecimiento y consolidación de grupos de persona mayor (Centros de interes persona mayor, SDIS)		Nazareth	Salón Comunal V. Nazareth	Fortalecimiento del grupo entorno a la autogestión, autosuficiencia, autocuidado y corresponsabilidad con su entorno físico y social que les permita crear alternativas de desarrollo y dignifiquen la calidad de vida y salud de este grupo poblacional dentro de un contexto de envejecimiento activo.
			Raizal	Salón Comunal V. Raizal	Fortalecimiento del grupo entorno a la autogestión, autosuficiencia, autocuidado y corresponsabilidad con su entorno físico y social que les permita crear alternativas de desarrollo y dignifiquen la calidad de vida y salud de este grupo poblacional dentro de un contexto de envejecimiento activo.
Acción Institucional Secretaria Distrital de Integración Social	Centros de interes persona mayor, SDIS	Betania	Salón Comunal V. Betania	Grupo de persona mayor que se reúne entorno a la entrega de subsidios del proyecto de la Secretaria Distrital de Integración Social, denominado "Atención Integral para la Garantía de los Derechos para una Vejez Digna en el Distrito Capital"	

MICROTERRITORIO 4				
ORIGEN	NOMBRE GRUPO U ORGANIZACIÓN	VEREDA	ESPACIO DE REUNION	ENFOQUE
Comunitario	PROCAMSU	Animas	V. Animas	Organización de tipo productivo, conformada por personas de la V. Animas, asociadas entorno al procesamiento de derivados de la leche y de productos de transformación de frutos nativos de la región
	Mujeres Tejedoras La Frailejona	Taquesitos	V. Taquesitos	Organización en búsqueda de alternativas de tipo productivo y de fortalecimiento de la organización, por la defensa de los derechos y el reconocimiento de la mujer campesina
	Mujeres Tejedoras de Santa Rosa	Santa Rosa	V. Santa Rosa	Organización en búsqueda de alternativas de tipo productivo y de fortalecimiento de la organización, por la defensa de los derechos y el reconocimiento de la mujer campesina
Acción Institucional Hospital Nazareth	Fortalecimiento y consolidación de grupos de persona mayor	Auras	Salón Comunal V. Auras	Fortalecimiento del grupo entorno a la autogestión, autosuficiencia, autocuidado y corresponsabilidad con su entorno físico y social que les permita crear alternativas de desarrollo y dignifiquen la calidad de vida y salud de este grupo poblacional dentro de un contexto de envejecimiento activo.
	Redes Promotoras en Salud Mental	Santa Rosa	Centro de Servicios de Santa Rosa	Construcción de escenarios conversacionales-colectivos y reflexivos con la comunidad con el fin de fortalecer las redes sociales, promocionar la salud mental y mejorar la calidad de vida en los espacios locales.
Acción Institucional Secretaria Distrital de Integración Social	Centros de interes persona mayor, SDIS	Santa Rosa	Escuela V. Santa Rosa	Grupo de persona mayor que se reúne entorno a la entrega de subsidios del proyecto de la Secretaria Distrital de Integración Social, denominado "Atención Integral para la Garantía de los Derechos para una Vejez Digna en el Distrito Capital"
		Animas	Salón Comunal V. Animas	Grupo de persona mayor que se reúne entorno a la entrega de subsidios del proyecto de la Secretaria Distrital de Integración Social, denominado "Atención Integral para la Garantía de los Derechos para una Vejez Digna en el Distrito Capital"

Fuente: Base de datos Ámbito Comunitario. Hospital Nazareth 2010

A continuación se relacionan las diferentes instituciones y consejos formados en la localidad de Sumapaz.

INSTITUCIONES Y CONCEJOS



★ Instituciones o Concejos con los que las líneas de acción del Ámbito Comunitario tiene relación. La relación con los otros espacios es necesario fortalecerla.

Fuente: Base de datos Ámbito Comunitario. Hospital Nazareth 2010

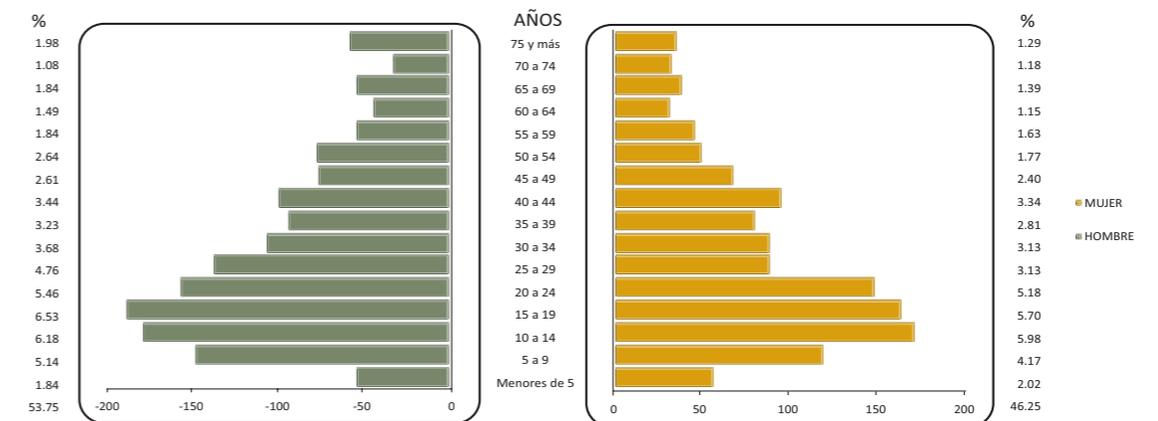
1.5 Dinámica Poblacional

La localidad tiene una densidad poblacional de 3,22 habitantes por kilómetro cuadrado, esto quiere decir que la distancia entre una vivienda y la otra es de aproximadamente 3,22 kilómetros. La localidad de Sumapaz está compuesta por 29 veredas distribuidas en dos corregimientos: Betania- Nazareth y San Juan; cada vereda dista de su respectivo corregimiento entre 2 y 8 horas de

camino por carreteras sin pavimentar y senderos quebrados. Está habitada por 2.878 habitantes, distribuidas en 638 núcleos familiares. Dedicados en 95% a la agricultura (Cultivo de papa) y en un 10% a la ganadería, pertenecen a los estratos 1 y 2. El corregimiento de Nazareth cuenta con 315 núcleos familiares y 323 en el corregimiento de San Juan. El 13,2% de la población se encuentra en etapa de ciclo infancia, el 42,9%, juventud; el 32,5%, adultez, y el 11,4%, personas mayores. Al realizar la distribución poblacional por sexo encontramos una mayor representatividad por el sexo masculino con el 53,8% y mujeres con el 46,2%, situación que influye en aspectos socioculturales de la localidad, enmarcado principalmente en patrones machistas referenciado a través de las unidades de análisis.

La pirámide de la población Sumapaceña se caracteriza por ser una pirámide regresiva muestra una tasa de natalidad mínima, las de mortalidad son bajas pero mayores que las de natalidad y el crecimiento vegetativo negativo. Este tipo de pirámides corresponden áreas rurales que sufren emigración. Se evidencia una proporción elevada de jóvenes y una reducida de personas mayores y menores de cinco años. (Figura 1).

Figura 1. Pirámide poblacional. Localidad 20-Sumapaz, 2010

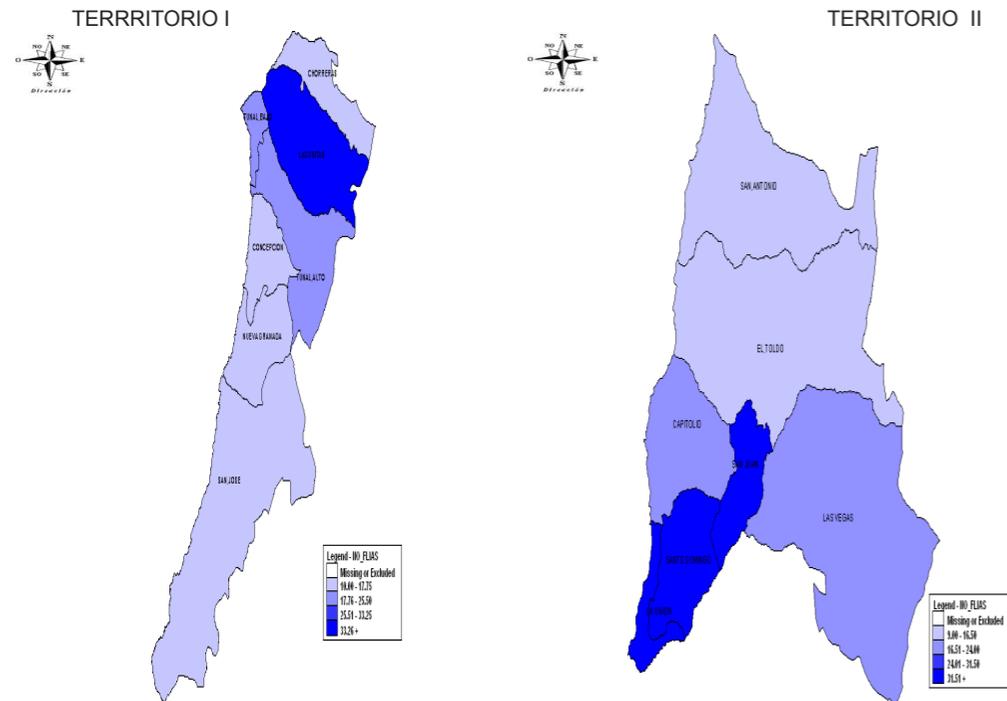


Fuente: Sistema de Seguimiento Unificado Integral del Modelo del Servicio de Salud de Sumapaz Hospital Nazareth 2010.

A partir de la historia de asentamiento de la localidad y la distribución geográfica según las cuencas de los ríos Sumapaz, Pilar, Blanco y Santa Rosa, se genera una distribución territorial, cuyos pobladores comparten características sociales, culturales y de desarrollo. En el Corregimiento de San Juan se encuentran los territorios I y II (mapa 5).

Los territorios I y II corresponden al corregimiento de San Juan, el cual se encuentra localizado en el páramo alto un 50%, en el páramo bajo un 39%, el 7% en el sub-páramo y el 4% en la franja alto andina, por debajo de los 3.000 metros de altitud. Por debajo de 3.600 metros de altitud, zona que corresponde a la de ocupación agropecuaria, hay 3.841 hectáreas con pendientes superiores al 25%, las que son susceptibles a procesos de deslizamiento que, además, podrían agudizarse con el pastoreo.

Mapa 5.territorios I y II. Corregimiento de San Juan. Localidad 20- Sumapaz.



Fuente: Archivo Hospital Nazareth

La cobertura de vegetación natural en el corregimiento ocupa el 81% del territorio, con 31.952 hectáreas. El conjunto de lagunas del nevado y los bosques de esta región constituyen una valiosa reserva científica, con un enorme potencial eco turístico. En términos generales se observa una mínima intervención de la vegetación ubicada en zonas altas de difícil acceso, mientras que en las zonas bajas, más favorables para el hábitat humano, el bosque se encuentra intervenido. En estas áreas se observa que las especies arbustivas y arbóreas no superan los 20 metros de altura.

Este corregimiento está habitado por 1.528 habitantes y 318 núcleos familiares, siendo la más habitada la vereda San Juan con 254 individuos (Tabla 6).

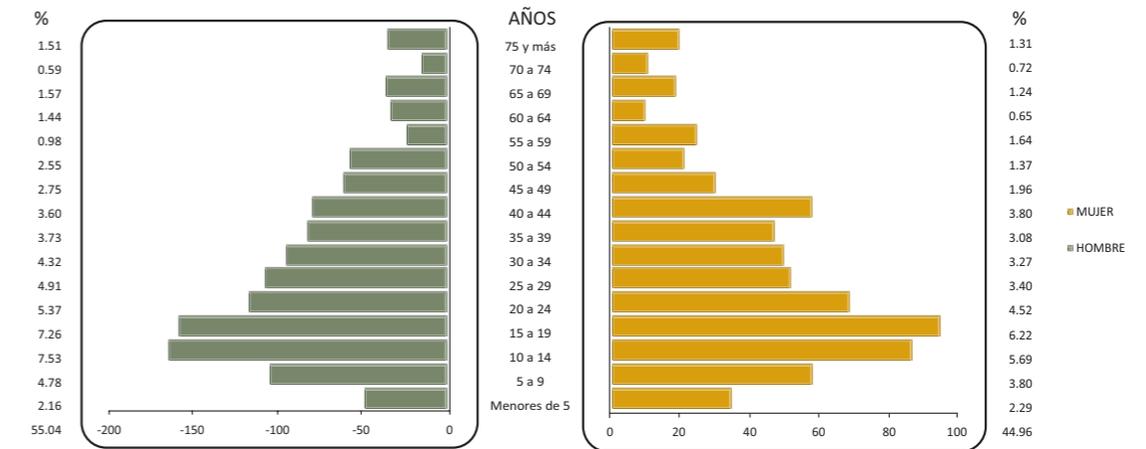
Tabla 6. Distribución poblacional por veredas de los territorios I y II. Localidad 20 de Sumapaz. 2010

CORREGIMIENTO DE SAN JUAN							
TERRITORIO I	VEREDAS	No FAMILIAS	No INDIVIDUOS	TERRITORIO II	VEREDAS	No FAMILIAS	No INDIVIDUOS
		CHORRERAS	17		81		LA UNIÓN
	LAGUNITAS	41	203		VEGAS	19	105
	TUNAL ALTO	25	123		SAN JUAN	39	254
	CONCEPCIÓN	10	48		SAN ANTONIO	9	42
	GRANADA	24	101		TOLDO	15	69
	SAN JOSE	10	39		CAPITOLIO	20	92
	TUNAL BAJO	19	75		SANTO DOMINGO	36	143
	TOTAL	146	670		TOTAL	172	858

Fuente: Sistema de Seguimiento Unificado Integral del Modelo del Servicio de Salud de Sumapaz Hospital Nazareth 2010.

El modelo estable de la pirámide poblacional de estos territorios nos indica una alta prevalencia de población joven y adulta la cual requiere condiciones espaciales de intervención tales como el desarrollo de planteles educativos y condiciones laborales seguras y formales (figura 2).

Figura 2. Pirámide poblacional. Corregimiento de San Juan. Localidad 20- Sumapaz. 2010

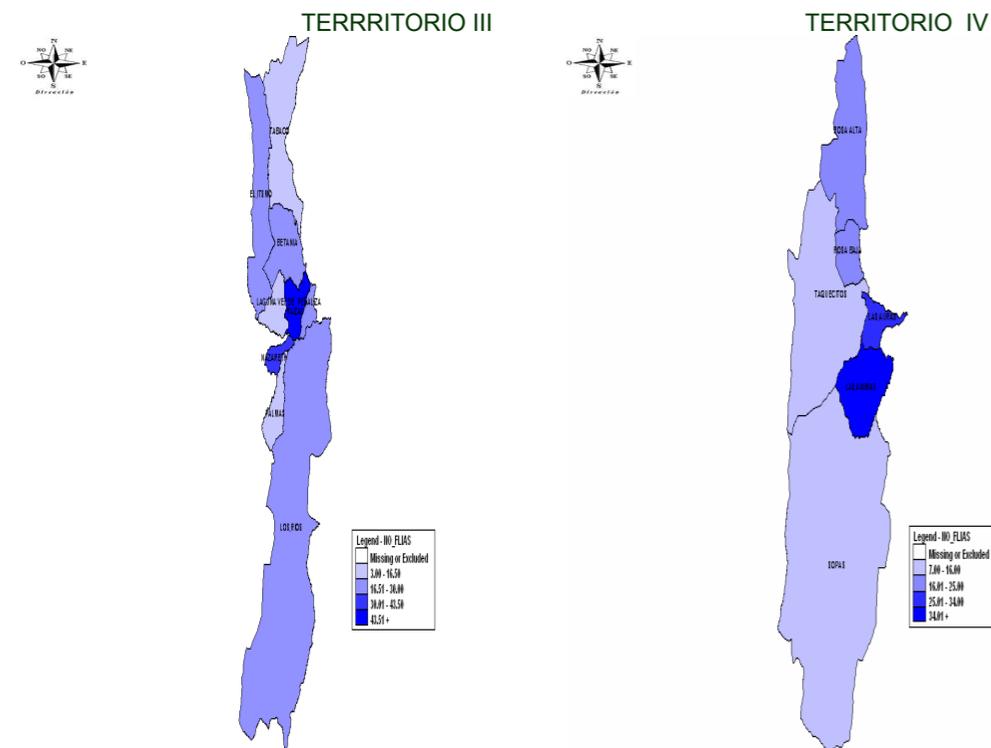


Fuente: Sistema de Seguimiento Unificado Integral del Modelo del Servicio de Salud de Sumapaz Hospital Nazareth 2010.

Los territorios III y IV se encuentran ubicados en el corregimiento de Nazareth - Betania. El corregimiento de Betania está ubicado en la alta montaña; el 25.6 % de su área está en el rango del páramo alto, el 47.1% en el páramo bajo; el 10.7% en el sub-páramo y el 16.6% en la franja alto-andina. Originalmente tenía 1.037 hectáreas cubiertas con bosque nativo, pero actualmente hay 85 hectáreas con bosques fragmentados y muy intervenidos, ubicados en áreas escarpadas que sirven de protección a los nacimientos de agua. Del área total del corregimiento, el 72% (4.535 hectáreas) tiene pendientes inferiores al 25%, las que son planas hasta fuertemente onduladas. La restante porción del territorio (1.711 hectáreas) son áreas que por su pendiente tienen limitaciones para cualquier tipo de manejo, las que pueden estar sujetas a procesos de deterioro dependiendo de las características físicas del suelo. Por debajo de la cota 3.600 m de altitud, se encuentra la zona de ocupación en fincas; existen 1.663 hectáreas con pendientes mayores al 25% (Mapa 6).

El corregimiento de Nazareth tiene el 59.5% de su territorio localizado en el páramo alto, el 27.4% en el páramo bajo, el 5.7% en el sub-páramo y el 7.4% por debajo de los 3.000 metros de altitud (franja alto-andina). En la región hay zonas de hábitat permanente y otras temporales, las últimas utilizadas solo durante el desarrollo de las actividades ganaderas. En la zona de hábitat permanente que se ubica por debajo de la cota de los 3.600 metros de altitud, hay 5.599 hectáreas con pendientes superiores al 25% y es allí donde la intervención humana, dirigida hacia la siembra y posterior mejora de potreros, agudiza el deterioro de los suelos (Mapa 6).

Mapa 6. Territorios III y IV. Corregimiento de Nazareth-Betania. Localidad 20- Sumapaz.

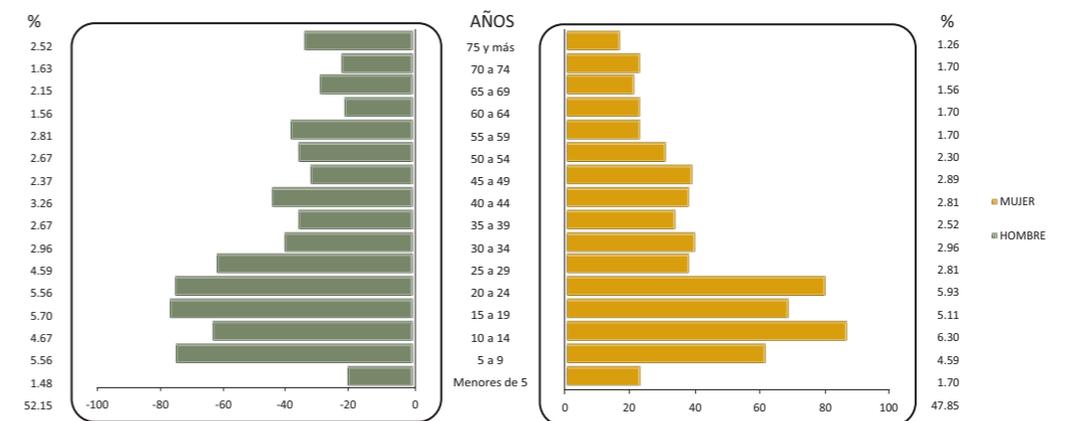


Fuente: Archivo Hospital Nazareth. 2009

De estas veredas, las más próximas al centro de salud CAMI son: Cedral, Ríos y Raizal. Las veredas de Betania, Istmo y Auras se encuentran a una distancia intermedia. Como factores protectores en estos territorios, encontramos el clima, similar al del área urbana de Bogotá, su ubicación y disponibilidad de servicios públicos. Estas veredas tienen la mayor cobertura vial de la localidad, con 72.3 Km. de carretera en distintos grados de conservación, aspecto que sumado a su vocación agrícola y cercanía al área urbana del distrito y municipios como Une y Gutiérrez, la podría catalogar como un sector con un potencial agrícola fuerte, no solo a nivel local sino distrital y departamental.

La pirámide poblacional del corregimiento Betania-Nazareth muestra una alta prevalencia de población joven y adulta, indicando gran demanda de programas educativos y actividad laboral en este corregimiento (figura 3).

Figura 3. pirámide poblacional. Corregimiento de Nazareth. Localidad 20- Sumapaz, 2010



Fuente: Sistema de seguimiento unificado integral del modelo del servicio de salud de Sumapaz Hospital Nazareth 2010.

Las condiciones físicas de la localidad determinan problemas relacionados con el transporte; algunas veredas están hasta a ocho horas de camino de su respectivo centro poblado, por carreteras sin pavimentar y por senderos quebrados de herradura. No hay transporte inter-veredal, lo que obliga a que la mayoría de los desplazamientos sean realizados a pie o en bestia. Toma entre dos y tres horas desplazarse desde la zona urbana de la localidad de Usme hasta los centros poblados de Sumapaz y sólo hay un recorrido diario del transporte público de ida y vuelta a Bogotá Urbana. Por el estado de las carreteras no todo tipo de vehículos puede transitar; es así como un 80% de éstos corresponde a camiones y carros de doble transmisión, que cumplen los requerimientos viales, estos vehículos sólo son utilizados para el transporte de productos agrícolas y ganaderos. El volumen de tráfico no es alto en comparación con el de la zona urbana, por lo tanto la contaminación ambiental por gases es baja. Además, la extensión territorial es demasiado grande para la cantidad de carros que se desplazan día a día; sin embargo, los conductores deben observar extrema precaución por sus características de no pavimentación y la ausencia de señalización; además las carreteras no tienen buenas definiciones, siendo angostas, con curvas cerradas y pendientes y la inexistencia de andenes o espacios por donde circulen las personas, por lo que es normal encontrar peatones transitando sobre la carretera.

1.6 Perfil Epidemiológico

El Hospital Nazareth I Nivel E.S.E como única institución prestadora de servicios de salud presente en la localidad de Sumapaz, ha fortalecido sus acciones a través de su modelo de

Este corregimiento está habitado por 1.350 personas y 320 núcleos familiares, siendo la más poblada la vereda Raizal con 234 habitantes (tabla 7).

Tabla 7. Distribución de la población por veredas. territorios III y IV. Localidad 20 de Sumapaz. 2010

CORREGIMIENTO DE NAZARETH					
TERRITORIO III			TERRITORIO IV		
VEREDAS	No FAMILIAS	No INDIVIDUOS	VEREDAS	No FAMILIAS	No INDIVIDUOS
ITSMO	18	55	TAQUECITOS	7	26
TABACO	6	30	SOPAS	9	33
BETANIA	22	92	ANIMAS	43	162
RAIZAL	57	234	SANTA ROSA	37	186
PEÑALIZA	26	93	AURAS	29	134
LAGUNA V	9	44	CEDRAL	15	64
PALMAS	3	14			
RIOS	20	88			
NAZARETH	25	95			
TOTAL	186	745	TOTAL	134	605

Fuente: Sistema de Seguimiento Unificado Integral del Modelo del Servicio de Salud de Sumapaz Hospital Nazareth 2010.

prestación de servicios familia sana, comunidad saludable, entorno natural, mediante el cual ha logrado caracterizar el 100% de las familias residentes en la localidad, quienes pertenecen en mayor proporción al régimen subsidiado y no afiliados (población vinculada). De esta manera, la población usuaria de los servicios de salud de la institución, acude a los dos centros de atención: CAMI Nazareth y UPA San Juan.

La vigilancia en salud pública, contempla todas aquellas acciones que buscan prevenir y detectar tempranamente la ocurrencia de eventos que pongan en riesgo la salud de la población e identificar, medir y reducir las brechas evitables en salud, aplicando de manera inteligente los recursos sociales para modificar favorablemente las condiciones de salud y calidad de vida de las poblaciones. Bajo esta perspectiva, diversos sistemas de vigilancia buscan identificar, monitorear, intervenir, analizar y orientar medidas preventivas frente a todos los eventos que puedan afectar la salud pública, incluyendo situaciones de violencia intrafamiliar, abuso sexual, maltrato infantil, bajo peso gestacional, deficientes condiciones nutricionales en los niños menores de 10 años, bajo peso al nacer, mortalidad evitable, enfermedades de interés en salud pública, infecciones intra hospitalarias, lesiones de causa externa, uso indebido de psicoactivos y situaciones ambientales de riesgo para la salud pública. La información frente a la presencia de estos eventos en una población, se obtiene a partir de la notificación de los diferentes profesionales de la salud, quienes pueden identificar casos en las consultas, visitas domiciliarias o jornadas y también a través de la notificación comunitaria, cuando una persona de la comunidad identifica una situación y la informa al Hospital para que pueda realizarse un seguimiento e intervención oportuna. Una vez son identificados estos eventos, la información es recibida en vigilancia en salud pública, desde donde se alimentan diversas bases de datos, buscando que se cumpla con criterios de oportunidad de envío de la información y garantía de la calidad del dato. A partir de subsistema de información, se realiza la intervención pertinente.

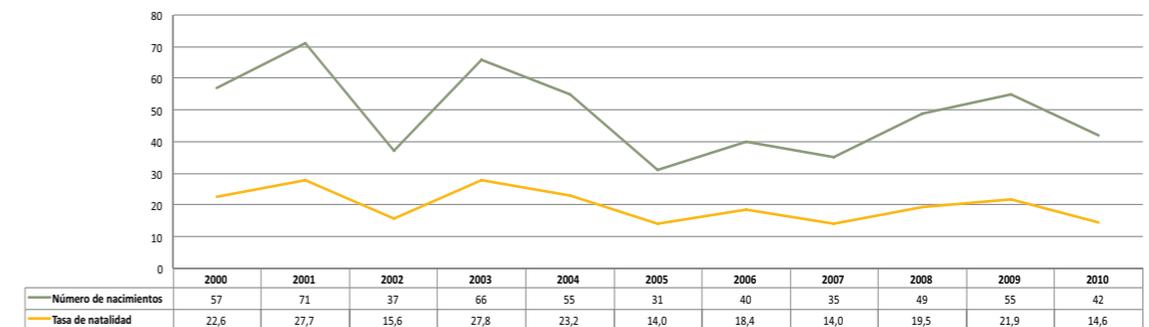
1.6.1 Estadísticas Vitales

Las estadísticas vitales proporcionan información de la dinámica de la población, permitiendo analizar el comportamiento de los principales hechos vitales que se constituyen en la herramienta para la construcción de indicadores de gran importancia que representan el insumo esencial en el análisis demográfico que orienta la planificación económica y social de las comunidades. Las características de las poblaciones pueden ser analizadas a través de la distribución por sexo y edad mediante la construcción de pirámides poblacionales, permitiendo identificar la evolución de las poblaciones por efecto de cambios en su distribución. De esta manera, la población tiene una determinada estructura, dependiendo del comportamiento de los nacimientos, las defunciones y las migraciones.

Nacimientos

Durante el año 2010 el Hospital de Nazareth E.S.E, I nivel de atención, expidió 12 certificados de nacido vivo de un total de 42 nacimientos, presentándose un 71.4% de nacimientos extra institucionales. El promedio de edad de las madres fue de 25 años con bajo niveles de escolaridad. De los partos atendidos en el 2010 en la localidad de Sumapaz, el 41.6% fueron atendidos en el CAMI Nazareth y el 58.3% en la UPA San Juan. La tasa de natalidad de la localidad 20 de Sumapaz, es de 14.6 que corresponde al número de nacidos vivos por cada 1.000 habitantes (Gráfica 5).

Gráfica 5. Tasa de natalidad por mil habitantes y número de nacimientos por año. Localidad de Sumapaz 2000-2010



Fuente: Base de datos Estadísticas vitales. Secretaria Distrital de Salud. Base de datos programa Salud Sexual y Reproductiva. Hospital Nazareth

1.6.2 Indicadores trazadores

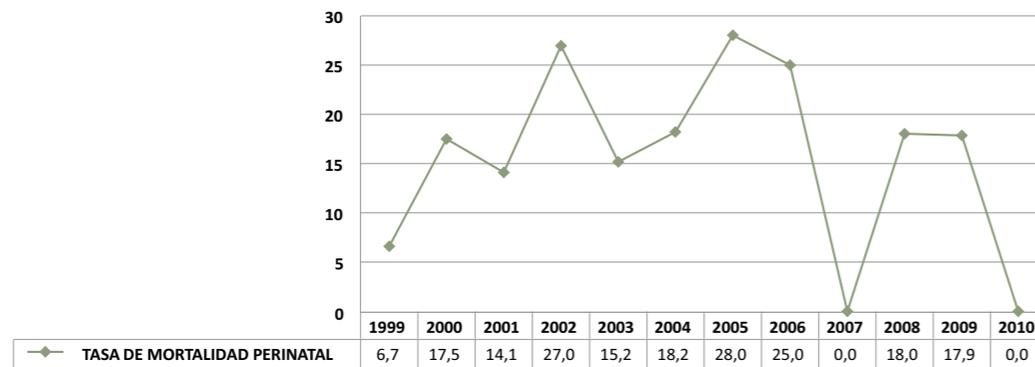
Actualmente, el Plan Nacional de Salud Pública, el Plan de Desarrollo y el Plan de Salud del Distrito Capital plantean un marco conceptual que orienta el seguimiento de indicadores de ciudad, avanzando en el desarrollo de los enfoques conceptuales donde el punto de partida es concebir a la salud como el resultado de condiciones, modos y estilos de vida que expresan o determinan la presencia o ausencia de eventos patológicos, las aspiraciones de las personas, sus proyectos de vida, el grado de desarrollo de autonomía, que en últimas evidencia la calidad de vida de los individuos, la familia y la comunidad en una sociedad.

1.6.2.1 Mortalidad perinatal

De acuerdo con el artículo 32 del Plan de Desarrollo, entre las metas de ciudad se establece reducir a 16 la tasa de mortalidad perinatal, tomando como línea base una tasa de 19,8 (Fuente DANE 2006).

La localidad Sumapaz evidencia un comportamiento descendente en el comportamiento de este indicador presentando, evidenciándose incluso cero mortalidades para el año 2007, tal como se observa en la gráfica 6. Para el año 2009, si bien no se cumple con la meta distrital de 16, la tasa local se acerca a ésta, presentándose una tasa de 17,9. Esta tasa se construye tomando como numerador el total de defunciones en el periodo, que para 2009 fue de 1 (una) y como denominador el total de nacidos vivos (55) más las defunciones (1), para un total de 56. Durante el año 2010 no se presentó ninguna mortalidad perinatal. (Gráfica 6).

Gráfica 6. Tasa de mortalidad Perinatal (tasa por 1000 nacidos vivos). Localidad Sumapaz 2005 -2010.



Fuente: Base Siviigila 2010 Hospital Nazareth ESE. Base de datos red materno infantil 2010 Hospital Nazareth ESE

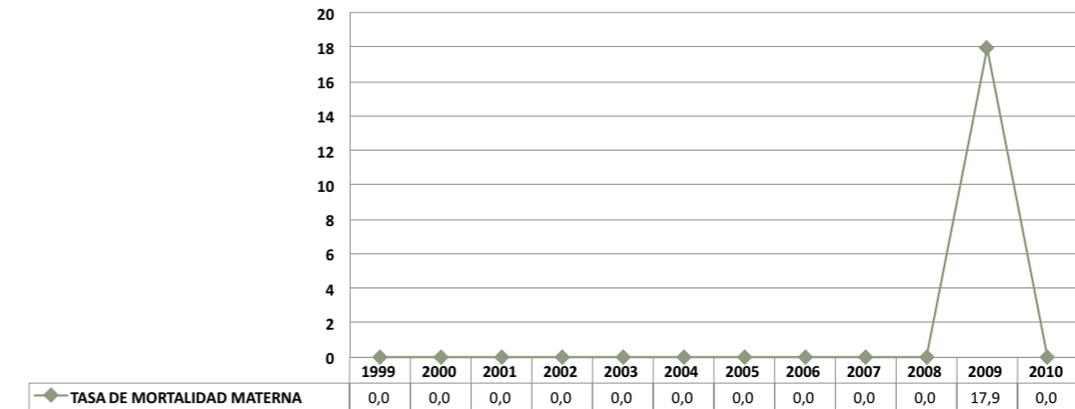
La mortalidad perinatal de 2009, cuya familia reside en la vereda Lagunitas, correspondió a un caso de una mujer que se encontraba en su octava gestación, a pesar de lo cual, su embarazo era deseado. En el seguimiento del caso se identificaron antecedentes recientes de pérdidas en su núcleo familiar, lo que determina factores emocionales que afectaban a la gestante. Las condiciones de acceso geográfico, así como el hecho de encontrarse sola en el momento de la urgencia fueron determinantes que interfirieron en la tercera demora, frente a las condiciones para acceder al centro de atención. La atención derivó en remisión a segundo nivel, en donde se determinó la muerte, estableciendo como causa, el abrupcio de placenta. El análisis institucional, no solamente bajo el modelo de las cuatro demoras, sino abordando además las condiciones familiares, emocionales y sociales de la familia, permitieron fortalecer estrategias que buscan brindar una respuesta integral a la gestante y su familia, desde el momento en que se captan e incluso reforzar el seguimiento a las usuarias en edad fértil que requieren el uso de métodos de regulación de la fecundidad.

Durante el año 2009, se presentó otro caso de mortalidad perinatal, el cual correspondió a un caso de una familia que residía temporalmente en la localidad Sumapaz, pero dado que su lugar habitual de residencia era una vereda del departamento del Meta, este caso no fue incluido en los datos de referencia de la tasa de mortalidad de la localidad. El caso correspondió a una menor de 4 días de nacida (parto domiciliario) quien falleció como consecuencia del virus pandémico H1N1/09 (confirmado por nexo epidemiológico).

1.6.2.2 Razón de mortalidad materna

De acuerdo con el artículo 32 del Plan de Desarrollo, dentro de las metas de ciudad se establece reducir a 40 la tasa de mortalidad materna, tomando como línea base una tasa de 52,9 (Fuente SDS 2006). La localidad Sumapaz ha mantenido un comportamiento de cero mortalidades maternas durante más de una década, hasta el año 2008, cumpliendo de esta manera con la meta distrital. Para el año 2009, se presentó un caso de mortalidad materna, presentándose una razón de mortalidad materna de 17,9 x 1.000. Esta tasa se construye tomando como numerador el total de defunciones en el periodo, que para 2009 fue de 1 (una) y como denominador el total de nacidos vivos (55) más las defunciones (1), para un total de 56. Durante el año 2010 no se presentaron mortalidades maternas en la localidad de Sumapaz (Gráfica 7).

Gráfica 7. Razón de mortalidad Materna (por 1000 nacidos vivos). Hospital Nazareth. 2005 -2010



Fuente: Base Siviigila 2010 Hospital Nazareth ESE. Base de datos Red materno infantil 2009 Hospital Nazareth ES

La mortalidad materna que se presentó en 2009, correspondió a una joven de 18 años, residente en la vereda Tunal. La gestante ocultó su estado de embarazo, mientras continuaba con la aplicación del método de regulación de la fecundidad elegido por ella. El motivo de ocultar su embarazo era la presión ejercida por sus padres, teniendo en cuenta que ésta era su segunda gestación, encontrándose bajo condiciones emocionales que afectaban su bienestar físico y mental. Estas condiciones generaron la captación tardía de la gestante quien tuvo parto domiciliario y a pesar de recibir atención en la UPA San Juan y de ser remitida a segundo nivel, falleció, estableciéndose como causa un accidente cerebro vascular debido a hipertensión durante el embarazo.

1.6.2.3 Mortalidad evitable

El enfoque de mortalidad evitable, se basa en el concepto de que las muertes por ciertas causas no deberían ocurrir en la presencia de políticas y servicios de salud eficaces y oportunos. El análisis de los indicadores de mortalidad evitable es fundamental para la evaluación de las metas fijadas en el Plan Distrital de Salud y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, permitiendo identificar factores determinantes como influencias socioculturales, falta de corresponsabilidad o deficiencias en la prestación de servicios, de manera que puedan orientar acciones de mejora en pro de la salud de las poblaciones. En la localidad Sumapaz el comportamiento de la mortalidad evitable refleja cifras de cero casos para neumonía en menores de cinco años, enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, muertes asociadas con infecciones intra hospitalarias, desnutrición, tosferina y VIH. En 2008, se presentó una muerte perinatal (a seis días de nacido vivo), con una tasa de 23,2 por 1.000 nacidos vivos, la cual representa el 0.12% de las muertes perinatales ocurridas en Bogotá durante el año(*). La causa de la muerte fue aspiración neonatal de meconio. En el año 2009 se presentó una mortalidad perinatal asociada por nexo epidemiológico al virus H1N1.

En el año 2009 se presentó una mortalidad materna, en una joven de 17 años que ocultó su embarazo hasta el último momento, por miedo a sus padres, quienes habían manifestado que si quedaba embarazada por segunda vez, perdía el apoyo familiar; la muerte ocurre post- parto.

En relación con el indicador de mortalidad general, durante el año 2010 el Hospital Nazareth certificó cuatro defunciones por causas diferentes a las catalogadas como mortalidad evitable, siendo en dos casos la causa de muerte infarto agudo de miocardio, un caso choque séptico y otro caso falla ventilatoria aguda. Los casos corresponden al ciclo de vida personas mayores de la localidad. La tasa de mortalidad general se presenta en la tabla 8.

Tabla 8. Tasa de Mortalidad General. Localidad de Sumapaz.2004-2011

AÑO	Número de Muertes	Tasa de Mortalidad General x 1.000habitantes
2004	10	4.2
2005	6	2.7
2006	5	2.3
2007	3	1.2
2008	3	1.2
2009	4	1.2
2010	4	1.3

Fuente: Base de datos defunciones. Hospital Nazareth *Dato preliminar, teniendo en cuenta que no se dispone de la base de mortalidad general distrital. Solamente se cuenta con información de muertes institucionales.

1.6.3 Morbilidad

1.6.3.1 Morbilidad institucional

Teniendo en cuenta que el estado de salud de las comunidades es determinante en su calidad de vida, favoreciendo el desarrollo del individuo y su familia en las diferentes esferas de interacción, el Hospital Nazareth, a través de su modelo de prestación de servicios, desarrolla abordajes integrales a las familias en los cuatro territorios de la localidad, en busca de garantizar una respuesta que afecte positivamente la salud y calidad de vida de sus habitantes. En el ámbito institucional, el Hospital Nazareth cuenta con dos centros de atención: UPA San Juan, que como unidad primaria de atención presta los servicios de consulta externa y urgencias, mientras el CAMI Nazareth cuenta con los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización. Adicionalmente, el hospital desarrolla acciones a través del ámbito extramural y domiciliario, contando con un equipo integral en cada territorio, de manera que favorece el acceso y atención a todas las familias.

La morbilidad institucional se construyó a partir de la agrupación en 298 causas, establecidas en el CIE-10, teniendo en cuenta las consultas de primera vez a los diferentes servicios.

1.6.3.2 Morbilidad por consulta externa

En el servicio de consulta externa, las diez primeras causas representan el 64,8% del total de consultas. La primera causa es la hipertensión esencial, la cual representa el 13% de todas las causas, manteniéndose como una de las principales durante al menos los últimos siete años y distribuyéndose de manera similar en ambos géneros. Este comportamiento ha suscitado la priorización de intervención de estas familias por parte del equipo integral, que busca promover hábitos de vida saludables, así como desarrollar estrategias encaminadas a la disminución de factores determinantes que puedan representar riesgo de posibles complicaciones cardiovasculares o que afecten diversos órganos vitales. En la tabla 9 se presentan las diez principales causas de morbilidad por consulta externa.

Tabla 9. Diez primeras causas de morbilidad por consulta externa. Hospital Nazareth I Nivel ESE 2009.

AGRUPACIÓN 298 CAUSAS	Causa de morbilidad	Femenino		Masculino		Total	
		N	%	N	%	N	%
1	Hipertensión esencial (primaria)	374	13,6	288	13,7	662	13,6
2	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	302	10,9	204	9,7	506	10,4
3	Caries dental	204	7,4	173	8,2	377	7,8
4	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	195	7,1	177	8,4	372	7,7
5	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	153	5,5	153	7,3	306	6,3
6	Gastritis y duodenitis	173	6,3	81	3,9	254	5,2
7	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	118	4,3	100	4,8	218	4,5
8	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	86	3,1	69	3,3	155	3,2
9	Otras dorsopatías	57				154	3,2
10	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	70				144	3,0
	Resto de causas	1027	37,2	2,1	97	4,6	35,2
	TOTAL GENERAL	2759	100	2,5	74	3,5	100

Fuente: Sistemas de información Hospital Nazareth I Nivel ESE 2009

La esquizofrenia se constituye como la segunda causa de morbilidad por consulta externa, representando el 10,4% del total de causas. En este punto es importante tener en cuenta que en Nazareth, se encuentra el Centro de Desarrollo y Potencial Humano, el cual concentra alrededor de 60 personas internas, que presentan enfermedades mentales, en donde la esquizofrenia es la más común. Es así como en el CAMI Nazareth, esta patología se constituye como la primera causa de morbilidad en los grupos de edad de 15 a 44 años y en el de 45 a 59, mientras se ubica en el segundo lugar en el grupo de mayores de 60. La caries dental se ubica en el tercer lugar de las principales causas de morbilidad, representando el 7,8% del total de causas. Esta patología afecta principalmente a niños entre 5 y 14 años de edad, en cuyo grupo de edad, se constituye en la primera causa de morbilidad y se encuentra entre las primeras 5 causas en los grupos de 1 a 4 años y de 15 a 44.

La cuarta causa son otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, representando el 7,7% del total de causas. Este evento se presenta con mayor frecuencia en la infancia, ubicándose en el primer lugar de causas de morbilidad en el grupo de menores de 1 año y en el de 1 a 4, mientras en el grupo de 5 a 14 años se ubica en el segundo lugar, para los dos centros de atención.

1.6.3.3 Morbilidad por urgencias

Las diez primeras causas de morbilidad por urgencias representan el 55,5% del total de causas en este servicio. La primera causa de morbilidad por urgencias es la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, la cual representa el 9,7% del total de causas. Este evento se constituye en la principal causa de morbilidad, que afecta a niños entre 1 y 4 años y 5 y 14 y siendo más frecuente en Nazareth, comparado con San Juan. Algunas condiciones que favorecen la presencia de esta enfermedad en la población, están dadas por las condiciones de ruralidad de la localidad, representadas en la ausencia de agua potable, falta de cobertura de acueductos y utilización de agua proveniente de fuentes naturales.

La segunda causa son otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo, que representa el 8,5% del total de causas, presentando mayor frecuencia en hombres que en mujeres. La tercera causa, si bien no hace referencia una patología específica, pone en evidencia la frecuencia de síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, por los cuales se acude al servicio de urgencias, representando el 6,9% del total de consultas. La cuarta causa son otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, siendo la principal causa para los niños menores de un año y los de 1 a 4 años. En la tabla 10 se presentan las diez principales causas de morbilidad por urgencias en la localidad de Sumapaz.

Tabla 10. Diez primeras causas de morbilidad por urgencias. Hospital Nazareth I Nivel ESE 2009.

AGRUPACIÓN 298 CAUSAS Causa de morbilidad	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	35	11,2	25	8,1	60	9,7
Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	15	4,8	38	12,3	53	8,5
Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	24	7,7	19	6,1	43	6,9
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	10	3,2	22	7,1	32	5,2
Gastritis y duodenitis	19	6,1	13	4,2	32	5,2
Faringitis aguda y amigdalitis aguda	19	6,1	10	3,2	29	4,7
Trastornos de los tejidos blandos	6	1,9	19	6,1	25	4,0
Otras dorsopatías	5	1,6	19	6,1	24	3,9
Hipertensión esencial (primaria)	14	4,5	10	3,2	24	3,9
Migraña y otros síndromes de cefalea	15	4,8	8	2,6	23	3,7
Resto de causas	150	48,1	126	40,8	276	44,4
TOTAL GENERAL	312	100	309	100	621	100

Fuente: Sistemas de información Hospital Nazareth I Nivel ESE 2009

1.6.3.4. Morbilidad durante la hospitalización

Las diez primeras causas de morbilidad durante la hospitalización, en el año 2009, representan el 71,7% del total de causas en este servicio. La principal causa es: otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (tabla 11)

Tabla 11. Primeras causas de morbilidad por hospitalización. Hospital Nazareth I Nivel ESE 2009.

AGRUPACIÓN 298 CAUSAS Causa de morbilidad	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	3	10,3	4	12,9	7	11,7
Parto único espontáneo	7	24,1	0,0	0,0	7	11,7
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	5	17,2	1	3,2	6	10,0
Otras enfermedades del sistema urinario	2	6,9	3	9,7	5	8,3
Neumonía	0,0	0,0	5	16,1	5	8,3
Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	2	6,9	2	6,5	4	6,7
Otras complicaciones del embarazo y del parto	3	10,3	0,0	0,0	3	5,0
Otras dorsopatías	0,0	0,0	2	6,5	2	3,3
Trastornos de los tejidos blandos	2	6,9	0,0	0,0	2	3,3
Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	0,0	0,0	2	6,5	2	3,3
RESTO DE CAUSAS	5	17,2	12	38,7	17	28,3
TOTAL GENERAL	29	100	31	100	60	100

Fuente: Sistemas de información Hospital Nazareth I Nivel ESE 2009

1.6.4. Notificación al Sivigila

La identificación de diferentes eventos de interés en salud pública, a través del Sistema de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles y Mortalidad Evitable, Sivigila, ha permitido realizar el análisis de su comportamiento en la localidad Sumapaz, en busca de utilizar esta información en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones en salud pública.

Como única institución de salud en la localidad Sumapaz, el Hospital Nazareth, a través de sus dos centros de atención (CAMI Nazareth y UPA San Juan), así como a través de las diversas intervenciones en visitas domiciliarias y jornadas y con el aporte de la comunidad, realiza durante la consulta médica, la identificación de diversas enfermedades objeto de vigilancia; para la localidad, las más frecuentes han sido las enfermedades transmitidas por animales, eventos inmuno prevenibles y enfermedades transmitidas por alimentos, entre otras. Durante el año 2010 a través de la sensibilización se ha logrado fortalecer la notificación de estos eventos.

Durante el año 2010, de los eventos notificados al Sivigila, se evidencia como el más frecuente las enfermedades transmitidas por alimentos en un 36%, representados en dos brotes que se presentaron en el Centro de Desarrollo del Potencial Humano en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, debido al consumo de agua de grifo; los análisis de muestra de agua muestran concentración de coliformes fecales. En segundo lugar la varicela, representando el 20% del total de eventos notificados durante el año. Las exposiciones rábicas representaron un 18% y otros eventos menos frecuentes, como la intoxicación por agroquímicos, Hepatitis B, y dengue clásico representaron dos casos que equivalen al 5%. (Tabla 12).

Tabla 12. Número de casos individuales notificados a Sivigila. Localidad Sumapaz, 2005 y 2010.

Evento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Exposición Rábica	17	12	6	13	9	8	65
Varicela	18	33	11	5	10	10	86
ETAS	0	0	0	0	1	14	15
Hepatitis A	0	0	3	6	0	0	9
Hepatitis B	0	0	0	0	0	2	2
Parotiditis	0	0	0	0	3	2	5

Fuente: Base de datos Sivigila 2005 a 2010. Hospital Nazareth.

La varicela fue el mayor evento de notificación individual en lo local; el 100% de los casos se presentó en población menor de 20 años, siendo más frecuente en los grupos de 10 a 14 y 15 a 19 años. Este evento afecta tradicionalmente a niños y jóvenes en edad escolar, etapa en la cual se aumenta la probabilidad de contagio, dado el contacto estrecho que se presenta en los colegios, teniendo en cuenta además que la vacuna para este evento no hace parte del esquema básico de los niños. La distribución por territorios, permite encontrar que del total de casos, el 57% se presentó en el territorio III y el restante 43% en el territorio II. La notificación de eventos como la intoxicación por plaguicidas no refleja su comportamiento real en la localidad, si se tiene en cuenta que la principal actividad productiva de la localidad es la agricultura y la fumigación se constituye en una actividad diaria de la comunidad, que no siempre se realiza con las medidas de protección, a pesar de ser una de las prioridades en las intervenciones realizadas por el hospital. El análisis de esta situación ha permitido encontrar que si bien pueden presentarse efectos menores de una intoxicación, su manejo se limita al uso de recetas caseras sin que medie el manejo médico, al no consultar por los síntomas presentados. Este comportamiento ha permitido orientar estrategias de la vigilancia comunitaria, en donde se busca fortalecer el conocimiento del evento por parte de la comunidad para disminuir su incidencia y motivar su notificación y manejo médico cuando éste se presente. (Tabla 13).

Tabla 13. Eventos individuales notificados a Sivigila por territorio social. Localidad 20 Sumapaz. 2010

EVENTOS INDIVIDUALES NOTIFICADOS A Sivigila 2010	TERRITORIO I		TERRITORIO II		TERRITORIO III		TERRITORIO IV		BTA URBANA		CUNDINAMARCA		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
DENGUE	1	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,5
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS Y AGUA (ETA)	3	7,5	3	7,5	10	25,0	0	0,0	1	2,5	0	0,0	17	42,5
EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACIÓN	0	0,0	0	0,0	1	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,5
EXPOSICION RABICA	0	0,0	1	2,5	1	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,0
HEPATITIS B	0	0,0	0	0,0	2	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,0
INTOX.PLAGUICIDAS	0	0,0	1	2,5	2	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	7,5
INTOX OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,5	1	2,5
LESIONES POR POLVORA	0	0,0	1	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,5
POSIBLE RUBEOLA	2	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	5,0
VARICELA INDIVIDUAL	1	2,5	5	12,5	1	2,5	3	7,5	0	0,0	0	0,0	10	25,0
TOTAL	7	17,5	11	27,5	17	42,5	3	7,5	1	2,5	1	2,5	40	100

Fuente: Base de datos Sivigila 2005 y 2010. Hospital Nazareth.

1.6.5 Vigilancia en Salud Pública Comunitaria

La vigilancia en Salud Pública Comunitaria es un proceso de obtención de información de eventos de interés para la comunidad de análisis de la determinación social de la salud, que busca desde una dinámica social participativa incidir en las condiciones de vida de la comunidad buscando propiciar autonomía y materializar los derechos individuales y colectivos.

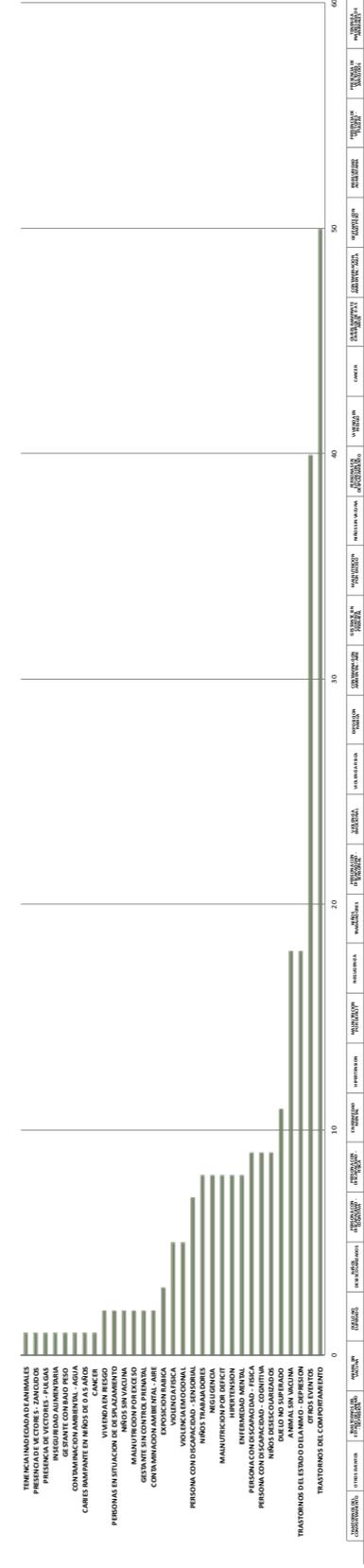
El Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitario (Covecom), es un espacio que durante el 2010 se ha fortalecido desde su análisis, apoyando diferentes actividades de vigilancia epidemiológica en la comunidad, contribuyendo a mantener el nivel de salud con base en la participación activa de sus miembros; es la participación de la comunidad en el mantenimiento de su salud, con el apoyo del personal del hospital.

Durante el año 2010 el comportamiento de la notificación al subsistema de vigilancia epidemiológica comunitaria en la localidad de Sumapaz mejoró notablemente pasando de un consolidado total para el año 2009 de 111 eventos reportados a 244 durante el año 2010; esto se debe a un continuo proceso de sensibilización de los énfasis a la cultura de notificación, basándose en la integralidad de sus funcionarios dado el modelo de prestación de servicios brindado por el Hospital Nazareth.

Los ámbitos escolar y familiar presentaron mayor notificación de eventos de interés en salud al componente de vigilancia en salud pública comunitaria VSPC, con unas frecuencias relativas de notificación de 42,9% y 43,7% respectivamente. Estos eventos notificados en la localidad de Sumapaz, durante el año 2010, fueron aquellos relacionados con trastornos del comportamiento, el cual correspondió al 20.5% (50 eventos) del total de eventos notificados, indicándonos un alto número de casos que afectan la calidad de vida y salud mental de la población sumapaceña. Los eventos, trastorno del estado de ánimo son los siguientes en frecuencia de notificación, evidenciando de nuevo las alteraciones de tipo psicológico que posee la población sumapaceña, tal vez relacionado con la dinámica propia de la localidad en la cual existen muy pocos lugares culturales y de aprovechamiento del tiempo libre y la falta de proyectos de vida en la población. Otro evento prevalente en la notificación a VSPC es la vacunación canina, correspondiendo al 7.3% de la notificación de enero a diciembre, lo cual es muy común en la dinámica poblacional ya que la población canina y felina de la localidad es alta, dado que la mayoría de sus habitantes poseen perros para el cuidado de las casas, siendo esta notificación de gran ayuda, para enfocar campañas masivas de vacunación de estos animales. La condición de discapacidad es otro evento de notificación por VSPC; el 33% es discapacidad cognitiva lo cual está estrechamente relacionado con la etapa de ciclo de infancia en donde el ámbito escolar es el principal actor en detectar presencia de dicha alteración.

Los otros eventos notificados son los concernientes a menor trabajador y menor desescolarizado lo cual se encuentra relacionado con la inclusión a temprana edad en la vida laboral como parte de la cultura de la población habitante de zonas rurales (gráfica 8).

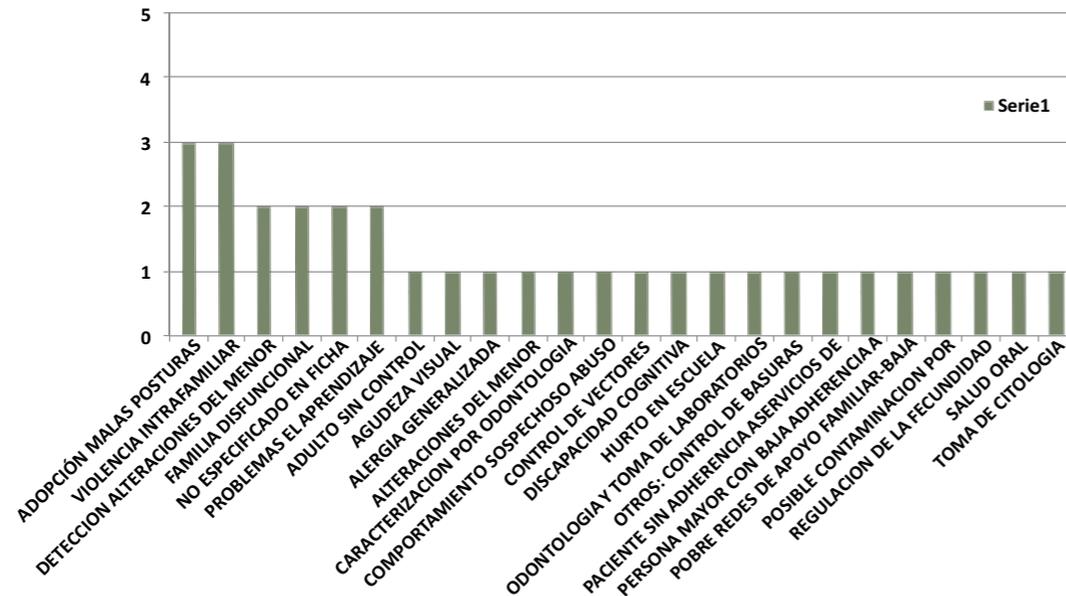
Gráfica 8. Distribución de eventos notificados a Vigilancia en Salud Pública Comunitaria. Localidad 20 Sumapaz, 2010.



Fuente base de datos de Vigilancia en salud pública comunitaria 2010. Hospital Nazareth

Entre otros eventos que no se encuentran listados en la base de consolidación semanal en VSPC, se evidencia que la notificación más constante se encuentra asociada a aquellos relacionados con la falta de adherencia a servicios médicos, evidenciando la baja corresponsabilidad que existe por parte de la comunidad en el cuidado de su salud; en este grupo se encuentran personas que padecen enfermedades crónicas y no presentan control; personas con baja adherencia a servicio de odontología; alergias y toma de citologías (Gráfica 9).

Gráfica 9. Distribución de otros eventos reportados a Vigilancia En Salud Pública Comunitaria. Localidad 20 Sumapaz 2010.



Fuente base de datos de Vigilancia en salud pública comunitaria 2010, Hospital Nazareth

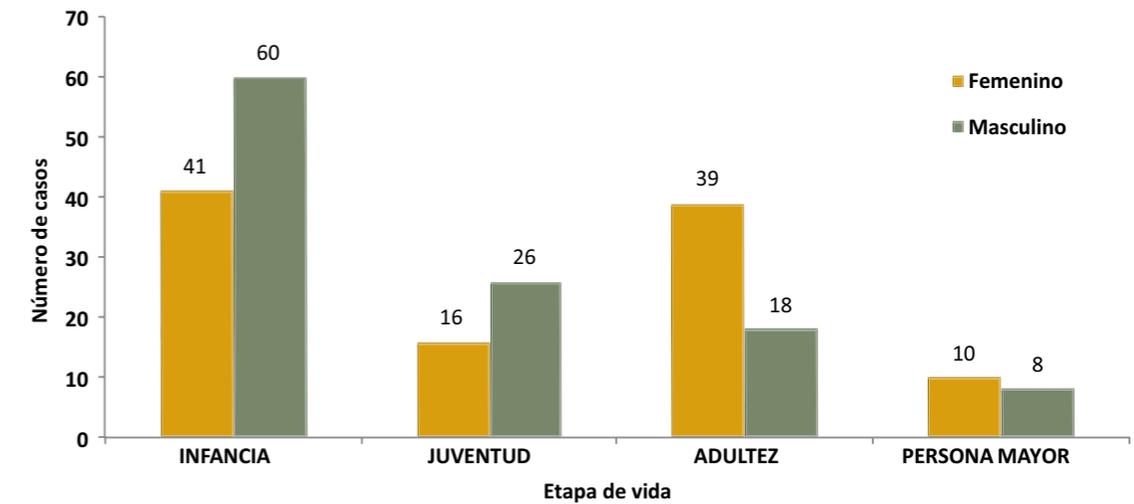
El número de notificaciones por ciclo de vida y sexo durante el año 2010, demostró que el ciclo vital para el cual se notificó fue el de niñez con un total de 101 eventos reportados, lo cual está estrechamente relacionado con la alta notificación realizada por el ámbito escolar. Por otro lado, se observa que la etapa de persona mayor cuenta con la notificación más baja (18 eventos) esto debido a que no se reportan ni denuncian los eventos que involucran a esta etapa del ciclo vital. Por ello VSPC en la localidad debe reforzar la formación a personas mayores como gestores en salud, para que estos se apropien de su situación de salud (gráfica 10).

Comportamiento de la notificación a VSPC por territorios

Durante el año 2010 el territorio I, fue el que presentó un mayor número de notificaciones de eventos de interés en salud pública comunitaria en la localidad de Sumapaz, con un total de 101 eventos. Las veredas que conforman este territorio son las más alejadas dentro de la localidad y sus vías de acceso son las de peores condiciones, lo cual trae como consecuencia barrera de acceso geográfico entre la población y los servicios prestados por el gobierno. Las veredas que presentaron mayor número de casos notificados fueron Chorreras (18), Lagunitas (14) y San José (10); los eventos prevalentes en este territorio fueron los relacionados con trastornos del comportamiento con un 25% de la notificación total, que como se mencionó anteriormente son los más frecuentes dentro de la localidad. En el territorio II fueron notificados a VSPC 86 eventos de interés en salud pública, siendo el segundo territorio con mayor notificación en la localidad de Sumapaz. Las veredas con mayor número de notificaciones fueron Santo Domingo (27) y Capitolio (15) y los eventos más frecuentes fueron los relacionados con trastornos del comportamiento con

un 21.5% de la notificación total en este territorio, evidenciando de nuevo la problemática de salud mental presentada en la localidad.

Gráfica 10. Distribución de eventos en salud pública notificados por sexo y etapa de vida. Localidad 20 Sumapaz. 2010.



Fuente base de datos de Vigilancia en salud pública comunitaria 2010, Hospital Nazareth

Durante el año 2010 en el territorio III fueron notificados 30 eventos a VSPC; las veredas que presentaron mayor notificación fueron Betania (7) y Peñaliza (5), con mayor frecuencia en eventos como niños desescolarizados (13.3%), violencia física (13.3%) y exposiciones rábicas (13.3%).

Durante el año 2010, el territorio IV fue el que presentó menor número de casos notificados a VSPC con 27 eventos; las veredas con más casos notificados fueron Santa Rosa (13) y Auras (10) con eventos más prevalentes de niños desescolarizados (27.6%) y trastornos del comportamiento (17.4%).

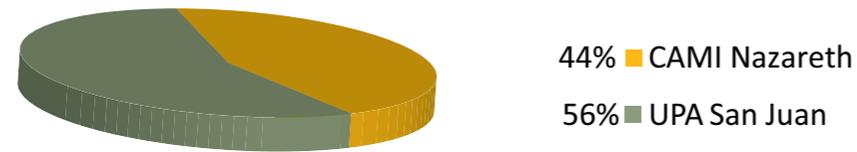
1.6.6. Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (Sisvan)

El Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (Sisvan) recopila información del estado nutricional de gestantes, niños menores de 10 años y recién nacidos de bajo peso. La información es recolectada a partir de las consulta por medicina general y de crecimiento y desarrollo, realizadas por médicos y enfermeras en los dos centros de atención del hospital. Esta información, permite identificar situaciones de desnutrición, bajo peso y obesidad en esta población a fin de realizar intervenciones oportunas por parte del equipo de nutricionistas, poder conocer las condiciones de vulnerabilidad y establecer un plan de recomendaciones nutricionales o bien canalizar a programas de apoyo, cuando el caso lo requiera.

1.6.6.1. Análisis situación nutricional

La notificación realizada al subsistema de vigilancia alimentaria y nutricional durante el año 2010 fue mayor en el CAMI Nazareth 56% (n=288) que en la UPA San Juan el 44% (n= 229), para un total de 517 para el periodo enero – diciembre eventos notificados. Esto puede estar relacionado con la regularidad en la asistencia a las consultas en Nazareth ya que su atención se da las 24 horas. El mantenimiento a unidades primarias generadoras de datos (UPGD) se basó en la sensibilización y capacitación para aumentar la calidad y cantidad de la notificación de la población objeto de seguimiento (gráfica 11).

Gráfica 11. Comportamiento de la notificación al Sisvan por UPGD de niños y niñas menores de 10 años. Localidad 20 Sumapaz 2010.



Fuente: Base Sisvan oficial Hospital Nazareth enero-diciembre 2010.

De los datos presentados anteriormente, se inicia el análisis desarrollado a continuación, el cual generará un acercamiento a la situación nutricional de niños y niñas menores de 10 años y permitirá realizar algunas inferencias relacionadas de manera más amplia con la seguridad alimentaria y nutricional.

Es importante aclarar que las bases tomadas para el análisis son las revisadas, depuradas y entregadas por la Secretaría Distrital de Salud, razón por la cual el número de datos es diferente a la sumatoria de las bases mensuales enviadas desde el hospital.

Dando esta claridad, el número de datos analizados es de 517 niños y niñas de 0 a 10 años distribuidos por UPGD de la siguiente manera; UPA San Juan 229 registros y CAMI Nazareth 288; con un promedio de datos mensual de 19 y 24 respectivamente.

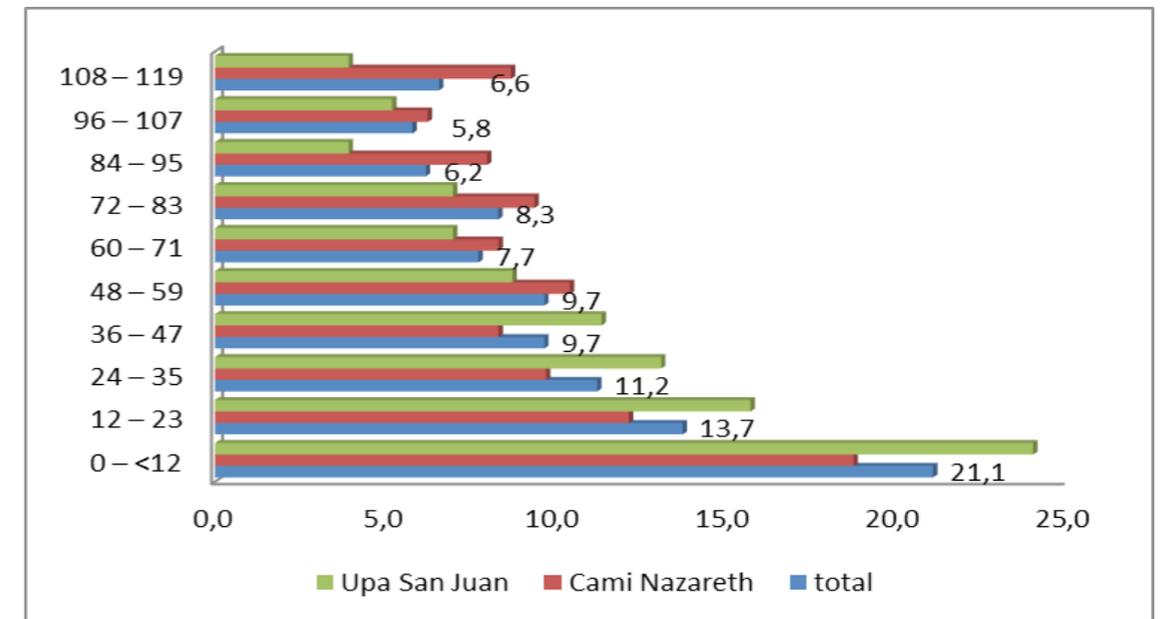
- **Distribución por grupo de edad**

La mayor prevalencia de niños y niñas reportados a Sisvan durante el año 2010 se encuentra en edades comprendidas entre los 0 a 35 meses con una prevalencia del 54.5% (n: 120); dentro de este grupo, el 25% pertenece a las edades comprendidas entre los 0 a 12 meses (n: 109).

En la UPA San Juan se presentaron mayores frecuencias de notificaciones en niños que pertenecían a los cuatro primeros rangos de edad correspondientes desde los 0 a 47 meses y en el CAMI Nazareth se encontraron mayor prevalencia en niños que pertenecían a los cinco últimos rangos de edad comprendidos entre los 48 y 59 meses y en niños de 73 a 83 meses.

Esta información es muy valiosa ya que aporta a la construcción de respuestas institucionales frente a programas de prevención y promoción brindada a población infantil, viendo con ello la necesidad de fortalecer la aplicación de estrategias materno infantiles en población menor de 5 años cuya proporción es de 65.4% (n=338).(Gráfica 12).

Gráfica 12. Distribución, por UPGD, de frecuencias relativas por grupo de edad de niños y niñas menores de cinco años, notificados a Sisvan. Localidad 20 de Sumapaz. 2010.

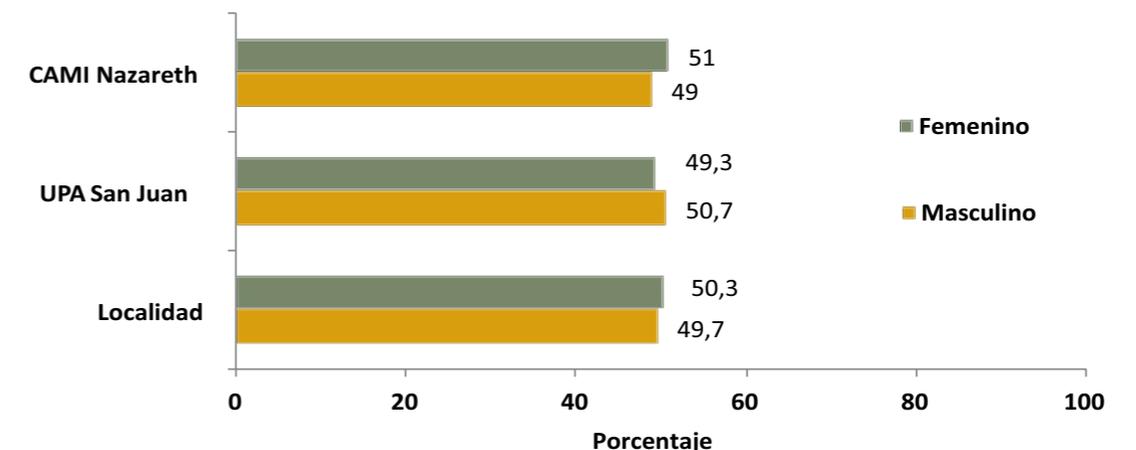


Fuente: Base Sisvan oficial Hospital Nazareth enero - diciembre 2010.

Durante el año 2010 en el CAMI Nazareth el 51% (n=47) de notificaciones correspondieron al sexo femenino a comparación con la UPA San Juan en donde el 50.7% de la notificaciones correspondieron al sexo masculino. En promedio la localidad 20 Sumapaz cuenta con una distribución porcentual de 49,7% y de 50,3% para niños y niñas respectivamente (Gráfica 13).

Respecto a la distribución por zona, la localidad de Sumapaz se caracteriza por ser 100% rural campesina, no se han presentado hasta el momento reportes de población desplazada ni la correspondiente a grupos étnicos.

Gráfica 13. Distribución porcentual por sexo de niños y niñas menores de 10 años notificados al Sisvan durante el año 2010. Localidad 20 Sumapaz



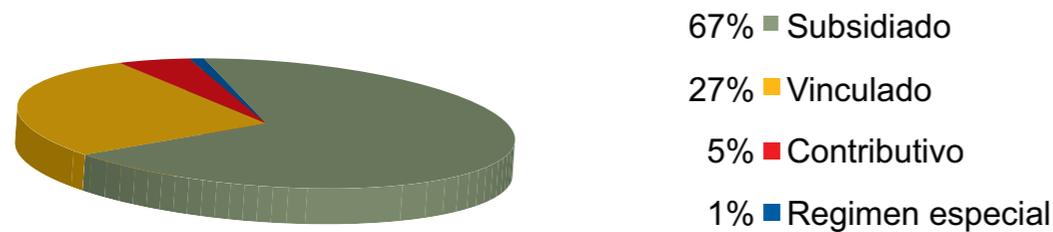
Fuente: Base Sisvan oficial Hospital Nazareth enero - diciembre 2010.

• **Distribución de población infantil notificada al Sisvan, según tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud**

En la gráfica 14, se presenta la distribución en el tipo de afiliación que tienen niños y niñas notificados; cabe anotar que es el régimen subsidiado el que mayores proporciones de población tiene; lo cual es sustento fundamental en la organización de la atención en salud prestada desde el hospital como primer nivel de atención.

Según el tipo de aseguramiento se observa que la mayoría de niños y niñas notificados (67%) pertenecen al régimen subsidiado; en segundo lugar se encuentra el régimen vinculado (27%) y finalmente está la población del régimen especial y el contributivo. Frente al sistema de afiliación y su atención en salud se encuentran inconvenientes especialmente cuando por algún motivo madre o padre trabajan un tiempo definido y cotizan al régimen contributivo, luego de ese tiempo de trabajo nuevamente quedan sin empleo y deberían estar registrados en el régimen subsidiado o vinculado, pero eso no ocurre en muchos casos y por eso la atención en salud no brinda todas las respuestas que debería. En el hospital Nazareth se cuenta con un modelo de atención integral que mitiga las brechas en la afiliación, sin embargo al requerir exámenes específicos o remisiones a especialista se encuentran grandes dificultades para la canalización efectiva y oportuna.

Gráfica 14. Distribución porcentual según sistema de seguridad social en salud de niños y niñas notificados al Sisvan. Localidad 20 Sumapaz.2010



Fuente: Base Sisvan oficial Hospital Nazaret enero - diciembre 2010.

• **Estado Nutricional según indicador talla/edad**

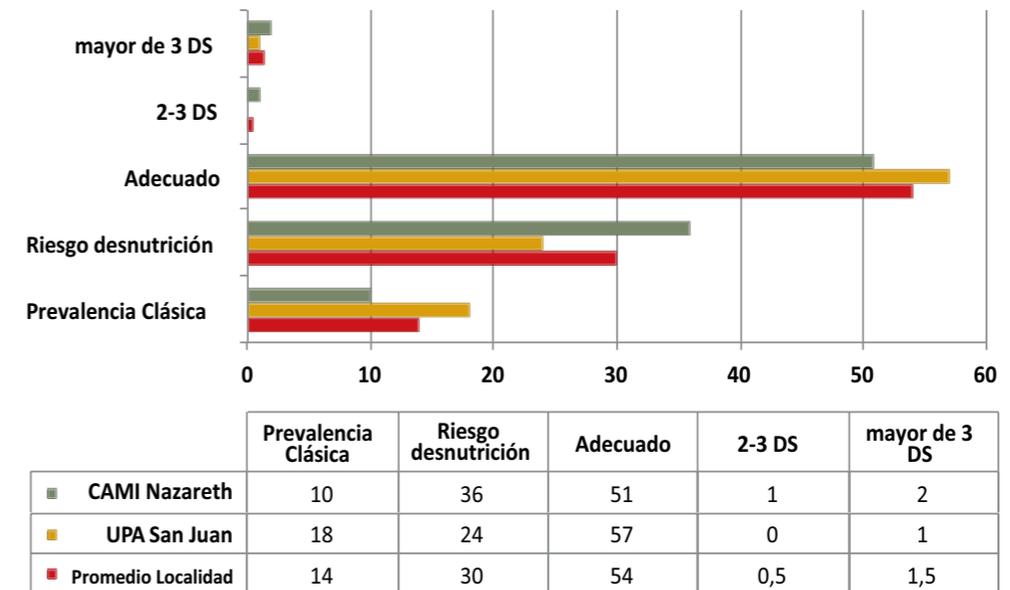
Frente al estado nutricional según el indicador talla/edad se presenta mayor prevalencia de déficit en los datos arrojados por la UPA San Juan cuya proporción es del 18% (n=41), frente a la del CAMI Nazareth que es del 10% (n=29). Es importante tomar la información de este déficit teniendo en cuenta cada corregimiento de la localidad, dadas las significativas diferencias. Respecto al riesgo de déficit se observa mayor prevalencia en los datos aportados por el CAMI Nazareth con el 36% (n=104). Los valores encontrados por debajo de -1 desviación estándar según la curva de valoración nutricional para este indicador alcanzan en promedio el 30% (n=155) de la población menor de 10 años, permitiendo inferir que ante una situación permanente de inseguridad alimentaria, gran parte de la población migraría al déficit crónico en este sentido. Para cada corregimiento y en general para la localidad se determina que aproximadamente el 54% se encuentran con estado nutricional adecuado para este indicador. El exceso en este caso no se considera como un problema de malnutrición pues compara la estatura con la edad al momento de la consulta (gráfica 15).

• **Estado nutricional según indicador peso/edad**

Se observa una diferencia significativa en la prevalencia clásica de déficit para este indicador encontrada en cada corregimiento, pues se presenta una proporción del 10% (n=23) en la UPA San Juan y del 2% (n=6) en el CAMI Nazareth. Sin embargo al tener en cuenta la distribución anterior del

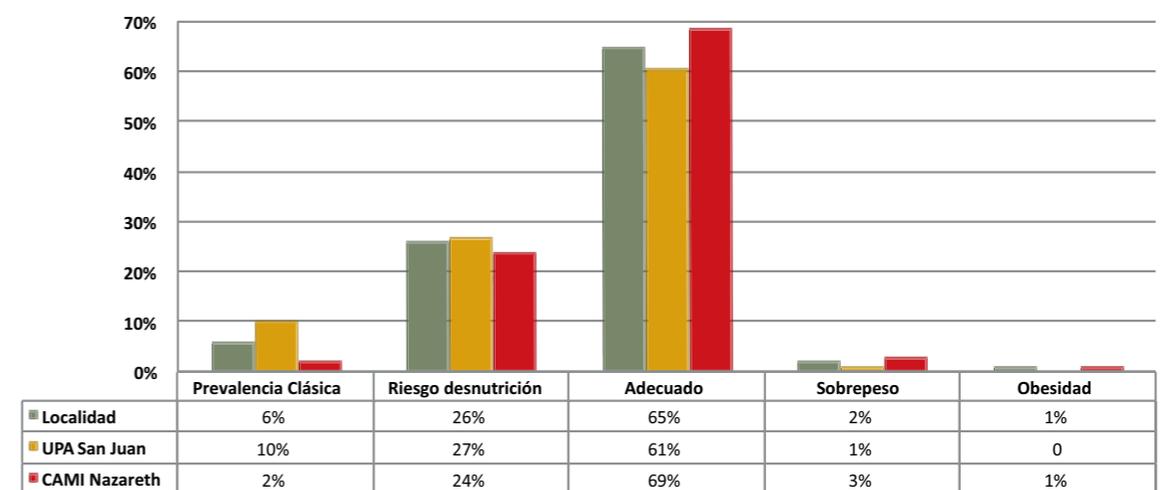
indicador peso/edad, se puede inferir que San Juan puede contar con niños y niñas con talla baja y por esta razón el peso sería menor. Sin embargo son afirmaciones que requieren complementarse con la observación real de cada caso. La proporción del riesgo esta por encima del 20%, lo cual mejora la ubicación de este estado nutricional en la clasificación adecuada. Adicionalmente el exceso de peso/edad debe contemplar la valoración por los otros indicadores (gráfica 16).

Gráfica 15. Frecuencia Relativa del estado nutricional según el indicador talla /edad de niños y niñas menores de 10 años notificados al Sisvan. Localidad 20 Sumapaz.2010



Fuente: Base Sisvan oficial Hospital Nazaret enero - diciembre 2010.

Gráfica 16. Frecuencia Relativa del estado nutricional según el indicador Peso /Edad de Niños y Niñas menores de 10 años notificados al Sisvan. Localidad 20 Sumapaz. 2010



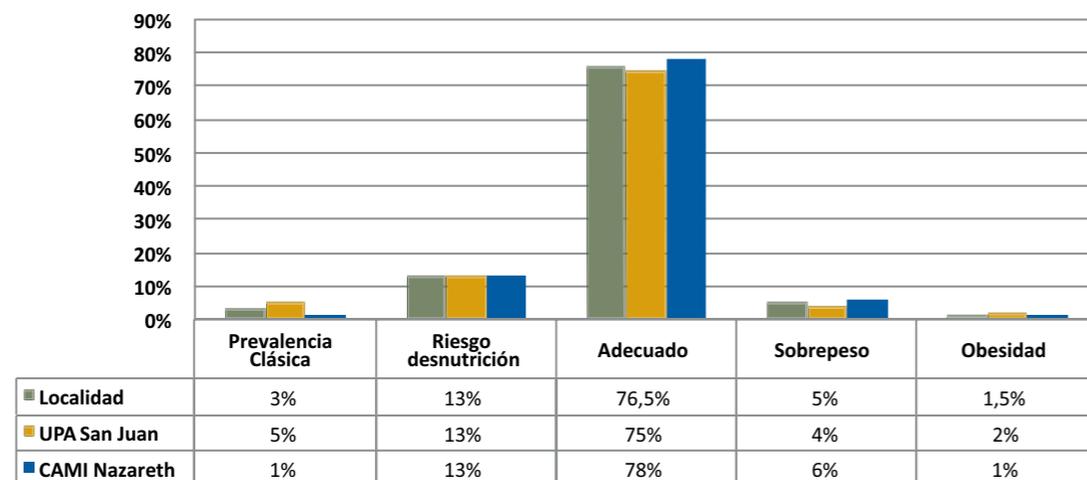
Fuente: Base Sisvan oficial Hospital Nazaret enero - diciembre 2010.

La prevalencia clásica entre Nazareth y San Juan presenta grandes diferencias, pues son casi 7 puntos porcentuales de más con los que cuenta San Juan. Esto puede estar causado por factores como la disponibilidad de alimentos bien sea por siembra, compra, recolección o distribución intrafamiliar. Adicionalmente las condiciones climáticas y geográficas del corregimiento de San Juan son factores de riesgo para el rápido deterioro en el estado nutricional y para la difícil recuperación de este. Según las prevalencias locales encontradas en años anteriores se observa que para el año 2008 fue del 2%, en el 2009 fue del 5% y en el año 2010 la prevalencia continua en 5%. El déficit peso/edad se relaciona directamente con los otros dos indicadores, por esa razón se han discutido diversas maneras de intervención para dichos eventos pues desde el Sisvan este no cuenta con seguimiento. Sin embargo, por parte del proyecto especial de Seguridad Alimentaria y Nutricional y las acciones realizadas desde el ámbito familiar, se ha brindado apoyo en educación nutricional, canalización a programas de apoyo alimentario, asistencia técnica a la huerta o unidad productiva, entre otras actividades.

• **Estado nutricional según indicador peso/talla**

Al realizar la comparación de la prevalencia del déficit peso/talla se observa que en el año 2008 la cifra fue de 4%, para el 2009 la prevalencia alcanzó el 9% y en el 2010 se contó con una prevalencia local de 3%. Según estos datos es posible inferir en que los procesos integrales llevados a cabo desde el hospital y específicamente desde el énfasis de seguridad alimentaria y nutricional han surtido efectos en las prácticas agrícolas, pecuarias, alimentarias, nutricionales y demás, siendo éste uno de los objetivos básicos del quehacer como equipo en salud. El análisis particular de cada territorio refleja que el corregimiento de San Juan se encuentra en desventaja comparativamente con Nazareth pues presenta las cifras más altas de déficit nutricional llegando a un 5% para este caso. A diferencia, el corregimiento de Nazareth cuenta con cifras de sobrepeso significativamente mayores con respecto a San Juan; sin embargo en diagnósticos de riesgo, obesidad y adecuación las prevalencia son similares (Gráfica 17). El análisis de los indicadores nutricionales ha dejado en evidencia que la desnutrición crónica y global está afectando a la población infantil más que los años anteriores, al igual que las prevalencia de malnutrición por exceso como la obesidad y el sobrepeso. Estas problemáticas han sido analizadas en diferentes espacios y la E.S.E ha generado respuestas que contribuyen a mitigar el deterioro en el estado nutricional –bien sea por exceso o por déficit-, en las prácticas agrícolas, en la seguridad alimentaria, nutricional y ambiental.

Gráfica 17. Frecuencia relativa del estado nutricional según el indicador peso /talla de niños y niñas menores de 10 años notificados al Sisvan. Localidad 20 Sumapaz.2010

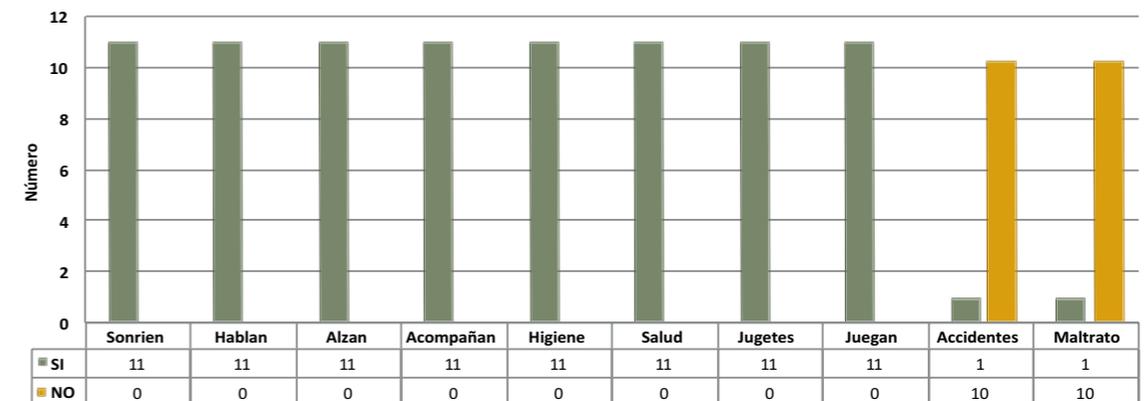


Fuente: Base Sisvan oficial Hospital Nazaret enero - diciembre 2010.

1.6.7 Análisis descriptivo y cuantitativo de los hallazgos en las investigaciones epidemiológicas de campo (IEC) realizadas en la vigencia enero – diciembre de 2010

Durante el año 2010 se realizaron once Investigaciones Epidemiológicas de Campo en la localidad 20 de Sumapaz, arrojando los siguientes resultados: Las pautas de crianza y de buen trato son positivas en el momento de la visita. Se relaciona una IEC con ocurrencia de accidentes en el hogar y situaciones de maltrato. Para tal caso se realiza la canalización al equipo en salud y al Sivim; logrando una intervención integral y la protección de los derechos de los niños para su bienestar (Gráfica 18).

Gráfica 18. Frecuencia absoluta de pautas de crianza seguidas por cuidadores de niños y niñas intervenidos en IEC. Localidad 20 de Sumapaz 2010.

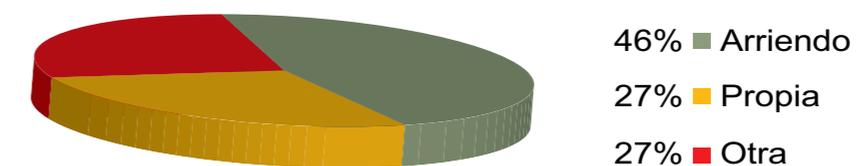


Fuente: Base IEC menor Enero – Diciembre 2010. Hospital Nazareth.

Casi la mitad de la población visitada habita en viviendas arrendadas, esto es común especialmente porque quienes llegan a cuidar la finca y a trabajar en ella toman en arriendo. Es importante tener esto en cuenta pues el gasto es aun mayor cada mes y usualmente interfiere en la compra de alimentos para la familia pues este es uno de los primeros gastos que se afectan al momento de tener otros deberes económicos (gráfica 19).

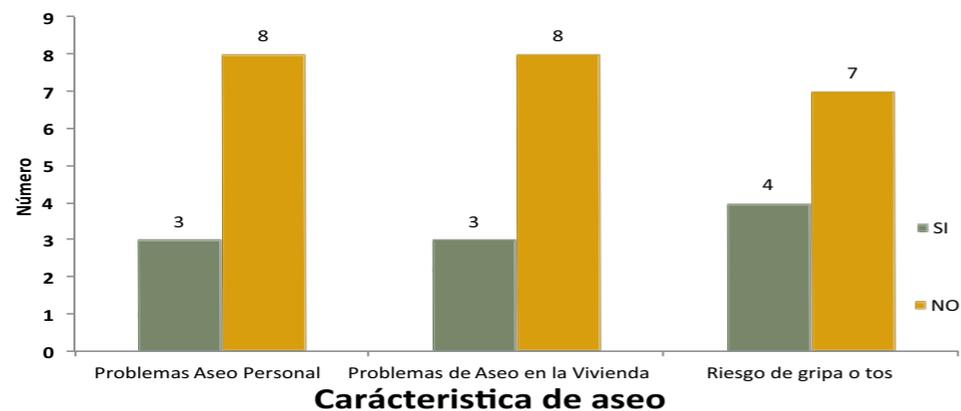
Es posible concluir que existe casi un 40% de familias a quienes es fundamental sensibilizar en todo el tema de aseo, auto cuidado, hábitos de vida saludables que promuevan el bien estar de la población infantil y sus familias. En estos casos en los que fue detectada alguna situación de riesgo para el niño o la niña, fueron canalizados para visita por medio ambiente y equipo básico –medico y enfermera- con el fin de prevenir situaciones de morbi mortalidad (gráfica 20).

Gráfica 19. Distribución porcentual de tenencia de vivienda por parte de cuidadores de niños y niñas intervenidos por el Sisvan. Localidad 20 de Sumapaz. 2010.



Fuente: Base IEC menor Enero – Diciembre 2010. Hospital Nazareth

Gráfica 20. Frecuencia absoluta de características de aseo personal, aseo de vivienda y riesgo de tos y gripa. Localidad 20 Sumapaz. 2010.

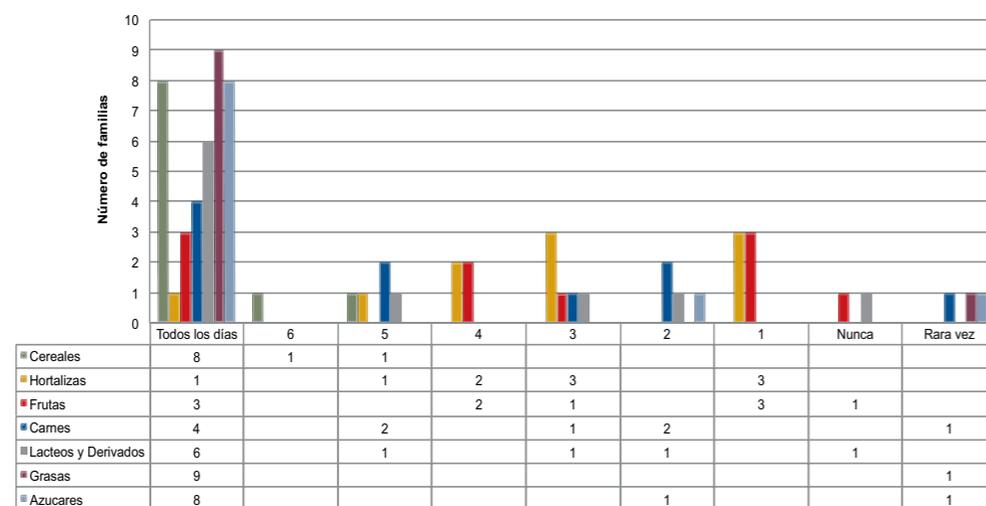


Fuente: Base IEC menor Enero – Diciembre 2010. Hospital Nazareth

El consumo de alimentos está relacionado con varios factores, entre ellos la frecuencia, la cantidad, la aceptación cultural y las condiciones de salud. La gráfica refleja que la base de la alimentación continúa siendo cereales y derivados, grasas, azúcares y en menor proporción lácteos y derivados. Sin embargo grupos de alimentos como carnes, frutas, leguminosas, verduras tienen una frecuencia de consumo baja y generalmente la cantidad consumida es mínima. Para ello una de las acciones desarrolladas y tal vez la más importante fue el indagar en las razones por las cuales una familia puede tener unidad productiva y cosechar suficiente para su autoconsumo pero no lo hacen.

Muchas familias de Sumapaz cosechan para vender y consumen mínimas cantidades de alimentos fuentes de proteínas, minerales y vitaminas, lo cual aporta a la malnutrición por déficit o por exceso y genera a largo plazo mayor riesgo para el desarrollo de perfiles de morbilidad por enfermedades crónicas (Gráfica 21).

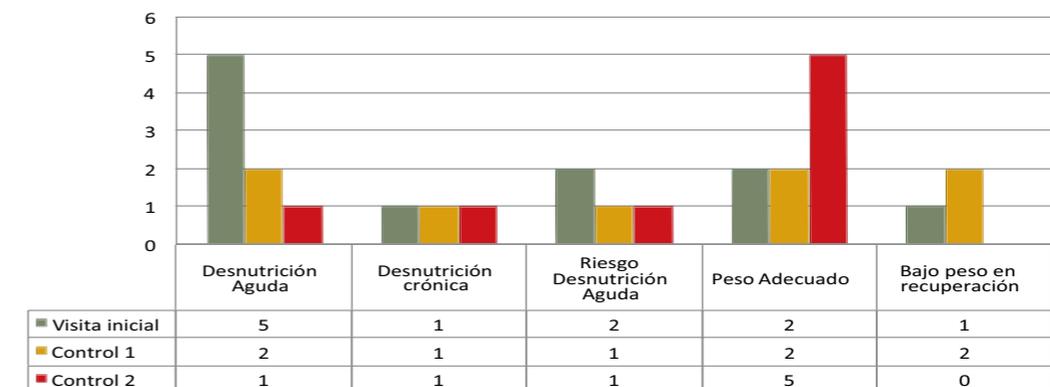
Gráfica 21. Distribución de Frecuencia absoluta de consumo de alimentos por parte de las familias intervenidas desde el Sisvan. Localidad 20 Sumapaz. 2010



Fuente: Base IEC menor Enero – Diciembre 2010. Hospital Nazareth

Las condiciones de desnutrición aguda tienen una recuperación cercana a los 2 o 3 meses, diferente a lo observado en una condición de déficit crónico ó de riesgo de déficit lo cual no se evidenció durante las tres visitas de modificación en este diagnóstico. Sin embargo existen factores claves en la recuperación o no del déficit nutricional como las condiciones medio ambientales, sociales, culturales, familiares, fisiológicos, psicológicos, entre muchos otros. Es en este punto en el que entra a tomar un espacio fundamental la manera como el profesional aborda la visita domiciliar y de que manera se relaciona con el niño - niña y su familia para generar reales compromisos y dinámicas que mejoren condiciones de vida (Gráfica 22).

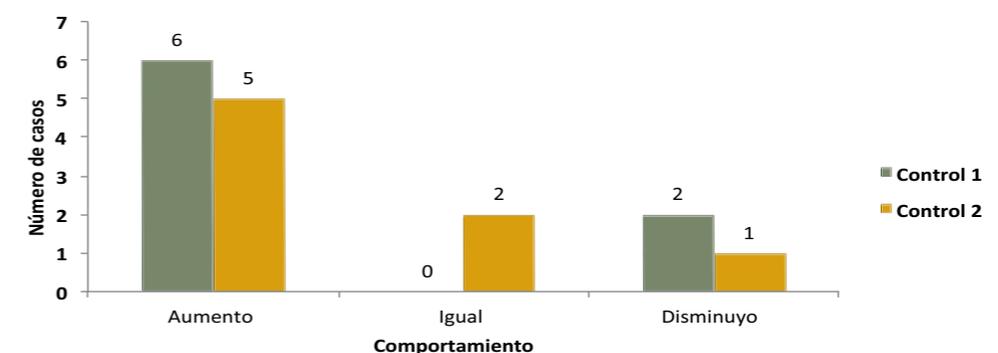
Gráfica 22. Distribución de Frecuencias absolutas del estado nutricional encontrado en cada una de las visitas del Sisvan realizadas a niños y niñas. Localidad 20 Sumapaz 2010.



Fuente: Base IEC menor Enero – Diciembre 2010. Hospital Nazareth

Se evidencia que el peso aumenta entre un control y otro; es decir de un mes para otro. Sin embargo en aquellos casos en los que continúa igual o incluso disminuye de peso, es necesario adelantar remisiones a otros espacios en salud y a otras instituciones, de tal manera que su situación sea revisada y examinada para determinar las razones por las cuales el déficit de peso no ha mejorado. Es importante anotar que el modelo del Hospital Nazareth desarrolla dos visitas de control pues lo establecido desde la Secretaría Distrital de Salud únicamente propone una inicial y una de control; es importante esta información ya que, como se observa en la gráfica, el seguimiento durante tres meses genera reconocer algunos cambios en el diagnóstico nutricional y de salud (Gráfica 23).

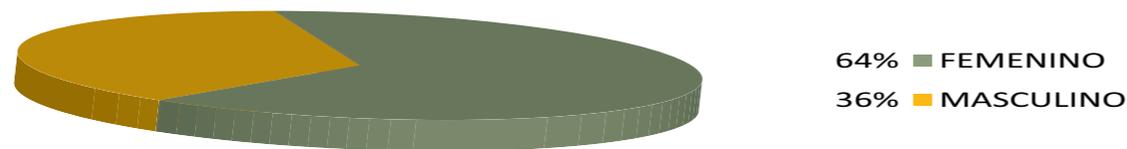
Gráfica 23. Comportamiento del Peso en niños y niñas con IEC de control Sisvan. Localidad 20 Sumapaz. 2010



Fuente: Base IEC menor Enero – Diciembre 2010. Hospital Nazareth

Como se observa en la gráfica 24, quienes mayor déficit presentan desde la generación de la base de datos son las mujeres; sin embargo en el momento de evaluar la recuperación nutricional, usualmente quien demora mas en recuperarse es el hombre.

Gráfica 24. Distribución porcentual de IEC realizada a niños y niñas menores de 10 años, según sexo. Localidad 20 de Sumapaz. 2010



Fuente: Base IEC menor Enero – Diciembre 2010. Hospital Nazareth

1.6.8 Enfermedades compartidas

En el territorio existe un censo aproximado de población canina de 1.202 y felina de 114. En el caso de los caninos, su función zootécnica corresponde a la de animal de compañía, aunque en la mayoría de los casos, por el contexto rural, sus propietarios los consideran guardianes de sus predios. La interacción de las mascotas con las personas es muy estrecha y su presencia determina en gran manera las condiciones de higiene y salubridad de las viviendas. En la localidad de Sumapaz no se han presentado casos de rabia canina y el volumen de notificación de eventos de agresión animal es bajo. La distribución de las veredas del territorio dificulta la cobertura total de vacunación.

Las condiciones en las que son mantenidos los animales en la localidad de Sumapaz, difieren en gran manera de aquellas identificadas en las zonas urbanas del Distrito. Un alto porcentaje de familias cuentan con unidades pecuarias como base de su actividad económica, principalmente sistemas de ganadería extensivas o semi intensivas. Otros sistemas de producción comunes son la porcicultura y la avicultura en escala artesanal. Estas explotaciones pecuarias frecuentemente son mantenidas en regulares condiciones de higiene y salubridad, lo cual se constituye como un riesgo biológico para la salud de quienes manipulan a los animales de la granja, así como la de los consumidores finales de estos animales. La presencia de caninos es muy común en los predios y los felinos se identifican esporádicamente. En términos de espacio, las fincas cuentan con enormes zonas abiertas, lo cual garantiza que las mascotas cuenten con suficiente espacio para el desarrollo de su bienestar emocional, sin embargo se han identificado caninos que habitan al interior de la vivienda en deficientes condiciones higiénicas. Otros problemas identificados son estado de desnutrición crónica, alta incidencia de infestación de ectoparásitos, deficientes condiciones de aseo, cúmulo de excretas en las zonas aledañas a las viviendas. Cabe mencionar casos de maltrato físico y psicológico a las mascotas, ejemplo de ello es la adopción de métodos de control poblacional que consisten en el sacrificio o ahogamiento de camadas de cachorros que no son deseadas.

Las veredas ubicadas en el territorio se encuentran a una altura sobre el nivel del mar entre 2.800 y 3.400 m; esto se constituye como un factor protector frente a la proliferación de artrópodos y roedores plaga, sin embargo en algunas viviendas y/o centros educativos se han identificado focos de vectores asociados a inadecuadas prácticas de manejo de residuos sólidos y líquidos y deficientes condiciones higiénico sanitarias. Por este motivo se busca promover mecanismos de

educación que busquen alternativas integrales de solución, complementarias a la aplicación de sustancias insecticidas y rodenticidas.

Las actividades realizadas en la línea durante el año 2010 fueron: vacunación canina, esterilizaciones caninas y felinas, asesoría en control de vectores en interiores, asesoría por tenencia inadecuada de animales, manejo integral de accidente por agresión animal y capacitación comunitaria. Durante el año 2010 fueron notificados 12 casos de agresión animal clasificando solo 3 con los criterios de exposición rábica. Durante el año 2010 se observa mayor prevalencia de seguimientos a eventos por agresión animal en el territorio IV, seguido de los territorios II y III, mientras que en el territorio I solo se presentaron 2 seguimientos en el periodo evaluado. Esto se puede atribuir a que las veredas que componen el territorio I se encuentran muy distantes del centro de salud. Se podría presumir que las personas que son víctimas de ataques en esta zona prefieren manejarlo a nivel casero para evitar el desplazamiento y por tanto se produce subregistro de casos. Esta situación no se presenta en los territorios que componen el corregimiento de Nazareth (III y IV) pues en esta zona las veredas se encuentran equidistantes al centro de salud. El territorio que ha presentado mayor prevalencia de estos eventos durante el periodo de tiempo transcurrido entre el 2008 y 2010 es el territorio II (13Casos). (Tabla 14).

Tabla 14. Distribución por territorios de accidentes con perros y gatos. Localidad 20 de Sumapaz. 2008-2010

Número de accidentes por agresión animal	Territorio i	Territorio ii	Territorio iii	Territorio iv
No. de Accidentes presentados durante el año 2008	1	7	4	4
No. de Accidentes presentados durante 2009	3	3	1	2
No. de Accidentes presentados durante 2010	2	3	3	4
Total	6	13	8	10

Fuente: Base de datos Vigilancia en Salud Pública. Hospital Nazareth.

Los doce eventos presentados fueron atendidos por el médico veterinario referente de la línea de enfermedades compartidas, quien realizó las tres visitas correspondientes en el periodo establecido (diez días post ataque). En total, en el año 2010 se vacunaron 800 caninos y felinos, distribuidos en los cuatro territorios. La cobertura de toda la vigencia 2010 esta aproximada al 80-85%. Una dificultad manifiesta es el no contar con un censo específico de población canina-felina. Las estimaciones se hacen de acuerdo con las visitas domiciliarias de salud a su casa; además es importante tener en cuenta que muchas veredas son inaccesibles, lo cual arroja un margen de error en la estimación. En ocasiones los propietarios de las mascotas no permiten que se apliquen las vacunas antirrábicas. El número de esterilizaciones en el año fue de 54, dando cubrimiento a los cuatro territorios, quedando pendiente varios caninos para la negociación del año 2011.

Se realizaron 15 actividades educativas; los temas trabajados con miembros de la comunidad en general fueron: enfermedades zoonóticas, tenencia adecuada de animales y vectores biológicos. En el transcurso del año se mantuvieron las actividades educativas programadas. Como fortaleza cabe mencionar el compromiso del actual referente de línea, quien ha realizado un buen trabajo. Las actividades de asesoría en control de vectores en interiores y la asesoría por tenencia inadecuada de animales fueron ejecutadas en su totalidad, dando cubrimiento a los cuatro territorios para un total de 60 visitas en el periodo evaluado.

Se dio cumplimiento a la meta programada con un total de 660 metros cuadrados fumigados y 489 metros cuadrados desratizados. La temporada invernal ha favorecido el aumento en las poblaciones de mosquitos y zancudos, y por tal motivo han aumentado las solicitudes de intervención, sin embargo no se ha excedido la oferta mensual de metros cuadrados.

1.6.9 Sistema de vigilancia epidemiológica en salud oral (Sisveso)

Durante el año 2010 se realizó notificación al Sistema de Vigilancia de la Salud Oral –Sisveso- por parte de las dos UPGD locales, con un cumplimiento del 96%, debido a que en los trimestres de abril-junio y octubre-diciembre hubo una notificación de 110 casos por los trimestre ya nombrados siendo la meta 120 y en el trimestre de enero-marzo sobre paso la meta de notificación con 134 casos. Durante el año 2010 fueron notificados por Sisveso un total de 488 personas de las cuales un 36.6% pertenecían a la etapa de vida de juventud y solamente el 3% correspondía a la etapa de vida de persona mayor (tabla 15).

Tabla 15. Distribución de personas notificadas al Sisveso según etapa de vida. Localidad 20 de Sumapaz. 2010.

MES	INFANCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	PER. MAYOR	TOTAL
ENERO	21	23	21	2	67
FEBRERO	2	16	10	0	28
MARZO	11	19	8	1	39
ABRIL	3	18	18	5	44
MAYO	11	5	25	3	44
JUNIO	2	13	7	0	22
JULIO	21	23	21	2	67
AGOSTO	2	16	10	0	28
SEPTIEMBRE	11	19	8	1	39
OCTUBRE	18	6	20	0	44
NOVIEMBRE	6	4	22	1	33
DICIEMBRE	9	8	16	0	33
TOTAL	117	179	177	15	488

Fuente: Base de datos Sisveso, Vigilancia en salud pública. Hospital Nazareth

A continuación se describen por etapa de vida los hallazgos realizados mediante este sub sistema en cuanto a la salud oral de habitantes de localidad 20 de Sumapaz.

1.6.9.1 Etapa de infancia:

Durante el año 2010, en esta etapa de vida fueron realizados 120 reportes, de los cuales, 48 pertenecían al sexo femenino y 72 al masculino; en esta población se observó la prevalencia de una deficiente higiene oral en el 64,58% de las niñas y en el 62.5% de los niños. Esto debido a la falta de acompañamiento a la práctica de higiene oral por parte de padres, madres y acudientes de los niños (tabla 16).

Tabla 16. Resultados de higiene oral en la etapa de infancia Hospital Nazareth, 2010

HIGIENE ORAL	FEMENINO		INFANCIA MASCULINO		Total general	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bueno	4	8.33	11	15.27	15	12.5
Deficiente	31	64.58	45	62.5	76	63.33
No aplica	2	4.16	1	1.38	3	2.5
Regular	11	22.91	15	20.83	26	21.66
Total general	48	100	72	100	120	100

Fuente: Base de datos Sisveso, Vigilancia en salud pública. Hospital Nazareth

1.6.9.2. Etapa de juventud

En el 2010 el ciclo vital juventud se presentó un total de 204 notificaciones de jóvenes, 105 para el sexo femenino y 99 para el sexo masculino, el 81.90% pertenecía al sexo femenino y el 73.73% al masculino. La mayor prevalencia de las personas en esta etapa de vida presentan higiene oral deficiente, y solo el 14.28% de las mujeres y el 17,17% de hombres presentan higiene oral buena, esto debido a la falta de asistencia a controles odontológicos (tabla 17).

Tabla 17. Resultados de higiene oral en la etapa de Juventud. Hospital Nazareth, 2010.

HIGIENE ORAL	FEMENINO		ADULTEZ MASCULINO		Total general	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bueno	10	11.36	6	7.14	16	9.30
Deficiente	52	59.09	66	78.57	118	68.60
No aplica	13	14.77	3	3.57	16	9.30
Regular	13	14.77	9	10.71	22	12.79
Total general	88	100	84	100	172	100

Fuente: Base de datos Sisveso 2010

1.6.9.3. Etapa de adultez

En el año 2010 para la etapa del ciclo Adultez se presentaron un total de 172 notificaciones, 88 pertenecientes al sexo femenino y 84 al sexo masculino; el 59.09% de las mujeres y el 78.57% de los hombres presentaron higiene oral deficiente y solo el 11.36% de las mujeres y el 7.14% de los hombres presentó higiene oral buena esto debido a la falta de asistencia a control odontológico.

Debido a las condiciones geográficas de la localidad, la comunidad no cuenta con facilidades para acceder al uso de la seda dental y el enjuague bucal, razón por la cual no se adquiere el hábito del cepillado, además la cultura que se maneja en la localidad, no deja que exista adherencia a los pasos del cepillado correctamente (tabla 18).

Tabla 18. Resultados de higiene oral en la etapa de Juventud. Hospital Nazareth, 2010.

HIGIENE ORAL	ADULTEZ					
	FEMENINO		MASCULINO		Total general	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bueno	10	11.36	6	7.14	16	9.30
Deficiente	52	59.09	66	78.57	118	68.60
No aplica	13	14.77	3	3.57	16	9.30
Regular	13	14.77	9	10.71	22	12.79
Total general	88	100	84	100	172	100

Fuente: Base de datos Sisveso 2010

1.6.9.4. Etapa de persona mayor

Se puede evidenciar que la etapa de ciclo que menos consulta es la de persona mayor, ya que son personas que han perdido la mayoría de sus dientes y asumen que por ello no necesitan asistir a consulta odontológica; seguido es la de infancia y juventud; esto no quiere decir que estas etapas de ciclo no asisten a consulta odontológica si no que por intervenciones que se realizan por parte del hospital en los colegio con programas como, escuelitas cero caries, salud al colegio, colegio saludable y proyectos UEL, se realiza cobertura a la mayoría de los miembros de etapa de ciclo vital

Se evidenció que del 100% de los casos notificados con alteraciones de tejidos duros, el 87% presentó caries cavitacional, siendo el trimestre de abril- junio el de mayor número de reportes. En lesión de mancha blanca el trimestre en el que más se notificó fue abril-junio con un 73%, en lesión de mancha café el trimestre que más se notificó fue abril-junio con un 59%, con fluorosis el trimestre que mas reporto fue julio-septiembre con una notificación del 22% (tabla 19).

Se observó que del 100% de los casos notificados con enfermedad de tejido blandos por cada trimestre en el 2010 hay un promedio de 65.88% que presenta gingivitis, y el 11.95% presenta periodontitis. (Tabla 20).

Tabla 19. Alteraciones presentadas en tejidos duros. Localidad 20 de Sumapaz. 2010.

TRIMESTRE	CARIES CAVITACIONAL	MANCHA BLANCA	MANCHA CAFE	FLUOROSIS
ENERO –MARZO	52%	19%	38%	22%
ABRIL-JUNIO	87%	73%	59%	19%
JULIO-SEPTIEMBRE	52%	19%	38%	22%
OCTUBRE-DICIEMBRE	40%	18.18%	18.18%	12.72%

Fuente: Base de datos Sisveso 2010

Tabla 20. Alteraciones presentadas en tejidos blandos. Localidad 20 de Sumapaz. 2010.

TRIMESTRE	GINGIVITIS	PERIODONTITIS
ENERO –MARZO	66%	10%
ABRIL-JUNIO	67%	26%
JULIO-SEPTIEMBRE	66%	10%
OCTUBRE-DICIEMBRE	64.54%	1.8%

Fuente: Base de datos Sisveso 2010

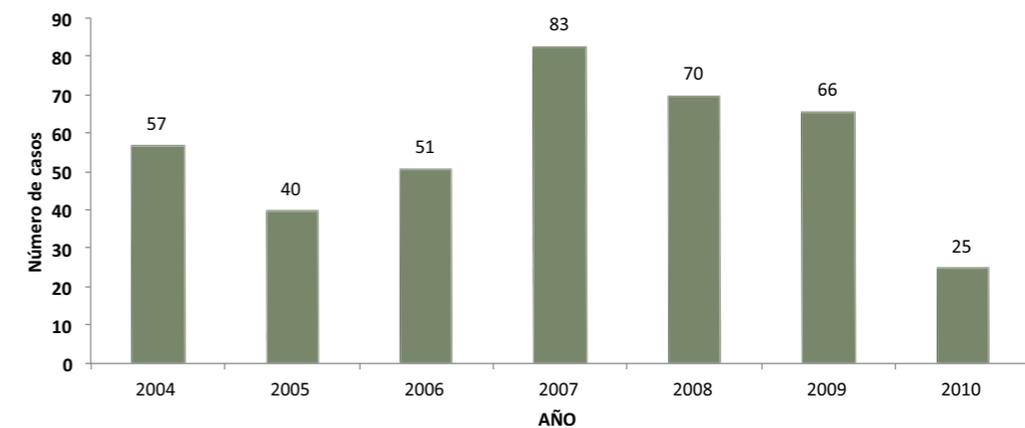
1.6.9 Sistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar, abuso sexual y maltrato infantil (Sivim)

La situación de violencia en la localidad Sumapaz, está enmarcada por factores sociales y culturales como el machismo, alcoholismo, escasa tolerancia, conformación temprana de hogares, conflicto armado, relaciones de poder, falta de oportunidades laborales y deficiente comunicación. Estas situaciones favorecen la presentación de casos de violencia intrafamiliar, abuso sexual y maltrato infantil, los cuales son identificados a través de la consulta médica, las visitas domiciliarias, las acciones de los diferentes ámbitos y por información de la comunidad misma.

El sistema de vigilancia de violencia intrafamiliar, abuso sexual y maltrato infantil (Sivim), recopila toda la información de casos de violencia física, emocional, sexual, económica, negligencia o descuido y abandono, aportando elementos para que el equipo de sicólogos del área de vigilancia en salud pública, realice asesoraría legal y sicológica a las víctimas, canalice los casos a las instituciones locales para coordinar un manejo integral y realice seguimiento de los casos, en busca de garantizar la restitución de los derechos de la población afectada.

La situación de violencia, reflejada en el número de casos notificados a Sivim, permite establecer un aumento en la identificación de casos, lograda a través de la búsqueda activa realizada por el equipo de profesionales, en los Corregimientos de San Juan, Betania y Nazareth. Durante el año 2010 fueron notificados a Sivim 25 casos, cifra inferior a la presentada desde el año 2004. (Gráfica 25).

Gráfica 25. Número de casos de Violencia Intrafamiliar, abuso sexual y maltrato infantil, Notificados en la localidad de Sumapaz. 2004 a 2010



Fuente: Base de datos Sivim. Hospital Nazareth E.S.E. 2004-2010

Las acciones del área de Salud Mental, han permitido fortalecer procesos de sensibilización y capacitación con colaboradores institucionales y con la comunidad, para la identificación y notificación oportuna de casos de los diferentes tipos de violencia. Así mismo, a través de la Red del Buen Trato se ha logrado la articulación de instituciones locales para que la notificación sea efectiva y oportuna; mediante la socialización de los casos en el Comité de Seguimiento de casos, ha sido posible evaluar la respuesta de cada institución, según sus competencias y articular las intervenciones para una atención integral. El análisis de los casos notificados al Sivim, permite establecer que la población más afectada pertenece al ciclo de infancia, seguido por el de juventud y los agresores más frecuentes se encuentran en el núcleo familiar, siendo la madre, la principal agresora. Los factores determinantes en la mayoría de los casos, se relacionan con la carencia de pautas de crianza positiva, dificultades de comunicación, falta de adherencia a las normas al interior del hogar, intolerancia y la falta de aceptación del otro como ser individual independiente y autónomo. Las relaciones de poder determinan el tipo de relación que se establece entre los individuos, aceptando la violencia como parte del control del grupo familiar. En este mismo sentido, la dificultad para establecer la autoridad de manera argumentativa, valida la violencia intrafamiliar, como método para imponer las normas del más fuerte.

Es así como la violencia se constituye en una problemática multi-causal asociada a factores sociales, individuales, políticos y comunitarios entre los cuales se destacan, el bajo nivel socioeconómico, situación laboral enmarcada en escasas oportunidades, el contexto rural, bajo nivel de educación y consumo de sustancias psicoactivas, tal como el alcohol.

El tipo de violencia más frecuente que se notificó durante el tercer trimestre del año fue la emocional; el mayor número de casos (n = 7) se reportó en septiembre, correspondiente al 50% del total de violencias, seguido por la violencia física, con 6 casos (43%). Los tipos de violencia menos comunes fueron la negligencia con 1 caso y abuso sexual (1 caso) (Tabla 21).

Tabla 21. Distribución de violencias notificadas a Sivim, según Tipo de violencia por trimestre 2010. Localidad Sumapaz

Tipo de violencia	I Trimestre		II Trimestre		III Trimestre		IV Trimestre		2010	
	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Física	6	46	3	27	6	43	4	40	19	40
Emocional	7	54	6	55	7	50	5	50	25	52
Sexual	0	0	0	0	0	0	1	10	1	2
Económica	0	0	1	9	0	0	0	0	1	2
Negligencia/ descuido	0	0	1	9	1	7	0	0	2	4
Abandono	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	13	100	11	100	14	100	10	100	48	100

Fuente: Base de datos Sivim. Hospital Nazareth E.S.E. 2010.

En relación con el agresor, muestra que en el 46% de los casos el agresor es la pareja, el 16% el padre, el 12.5% conocido y el 10% la madre. De acuerdo con el acumulado de violencias notificadas durante el año 2010 según etapa de ciclo, se evidencia que el mayor porcentaje de violencias, se concentra en la etapa de ciclo adulto que va de los 27 a los 59 años de edad, representando el 39%

del total de violencias notificadas; seguido por la etapa de juventud de 19 a 26 años, con 23% , a continuación se evidencia la etapa de ciclo de infancia que va de 0 a 9 años de edad, con 20.8% y por último la etapa de ciclo de adolescencia que va de 10 a 18 años, con 16.6% . De esta manera pueden establecerse que la mujer en la etapa de ciclo adulto es más vulnerable a las violencias por su pareja, coincidiendo con la tendencia observada a nivel distrital y nacional (Tabla 22).

Tabla 22. Distribución de violencias notificadas a Sivim, por etapa de ciclo y tipo de violencia. Localidad 20 Nazareth. 2010

TIPO DE VIO- LENCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTO	TOTAL GENERAL
Física	4	3	4	8	19
Emocional	5	4	6	10	25
Sexual	0	0	1	0	1
Económica	0	0	0	1	1
Negligencia o descuido	1	1	0	0	2
Total general	10	8	11	19	48

Fuente: Base de datos Sivim. Hospital Nazareth E.S.E. 2010

Con el fin de abordar todas las problemáticas de salud mental, el equipo de psicólogos desarrolla acciones de promoción y prevención en los diferentes ámbitos los cuales se relacionan a continuación.

En el ámbito familiar, la intervención psicosocial, parte de las necesidades sociales de las familias, en busca de lograr transformaciones positivas en su interior, fortaleciendo las dinámicas relacionales. El 100% de las familias identificadas con eventos de salud mental son incluidas en Intervención Psicosocial y priorizadas según riesgo, identificando factores protectores y resilientes para realizar seguimiento al núcleo familiar, fortaleciendo habilidades para la vida, comunicación asertiva, relaciones de pareja, manejo del duelo, manejo de las dificultades en las relaciones familiares, pautas de crianza y resolución de conflictos. La intervención plurimodal busca promover la salud mental y el desarrollo humano a través de la identificación, desarrollo y fortalecimiento de potencialidades en las áreas social, emocional y afectiva en los ámbitos familiar y comunitario. En ámbito comunitario, la Intervención de Fomento de Redes Promotoras de salud Mental, permite establecer y fomentar redes de participación y de difusión de temáticas que aportan al mejoramiento de la calidad de vida y a la promoción de estilos de vida saludables. Las intervenciones de este ámbito buscan movilizar a los distintos actores en torno a la elaboración, ejecución y seguimiento de propuestas comunitarias generadas en estos espacios y auto gestionadas por sus actores con corresponsabilidad y con veeduría de la ciudadanía, esta labor es básica teniendo en cuenta la historia de organización comunitaria de Sumapaz, además frente a la dinámica de defensa de su territorio y su riqueza el agua.

Desde el ámbito escolar se trabaja con la comunidad educativa en la estrategia del buzón Línea 106, la cual desarrolla intervenciones enfocadas a promocionar el buen trato y prevención de las violencias, así como dar orientación a niñas y niños víctimas de la violencia. Adicionalmente, se brindan intervenciones de control de agresión, resolución de conflictos, contención de conductas desafiantes, negociación entre estudiantes y docente-estudiante, consecuencias en la toma de decisiones, técnicas de relajación, proyecto de vida entre otras. De acuerdo con la dinámica del hospital las acciones de atención propiamente resolutivas son canalizadas a hospitales de II y III nivel, en caso de ser necesario.

Desde la Red del Buen Trato, participan además del Hospital, instituciones como la Alcaldía Local de Sumapaz, la Personería, el CADEL, la Comisaría de Familia, ICBF, la Casa de Igualdad, Integración Social y algunos líderes comunitarios. Como espacio de trabajo intersectorial la Red del Buen Trato ha alcanzado metas importantes de trabajo dentro de las cuales se destacan: la construcción de lineamientos de trabajo y plan de acción como Red del Buen Trato, la identificación y denuncia del 100% de los casos de violencia, a las instituciones pertinentes para realizar los procesos correspondientes, generación de acuerdos y articulación intersectorial, coordinando acciones, estrategias y recursos para atender las necesidades de la comunidad, desarrollo, de la primera jornada enfocada en la promoción del Buen Trato y el rechazo a cualquier tipo de expresión violenta en el hogar o en contra de los miembros del hogar, sensibilización a docentes sobre el adecuado proceso y tratamiento de los caso de violencia, posicionamiento y/o reconocimiento del espacio de la Red del Buen Trato a nivel local, incluyendo la comunidad.

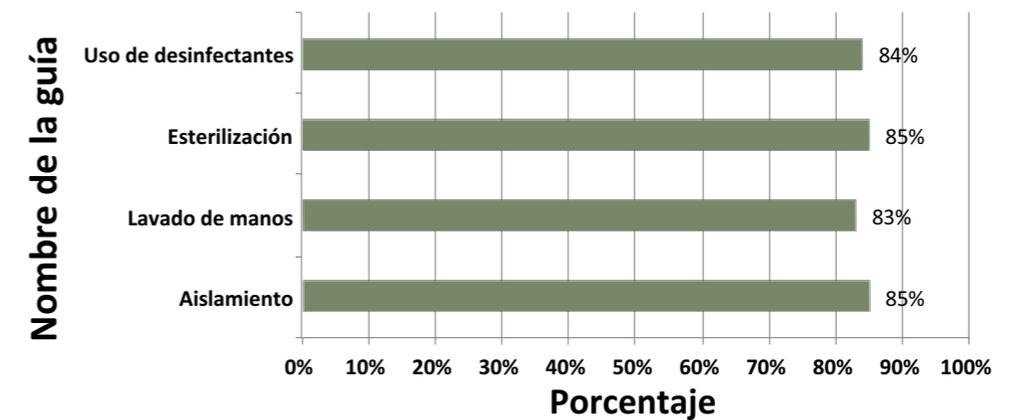
1.6.10 Infecciones intra hospitalarias (IIH)

En el Hospital Nazareth E.S.E I nivel, el análisis de las infecciones intra hospitalarias se realizan como parte fundamental del componente de seguridad del usuario, siendo éste el pilar fundamental en todas las estrategias en salud que inician programas de desarrollo y gestión de la calidad. La atención en salud debe ser considerada una actividad compleja, que supone una combinación de actuaciones, tecnologías e interacciones de los profesionales. Es de resaltar que los cuidados en salud constituyen un beneficio para las personas, también pueden constituir un riesgo, muchas veces prevenible y con la posibilidad de disminuir su impacto final.

Las Infecciones Intra Hospitalarias (IIH) o infecciones asociadas al cuidado de la salud son consideradas como un evento adverso que afecta la seguridad del usuario ya que son producto de la atención en una institución prestadora de salud, constituyendo así un indicador trazador de la calidad en la atención. Durante el año 2010 se logró, posicionamiento del Comité de Infecciones Intra Hospitalarias Local realizando mensualmente seguimiento al cumplimiento del Plan Operativo Anual, y se logró también medir la adherencia a las guías de prevención y control de las infecciones intra hospitalarias, de las cuales en el hospital se evalúan cuatro: lavado de manos, aislamiento, esterilización y uso de desinfectantes. En este aspecto se obtuvo un porcentaje mayor de adherencia en comparación con años anteriores, es de resaltar que la meta de adherencia para el año era por encima del 90%, sin embargo se logró una adherencia positiva a las guías, teniendo en cuenta que para el año 2010 se modificó el protocolo de lavado de manos, adoptando la estrategia creada por la Asociación Colombiana de Infectología, denominada “Manos Limpias, Atención Segura.

Durante el año 2010 también se realizó actualización y normalización del Manual de Bioseguridad donde se incluyó la nueva técnica de lavado de manos de la estrategia “Manos Limpias, Atención Segura”, y los cinco momentos del lavado de manos para la tención en salud. Durante el año 2010 se realizaron actividades orientadas a la evaluación de guías para prevención de IIH midiendo adherencia al cumplimiento de estas. Esta medición arrojó resultados de 85% de adherencia a la guía en temas de aislamiento y esterilización (Gráfica 26).

Gráfica 26. Adherencia a guías para la prevención y control de las IIH. Hospital Nazareth. Localidad 20 de Sumapaz.2010



Fuente: Base de datos de infecciones intrahospitalarias 2010

Política de seguridad al usuario “AMOR ES...”

El Hospital Nazareth cuenta con una Política de Seguridad al Usuario, la cual fue denominada “Amor es...”, para fácil recordación de los usuarios y los colaboradores, la cual tiene como finalidad identificar los riesgos que se pueden presentar durante la prestación de un servicio, para así crear barreras de seguridad y disminuir dichos riesgos; se ha logrado aumentar la cultura de seguridad en los colaboradores del hospital, lo cual se evidencia en el reporte generado por ellos; en la gráfica que se muestra a continuación se muestra el comportamiento del reporte desde el año 2008, cuando se inició la implementación de la política y lo avanzado en el año 2009 y 2010.

La Política de Seguridad al Usuario también cuenta con un procedimiento de análisis, con el cual se busca identificar las fallas activas (fallas humanas) y las fallas latentes (fallas estructurales y de procesos), con el fin de generar barreras de seguridad para disminuir dichas fallas; además también se cuenta con un protocolo de resarcimiento el cual es aplicada a los eventos adversos identificados.

2.

2. ANÁLISIS DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DESDE LA RELACIÓN PRODUCCIÓN- CONSUMO

La descripción territorial de la localidad de Sumapaz se retoma de las culturas indígenas que no precisamente se establecieron en la Bogotá Urbana, sino en otras regiones aledañas correspondientes al departamento de Cundinamarca. A continuación se realiza una descripción histórica del proceso de adquisición de tierras, el cual ha determinado las dinámicas políticas y culturales del territorio, basado en hechos bibliográficos, complementado con el relato de sus habitantes, y evidenciando los principales personajes, hechos, hábitat, cruzadas y situaciones que nacieron con el Sumapaz, hoy conocida como la localidad 20 del Distrito Capital.

El ámbito de la población rural se ha generado a través de un proceso histórico y una lucha de reivindicación de derechos, especialmente por la tierra, debido a que por ser comunidades campesinas no pertenecientes a los sectores dominantes de la sociedad colombiana han sido discriminados históricamente, aunque constituyan un renglón importante dentro de la población colombiana y su economía. Es importante anotar que en la dinámica poblacional del sector rural ha jugado un papel fundamental la problemática de la violencia en Colombia, y para su comprensión se requiere entenderla como un proceso, situación que definitivamente también afectó a la población de Sumapaz.

En las crónicas de la Conquista de la Nueva Granada, el páramo de Sumapaz aparece mencionado como el Páramo de los Sutagaos, en virtud del grupo aborigen que habitaba y controlaba este vasto territorio. Basado en la crónica de Lucas Fernández de Piedrahita, el geógrafo alemán Alfred Hettner dice lo siguiente acerca de este grupo: "... encontramos en el sur de la Cordillera Oriental a los Sutagaos, que fueron separados de los Panches por la cadena montañosa de Tibacuy, y en el oriente se extendieron hasta las heladas alturas del páramo de la Suma Paz. El centro poblado propiamente dicho de los Sutagaos era la región entre el río de la Suma Paz y el río de Pasca, pero los Doas, Sumapaces y Cundáis, que vivían al sur de ellos, estaban bajo su dominio, tal vez emparentados con ellos. Piedrahita también declara a los Fusagasugáes, que ocupaban el espacio entre el río Pasca y los contrafuertes de la altiplanicie de Bogotá, como Sutagaos, mientras que en otra parte son considerados como pertenecientes a la misma nación que los Moscas, es decir, los habitantes de Bogotá".¹⁴

En tiempos anteriores a la conquista española, el uso y la explotación del páramo y la alta montaña de Sumapaz no está referenciado y es muy poco lo que se sabe. Las escasas referencias disponibles hacen suponer que este territorio no tuvo una ocupación intensiva, situación que se valida con la percepción de la comunidad. Al parecer, los Sutagaos tan solo frecuentaban estas tierras para actividades de caza y recolección y para llevar a cabo alguno de sus ritos funerarios. De estos últimos se han encontrado vestigios de ofrendas en la Laguna de los Tunjos y unas pocas joyas arqueológicas, como la famosa balsa de oro rescatada por tres pobladores de Pasca en las inmediaciones de la hoy llamada Laguna de la Balsa. Aparte de estas referencias de la población de aborigen del Alto Sumapaz, se le conocen los topónimos Muiscas de los lugares que hoy corresponden a los corregimientos de Betania y Nazareth. Al primero, los pobladores nativos lo denominaban Fusungá y al segundo Chisague. Por lo demás, en algunos relatos de pobladores actuales se menciona la existencia de enterramientos en el sitio Los Cáquezas y en cercanías del Alto de Caicedo.

A partir de la segunda mitad del siglo XIX se cuenta con relatos de viajeros, naturalistas y geógrafos que aportan interesantes observaciones sobre las condiciones de aislamiento y los escasos pobladores del Alto Sumapaz. Por ejemplo, en 1854, Ramón Guerra Azuola hace un recorrido en busca de bosques de quina, del cual deja estas observaciones: "...a las ocho de la mañana emprendimos viaje (desde Santa Rosa) y llegamos a San Juan a las cinco de la tarde, habiéndonos detenido tan solo unos minutos en Quebrada Honda. En San Juan había una casita de paja que servía para que el dueño de la hacienda y los demás que trajinaban por allí no se muriesen de frío...al siguiente día a las siete de la mañana

volvimos a montar en nuestros fatigados caballos, y a Dios gracias llegamos a Sumapaz a las tres de la tarde... la casa de Sumapaz guarda perfecta armonía con el camino. Es un rancho de paja con el techo tan bajo, que no es posible entrar y estarse en ella derecho. Las paredes son de bahareque y barro, y como la tierra blanca no estaba en el mismo sitio y no era necesaria tampoco, las dejaron con ese color de tierra vegetal que acaba de entristecer y deprimir el corazón...según mis cálculos, la situación de la casa está cerca de los 3° 52' latitud Norte y 74° 24' 45" longitud Occidental del meridiano de Greenwich. Su elevación sobre el nivel del mar es de 3.211 metros".

Para el periodo moderno, mediante el Decreto 272 de marzo 2 de 1903, el presidente José Manuel Marroquín autorizó al gobernador de Cundinamarca para erigir el corregimiento de Nazareth, segregado de Usme. Posteriormente, tras la guerra de los 1.000 días, se posesionaron núcleos de colonos procedentes del oriente, específicamente de los municipios de Junín, Une y Chipaque.¹⁵

Entre 1870 y 1925, con la consolidación de la hacienda de Sumapaz, se sembraron pastos artificiales, se construyeron cercas, así como la mayor parte de los caminos y trochas donde se implementaron los hatos y la cría de ganado vacuno y caballar. En esta misma época, la región de Sumapaz fue escenario de conflictos entre colonos y arrendatarios, quienes al cuestionar los patrones tradicionales de tenencia, explotación de tierras y títulos de propiedad de la hacienda, generaron sucesivos enfrentamientos que tomaron la forma recurrente de invasiones y desalojos de los predios de la hacienda. Esta situación obliga a la primera intervención estatal de la región, por medio del Decreto 1110 de 1928 que crea la Colonia agrícola de Sumapaz.¹⁶

Como producto de estos conflictos agrarios, se conforma una sólida organización campesina que en 1928, bajo la dirección de Erasmo Valencia, se expandió a toda la región, adoptando el nombre de Sociedad Agrícola de la Colonia de Sumapaz.¹⁷

Se considera que el decreto 1110 de 1928 agudiza la crisis del régimen hacendatario, basado en los contratos de arrendamiento, y fue considerado por los colonos como el primer triunfo de su larga lucha contra los latifundistas.¹⁸ Pese a lo anterior, los conflictos continuaron; de hecho el periodo comprendido entre 1925 y 1936, es considerado como uno de los más conflictivos de la región de Sumapaz. El eje del conflicto fue el derecho a la propiedad de la tierra, a su cultivo y a la libre comercialización de sus productos. La movilización campesina se manifestó básicamente a través del litigio judicial, el no pago de renta y la invasión de tierras.¹⁹ En 1936, como respuesta a los conflictos agrarios, el gobierno de Alfonso López Pumarejo, en el marco de su Programa de Gobierno denominado Revolución en Marcha, expide la Ley 200 o Ley de las tierras, que buscaba darle a la propiedad un nuevo marco legal. Esta ley logra darle una nueva legalidad a la gran propiedad, que estaba siendo cuestionada de manera organizada por el campesinado.²⁰

Al finalizar la década del cuarenta, un buen número de colonos de Sumapaz habían logrado el reconocimiento de la posesión de sus tierras, por vía de adjudicación de baldíos y la parcelación de varias haciendas. Pero infortunadamente, este importante proceso de democratización de la propiedad territorial se vio interrumpido por el largo y dramático periodo de violencia que se desencadenó el 9 de abril de 1.948. Durante esta época los campesinos sufrieron grandes

15 Unidad local de Asistencia Técnica Agroambiental (Ulata) de la localidad de Sumapaz, Diagnóstico y prospectiva agroambiental localidad de SUMAPAZ, 2000.

16 Secretaría Distrital de Salud, diagnóstico Local con participación social, 1998

17 Alcaldía Local de Sumapaz, Gestión 2001, Sumapaz: Desarrollo sostenible con preservación ambiental, 2002.

18 Marulanda Elsy, Colonización y conflicto. Las lecciones del Sumapaz, lepra, Universidad nacional de Colombia y tercer mundo editores, Bogotá, 1991.

19 Marulanda Elsy, aplicación y efectos de la Ley 200 de 1936 en la región de Sumapaz, anuario Colombiano de historia Social y de la Cultura. Vol. 16-17

20 Diario oficial No. 23388, enero 21 de 1937.

14 Documento "Guía territorial de la localidad rural No. 20, Sumapaz". Investigadores Centro Hábitat de la Universidad Nacional de Colombia

atropellos por parte de los “chulavitas”, como la masacre de Pueblo Nuevo en 1.950, que motivó la transformación de la organización agraria en guerrilla campesina, bajo la orientación de Juan de la Cruz Varela, quien para entonces había decidido ingresar al partido comunista. Varela, junto con otros líderes a quienes los pobladores llaman “los viejos”, continuaría al mando del movimiento campesino de Sumapaz hasta su muerte ocurrida en noviembre de 1.984.

El panorama histórico de guerra detuvo el impulso de colonización de la zona, redujo las formas de economía de latifundios a minifundios y estancó el desarrollo de sus pueblos. Este fenómeno perdura en la actualidad con la presencia de grupos armados, como se sabe, en el Alto Sumapaz operan de tiempo atrás las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), y desde hace poco tiempo el Ejército Nacional tiene en parte el control de este territorio a través del Batallón de Alta Montaña, establecido en cercanías del Plan de Sumapaz. Pese a esta compleja situación, la vida diaria de la población campesina discurre con cierta normalidad e indiferencia, tornando el ambiente en ocasiones misterioso e impenetrable.

2.1. Vivienda

En la localidad 20 de Sumapaz, se encuentran 638 familias, de las cuales 323 familias viven en el corregimiento de San Juan y 315 en el corregimiento de Nazareth y Betania. En esta caracterización se refiere que los habitantes de la localidad viven en casa propia, arrendada u otra condición (casa de familiar, prestada, compartiendo vivienda o como cuidadores).

El 36,2% vive en casa propia paga y el 35,4% viven en casas de familiares o en préstamo. La tenencia de vivienda propia pagada con infraestructura inadecuada para vivir es la que tiene el mayor porcentaje con un 48%, seguida de las personas que habitan en arriendo o subarriendo con 18,12%, ya que muchas viviendas son prestadas por los padres a los hijos que han conformado un nuevo núcleo. La población que está pagando la vivienda es un porcentaje bajo del 5% debido a que las condiciones de vida y los bajos ingresos económicos no les permite a muchos de ellos adquirir vivienda propia.

Respecto a las condiciones físicas de las viviendas, el 53% de las casas tiene paredes en materiales como bloque, ladrillo, piedra o material prefabricado, el 30% en madera burda, material al que acceden fácilmente por la disponibilidad del recurso natural en su ambiente, y el 17% restante en otros materiales como cartón, tejas entre otros. Al respecto, la comunidad manifestó que las veredas donde hay mayor número de viviendas elaboradas en materiales no sólidos en el corregimiento de San Juan son las veredas del territorio II Vegas, San Juan, Capitolio, Santo Domingo; en el corregimiento de Nazareth- Betania las veredas del territorio III Raizal y Peñaliza.

Los pisos de la vivienda pueden ser en madera burda 49%, en cemento o gravilla el 34%, en tierra o arena el 15%, y en baldosa o tableta el 2%. El número de cuartos en promedio es de 3, utilizados para dormir (1), para la cocina (1) y para guardar implementos utilizados en la agricultura como semillas, herramienta y agroquímicos.

En los casos donde en una habitación se encuentran dos camas, en una duerme el papá y la mamá y en la otra, los dos o tres hijos en edad escolar, sin ninguna barrera física que divida los espacios, en la mayoría de los casos. Esto genera en primera instancia riesgos de presentar enfermedades propias del hacinamiento como son enfermedades respiratorias, alergias, persistencia de pediculosis, y en segunda instancia riesgo para la formación mental de los niños, ya que la intimidad de los padres de alguna u otra manera es presenciada por sus hijos.

El tipo de estufa para la cocción de los alimentos, en el 83.8% de los hogares es estufa de leña, el 12% estufa de gas propano, el 1% de gasolina y el 3% estufa eléctrica. La leña se constituye en el combustible más económico ya que se consigue en los alrededores de la casa y puede ser almacenada

en las viviendas. El gas y la gasolina (comenta la población) son encargados de Bogotá Urbana y Cabrera. En Nazareth, un vehículo distribuye el gas propano por las veredas y las escuelas. La dificultad para obtener la gasolina y el gas es el costo que acarrea, el tener que transportar estos combustibles grandes distancias lo cual redundo en el aumento del costo normal de cualquiera de ellos.

2.2. Servicios Públicos

En la Localidad de Sumapaz, los servicios de acueducto, alcantarillado y energía se prestan con cobertura total en los centros poblados Nazareth, Betania y San Juan; el agua tiene tratamiento, pero su calidad no es óptima. Las aguas negras son vertidas a pozos sépticos que no reciben tratamiento y generan contaminación. La energía funciona aceptablemente. La recolección de basuras no existe como servicio permanente. Existe alumbrado público en todos los centros poblados, pero su cobertura en área es deficiente.

La forma de eliminación de las basuras en el 7% de las viviendas es a campo abierto, el 76% las quema y el 16.8% las entierra. No existe un sistema de recolección adecuado para las basuras ya que la localidad de Sumapaz no quedó incluida en el plan maestro de recolección de desechos del Distrito Capital. Tan solo un 0.16% de los hogares reportan la entrega a un recolector del sistema doméstico que implementó la Alcaldía Local a partir del año 2002, dirigido a los centros poblados para que una vez cada veinte días las volquetas de la administración recolectaran los desechos para llevarlos al Relleno Sanitario Doña Juana.

El 13% de las familias realiza la disposición de excretas a campo abierto, el 3% por medio de letrinas, el 78% con pozo séptico y como se mencionó anteriormente, solo el 6% de las viviendas tiene acceso al alcantarillado. Algunos de los pozos no cumplen con las especificaciones necesarias para garantizar la adecuada disposición de las excretas. La construcción de los mismos cerca de los nacederos de agua, se constituye en una importante fuente de contaminación acuífera.

2.3. Transporte y Energía

Las vías de la localidad 20 de Sumapaz presentan características diferenciadoras propias de la ruralidad, tales como carreteras destapadas, curvas marcadas, terrenos pendientes, condiciones de inestabilidad favorecidas por remoción en masa y vías alternas estrechas.

En relación con los medios de transporte, la localidad cuenta únicamente con una empresa transportadora de servicio público, llamada COOTRANSFUSA, la cual moviliza comunidad en un horario fijo, una sola vez al día. Otro de los medios de transporte presentes en la localidad son las volquetas y maquinaria pesada destinadas a actividades de reparación de vías. El transporte escolar está representado por microbuses que pertenecen a la empresa contratada a nivel distrital para cubrir las rutas de los colegios distritales. Adicionalmente, las instituciones locales que realizan intervenciones en la localidad contratan camionetas de platón, mientras los funcionarios y usuarios del Hospital Nazareth, se desplazan en ambulancias y microbuses.

2.4. Actividad Económica

La actividad económica de la localidad 20 Sumapaz es primaria, enfocada especialmente en actividades agrícolas. El principal producto es la papa en un 77%, seguido de arveja con un 11.5%, cultivos menores como cebolla con un 1.1%, papa criolla con 1.1% y cubios con el 1%, información que registra la Alcaldía Local. Otras de las actividades productivas que se realizan a menor escala en la localidad son pecuarias, principalmente cría de trucha y fabricación de queso, yogurt y arequipe.

El problema para el abastecimiento de los alimentos se encuentra relacionado con las grandes distancias, estado de las carreteras, humedad, inadecuadas técnicas de transporte que influyen en

el deterioro de los mismos y escasos recursos económicos, razones por lo cual no pueden acceder a los alimentos en la cantidad, variedad y calidad requerida.

Con relación a la contaminación de los alimentos, no es frecuente, pues a pesar de que en la mayoría de las viviendas no se cuenta con equipamiento adecuado para el almacenamiento, es decir, estantes, alacenas, gabinetes, neveras, refrigeradores, entre otros, estos elementos no son tan indispensables porque se consumen de inmediato o a corto plazo lo que no genera contaminación por descomposición.

La vocación productiva de la localidad es predominantemente agrícola. El área de cultivos y pastos mejorados, en el territorio III, es de 1.445 hectáreas y representa el 23.1% del área total del corregimiento. El principal cultivo en el corregimiento es la papa y en las veredas con menor altitud como Laguna verde, Raizal y Peñaliza, se cultiva también la arveja, el haba y en menor cantidad, las hortalizas, la arracacha, los cubios y el fríjol. El cultivo más importante es el de papa con cerca de 500 hectáreas sembradas al año y rendimiento de 15 toneladas por hectárea. Las parcelas varían entre 0.2 y 8 hectáreas, con un tamaño más frecuente de 3.5 hectáreas. Se realizan las dos siembras tradicionales, la grande corresponde a los meses de abril y mayo.

Los esfuerzos en el sentido de intensificar la explotación agrícola se han dirigido, principalmente, a acortar los periodos entre el cultivo y el descanso de la tierra, con lo cual los suelos han acelerado su proceso de deterioro. Debe tenerse en cuenta que en la cultura campesina son casi desconocidas las prácticas conservacionistas, lo que agrava el problema de deterioro.

En cuanto a la producción, la zona de ocupación agropecuaria de Nazareth tiene una gran importancia en la localidad. La actividad mayor se concentra hacia las veredas cercana a la cabecera del corregimiento, siendo el cultivo más importante el de papa, seguido por el de habas y arvejas, el último de los cuales se concentra en las veredas con menor altitud donde se ve favorecido.

Las familias agricultoras ubicadas en las veredas del corregimiento de Nazareth-Betania, las veredas Tabaco, Betania, Laguna verde, Raizal, Santa Rosa, Auras, Ánimas Altas, Ánimas Bajas y Cedral.

Los sitios más comunes para mercar están en los centros poblados, donde hay tiendas de abarrotes y misceláneas, en los cuales se pueden obtener alimentos no perecederos como granos secos, harinas, bebidas y algunos implementos de aseo; los demás alimentos los encargan del centro urbano de Bogotá. Las 7 tiendas del territorio III se encuentran distribuidas así: 3 en Betania y 1 en cada una de las veredas de Itsmo, Raizal, Peñaliza y Nazareth. Restaurantes, 2 en Nazareth. Panaderías, 2 en Nazareth y Betania. Expendios de carne 1 en la vereda de Nazareth. Expendio de licores 1 en Nazareth. Restaurantes en concesión, 7 en las veredas de Nazareth, Ríos, Raizal, Penaliza, Betania, Laguna Verde y Tabaco. En el territorio IV, existen 3 tiendas y 3 expendios de carne en las siguientes veredas: Auras, Ánimas y Santa Rosa. Restaurantes, 2 en las veredas de Auras y Santa Rosa. Existe una panadería en Auras, 3 expendios de licores en la vereda de Auras. Restaurantes por concesión 6: 2 en la vereda de Santa Rosa, 1 en Taquecitos, 1 en Auras, 1 en Ánimas y 1 en Sopas. (Tabla 23).

Tabla 23. Distribución de expendios de alimentos y licores territorios III y IV. Localidad 20 de Sumapaz.

TERRITORIOS	TIENDA	RESTAURANTE	PANADERIA	EXP.CARNE	LICORES	RESTAURANTE POR CONCESIÓN	TOTAL
TERRITORIO III	7	2	2	1	1	7	20
TERRITORIO IV	3	2	1	3	3	6	18
TOTAL	10	4	3	4	4	13	38

Fuente: Equipo Salud Ambiental, Hospital Nazareth, localidad 20 de Sumapaz 2010

En el territorio I ubicado en el corregimiento de San Juan es en el que se encuentra el menor número de establecimientos, asociado probablemente a grandes distancias entre sus veredas y centros poblados y a problemas presentados en vías de acceso. (Tabla 24)

Tabla 24. Distribución de expendios de alimentos y licores territorios I y II. Localidad 20 de Sumapaz

TERRITORIOS	TIENDA	RESTAURANTE	PANADERIA	EXP.CARNE	LICORES	RESTAURANTE POR CONCESIÓN	TOTAL
TERRITORIO I	2	0	2	0	0	7	11
TERRITORIO II	12	4	2	3	2	7	30
TOTAL	14	4	4	3	2	14	41

Fuente: Equipo Salud Ambiental, Hospital Nazareth, localidad 20 de Sumapaz 2010

Los restaurantes particulares identificados en la localidad son administrados por amas de casa, que preparan desayunos, almuerzos y comidas caseras por encargo. Debido a esto, las instalaciones de estos establecimientos son principalmente comedores familiares rurales, los cuales no cumplen con algunas de las exigencias higiénico-sanitarias que verifica el referente de la línea. Las panaderías, cuentan con los equipos básicos y el menaje para una producción que se acerca a lo ideal, pero persisten falencias relacionadas con prácticas higiénicas de los manipuladores. Los expendios minoristas y de licor a su vez son locales muy modestos, construidos en materiales como cemento, madera y ladrillo. El 98% de los establecimientos tienen concepto sanitario pendiente.

Las principales causas de incumplimiento son entre otros: las mesas, mesones, superficies de corte, pisos y paredes no son de material sanitario o están en mal estado; las bodegas de almacenamiento de alimentos no cuentan con adecuada iluminación ni ventilación, ausencia de planes de saneamiento, no abastecimiento de agua potable, no existen tanques de almacenamiento de agua. Por este motivo han mantenido concepto sanitario pendiente durante un amplio periodo de tiempo, sin embargo, las administradoras de estos establecimientos, procuran cumplir con lo que esté a su alcance y han realizado adecuaciones locativas menores, que mejoran levemente las condiciones.

El 80% de los establecimientos comerciales que expenden alimentos, se encuentran en los centros poblados, mientras que el 20% restante se encuentra en los bordes de las carreteras que conectan las veredas de la localidad. Los 3 expendios de carne identificados, se encuentran en los centros poblados y quienes expenden la carne son los mismos matarifes de ganado proveniente de los planchones de sacrificio. Por este motivo, las veredas lejanas que no pueden acceder al sacrificio de ganado en los planchones, hacen sacrificios clandestinos en sus fincas para abastecerse de carne. Esta situación hace imposible dar seguimiento a la totalidad de los matarifes presentes en la localidad. La forma más común de abastecimiento de alimentos es a partir de la distribución de los mismos por vehículos que transportan mercados desde Bogotá Urbana y hacen recorridos por todas las veredas de la localidad. Estos vehículos no son aptos para el transporte de alimentos, pues son camiones viejos tipo furgón, capote o estacas y no garantizan la refrigeración de los alimentos perecederos. Sus laterales, pisos y canastillas no son de material sanitario, los operarios no conocen las prácticas higiénicas y generalmente transportan otro tipo de elementos junto con los alimentos. A pesar de todo lo mencionado, esta la única fuente de abastecimiento para los pobladores de las veredas lejanas.

En San Juan, el proceso agrícola tiende a una desaceleración de la agricultura y un mayor énfasis en la ganadería, la que tiene algún grado de manejo en algunas fincas con la siembra de pastos y el uso de la cerca eléctrica. En esta zona se concentra el 56 % (cerca de 7.800 cabezas) de la población bovina de la localidad Sumapaz. En la vereda de la Unión se celebra mensualmente una feria ganadera, lo que sumado al comercio de quesos, ha generando un intercambio económico y social en el poblado.

De este complejo económico hacen parte las veredas Totumas y Pedregal (Meta), las que abarcan cerca de 25.000 hectáreas, que sumadas a la zona de ocupación, conforman el potencial productivo más grande de la localidad.

Una gran proporción de la parte baja de la zona está ocupada por praderas dando espacio a la vegetación natural, primero de bosque alto andino y luego de páramo. La cuenca del río Sumapaz ha sido la más afectada, dadas su menor pendiente y formas geográficas más suaves. En el sector central, donde se encuentran los poblados de San Juan y La Unión, lo mismo que en una buena parte de las micro-cuencas que tributan a la hoya del río Pilar, predominan las praderas, sitios que alguna vez estuvieron cubiertos con bosque alto andino.

Con la creación de las haciendas a finales de 1800 se inició el proceso de deforestación como producto de la actividad inherente a la ocupación humana y la colonización. El mismo Estado con la ley 135 de 1961, exigía que para demostrar la posesión de las tierras, las dos terceras partes del terreno reclamado debía estar talado.

Para entender más claramente la forma de uso del territorio se han designado como áreas de pastos naturales aquellas cuya cobertura es una asociación de especies nativas, algunas aptas para el pastoreo, que no muestran instalaciones para bebederos o riego; usualmente este tipo de praderas predomina en lugares apartados de las viviendas y de las vías, ocupando las partes altas del páramo.

Como áreas de pastos mejorados se han designado las praderas con señales de un manejo más elaborado, como las cercas de alambre y eléctricas y la infraestructura para riego y bebederos; estos pastizales se encuentran en los terrenos de topografía plana u ondulada y en las vecindades de vías transitables. Los pastos genéticamente mejorados, conocidos en el comercio como raigrás, no ocupan áreas significativas en la región, a pesar de la extensa superficie dedicada a la ganadería. La actividad agrícola se concentra en los alrededores de Unión y el Tunal Bajo, ya que por su menor altura se dan con facilidad los cultivos de papa, haba y arveja.

La actividad ganadera es de doble propósito, con ganado criollo o mestizos de Normando y muy poco de Holstein. El ordeño se practica con ternero hasta los 6 a 8 meses edad, tiempo a partir del cual el levante tiene lugar en hoyas localizadas en las zonas de páramo bajo y páramo alto; allí permanece el ganado hasta cuando, a juicio del productor, se puede cebar en la finca ubicada a menor altitud. Posteriormente, el ganado gordo es comercializado en feria mensual de La Unión, o directamente, con intermediarios que periódicamente visitan la región. Mensualmente en la feria de La Unión se negocian en promedio 130 bovinos para sacrificio, con 30 arrobas de peso, 20 reses pequeñas, 10 bestias para la elaboración de embutidos y también cerca de 30 cerdos, cabras y ovejas.

El área dedicada a cultivos y pastos mejorados en el corregimiento es de 2.639 hectáreas, las que corresponden al 6.7% de su extensión. El número de bovinos registrado por la Ulata para 1999 fue de 5.492, el que corresponde al 56% del total atendido en la campaña sanitaria de ese año. Sin embargo, en un censo realizado a los productores en 1988, en el que se incluyeron las veredas Totuma y el Pedregal, que pertenecen al municipio de Cubarral (Meta), la Ulata contabilizó 2.994 animales sólo en estas dos veredas. En este conteo, la zona de San Juan tenía el 65 % totalidad de los bovinos y las veredas mencionadas el 26% del total. Es probable entonces que el ganado de estas veredas no haya sido reportado a la campaña sanitaria, dada la gran distancia y la dificultad para movilizarlo por trochas a través del páramo.

Las oportunidades de trabajo se encuentran ubicadas en las fincas por medio de jornales en los cultivos, o en el mantenimiento del ganado, lo cual se caracteriza como trabajo informal. Razón por la cual, los trabajadores agrícolas de la localidad no se encuentran vinculados a Administradoras de Riesgos Profesionales, ello hace, que no se realice formalmente el reporte de accidentes de trabajo, ni enfermedades profesionales. Los casos captados se obtienen a través de la búsqueda activa realizada por el Hospital, o a través de la consulta en los centros de atención.

En la localidad de Sumapaz durante el año 2010 se llevaron a cabo los procesos de concertación y caracterización a trabajadoras y trabajadores de Unidades de Trabajo Informal (UTIS), junto con la formación del grupo de líderes en salud y trabajo, teniendo como fin sensibilizar en los temas relacionados con riesgos profesionales y la interacción entre salud – trabajo – calidad de vida.

Se caracterizaron un total de 141 trabajadores y trabajadoras en toda la localidad, que corresponden al 100%. En el territorio I se encontraron 22 mujeres que corresponden al 15,6% del total de la población; la cantidad de hombres corresponde a 16 individuos, equivalente al 11,3% de los caracterizados. En territorio II se caracterizaron 19 mujeres, que corresponden al 13,4% y 13 hombres corresponden al 9,2% del total de personas caracterizadas en este territorio. En el territorio III se caracterizaron 17 mujeres que corresponden al 12% y 20 hombres (14,1%) del total de la población intervenida. En el territorio IV se hallaron 21 mujeres que equivalen al 14,8% y 13 hombres siendo el 9,2% de los trabajadores caracterizados.

Se pudo identificar por medio del análisis que no existe una diferencia muy notoria entre la actividad productiva y el género ya que, siendo la localidad un territorio netamente rural, exige la práctica de diversas actividades laborales en la que se requiere de la participación de ambas partes. Así mismo se evidencia que la unidad productiva en la mayoría de las mujeres es la elaboración de queso artesanal, lo que facilita llevar a cabo otras actividades.

Del 100% de esta población se encontró que en el territorio I en el ciclo vital de adolescencia no hay participación; en juventud presenta 6 personas equivalentes al 4,2%; 28 adultos es decir el 19,8% y 4 adultos mayores siendo el 2,8%. En el territorio II se identificó un adolescente que corresponde al 0,7%, se hallaron 8 jóvenes siendo el 5,6%, 21 adultos referentes al 14,8% y 2 personas mayores corresponde al 1,4%. En el territorio III se caracterizaron 6 adolescentes que correspondían al 4,2%, 5 jóvenes (3,5%), 20 adultos (14,18%) y 6 adultos mayores es decir el 4,2%. En el territorio IV fue caracterizado 1 adolescente que equivale 0,7%, en juventud se encontraron 7 representando el 9,4%, 25 adultos que representan el 17,7% y en adulto mayor se encontró una persona (0,7%).

En general, el mayor número de personas caracterizadas se encontraron en las etapas de vida de adulto joven y maduro, que correspondió a personas de 27 a 45 años y el segundo de 46 a 59 años respectivamente, siendo las actividades laborales más representativas en esta etapa de vida. Además, en este rango de edad los individuos tienen un mayor rendimiento en su desempeño productivo, seguido del ciclo vital juventud, conformado por individuos con edades entre 18 y 26 años, siendo a su vez una edad productiva.

En esta caracterización se encontró que en el corregimiento de Nazareth se presenta una participación mayor de adolescentes (14 a 17 años), ya que en territorio III se encuentra una unidad productiva para estos, facilitando de este modo su desempeño laboral por medio de trabajos seguros, teniendo como redes de apoyo a la comunidad y las familias de ellos, sin tener repercusión en educación escolar.

Se evidenció una disminución en la participación de adultos mayores (mayores de 60 años) por condiciones de salud y las propias tareas forzosas que desarrollan dentro las actividades productivas de la localidad. En la localidad Sumapaz se puede evidenciar que el 100% de las Unidades de Trabajo Informal se encuentran desarrollando las siguientes actividades económicas: en el territorio I se observó que 15 de estas unidades (21,42%), realizan actividades agrícolas, 14 de ellas (20%) llevan a cabo la producción de productos alimenticios y que 8 (11,42%) desarrollan otro tipo de actividades económicas como la distribución de alimentos o expendios de gasolina y gas. En el territorio II se encontró que 12 de las unidades (17,14%) desarrollan la actividad de agricultura, 17 (24,28%) se dedican a la producción de alimentos y 4 (5,71%) realizan otro tipo de actividades, similares a las ya descritas anteriormente. En el territorio III se pudo establecer que 22 de las unidades (31,42%), practican la agricultura, 13 (18,57%) llevan a cabo la elaboración de

productos alimenticios y 2 (2,85%) realizan otro tipo de actividades en las que se encuentran las ya mencionadas. En el territorio IV se identificó que 26 de las unidades informales (37,14%) realizan la actividad económica de agricultura y que 8 representando el 11,42% desarrollan la producción de productos alimenticios.

En general, la actividad de agricultura prevalece en la mayoría de los territorios, seguida de la elaboración de productos alimenticios que presenta una mayor incidencia en el territorio II, y es consecuente en los demás, esto se debe a las características propias de ruralidad que tiene la localidad y que por ello se desempeñan con mayor frecuencia este tipo de actividades, observando que en otras actividades es mínima la participación.

El trabajo en la localidad de Sumapaz se desenvuelve en actividades económicas sin contrato establecido; esto obedece a que son trabajadores del sector informal y la contratación que se realiza es de tipo verbal. Además los ingresos que generan estas actividades económicas no son suficientes para cubrir las condiciones que implica firmar un contrato, debido a la informalidad de sus labores.

Así mismo, por la condición de informalidad se presenta que la mayoría de la población pertenece al régimen subsidiado, siendo éste un 75,17% de la población, el 14,18% de la población es contributivo y el 10,63% son vinculados.

Los riesgos que se identificaron durante la jornada de trabajo, mediante la aplicación del panorama de riesgos en la visita de caracterización corresponden principalmente a carga física, debido al inadecuado levantamiento y transporte de cargas, sobrepasando los límites permisibles, posturas forzadas como el mantener la posición de cuclillas o inclinado por tiempo prolongado lo cual provoca un aumento en las curvas fisiológicas normales y genera molestias osteo musculares. En segundo lugar, los movimientos repetitivos; se evidencia que existe mayor compromiso en miembros superiores debido a las condiciones propias de la tarea en las cuales se realiza durante el ordeño desviaciones radiales de muñeca, flexo-extensión de inter falanges, flexión de codo, realizando 90 movimientos aproximadamente en un minuto; en la agricultura durante la preparación del terreno realizan movimientos superando los rangos de movilidad permisibles en hombro codo y muñeca además de la utilización de fuerza excesiva por el peso de la herramienta. El riesgo biológico, principalmente en las actividades dedicadas a la elaboración de productos alimenticios como la preparación de queso artesanal y productos lácteos y cárnicos donde se encuentra ausencia de elementos de protección personal, ausencia de rutinas de aseo y desinfección o no son periódicas dentro de la unidad, lo cual pueden ser generador de infecciones ocasionadas por virus, bacterias y hongos. El riesgo químico, ya que se evidencia una inadecuada manipulación de agroquímicos desde el momento de la compra del insumo puesto, ya que no se verifica la fecha de vencimiento y el estado de empaque del producto, la no utilización de los elementos de protección personal, la práctica de hábitos higiénicos no adecuados durante y después de la aplicación del agro tóxico. A pesar de esto, no se encuentra un alto índice de repercusión porque no es tan frecuente su exposición. Riesgo locativo por inadecuado almacenamiento de insumos, compartir uso productivo con el habitacional, ausencia de la señalización en bodegas y puestos de trabajo, falta de implementación de rutinas de orden y aseo. Riesgo mecánico por falta de mantenimiento correctivo y preventivo de herramientas cortantes y contundentes, junto con el inapropiado almacenamiento de las mismas. De igual forma también se encuentra un riesgo de origen social debido a las condiciones de la localidad, ya que esta es netamente rural y hay presencia de grupos armados.

En la población de trabajadores y trabajadoras que se caracterizaron en el 2010 se encontró que la mayor prevalencia en sintomatología es a nivel lumbar tanto en el género femenino como masculino; el 57,44% refiere esta sintomatología antes, durante y después de la jornada laboral. De igual forma se comporta esta variable en los cuatro territorios, esto debido a la adopción de inadecuadas posturas para la realización de las tareas en la actividad productiva que realizan y

las condiciones propias del proceso que ellos llevan a cabo. Igualmente, se encontró que en esta población 60 personas entre hombres y mujeres, que es equivalente al 42,55%, presentan cefalea constante, esto puede ser influenciado por las condiciones climáticas de la localidad ya que se presentan cambios de temperatura.

Estas son seguidas por el dolor de hombro y brazo, que lo padecen 47 personas entre las mujeres y hombres, es decir el 33,33%; esto debido a los movimientos repetitivos que se ejecutan en las tareas como el alistamiento del terreno, el ordeño, la selección, la recolección, la siembra y arreglo de la papa. También se presenta el adormecimiento u hormigueo en manos y muñecas, que se presenta en el 31,20% del total de la población, para ambos sexos.

En la realización de la caracterización se determinó que en el corregimiento de San Juan se presenta sintomatología con menor frecuencia, aunque dentro de este mismo se observa que en el territorio I se encuentran más sintomáticos que en el II. En comparación con el corregimiento de Nazareth, es mayor la presencia de síntomas en las personas; esto puede estar influenciado por los ciclos vitales que se intervinieron en cada uno de los corregimientos, ya que hay mayor presencia de adultos mayores y las condiciones físicas de éstos son más recurrentes hacia la sintomatología que en los demás ciclos.

Con base en lo identificado en cuanto a la sintomatología, se puede determinar a que son de mayor prevalencia los síntomas a nivel osteo-muscular tanto en miembros superiores como espalda, por lo cual se podría llegar a concluir que los trabajadores de la localidad presentan unos malos hábitos en cuanto a higiene postural, aumentando la exposición al riesgo ergonómico, el cual se ve altamente evidenciado en la ejecución de las actividades laborales, ya que hay presencia de un inadecuado levantamiento y transporte de cargas, como un aumento en las mismas sobrepasando el valor límite permisivo; igualmente se evidencia la adopción de posturas forzadas y la realización de movimientos repetitivos.

En la población trabajadora de la localidad de Sumapaz, la cual se dedica a diversas actividades laborales, no se evidencia un índice alto de accidentes de trabajo, debido a que en muchas ocasiones no son reportados, ya que este tema no es relevante para dicha población; sin embargo, es importante resaltar que durante los últimos periodos se han venido incrementando dichos reportes, gracias a la sensibilización por parte del equipo y la disminución de la frecuencia en la ocurrencia de estos.

En el territorio III se encontró un caso de intoxicación por agroquímicos en un menor de edad, que se encuentra en la etapa vital de adolescencia; gracias a las sensibilizaciones realizadas a la comunidad éste fue notificado y canalizado al programa salud al trabajo, iniciando el proceso con el menor y la familia. Es importante resaltar que este tipo de incidentes son poco frecuentes ya que gracias al trabajo realizado con la población en cuanto a la línea de niño, niñas y adolescentes trabajadores se han fortalecido adecuadas condiciones de trabajo dependiendo de su edad.

En cuanto a condiciones de trabajo se encuentra que el total de los trabajadores de la localidad es decir el 100% llevan a cabo su actividad laboral en jornada diurna, ya que las condiciones de zona no permiten realizar actividades en horarios diferentes por cuestión de orden público y por dificultad en el desplazamiento, además porque la gran mayoría de las actividades que se realizan en la localidad necesariamente deben realizarse en esta jornada, tales como agricultura, ordeño, criadero de gallinas, peces, restaurantes entre otras.

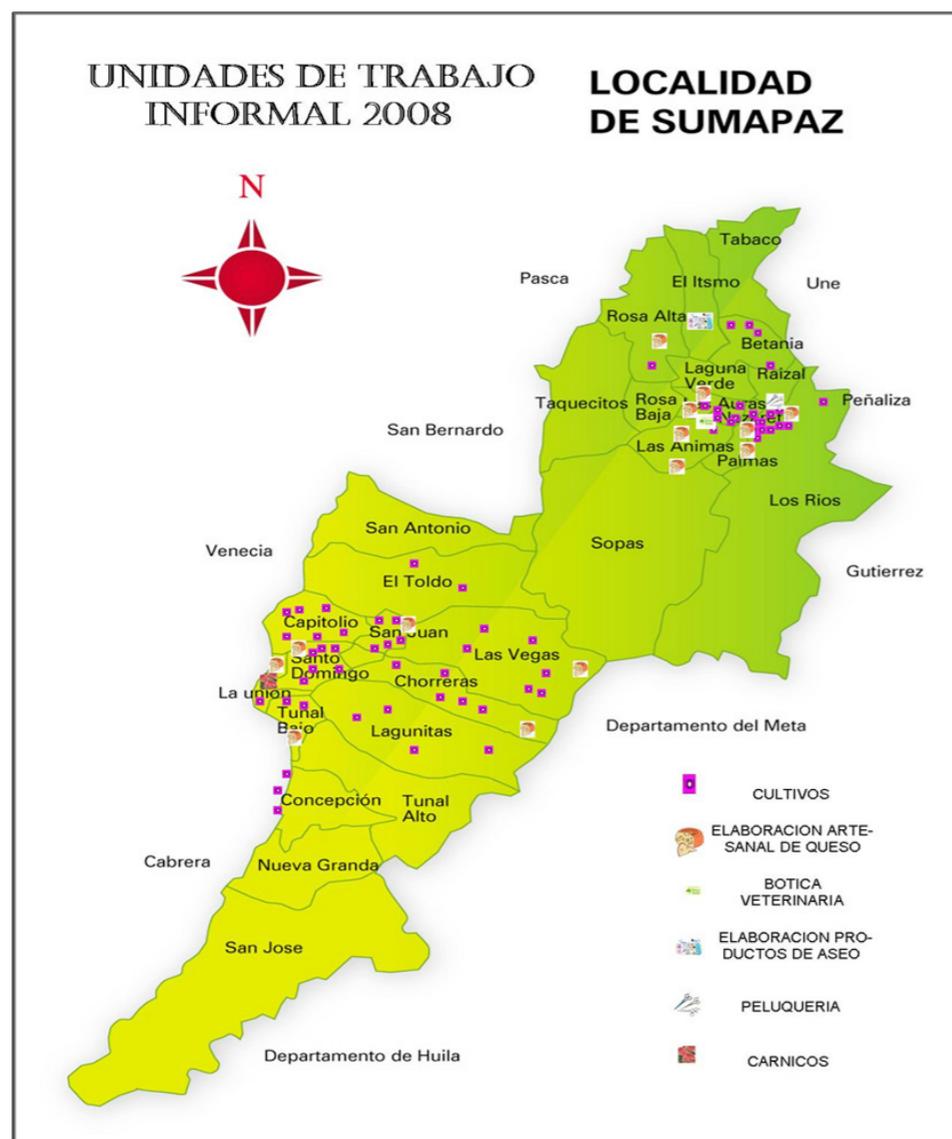
Los trabajadores manejan su tiempo de acuerdo con la afluencia de trabajo que exista; el número de horas semanales varía dependiendo de la cantidad de contratos que tengan o según las cosechas que existan en el territorio. Así mismo, el tipo de trabajo en su mayoría es mixto; debido a la informalidad desarrollan diversos roles dentro de las actividades laborales, ya que en ocasiones ellos pasan de ser patronos a ser jornaleros, por las condiciones ya establecidas.

El estrato socio económico correspondió en un 100% de los trabajadores caracterizados a estrato I, puesto que por las condiciones de ruralidad la actividad económica es en la mayoría

de los casos la agricultura o la producción de alimentos, lo que genera que sean trabajadores informales y no permite un salario básico mensual, además de otras variables como la dificultad de acceso, pocas oportunidades de realizar otras oportunidades laborales, carreteras destapadas y dificultad en el transporte.

Del 100% de los trabajadores caracterizados el nivel educativo que predomina en los 4 territorios es la primaria incompleta con un total de 51 trabajadores que corresponde al 31.5%. En el territorio I, referenciaron cursar hasta este periodo 17 trabajadores (12%), en el territorio II, 8 personas (5.6%), en el territorio III se evidencia el 12.7% que corresponde a 18 trabajadores y en el territorio IV, 8 trabajadores (5.6%). Seguimiento de primaria completa con 37 trabajadores (26.2%), bachiller incompleto 23.4% con 33 trabajadores; 10 personas cursaron bachiller completo (7%), se encuentran 2 universitarios que corresponden al 1.4% y 8 personas (5.6%) con no participaron en ningún nivel educativo. (Mapa 7)

Mapa 7. Distribución de Unidades de Trabajo Informal. Localidad 20 Sumapaz 2009



Fuente: equipo énfasis ámbito laboral. Hospital Nazareth. Localidad 20 Sumapaz 2009

Trabajo Infantil:

Teniendo en cuenta que Sumapaz es una localidad netamente rural y posee un fuerte arraigo cultural en cuanto a la percepción del trabajo como actividad formativa llevando a los niños, niñas y adolescentes (NNA) a asumir roles laborales a temprana edad, en algunos casos desertando de las labores escolares para dedicarse a una actividad productiva, en otros casos el trabajo es una actividad alterna encontrándose vulnerados sus derechos especialmente los de educación y de recreación. Se han formado dos clubes “Pequeños Guardianes en Salud” con niños y niñas de 5 – 14 años y Jugar es Productivo” con adolescentes de 15-17 años, enfocados al desarrollo de actividades cuyo objetivo es la prevención y erradicación del trabajo infantil mediante la sensibilización a niños, niñas y adolescentes, sus núcleos familiares, comunidad educativa y comunidad en general, ya que en muchos casos las familias no poseen ninguna restricción para que sus hijos trabajen en actividades que les ocasionen daños a nivel de salud como la agricultura y el cuidado de animales principalmente.

En la Localidad 20 de Sumapaz se presenta este fenómeno por múltiples causas, entre ellas, situación económica de sus familias, carencia de servicios, acceso y disponibilidad de los mismos, desatención por parte de sus padres y mal uso del tiempo libre. Igualmente por cultura se toma el trabajo como formativo, donde los y las adolescentes aprenderán a ser honestos, responsables y comprometidos y no se dedicarán a otras actividades que puedan afectar de manera negativa su personalidad.

En la localidad de Sumapaz las niñas y adolescentes se ocupan en el oficio del hogar, ya que para los padres de familia es algo, natural lo cual se perpetúa a lo largo de sus vidas. El trabajo infantil en el sexo masculino está vinculado al trabajo de la agricultura y al cuidado de los animales.

Durante el año 2010 fueron caracterizados por el hospital Nazareth 100 NNA trabajadores. El tipo de familia nuclear correspondió al 68% de esta población en la cual los padres de estos niños, niñas y adolescentes trabajadores tienden a vivir en unión libre desde edad temprana y mantener su vida de pareja como casados o en unión libre, conformando sus familias de tipo nuclear, como es el caso del corregimiento de San Juan; allí se presenta poca tendencia a la separación. Cabe enfatizar que éstas son el puente donde se fundamentan los primeros valores parámetros de convivencia, en la cual a estos NNA se les inculcan valores, tolerancia y respeto, que de cierta forma caracterizan a cada uno de éstos en su desarrollo y relación con otras personas que integran la comunidad de Sumapaz. Un 18% corresponden a familias extensas; este fenómeno se da porque allí se encuentran viviendo bajo un mismo techo diversas generaciones que comparten habitación y funciones para realizar un trabajo productivo, así como las necesidades de consumo, pues a mayor número de integrantes, mayores demandas; igualmente en los territorios III y IV, las familias se unen en una misma vivienda con el fin de ahorrar y apoyarse en la satisfacción de sus necesidades básicas. EL 1% de las familias de NNA trabajadores pertenecen a familias en las que se ha evidenciado durante las visitas domiciliarias que el padre o la madre se han separado para formar nuevas uniones y así iniciar una nueva relación. El 13% corresponden a familias monoparentales en las cuales estos NNA conviven con un solo progenitor.

En cuanto al rendimiento académico de los NNA trabajadores caracterizados, fue bueno (20%) ya que a pesar de que éstos trabajan, pueden asistir a su jornada normal debido a que su labor la realizan en el periodo de vacaciones o lo hacen eventualmente, permitiendo que sus actividades académicas no se vean afectadas y cumplir a cabalidad sus tareas; sin embargo en la situaciones de crisis que se presentan en la localidad 20 de Sumapaz una de las primeras reacciones de los hogares de bajos recursos, que es lo que predomina en el territorio rural, es el de enviar a sus miembros a la actividad del jornal o al cuidado del ganado (apartar).

En menor porcentaje (0.8%) el rendimiento académico es regular, evidenciándose que son los NNA que laboran en la semana después de salir de su jornada escolar, trabajando en condiciones que vulneran sus derechos, a tener un rendimiento académico adecuado y al uso creativo del tiempo libre a pesar de que estos puedan asistir a las diferentes escuelas que hay allí en la localidad; su estudio de primaria o secundaria se ve afectado porque el trabajo no les permite cumplir con sus tareas; además no pueden descansar, ni dormir lo necesario, ni tener el tiempo libre para recrearse en actividades lúdicas y deportivas, indispensables para su crecimiento personal.

Se evidencia que el fenómeno de la desescolarización de los NNA trabajadores se da en un igual porcentaje en los territorios II, III y IV, correspondientes a los corregimientos de San Juan y Nazareth, en los cuales dejan sus estudios a partir de sexto, séptimo, octavo, noveno y décimo grados, representado un 1%; esta situación está estrechamente vinculada al contexto en el que crecen los niños, a las condiciones económicas de las familias sumapaceñas, a la baja valoración que dan los adolescentes a la educación formal y a la deficiencia del sistema escolar. Igualmente no asisten a la escuela porque prefieren el trabajo, pues con este pueden tener su propio dinero, tener libertad, comprar lo que ellos desean y aportar en los gastos de su hogar.

La desescolarización también se presenta en la localidad por el desplazamiento que han tenido que sufrir los NNA, la falta de alternativas para ocupar su tiempo libre y la situación de violencia y maltrato dentro de sus familias.

Los NNA no realizan jornada alterna después de su horario escolar el cual está representado por el 18%. En el territorio II, perteneciente al Corregimiento de San Juan, para ambos géneros, ocupan las dos jornadas, debido a que las actividades académicas son extendidas - mañana y tarde - y sus viviendas se encuentran distantes de la entidad educativa, lo cual implica que estos estén llegando a sus hogares entrada la noche, lo cual solo les permite colaborar en algunos oficios doméstico, o en el apartado de animales y la realización de las tareas escolares. Igualmente en la localidad no hay entidades, fuera del colegio, que ofrezcan otras actividades en las cuales estos puedan participar complementariamente.

Un 7% de NNA del corregimiento Nazareth-Betania se dedican de manera alternativa a actividades deportivas (fútbol); lo practican media hora con su grupo de amigos, cerca a sus viviendas, pero esto lo realizan los fines de semana. Una minoría de los NNA en los dos géneros hace parte de la Junta de Acción Comunal en los territorios I, III y IV, lo cual les permite hacer parte en la toma de decisiones como una forma de participación comunitaria, en pro del bienestar de la población.

El 98% de NNA trabajadores en la localidad de Sumapaz, se encuentran afiliados a algún régimen de Seguridad Social en Salud, asociándose a una adecuada cobertura y al derecho de estos a la salud con el fin de mejorar su calidad de vida; sin embargo, cabe mencionar que en la Localidad 20 de Sumapaz el CAMI Nazareth y la UPA San Juan son los que prestan el servicio de salud a toda la comunidad Sumapaceña, pero es preciso enfatizar que los padres de familia, aun cuando se encuentren afiliados y afilien a su grupo familiar, no son conscientes de estos beneficios ya que no muestran una adecuada adherencia a dichas prestaciones y por ende se ve la poca preocupación por acercarse a sus niños, niñas y adolescentes a consulta.

El 2% de NNA trabajadores que no se encuentran afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud oscilan en edades de 12 a 14 años; puede verse asociado a falta de interés o porque perdieron la credibilidad en estos.

Se sabe que la Localidad 20 de Sumapaz es netamente rural; allí se presentan pocas oportunidades, condiciones familiares de pobreza, poco acceso a la satisfacción de sus necesidades básicas, lo que los lleva a luchar por su supervivencia; bajo este contexto, los NNA se involucran al trabajo para colaborar con los gastos de la casa y por ende a la actividad económica de su familia; estas labores

son el jornal, el cuidado de animales (apartar) o cargar leña para otros, lo cual les ayuda a obtener ingresos; en el caso de las niñas y las adolescentes, en los oficios domésticos para otros, como cocinar para obreros cuando se está en cosecha de algún producto.

El 64% de los NNA perciben el trabajo, como una manera de colaborar con los gastos de la casa y por ende participar en la actividad económica de la familia. Cabe recalcar que las familias de los NNA de la Localidad de Sumapaz no tienen las condiciones materiales y de vida para tener una economía estable, por la falta de recursos y la poca oportunidad de empleo, por lo cual manifiestan “que el ingreso aportado por sus hijos es fundamental para la subsistencia de la familia”.

El 8% de los NNA en los cuatro territorios perciben el trabajo como la manera de formarse, de ser honrados y de aprender a defenderse en la vida; esta forma de pensar es algo cultural, lo cual ha sido transmitido de generación en generación por sus padres de familia, dándoles a entender que serán útiles en la sociedad en la cual se encuentran, les da autonomía, independencia, pero lo fundamental expresado por ellos es que los aleja de los vicios y el ocio, que los pueden conducir a la delincuencia.

El 86% de los NNA se dedican a la actividad del cuidado de animales. En la localidad 20 de Sumapaz las familias poseen ganado vacuno, ya que de ésta generan sus ingresos a través de la venta de la leche. En esta clase de economía se vincula a los niños y niñas desde muy temprana edad; ellos deben apoyar con el apartado antes de ingresar al colegio y después de su jornada escolar, al igual que en el ordeño, el cual generalmente se realiza en las horas de la mañana. Sin embargo, se encuentran expuestos a riesgos de atropellamiento por parte de los animales, lo que les puede causar lesiones, leves o graves, colocando en peligro su salud. No obstante, se evidencia que esta actividad es supervisada por los adultos. En cuanto a los adolescentes ya tienen la habilidad o destreza para llevar a cabo esta labor. “Ellos manifiestan que lo hacen en un tiempo de veinte minutos a media hora. Esta labor les agrada ya que se sienten útiles porque de esta manera aportan a la economía familiar.

El 14 % de NNA trabajadores está vinculado al desarrollo de la actividad agrícola, la cual se clasifica como una de las peores formas de trabajo infantil, ya que están expuestos al contacto o inhalación de sustancias tóxicas (plaguicidas, pesticidas), carecen de protección adecuada y se pueden ver enfrentados a abusos, lesiones y explotaciones severas; incluso se exponen a maquinaria pesada, machetes y hachas. De los pocos que trabajan en los cultivos, algunos lo hacen en fincas muy apartadas, lejos de sus familias, lo cual aumenta los peligros frente a su integridad.

El 92% de los ingresos de NNA trabajadores se encuentra entre los 0 a 100.000 pesos. En la localidad 20 de Sumapaz se ha evidenciado que el trabajo infantil no es remunerado en su mayoría, debido que éstos laboran para sus padres o familiares, definiéndolo como trabajo familiar no remunerado; este es eventual o temporal, durante tiempos cortos en el día, pero no se realiza en la totalidad de la semana.

A los adolescentes que trabajan en la actividad del jornal, el cual no es frecuente, no se les paga lo que realmente deberían ganar diariamente, ya que algunos de estos laboran hasta 10 horas diarias, no tienen contrato y no son afiliados al régimen de seguridad social en salud por parte de sus empleadores e igualmente no cuentan con permiso de trabajo por parte del inspector de la localidad.

El 3% de NNA trabajadores cuenta con un ingreso de cien mil a doscientos cincuenta mil pesos; estos ingresos lo generan los que se han desescolarizado para trabajar y dedican todo el tiempo a la actividad del jornal: generalmente son empleados por personas externas a su familia, para realizar la bores como el cuidado de animales, en fincas lejanas de su hogar.

En el territorio II, perteneciente al Corregimiento de Nazareth, lo relevante en cuanto a accidentes de trabajos en niños, niñas y adolescentes es el de caídas y atrapamientos, con un porcentaje del 2%. Esto se da porque estos no cuentan con ninguna protección. Cuando NNA se dirigen a realizar la actividad del apartar animales, estos se encuentran lejos de su vivienda, lo cual implica que para llegar a la finca donde tienen esos semovientes y para trasladarlos de un lado a otro deben caminar por trochas o caminos empedrados, en el cual se pueden generar caídas fuertes; igualmente corren peligro de enredarse en los lazos que van amarrados los animales y estos los pueden arrastrar, originando golpes fuertes lo cual puede causar traumatismos y colocar en peligro la salud de los NNA.

También se pueden evidenciar las quemaduras en el género femenino en 1% en el territorio III, del Corregimiento de Nazareth en las edades que oscilan entre los 12 y 14 años. Esta situación es dada por los oficios domésticos desempeñados por ellas en la cocción de los alimentos, los preparan en estufa de carbón, donde corren ese riesgo; igualmente en la elaboración del queso, porque no se cuenta con la habilidades suficientes para llevar a cabo estas actividades; sin embargo, esto no es relevante para los padres de familia, lo importante para ellos es que se les colabore en la casa.

El 26% de los NNA del sexo masculino, del territorio II hace referencia como sintomatología, la pérdida de la memoria, debido al estrés y la privación del sueño, por la forma de vida que estos llevan. Igualmente, en el caso de los adolescentes trabajadores de la localidad 20 de Sumapaz, que perciben un salario, en ocasiones es empleado para consumir alcohol, lo cual les afecta el cerebro y por ende el proceso de razonamiento se disminuye, afecta las neuronas, conllevando a la pérdida de la memoria e igualmente la falta de concentración, que está representado en un 24%, generando como consecuencia el bajo rendimiento escolar y las actividades cotidianas de su vida diaria.

El 8% de la sintomatología referida por NNA trabajadores del sexo femenino, corresponde al adormecimiento de miembros superiores, probablemente relacionado con la ocupación en el área rural del oficio doméstico, en la cual presentan cambios bruscos de temperatura; esto sucede cuando preparan los alimentos en estufa de carbón, la cual genera bastante calor y simultáneamente salen a lavar los utensilios fuera de la casa, donde el clima es frío, el cual la conlleva a que se le presente este problema.

Generalmente por el clima presente en la Localidad 20 de Sumapaz son frecuentes las enfermedades del sistema respiratorio en los NNA trabajadores, puesto que ellos deben levantarse muy temprano para colaborar a sus padres en el apartado de los animales; esto se evidencia cuando deben asumir la actividad del ordeño antes de desplazarse para la entidad educativa.

Es así que el trabajo que realizan los niños, niñas y adolescentes en área rural los expone a sufrir accidentes y los predispone a desarrollar múltiples enfermedades, enfatizando que ellos son más vulnerables que los adultos, por la etapa de desarrollo en la cual se encuentran.

2.5. Educación

La misión de este sector es formar niños, niñas y jóvenes con visión de futuro, mentalidad crítica, creativa y productiva en un ambiente democrático, fortaleciendo permanentemente la autonomía y el sentido social del ser y el que hacer, en consecuencia con las exigencias del entorno, para elevar el nivel de vida y contribuir a una mayor equidad.

Con relación al sistema educativo oficial de la Localidad de Sumapaz, éste fue construido históricamente por la comunidad educativa, en este caso, principalmente campesina. Allí donde se presentaba una congregación de habitantes, se cedían los predios para la ubicación de la escuela y la misma comunidad iniciaba las obras para construir y adecuar la planta física que albergara a los niños y sus docentes. De igual manera, la escuela nace ligada al concepto de vereda, máxime cuando la escuela no es solamente un espacio de estudios sino que a la vez se convierte en centro de congregación de

los habitantes de la vereda, eje cultural y de integración social en todos sus campos de gobernabilidad.

El sistema educativo en la Localidad de Sumapaz está determinado dentro de la concepción de Escuela Nueva y Maestro Unitario en el nivel de básica primaria, brindando a los habitantes continuidad desde el nivel preescolar hasta el grado undécimo.

Sin embargo, la Localidad 20 Sumapaz a través de los años ha mostrado un desarrollo en el aspecto educativo algo lento y con pocas proyecciones, situación que se ve reflejada en el nivel de escolaridad de sus habitantes.

Se observa interés en la escolaridad de los niños hasta quinto de primaria, que sepan leer, escribir y sumar, pero luego esta motivación se pierde porque la ocupación de los escolares cambia por la agricultura y los oficios del hogar. Los centros educativos que se encuentran en la Localidad son de carácter netamente oficial. Los establecimientos de educación básica primaria son 29, y hay cuatro de ellos que brindan educación básica secundaria.

El problema de orden público que ha vivido la Localidad durante cuarenta y cinco años aproximadamente, puede ser uno de los motivos de la ausencia de entidades no oficiales, en comparación con el resto del Distrito, lo que permite que el tipo y clase de educación sea homogénea en toda la Localidad. El 85% de los docentes de estos centros educativos son personas que estudiaron en la normal de Pasca y son de la misma Localidad o provienen de Pasca, factor que favorece que la educación se adecúe a los estilos de vida propios de la comunidad.

La localidad de Sumapaz cuenta con dos colegios distritales, el Colegio Campestre Jaime Garzón y el Gimnasio del Campo Juan de la Cruz Varela, cada uno de ellos con 13 y 14 sedes educativas respectivamente en la jurisdicción distrital y cuenta con dos sedes que son La Totuma Alta y Manuela Beltrán, que se encuentran ubicadas en el departamento del Meta y en el municipios de Une (Cundinamarca), respectivamente.

Generalmente hay una escuela por vereda, una Unidad Básica en la vereda Auras en el corregimiento de Nazareth y otra Unidad Básica en la vereda de La Unión en el Corregimiento de San Juan. Las distancias son grandes, pero existen rutas escolares que recorren las veredas recogiendo y llevando a los estudiantes. Este servicio es gratuito y proporcionado a los niños y jóvenes de los niveles de educación preescolar y básica, prioritariamente de los estratos uno y dos, que se encuentran matriculados y viven mínimo a 2 km de distancia de los centros educativos. Adicionalmente, entre las estrategias para aumentar la retención en el sistema escolar y mejorar la calidad de vida de los estudiantes, se encuentra el proyecto de complementos alimentarios mediante el cual se brinda refrigerios a 427 estudiantes de la localidad de los niveles de preescolar y básica primaria.

2.6. Recreación y Cultura

En la localidad existen 11 canchas múltiples ubicadas en las veredas de Betania, Peñaliza, Nazareth, Las Ánimas, Los Ríos, El Toldo, San Juan, Chorreras, Tunal Bajo, Capitolio y Nueva Granada. Además, se cuenta con 14 canchas recreativas escolares ubicadas en las escuelas de las veredas Tabaco, Betania, Raizal, Laguna Verde, Santa Rosa Alta y Baja, Taquecitos, Auras, Nazareth, Las Ánimas, Las Vegas, Santo Domingo, La Unión y Tunal Alto.

Las características de disponibilidad de espacios previamente mencionadas, sumadas a las características de las dinámicas socio-culturales, han contribuido al establecimiento de condiciones particulares para la práctica de la actividad física.

La mayoría de niños y niñas de la localidad crecen en ambientes privados que condicionan patrones de desarrollo particulares, enmarcados en repertorios de habilidades, en los cuales se priorizan las actividades motoras, como resultado del requerimiento de desplazamientos prolongados y por terrenos irregulares, producto de la vinculación temprana al rol laboral.

Lo anterior sumado a concepciones que ubican al juego como una actividad poco o nada productiva, en términos de desarrollo integral, razón por la cual tan solo se tiene acceso a actividades de tipo lúdico al entrar en contacto con el contexto escolar, aproximadamente entre los 3 – 5 años de edad. Lo anterior se relaciona directamente con la disponibilidad de escenarios locales apropiados y suficientes para el aprovechamiento por parte de los niños y niñas, los cuales se encuentran centralizados en el contexto escolar y en ocasiones representan riesgos para la integridad de los niños y niñas, lo que restringe aún más su utilización. Como consecuencia, se evidencia una marcada presencia de dificultades de aprendizaje asociadas a restricciones en el control motor y a un repertorio insuficiente de habilidades cognitivas básicas para el aprendizaje, las cuales han sido identificadas como producto del trabajo adelantado en las escuelas, sin que se tengan datos que permitan visibilizar la magnitud de la situación.

La ubicación de algunos de escenarios existentes para la práctica de actividad física, deporte y recreación en niños y niñas, lejos de sus lugares de residencia, demanda de grandes desplazamientos que conllevan la exposición a múltiples riesgos asociados al tránsito por caminos de herradura, trochas y carreteras solitarias. La anterior situación se complejiza aún más si se tiene en cuenta que los padres y madres no suelen destinar tiempo para jugar con su hijos e hijas, principalmente por las concepciones existentes en torno al juego como herramienta poco formativa y por las extenuantes jornadas laborales y por el tiempo dedicado a sus actividades de ocio y esparcimiento. Las situaciones expuestas anteriormente se complejizan aún más por la falta de presencia institucional para dar respuesta a las necesidades de ocio y esparcimiento de la población Sumapaceña, en la medida en que dicha respuesta está centralizada en la adecuación de infraestructura para la práctica de deportes, sin que se oferten acciones promocionales que faciliten la interiorización de actividades para el uso del tiempo libre acordes al contexto rural.

En coherencia con el proceso de multiplicación de patrones culturales que se dan de generación en generación, los adolescentes y jóvenes priorizan y asumen a edades tempranas roles laborales, asociados a las tareas del campo y a la conformación temprana de familias como proyecto de vida, lo que perpetúa las creencias que subvaloran el uso del tiempo libre como herramienta de desarrollo. Adicionalmente, como parte de la inclusión a los contextos sociales, los hombres jóvenes son vinculados a espacios en los que se interactúa en torno al consumo de alcohol y tabaco, fomentando la adquisición de hábitos de vida poco saludables desde edades tempranas. En estos escenarios el rol de la mujer joven se constituye en el de acompañante y “cuidadora” de su pareja, conductas que han sido determinadas por los roles que culturalmente han sido otorgados a la mujer en dichos espacios de intercambio entre pares.

Se evidencia entonces una subvaloración del uso apropiado del tiempo libre como herramienta que potencializa el desarrollo integral de los y las jóvenes de la localidad, que parte del no reconocimiento del derecho al ocio y al esparcimiento que tienen los y las jóvenes, a través de su vinculación en actividades deportivas, recreativas, culturales, entre otras de su interés; sin dejar de mencionar que es evidente que en los ejercicios de planeación se desconocen las necesidades sentidas y expectativas de los y las jóvenes frente a sus intereses de ocio y esparcimiento.

Los y las jóvenes de la localidad tan solo cuentan con los escenarios deportivos generados en los contextos escolares, como oportunidad para materializar dicho derecho, lo que generalmente se constituye en un ejercicio excluyente, en la medida en que no todos y todas las jóvenes se interesan en actividades deportivas de competencia y en que existe un gran porcentaje de jóvenes que han culminado sus estudios o se encuentran desvinculados del contexto educativo.

En la etapa del ciclo vital adultez, los hombres tienen como herramienta esencial para el uso de tiempo libre la socialización con pares en torno al consumo de alcohol y tabaco, lo que genera un panorama más excluyente para las mujeres, quienes no contemplan actividades alternas, bien sean productivas o de esparcimiento como parte de su rutina habitual, limitando su cotidianidad a las

actividades del hogar, relacionadas con la preparación de alimentos y el cuidado de otros, asumidas desde edades tempranas como herramienta preparatoria para sumir el rol de “madres”.

Ser adulto o adulta en la localidad de Sumapaz se encuentra entonces determinado por las dinámicas familiares y laborales como prioritarias y en ocasiones por las culturales, asociadas a celebraciones históricas como la del día del campesino, las sesiones ampliadas del sindicato y las ferias agroambientales, entre otras; éstas se desarrollan eventualmente en las veredas y congregan a gran parte de la comunidad en torno al consumo de alcohol y tabaco y a la interacción en torno al baile, en cabalgatas y concursos con juegos autóctonos como el tejo y la rana. Lo anterior ha ubicado la práctica de actividad física para los y las adultas en torno a concepciones erróneas relacionadas con las demandas físicas propias del desarrollo habitual de su actividad laboral y con la percepción de los desplazamientos habituales como parte de la práctica de actividad física.

Los patrones y situaciones descritas anteriormente, han generado una estructuración de hábitos de vida poco saludables que pueden terminar generando alteraciones en la situación de salud de los y las adultas y a futuro el desarrollo de enfermedades crónicas asociadas a la sobrecarga de las estructuras del organismo.

Aún cuando en las personas mayores se mantiene la priorización de los roles laborales; la disminución de la capacidad productiva, resultado del deterioro por el paso de los años genera un incremento en la disponibilidad de “tiempo libre”, en el que demandan espacios de interacción con otros y otras, en los cuales ocasionalmente se vinculan a actividades organizativas y productivas, de su interés; dichos espacios congregan un sinnúmero de personas mayores con quienes se ha promovido la práctica de la actividad física como herramienta para el mantenimiento de las condiciones de calidad de vida. Sin embargo es importante mencionar que las opciones de recreación ofertadas para las personas mayores no corresponden en la mayoría de sus casos a sus expectativas personales.

Las características del uso del tiempo libre mencionadas para las personas mayores, sumadas al establecimiento de hábitos de vida poco saludables, asociados a patrones culturales y a rutinas caracterizadas por la ausencia de actividad física, jornadas extensas de trabajo, consumo frecuente de bebidas alcohólicas y el consumo excesivo de algunos alimentos, se relacionan directamente con la prevalencia de enfermedades cardiovasculares y con el aumentando del riesgo de presentar enfermedades osteo musculares y articulares que afecten el desempeño. El uso del tiempo libre en las personas mayores se encuentra determinado por la no disponibilidad de espacios apropiados para la práctica de actividades de ocio y esparcimiento de su interés, así como por la centralización de dichos espacios a las celebraciones de fechas conmemorativas en la localidad, lo que ha generado dificultades para favorecer multiplicación de la cultura y tradición Sumapaceña, a partir del intercambio inter generacional; esto ha traído consigo un impacto negativo sobre el bienestar físico y emocional de las personas mayores.

2.7. Acceso a Servicios de Salud

El acceso a los servicios de salud se encuentra determinado principalmente por las características de aseguramiento de la población, establecidas mediante la ley 100 de 1993 y definidas específicamente a partir de las dinámicas sociales en las que se enmarcan principalmente las formas de trabajo y de ubicación en los territorios.

Dichas disposiciones retoman gran importancia en las características de acceso a los servicios de la población infantil de la localidad 20 de Sumapaz, en consideración a que se encuentra condicionado por barreras de acceso geográficas y culturales que terminan por restringir la garantía del derecho a la salud.

Una de las principales situaciones que influyen en el acceso a los servicios de salud son las barreras de acceso por dificultades en el aseguramiento asociadas a la transición entre regímenes y por condiciones de inestabilidad laboral, relacionadas con la vinculación a trabajos formales de manera temporal, que demandan de la vinculación al régimen contributivo, durante cortos periodos de tiempo.

Una vez culminada la contratación, las personas cabeza de familia deben realizar los respectivos trámites para retornar al régimen subsidiado, lo que demanda desplazamientos a Bogotá Urbana por la ausencia institucional en el territorio para tal fin; esto se constituye en un factor determinante para el acceso al servicio de salud, en la medida en que frecuentemente los trámites se tardan hasta meses por las dificultades para desplazarse, permanecer y recorrer de manera autónoma la Bogotá Urbana y por dificultades asociadas al desconocimiento de la población frente a los trámites.

Por otra parte como factor determinante del acceso inoportuno a los servicios, es la adscripción, de algunos habitantes a otros entes territoriales diferentes a los locales, en el contexto regional, desconociendo que por dinámicas sociales se les facilita más el acceso a los servicios ofertados en el contexto local; lo que restringe el acceso a los servicios ofertados, de acuerdo con lo establecido en el marco legal vigente.

Para continuar con las barreras de acceso es importante identificar que, aun cuando se cuenta con la ruta de la salud inter-veredal, como mecanismo para facilitar el desplazamiento de la población hacia los centros de salud, para efectos de desplazar a la población infantil, adulto mayor y personas con discapacidad, se evidencian barreras geográficas que determinan grandes recorridos, demandando acompañamiento constante por parte de acudientes, que con frecuencia deben suspender sus labores diarias para llevarlos a los servicios requeridos.

Adicionalmente, es importante mencionar que los días y horarios establecidos para los recorridos inter-veredales se cruzan con las jornadas escolares, lo que limita aún más las posibilidades de acceso a los servicios. De igual manera es importante considerar como factor determinante que en su mayoría los padres y madres de familia no realizan de manera oportuna los trámites de registro de los niños y niñas, constituyéndose este sub – registro en otra de las barreras de acceso que condicionan la garantía del derecho a la salud en la población infantil.

Finalmente, asociado a los factores mencionados previamente, se encuentran patrones culturales que han determinado falta de interés frente al reconocimiento de los servicios a los que tienen derecho y la baja adherencia a las actividades de promoción y prevención ofertadas por ley para la población.

Los factores anteriormente mencionados determinan un acceso inoportuno a los servicios de salud, generando como consecuencia el deterioro progresivo prevenible, en las condiciones de salud.

2.8. Características de la Salud Mental en la Población

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Los problemas de salud mental no siempre pueden ser vistos, pero los síntomas pueden reconocerse y con regularidad afectan el estado emocional de las personas en los diferentes contextos en los cuales se desenvuelve.

Una de las problemáticas más reconocidas que afectan la salud mental en la localidad de Sumapaz es la violencia intrafamiliar y social; según la base de datos de notificación al Sivin, los tipos de violencia más predominante son: maltrato emocional, físico, descuido y negligencia, siendo éste el más visible en cuanto a infancia se refiere. Por cada 100 personas en edad productiva hay 74 personas en edad dependiente.

Sumapaz es una región predominantemente pobre, pero no se presenta allí condición de miseria. Esta localidad 100% rural, históricamente ha traído consigo un cúmulo de representaciones sociales enmarcadas en esquemas culturales que definen el comportamiento de cada una de las personas que tejen el entramado social Sumapaceño. Estos patrones mentales permean las formas de actuar y relacionarse con el otro, teniendo en cuenta las relaciones de dominación que se ejercen en contra del sujeto hombre o mujer y que con regularidad giran en torno a las formas de castigo del cuerpo, en especial a los cuerpos femeninos, estos últimos, significativamente vulnerables teniendo en cuenta que a lo largo de los años han sido vistos como objetos, del cual las personas, las instituciones y el Estado pueden disponer a conveniencia. Esto permite relacionar las formas de dominación en los ámbitos comunitarios y familiares, que para los niños y niñas en el Sumapaz está fuertemente marcada, dada la relación filial que se establece entre las personas y el sentido de propiedad que culturalmente se le haya a los hijos y a las hijas.

Según una investigación realizada por la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, el tipo predominante de familia en la localidad es la nuclear y su complemento la familia extensa; además se puede afirmar que estas familias según el ciclo corresponden en su mayoría a familias jóvenes.

Existen distintas clasificaciones de familia construidas a partir de diversas perspectivas: según su estructura, proceso evolutivo, número de generaciones o de acuerdo con la presencia de los miembros de una generación. Para el ámbito familiar, se ha tomado la siguiente clasificación con fundamento en el proceso evolutivo de la familia:

- Familia Nuclear: presencia de hasta dos generaciones - padres e hijos, matrimonio con o sin hijos y hermanos solos. Ejemplos: pareja sin hijos; familia integrada por uno de los dos padres y uno o más hijos (mono parental); familia integrada por los dos padres y uno o más hijos (nuclear completa); familia integrada por dos ó más hermanos; familia en la que uno o los dos miembros ya tuvieron al menos un matrimonio anterior (reconstituida o recompuesta).
- Familia extensa: presencia de más de dos generaciones. Incluye hijos casados con descendencia o sin ella. Ejemplos: familia integrada por padres con hijos(s) casados(s) con o sin nietos(s), familia integrada por abuelos y nieto(s) sin la presencia de los padres, familia integrada por dos ó más hermanos, siempre que al menos uno tenga pareja.
- Familia mixta o ampliada: cualquier tipo de familia que sobrepasa las anteriores estructuras, puede incluir otros parientes y amigos.

Además de estos tipos de familias se encuentran en menor cantidad otras como las mixtas o reconstituidas, que están formadas por personas viudas o divorciadas que contraen nuevas nupcias y que pueden aportar al núcleo familiar hijos de la anterior unión. Se presentan también familias formadas por uno de los padres y uno o más hijos.

Estas diversas tipologías que caracterizan la estructura familiar en la localidad, la hacen muy variada y con diferentes problemáticas a tratar, teniendo en cuenta que cuando las familias son tan diferentes en estructura, composición y dinámica la influencia de los diferentes miembros es

variable. Los abuelos o bisabuelos pueden tener considerable influencia sobre los niños en una familia extendida, pero muy poco en las familias nucleares, o en el caso del padre que no vive con sus hijos este puede tener un papel limitado en la socialización de los mismos.

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

Los jefes de hogar, según la encuesta Sisben, son en el 80.9% (n = 562) hombres y en el 19.1% (n = 132) mujeres. La razón hombre-mujer es de 4.25, es decir que por cada mujer cabeza de hogar hay 4.25 hombres que desempeñan el mismo rol; esto significa que es el hombre, en la mayoría de los casos, el encargado de sostener económicamente el hogar.

La construcción de núcleos familiares cerrados, la falta de espacios suficientes para la socialización y la dispersión poblacional, han generado uniones entre familiares con grados de consanguinidad cercanos (hermanos, primos, tíos); esta situación puede generar a futuro alteraciones genotípicas en este grupo de población.

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

En las niñas, las situaciones de violencia están condicionadas en formas de castigo relacionadas con el incumplimiento de las labores del hogar (cocinar, ordeñar) prevaleciendo estas actividades sobre el cumplimiento de los deberes educativos.

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

En Sumapaz, se evidencia dificultad para el manejo de pautas de crianza asertiva que armonicen la relación filial y que orienten los procesos formativos en los y las menores, sumado al desarrollo de intervenciones comúnmente orientadas a la afectación resolutoria de la problemática y no a la generación de escenarios para la promoción del buen trato. Las dificultades económicas y las dificultades para manejar el estrés frente al cuidado de los y las menores se acrecienta, cuando las cuidadoras son madres cabezas de hogar o por el contrario cuentan con el apoyo de la pareja sentimental limitado al aporte económico.

En los diferentes contextos es significativo evidenciar las expresiones de afecto, lo cual en algunas situaciones se limita significativamente el manejo de relaciones basadas en el amor, comportamientos que se replican de generación en generación; por tanto en el proceso de envejecimiento activo son los niños y las niñas los primeros hacia los cuales se deben promover acciones que favorezcan la salud mental y eviten la multiplicación de patrones violentos contra el

otro diferente, en especial en el ámbito familiar y escolar, escenarios en los cuales existe mayor concentración de esta etapa del ciclo vital.

Es frecuente que la perpetuación de actos violentos justificados en las tradiciones, ocasionen en los niños y niñas formas agresivas de relacionarse con los otros y otras, aumentando de esta manera la carga emocional que se imprime a los niños y niñas “rebeldes” como un estigma social, adicional a la imitación de acciones sociales violentas que aumentan las posibilidades de contar con factores de riesgo que dificultan el desarrollo de la autonomía de los niños y niñas, tales como la exclusión y el señalamiento constante por conductas que se salen de lo socialmente esperado.

La ausencia de condiciones mínimas en el hogar que garanticen el desarrollo integral de los niños y niñas (no solamente en términos de estabilidad económica sino en expresiones de afecto) genera un proceso de crianza permeado por ambientes de privación, restringiendo la adquisición de un repertorio básico de aprendizaje, que en el mejor de los casos debería preparar al niño o niña para enfrentarse a exigencias académicas y sociales. Una de las razones que argumenta esta situación está relacionada con la imposibilidad que tienen algunos niños y niñas, en especial aquellos que viven en veredas retiradas lejos de los centros poblados a acceder a jardines a temprana edad, circunstancia que incide en los bajos niveles de rendimiento académico, sumado a la dificultad que tiene el sector educativo para proveer a los y las menores de procesos de aprendizaje diferenciales que tengan en cuenta las necesidades educativas especiales de acuerdo con la etapa del ciclo vital y las características educativas de los niños y niñas.

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

Culturalmente se sostienen imaginarios sociales frente al desarrollo de la personalidad de los y las jóvenes. La agudización de la adolescencia y las dificultades para manifestar expresiones de afecto hacia otros que tengan la necesidad de generar contacto físico, son características propias de los y las habitantes del territorio y actúan como determinantes en el establecimiento de relaciones con los demás, generando relaciones frías e impersonales que afectan significativamente la salud mental de los y las jóvenes.

En la etapa de la vejez, se observa en los habitantes de Sumapaz, la negligencia y el abandono por parte de los hijos e hijas, quienes en determinado momento cambian el hogar paterno y materno por sus núcleos familiares, dejando a los padres y madres solos en las casas, las cuales usualmente se encuentran ubicadas a una hora de camino en promedio de la próxima finca. Esta situación de abandono ocasiona que las personas mayores sufran de lesiones físicas (generalmente por golpe, producto de caídas), dificultad en la adherencia a tratamientos de salud, pues no existen personas adultas que les hagan seguimiento al consumo de medicamentos, deteriorados hábitos de alimentación debido a la poca frecuencia con que consumen alimentos, argumentando que no hay a quien cocinarles y muy poco les da hambre, estados de depresión y baja autoestima que los exponen a situaciones de vulnerabilidad poniendo en riesgo su vida y su integridad mental y física.

La inestabilidad emocional, y la incertidumbre frente las luchas por la tierra, teniendo en cuenta que Sumapaz se constituye en una de las más importantes reservas hídricas para el país, son factores que afectan la estabilidad emocional de las personas mayores, generando sentimientos de

incertidumbre que incrementan los estados de depresión a los cuales se exponen, siendo las otras etapas del ciclo quienes si cuentan con las posibilidades físicas e incluso económicas de trasladarse a otras localidades, desprotegiendo a los y las mayores, quienes además cuentan con un fuerte arraigo a la tierra y la lucha por su posesión y han expresado no querer trasladarse.

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

2.9. Características de Condiciones de Enfermedades Crónicas

Las enfermedades crónicas son consideradas actualmente un importante problema de salud pública, que tiende a incrementar a medida que la población envejece y desarrolla factores de riesgos reconocidos, como alimentación inadecuada, sedentarismo por la poca actividad física asociado a estilos de vida poco saludables. Las dificultades geográficas, sociales, económicas y de carencia de infraestructuras de comunicación en la localidad se constituyen en factores de riesgo para el desarrollo de este tipo de enfermedades.

En la localidad de Sumapaz se ha identificado que el 16.3% de la población presenta enfermedades crónicas, identificando 333 personas en el corregimiento de Nazareth y 135 en el corregimiento de San Juan. Del total de enfermedades crónicas presentadas en la Localidad, el 56.2% corresponde a Hipertensión Arterial, el 19% a dislipidemias, el 15.4% a Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, el 6.5% a obesidad y el 2.9% a diabetes.

Desde el énfasis de Condiciones Crónicas, el hospital cuenta con dos centros de atención, uno en el corregimiento de Nazareth (CAMI Nazareth) y otro en el de San Juan (UPA San Juan). Los dos centros de atención fueron caracterizados como Unidades Primarias Generadoras de Datos –UPGD– desde 1998 y reciben acompañamiento permanente, representado en capacitaciones y asistencia técnica periódicas, con el objetivo de obtener datos con calidad y oportunidad. Cada centro cuenta con dos médicos rurales y un médico contratista. Adicionalmente, el desarrollo de las condiciones crónicas se realiza a través del fortalecimiento de la identificación y notificación de eventos de interés en salud pública en los Ámbitos de Vida Cotidiana, redes y comités, permitiendo que su análisis y evaluación den cuenta de la situación de salud de los usuarios con condición crónica.

Las dificultades geográficas, sociales, económicas y de carencia de infraestructuras de comunicación en zonas rurales dispersas, plantean un reto en la atención oportuna de los pacientes. Por esta razón para el seguimiento oportuno de las personas con condiciones crónicas se debe contar con la participación activa de los equipos extra murales de salud a su casa, para el seguimiento domiciliario en la comunidad e identificación de nuevos casos, teniendo en cuenta los grupos de edad. La implementación, el seguimiento y el mejoramiento continuo de seguimiento a esta clase de pacientes permiten evidenciar los puntos críticos y tomar acciones de manera oportuna, identificando la población más vulnerable. Las enfermedades crónicas son consideradas actualmente un importante problema de salud pública, que tiende a incrementar a medida que la población envejece y desarrolla factores de riesgos reconocidos como alimentación inadecuada, sedentarismo por la poca actividad física asociado a estilos de vida poco saludables.

El Hospital Nazareth a través de su modelo de prestación de servicio en salud familiar con enfoque de riesgo, busca consolidar la red primaria de apoyo la cual se constituye en el soporte de los pacientes crónicos de nuestra localidad, ya que a medida que se trata la enfermedad el grupo familiar adquiere conocimientos para el mejoramiento de la calidad de vida tanto a nivel individual como colectiva.

Las actividades que se realizan son: consulta médica, tratamiento y supervisión del estado de salud de la comunidad, seguridad alimentaria, seguimiento y visitas por parte de los grupos básicos, caracterización de la población susceptible y edad para el control de las enfermedades crónicas. Otras actividades que se realizan son: asistencia técnica en el desarrollo y seguimiento del programa, análisis territorial y familiar; respuesta ante las necesidades de los usuarios desde el enfoque de calidad de vida que redunde en la prevención de condiciones crónicas, además del seguimiento a personas que ya presentan una condición crónica como la hipertensión arterial, diabetes enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC, entre otras. En la localidad de Sumapaz existen caracterizadas 468 personas en condición de enfermedad crónica, encontrándose mayor número en el territorio de Nazareth (tabla 25).

Tabla 25. Número de personas en condición crónica, localidad 20 de Sumapaz. 2010

	NAZARETH	SAN JUAN
Personas en condición de cronicidad	333 personas	135 personas
% Usuarios adherentes al tratamiento	49	65
% Usuarios con seguimiento continuo:	51	45

Fuente: Base de datos énfasis condiciones crónicas. Hospital Nazareth 2010.

Desde el énfasis de condiciones crónicas se han realizado acciones a través de los planes de cuidado familiar y del seguimiento individual, se ha logrado influir sobre las causas particulares de la adherencia al tratamiento, fortalecimiento de grupos comunitarios en temas como la nutrición desde sus recursos, fortalecimiento de aptitudes para la preparación de alimentos sanos.

La influencia cultural de los usuarios presenta un gran reto para los profesionales que abordan a las familias, puesto que se requiere abordar desde sus creencias para lograr satisfacer las necesidades detectadas en cada individuo y familia; es por eso que en este programa los avances no se pueden determinar en el corto plazo.

Con el análisis de la vulnerabilidad familiar se demuestra la influencia de otros factores en la adherencia al tratamiento que permita una mayor especificidad en los resultados y en el abordaje.

La comunidad manifestó la necesidad de crear clubes de crónicos en los cuales se fortaleciera su respuesta en cada una de las situaciones; esta actividad se ha iniciado con la creación de pastilleros por parte de cada usuario con la asesoría y acompañamiento del hospital.

En el territorio de Nazareth la enfermedad crónica más prevalente es la Híper Tensión Arterial (54,7%) seguida de dislipidemias (19,8%). (Tabla 26).

En el territorio de San Juan se han identificado 135 personas en condición de enfermedad crónica, siendo la más prevalente la Híper Tensión Arterial (53.3%). (Tabla 27).

Tabla 26. Prevalencia de Enfermedades Crónicas Nazareth Localidad 20 Sumapaz. Primer Semestre 2010

DIAGNOSTICO	NUMERO DE USUARIOS	PORCENTAJE (%)
DISLIPIDEMIA	66	19,8
OBESIDAD	17	5,1
DIABETICOS	12	3,6
EPOC	50	15,0
HIPERTENSION ARTERIAL (HTA)	182	54,7
DISCAPACIDAD	6	1,8
TOTAL	333	100,0

Fuente: Base de datos Énfasis Condición crónica. Primer semestre 2010. Hospital Nazareth

Tabla 27. Prevalencia de Enfermedades Crónicas San Juan. Localidad 20 Sumapaz. Primer Semestre 2010.

DIAGNOSTICO	NUMERO DE USUARIOS	PORCENTAJE
DISLIPIDEMIA	20	14,8
OBESIDAD	12	8,9
DIABETICOS	1	0,7
A. INESTABLE	1	0,7
EPOC	20	14,8
HIPERTENSION ARTERIAL (HTA)	72	53,3
DISCAPACIDAD	9	6,7
TOTAL	135	100,0

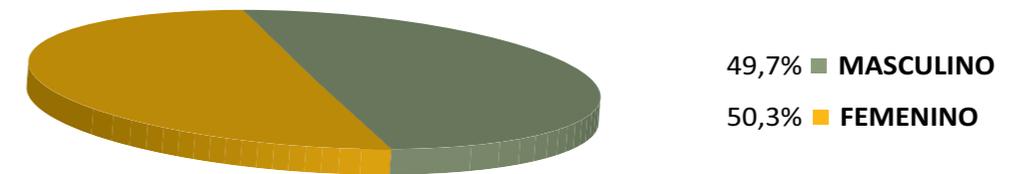
Fuente: Base de datos Énfasis Condición crónica. Primer semestre 2010. Hospital Nazareth

2.10. Características de las Personas en Condición de Discapacidad

Según registro de localización y caracterización de la población en condición de discapacidad de la localidad 20 de Sumapaz, realizado por el hospital Nazareth con apoyo de Secretaria Distrital de Salud y actualmente en liderazgo del Ministerio de la Protección Social, durante los años 2005 al 2007 se identificaron 313 personas en condición de discapacidad (dato oficial DANE) que corresponden al 12 % de la población total. En actualización realizada con bases de datos de Vigilancia en salud pública de discapacidad de la localidad de Sumapaz, para el año 2010 se encuentran registradas y caracterizadas 419 personas en condición de discapacidad la cual corresponde al 14.5% del total de la población que habita esta localidad.

No se encuentra una diferencia significativa entre sexos, el 50,3% de personas en condición de discapacidad pertenecen al sexo femenino (Gráfica 27).

Gráfica 27. Distribución por sexo de población en condición de discapacidad. Localidad 20 Sumapaz. 2010



Fuente: Registro DANE 2005-2007. Base de datos registro DANE PCD Hospital Nazareth 2009-2010.

De acuerdo con la distribución por género de la población caracterizada y por etapas del ciclo, se evidencia que el 39,9 % de las personas en condición de discapacidad registradas en la localidad se encuentran en la etapa de vida de persona mayor siendo más prevalente, en este grupo de edad, el sexo femenino. En la etapa de adultez se encuentra una prevalencia del 37,2% en esta condición, siendo más frecuente en mujeres.

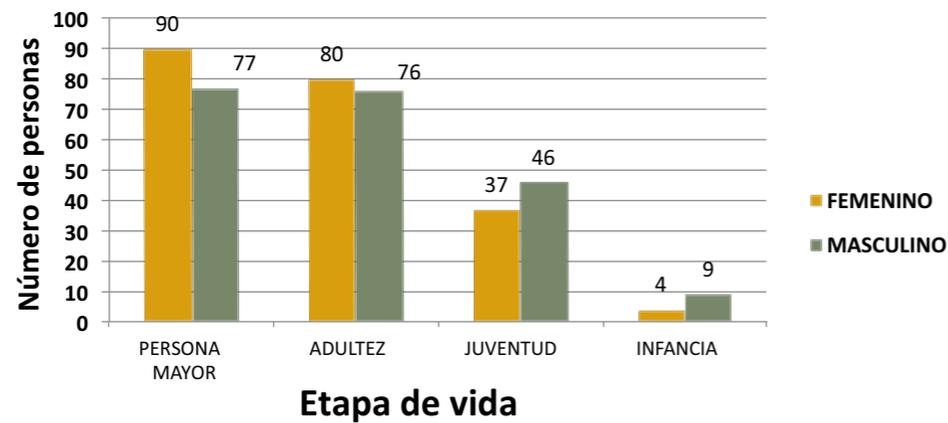
Esta situación, se presume, podría estar relacionada con el hecho de que la mayor fuente de ocupación productiva se encuentra en el sector agrícola, lo que implica una gran exposición a riesgos de tipo ergonómico, químico y de seguridad. A través de la interacción con la población en las diferentes acciones de la estrategia, Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), se evidencia que la edad de vinculación a procesos productivos se da casi de manera general a edad muy temprana entre los 5 y 10 años de edad; esta información se valida con el diagnóstico,²¹ el cual identifica los porcentajes de las condiciones de salud de los agricultores de la localidad; así, el 41% de los agricultores se vinculan entre los 5 y los 10 años y el 59% se vinculan entre los 12 y 20 años; estos porcentajes corresponden a población adulta mayor y adulta en la actualidad respectivamente; además se identifica que el promedio de exposición a los riesgos es de 31.3 años, que implicaría un deterioro temprano y progresivo de las estructuras del sistema músculo - esquelético y cardio - respiratorio, manifestado en enfermedades crónicas y articulares que de acuerdo con el perfil epidemiológico²² ocupan el cuarto y séptimo lugar entre las 10 primeras causas de consulta.

Frente a la población en la variable sexo, existe un mayor número de mujeres en las etapas de vida de adulto y persona mayor registradas en condición de discapacidad (n=170), probablemente relacionada con una condición de salud crónica; este aspecto probablemente corresponde a las demandas para el desarrollo de las actividades de cuidado del hogar propias de la localidad, como la exposición prolongada al humo producto de la combustión de la madera utilizada para la cocción de los alimentos, las condiciones climáticas extremas, la cantidad de embarazos y la multiplicidad de roles que desempeñan las mujeres en una localidad netamente rural (Gráfica 28).

²¹ ROA, Lady. Diagnóstico de Condiciones de Salud. Pág. 22 - 24 2007.

²² HOSPITAL NAZARETH ESE I NIVEL, Equipo de salud pública, Diagnóstico Local Pág. 56 - 60 2007.

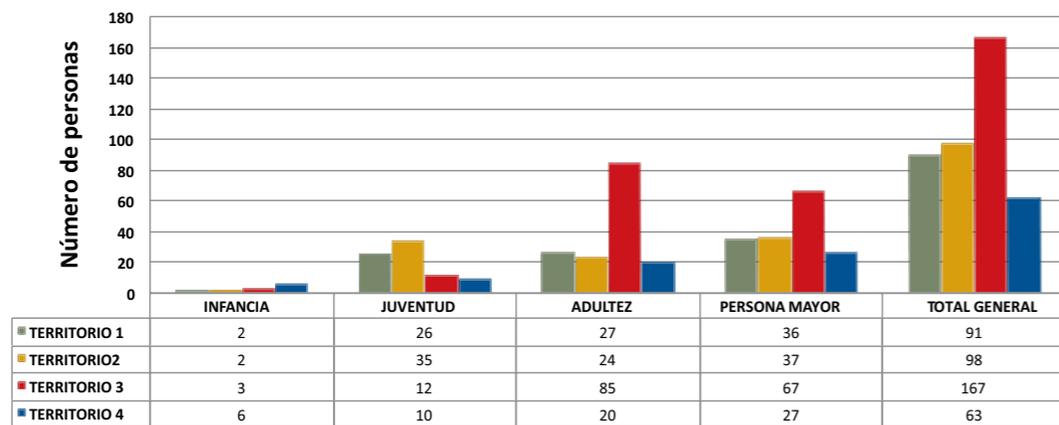
Gráfica 28. Distribución de la población en condición de discapacidad por género y etapas de ciclo de la localidad 20 de Sumapaz



Fuente: Registro DANE 2005-2007. Base de datos registro DANE PCD Hospital Nazareth 2009-2010.

De acuerdo con las personas registradas por territorios sociales de la localidad 20 de Sumapaz, se encuentra que el territorio que posee mayor número de personas registradas es el III y la etapa de vida que mas prevalencia presenta es la de adultez y persona mayor; este dato está directamente relacionado con la caracterización realizada a usuarios del Centro de Desarrollo de Potencial Humano (CDPH) que se encuentra ubicado en este territorio. El territorio en el cual se ha caracterizado menos población en situación de discapacidad es el IV (n=63) pero en él habita la mayor parte de niños y niñas identificados en esta condición (n=6). (Gráfica 29).

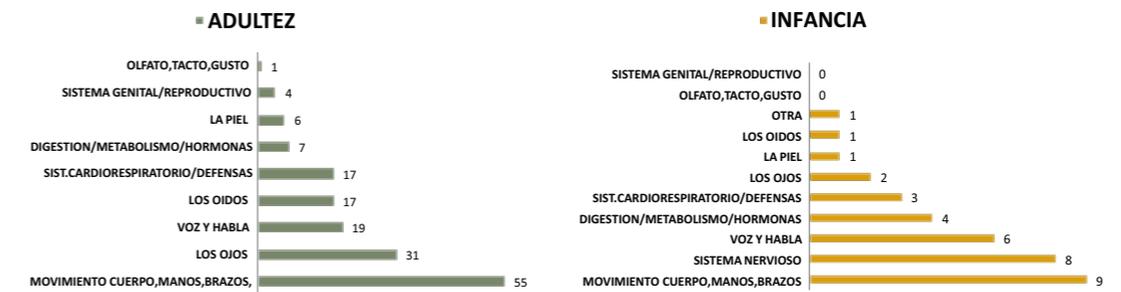
Gráfica 29. Distribución de personas caracterizadas en condición de discapacidad por territorio y etapa de vida. Localidad 20 Sumapaz. 2010



Fuente: Registro DANE 2005-2007. Base de datos registro DANE PCD Hospital Nazareth 2009-2010.

Las alteraciones permanentes más frecuentes en las etapas de vida de infancia y juventud corresponden al movimiento de cuerpo, manos, brazos y piernas, seguida de sistema nervioso en infancia y los ojos en la etapa de juventud. (Gráfica 30).

Gráfica 30. Principales alteraciones permanentes en las etapas de vida de infancia y juventud. Localidad 20 de Sumapaz. 2010.



Fuente: Registro DANE 2005-2007. Base de datos registro DANE PCD Hospital Nazareth 2009-2010.

En la infancia se han identificado barreras de acceso a servicios de rehabilitación funcional para el 100% de los niños y niñas por dificultad de desplazamiento a II Nivel; se evidencia necesidad de atención por fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional, a través de los proyectos del fondo local de desarrollo; el 28% participan en procesos terapéuticos.

La integración de los niños y niñas con discapacidad en las aulas de la localidad no es garantía del derecho a la educación, en la localidad; el 36% de los casos no están escolarizados, a pesar de que la mayoría asiste a las aulas, no se evidencia inclusión escolar y solo en el 23% de los casos se hace referencia a procesos pedagógicos acordes a las condiciones del estudiante. En la localidad no se evidencia apoyo a las familias de niños y niñas con discapacidad por parte de sectores diferentes a salud y educación.

Se considera que no hay una identificación y manejo oportuno de riesgos para la aparición de alteraciones en el desarrollo, de igual manera la cobertura de acciones implementadas frente a este aspecto es muy baja.

Con respecto al acceso a servicio de educación, el 61% de los y las jóvenes se encuentra desescolarizado a pesar de que en la localidad se cuenta con educación para adultos en ciclos especiales a su etapa de vida; el 36% del total de jóvenes no sabe leer ni escribir; el 36% de las familias argumenta que en la localidad no se implementan estrategias pedagógicas acordes a las condiciones particulares, por lo cual no se promueve la inclusión; finalmente, el 72% de los jóvenes desea incluirse en el proceso educativo.

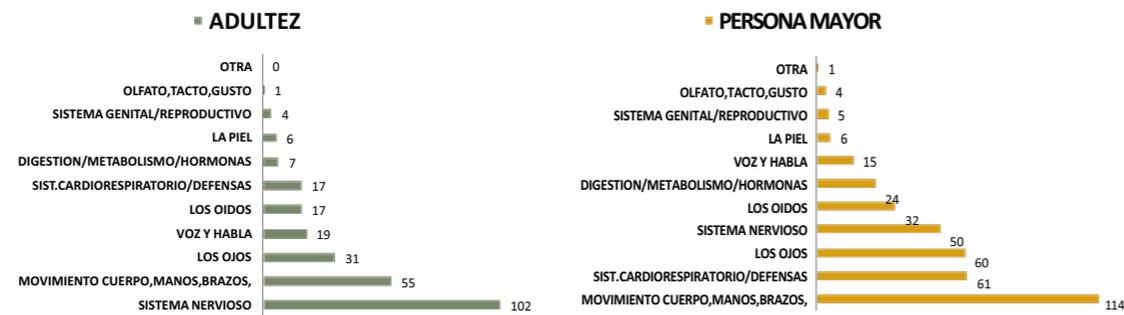
Para el ejercicio del rol productivo: el 100% de los jóvenes (36) registrados afirman requerir formación para el trabajo; de ellos, sólo el 13% (n = 5) se han vinculado a procesos de formación financiados por el fondo local de desarrollo; sin embargo actualmente no se hallan incluidos en procesos productivos.

No existen acciones dirigidas a la interacción con los jóvenes frente al tema de sexualidad; además existen barreras geográficas que afectan el acceso a servicios jurídicos y penales relacionados con este tema, en especial frente a la necesidad de interdicciones.

En la localidad existen espacios de recreación que corresponden a proyectos sin continuidad que no demuestran impacto sobre las condiciones de vida y más bien se relacionan con espacios de juego ocasionales; la comunidad solicita formación deportiva. No se evidencia un ejercicio de autonomía en la población de jóvenes con discapacidad en especial con deficiencia cognitiva y mental, no se visibiliza su posibilidad de toma de decisiones y se designa a los padres.

En las etapas de vida de adultez y persona mayor, las personas registradas en condición de discapacidad refirieron presentar mayor prevalencia en alteraciones permanentes del sistema nervioso y movimiento de cuerpo, brazos, manos y piernas respectivamente (Gráfica 31).

Gráfica 31. Principales alteraciones permanentes en las etapas de vida de adultez y persona mayor. Localidad 20 de Sumapaz. 2010.



Fuente: Registro DANE 2005-2007. Base de datos registro DANE PCD Hospital Nazareth 2009-2010.

Solo el 47% de las personas adultas con compromiso funcional severo y moderado han recibido atención terapéutica a partir de proyectos del fondo local; para esta etapa no sólo representa una problemática la rehabilitación para personas con discapacidad; también existen barreras de acceso a personas que presentan lesiones que requieren de atención terapéutica, quienes continúan su desempeño generalmente en labores agropecuarias que se exponen a riesgos y conducen a la cronicidad de su situación y a un posterior compromiso del desempeño.

En la mayoría de los casos de personas mayores se evidencia compromiso psicosocial, según refieren ellos mismos, por las actividades a la que se ven expuestas, el abandono familiar y la insatisfacción de necesidades básicas. Como generalidad se observa que las condiciones geográficas afectan aun más la participación de las personas mayores en espacios comunitarios; sólo se puede garantizar la viabilidad de este proceso cuando se cuenta con transporte. Es importante aclarar que aun así existen personas que no pueden salir de sus hogares.

Las principales dificultades presentadas en la población en condición de discapacidad registrada en la localidad de Sumapaz están relacionadas con caminar, correr y saltar (n=157); pensar y memorizar (n=135) y llevar y mover objetos con las manos (n=83) (Gráfica 32)

Gráfica 32. Prevalencia de dificultades permanentes presentadas en la población en condición de discapacidad caracterizada. Localidad 20 Sumapaz. 2010



Fuente: Registro DANE 2005-2007. Base de datos registro DANE PCD Hospital Nazareth 2009-2010.

En general, los ingresos económicos percibidos por las familias caracterizadas en la localidad se encuentra en promedio entre \$90.000 y un salario mínimo; además todas las familias se encuentran ubicadas en los estratos 1 y 2. A este factor se puede atribuir la gran cantidad de necesidades básicas insatisfechas evidenciadas en las familias; resulta preocupante la situación si se tiene en cuenta el ciclo pobreza - discapacidad – pobreza, condición que pone en riesgo no solo a las personas caracterizadas sino también a su núcleo familiar.

En la localidad se implementan proyectos a través del Fondo de Desarrollo Local y otras instituciones dirigidas a mejorar la satisfacción de necesidades, algunas exclusivas para la población en condición de discapacidad; específicamente se han vinculado en la entrega de la canasta nutricional, bonos para persona mayor, desayunos infantiles y proyecto de productividad para población en esta condición.

2.11. Características de Salud Sexual y Reproductiva

La infancia, a la que se ha considerado un periodo asexual de la vida, tiene por el contrario una gran importancia en la formación del ser humano sexuado. Cuando nacen, la niña y el niño tienen un patrón de conducta sexual poco diferenciado a excepción de los órganos genitales, distintos en cada sexo. Con frecuencia hablar de sexualidad en la infancia es un tema que no genera interés en los adultos y adultas, al contrario es un tema permeado por determinantes culturales, sociales e ideológicos que se manifiestan a través de las pautas de crianza y criterios educativos referidos a la sexualidad, reduciéndola a la genitalidad del individuo.

Los y las jóvenes en Sumapaz se enfrentan a transformaciones morfológicas y psicológicas que les abren paso al reconocimiento de la identidad; este proceso trae consigo un cúmulo de concepciones culturales que determinan su conciencia como ser autónomo y diferenciado de los y las demás, así como la conciencia de sí mismo, de acuerdo con su naturaleza sexuada. La identidad necesariamente empieza a construirse en torno a su ser como mujer y su ser como hombre; esta construcción de identidad está dada en dos vías: la primera, la identidad sexuada es decir si soy mujer u hombre y la segunda la identidad de género, la cual esta permeada y hace parte del proceso evolutivo del desarrollo desde la infancia, en la cual se le asignan roles y significación a los comportamientos, valores actitudes etc., que caracterizan a cada sexo.

En el contexto rural la sexualidad es reducida a la reproducción. La conformación de núcleos familiares a temprana edad, es una constante en el territorio de Sumapaz; el promedio a partir del cual las mujeres y hombres inician este proceso está entre los 15 y 17 años, asumiendo además a temprana edad roles de adultos necesarios en el campo relacional – social.

Limitar la sexualidad a la reproducción trae consigo la ausencia del reconocimiento del cuerpo como sujeto de placer, sumado a la subvaloración del cuerpo existente entre los y las jóvenes, subvaloración impresa desde los esquemas culturales que incluso algunas instituciones tienen frente a los hombres y mujeres como cuerpos que obedecen y no como cuerpos que sienten. Las mujeres adolescentes con frecuencia multiplican imaginarios sociales y culturales frente a las relaciones con el otro. La sexualidad es vista en el escenario privado como un proceso natural que se restringe la satisfacción del cuerpo, generalmente el cuerpo del hombre, ubicando a la mujer en una posición pasiva y secundaria con respecto al desarrollo de la sexualidad y el placer. Otro aspecto importante en este tema es el desconocimiento que se hace de la población en situación de discapacidad, como sujetos sexuados, y con ello la ausencia de estrategias de abordaje tanto en la institucionalidad como en la familia frente a este tema.

Desconocer este aspecto de la vida en el desarrollo de una persona, acrecienta las brechas existentes en los procesos de inclusión social y reivindicación de derechos de los y las jóvenes. En el contexto rural donde el número de mujeres adolescentes gestantes 60% (n = 22), es elevado en comparación con las mujeres adultas, 40% (n = 15), es posible dar cuenta de la influencia significativa existente de un esquema cultural que se orienta a la prolongación de concepciones culturales en las cuales las mujeres deben conformar su núcleo familiar a temprana edad, sumado a las limitadas oportunidades materiales y culturales para desarrollar proyectos de vida diversos, donde muchas mujeres jóvenes han recibido información de la cultura en la que se idealiza la maternidad y la ubican como el paso hacia un estatus de adultez, proyección que no podría presentarse fácilmente en su proyecto vital a partir de otras prácticas como estudiar o trabajar.

En el territorio de Sumapaz, la conformación de núcleos familiares a temprana edad hace parte de las características demográficas de las mujeres jóvenes, es por ello que cuando llegan a la etapa adulta ya cuentan en la mayoría de los casos con 2, 3 y hasta más hijos, evidenciando por ellas mismas la necesidad de un método de anti concepción definitivo; sin embargo el acceso a este método se ve dificultado por las distancias frente al centro hospitalario que presta el servicio, que para Sumapaz es el hospital de Meissen, sumado a la necesidad previa de tomar cita con el especialista en ginecología, quien posteriormente remitirá a la paciente a la cirugía; lo anterior se presenta como barrera de acceso, teniendo en cuenta que para la localidad el retraso en remisiones esta sobre el 40%, y semanalmente en promedio es posible trasladar a 10 personas para que accedan a especialista en hospitales de II y III Nivel de complejidad. Si este ejercicio se realizara por cuenta de la persona interesada, económicamente generaría costos elevados definidos por el traslado, la estadía, la alimentación etc., los cuales, dada su dependencia económica al compañero sentimental, las mujeres no siempre tienen a su disposición.

Otro determinante relevante en esta problemática es la presión que ejerce el compañero sentimental frente a la posibilidad de acceder a estos métodos; algunos hombres e incluso mujeres determinados por esquemas culturales, manifiestan no ver como opción la planificación desde ninguna alternativa; los hombres desconfiando de la integridad de las mujeres y las mujeres dando prioridad a la opinión del hombre sobre sus necesidades como mujer y persona.

Con frecuencia se ha relegado el uso del método de regulación de la fecundidad a la mujer, excluyendo al hombre como actor en este proceso y por tanto responsable no solamente del cuidado de su cuerpo, sino del cuidado del cuerpo de la compañera sentimental; con poca frecuencia los

hombres acompañan a sus esposas a las consultas y orientaciones frente al tema, desconociendo su corresponsabilidad en los campos relacional y afectivo

Esta sobrecarga que se hace a la mujer la indispone frente al uso de métodos para la regulación y a la constancia en el tratamiento cuando se consumen o inyectan los anticonceptivos. Aun es evidente la falta de sensibilización que tiene algunas mujeres y hombres frente a la importancia de prevenir embarazos no deseados y evitar el contagio en infecciones de transmisión sexual que puedan afectar la salud mental y física de las personas.

Las condiciones rurales y las dificultades geográficas frente a las distancias son otro factor determinante para que las personas puedan adquirir métodos de regulación de la fecundidad alternativos a los ofertados por el Plan Obligatorio de Salud, siendo de esta manera la única fuente para la adquisición de estos; el hospital, por tanto evidencia una problemática de acceso e incluso de información frente a otras alternativas frente al tema.

2.12 Características de Salud Oral de la Población

En los diagnósticos de salud oral realizados en el país se observa en forma constante, un mejor estado de salud bucal en la población de nivel socioeconómico alto al compararla con los de niveles más bajos. La población más rica del país tiene índices de salud bucal comparables a los países desarrollados. También se observa en los estudios un mayor daño bucal en la población de áreas rurales al compararlos con los que residen en zonas urbanas.

Los estilos de vida de los individuos están fuertemente asociados con la salud oral; sin embargo, estos se ven muy influenciados por factores sociales, ya que los hábitos se aprenden en la familia, el colegio y la comunidad, observándose grandes diferencias según educación, nivel socioeconómico y ruralidad. Los inadecuados hábitos higiénicos y alimenticios de nuestra comunidad generan gran impacto en la salud bucal, siendo los más frecuentes la no implementación de la técnica de cepillado, la falta de costumbre y concientización para mantener una buena higiene oral, la no implementación del uso de otros implementos de higiene tales como la seda dental y enjuagues bucales. Por ser esta una comunidad netamente rural, el acceso a estos implementos de higiene es más costoso y de difícil adquisición en la localidad. La mayoría de las familias realizan sus prácticas de higiene oral en un lugar poco adecuado (patio/lavadero), ya que no cuentan con espejo, ni con una correcta disposición de los elementos de higiene oral.

Entre los inadecuados hábitos alimenticios encontramos alto consumo de carbohidratos, bebidas gaseosas y el no consumo de verduras ni productos lácteos. Otro hábito importante a considerar para la salud oral, es el hábito de fumar, ya que éste afecta negativamente la salud bucal, así como la salud en general de nuestra población.

Los problemas de salud oral presentes en la comunidad como la caries dental, enfermedades gingivales y periodontales y anomalías dento - maxilares, continúan siendo de alta prevalencia en todos los grupos de edad y si bien, en general no son causa de muerte, afectan la calidad de vida y la autoestima de las personas. El índice de placa bacteriana en la localidad 20 de Sumapaz se encuentra relacionado con deficientes hábitos de higiene oral, falta de interés de algunos usuarios en mejorar las condiciones de salud oral e inoportuna atención a las necesidades de tratamiento.

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

2.13 Perfil Materno Infantil

Durante el año 2010 se atendieron a 63 gestantes, de las diferentes veredas de la localidad, de las cuales 20 terminarán su gestación en el 2011; del total de gestantes 22 viven en el territorio de Nazareth y 41 en el territorio de San Juan. El porcentaje de captación temprana fue de 14,32% antes de la semana 14.

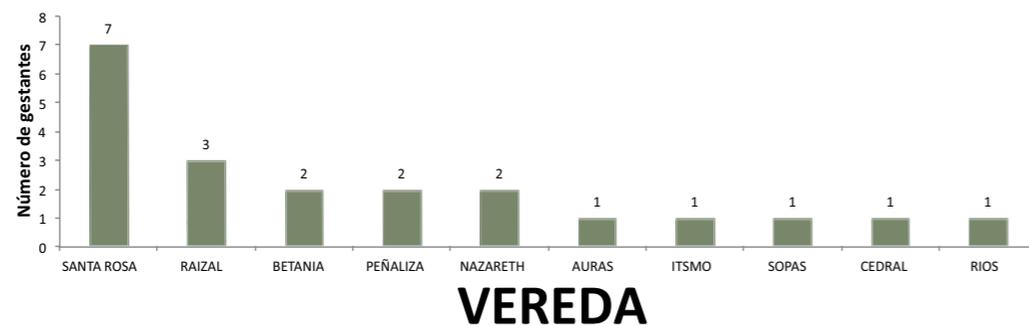
Además se identifican por su lugar de residencia, ya que los espacios de tiempo a la orilla de carretera se encuentran entre 30 minutos hasta 2 horas caminando y desde este punto de la vía al centro de atención es un tiempo similar. En su gran mayoría son mujeres con un bajo nivel escolar y económico; 1este año se presentó un caso de gestante analfabeta.

Sus núcleos familiares están constituidos entre 4 y 6 miembros; en muy pocos casos la población reside solo con su pareja. La distribución de las gestantes en el año 2010 se describe a continuación por corregimientos

2.13.1. Corregimiento de Nazareth

En el corregimiento de Nazareth para el año 2010 se encontraron 22 gestantes de las diferentes veredas, de las cuales, 6 tendrán su gestación en el año 2011 y las demás tuvieron su parto en el 2010. También es de gran importancia resaltar que todas ellas han tenido control con el Hospital Nazareth, sin importar su aseguramiento. Durante el año 2010 se presentaron mayor número de gestantes en las veredas Santa Rosa y Raizal (Gráfica 33).

Gráfica 33. Distribución de gestantes por veredas, Corregimiento Nazareth. Localidad 20 Sumapaz, 2010



Fuente: Base de datos red materno infantil. Hospital Nazareth, 2010

De las gestantes encontradas en el corregimiento de Nazareth el 54,5% pertenecen a la etapa de vida de juventud, ya que sus edades se encuentran entre 18 y 26 años; el 22,7% de las gestantes se encuentran categorizadas como gestantes añosas ya que son mujeres mayores de 35 años (Gráfica 34).

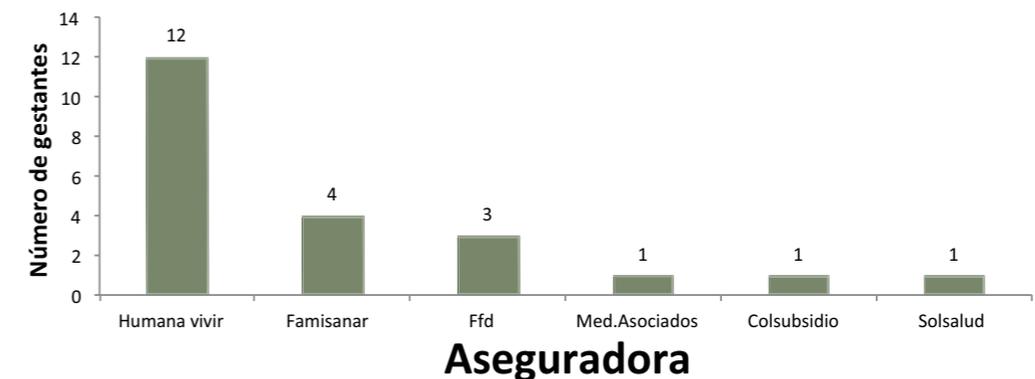
Gráfica 34. Distribución de gestantes por etapa de ciclo de vida, Corregimiento Nazareth. Localidad 20 Sumapaz, 2010.



Fuente: Base de datos red materno infantil. Hospital Nazareth, 2010

Las gestantes del corregimiento de Nazareth presentaron el siguiente aseguramiento a salud: el 13,6% pertenecen al Fondo Financiero, el 54,5% a Humana Vivir, 4,5% a Solsalud, 18,1% a Famisanar y el 4,5 a Médicos Asociados y Colsubsidio. (Gráfica 35).

Gráfica 35. Distribución de gestantes según aseguramiento, Corregimiento Nazareth, Localidad 20 Sumapaz, 2010.

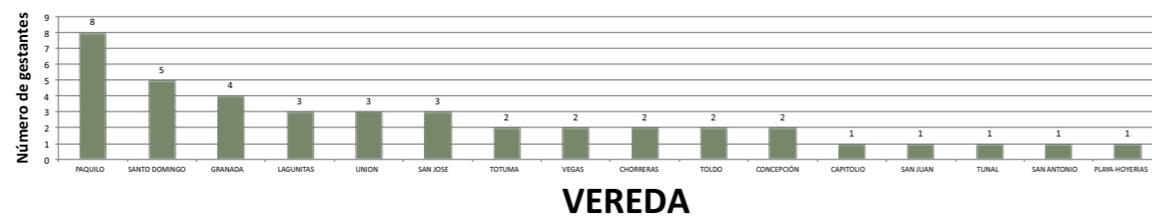


Fuente: Base de datos red materno infantil. Hospital Nazareth, 2010

2.13.2. Corregimiento de San Juan

En el corregimiento de San Juan para el año 2010 se encontraron 41 gestantes de las diferentes veredas, de las cuales 11 tendrán su gestación en 2011; además se presentó 1 aborto y las demás tuvieron su parto en el 2010. También es de gran importancia resaltar que todas ellas han tenido control con el hospital Nazareth, sin importar su aseguramiento. Las veredas con mayor numero de gestantes durante el año 2010 fueron: Paquilo, Santo Domingo y Granada (Gráfica 36).

Gráfica 36. Distribución de gestantes corregimiento de San Juan Localidad 20 Sumapaz, 2010.



Fuente: Base de datos red materno infantil. Hospital Nazareth, 2010

De las gestantes identificadas en el corregimiento de San Juan el 57.8% pertenecen a la etapa de ciclo de Juventud y el 26,3% a la etapa adulta (Gráfica 37).

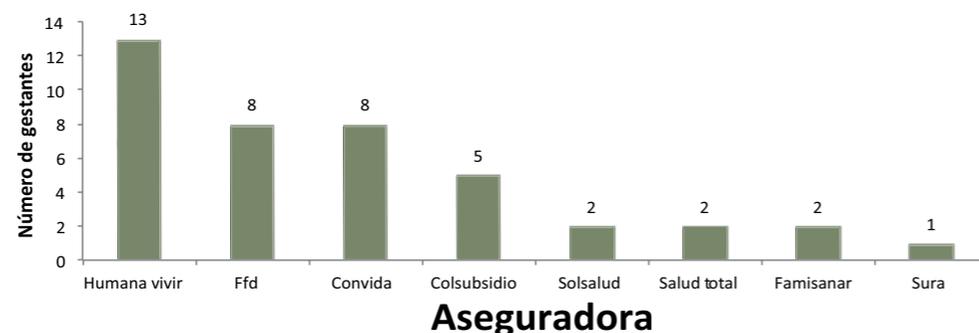
Gráfica 37. Distribución de gestantes por etapa de ciclo de vida, Corregimiento San Juan. Localidad 20 Sumapaz, 2010



Fuente: Base de datos red materno infantil. Hospital Nazareth, 2010

Las gestantes del corregimiento de San Juan presentan el siguiente aseguramiento a salud: el 33.3% de las gestantes se encuentran en Humana Vivir, 20% pertenecen al Fondo Financiero Distrital, 11.1% a Colsubsidio, 4.4% a Famisanar, 4.4% a Salud Total, (Gráfica 38).

Gráfica 38. Distribución de gestantes según aseguramiento, Corregimiento Nazareth, Localidad 20 Sumapaz, 2010.



Fuente: Base de datos red materno infantil. Hospital Nazareth, 2010

De igual manera, es de gran importancia anotar que las gestantes fueron atendidas sin importar aseguramiento ni vereda, ya que se presentaron gestantes fuera de la jurisdicción distrital. Los alcances desde el seguimiento o acompañamiento a las gestantes en el 2010 por parte de la Red Social Materno Infantil (RSMI) fueron de un 90%, logrando evidenciar en estas acciones aspectos positivos y negativos: conflictos familiares a raíz de la gestación, analfabetismo, débiles redes de apoyo familiar, baja adherencia a los tratamientos, falta de sensibilización frente el estado de gestación, embarazos no deseados, bajo nivel económico, interiorización de las señales de alarma, importancia de hablar claro en el momento de la consulta, asistencia a los cursos de maternidad y paternidad responsable. Esto brindó experiencias para un conocimiento colectivo y participativo activo de toda la actividad, baja participación de los padres en los cursos y controles prenatales.

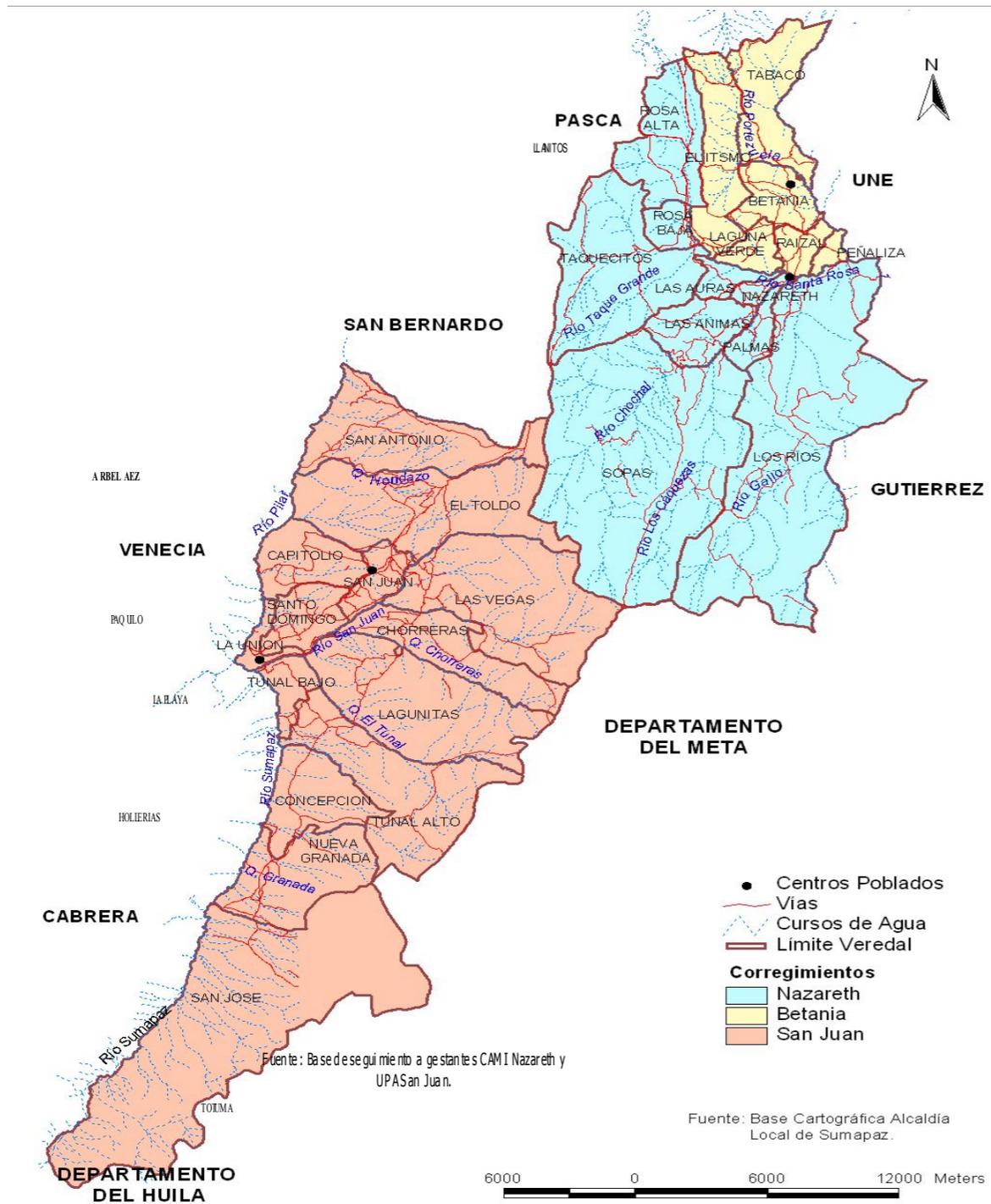
Los factores que presentan mayor determinación sobre el grupo poblacional en los adolescentes y que hacen que sean o no realizables los proyecto de vida de los jóvenes, se encuentra en la falta de oportunidad para acceder a la educación superior y por ende a un empleo en condiciones protegidas, lo que obstaculiza la realización de su proyecto de vida.

Es así como las adolescentes de la localidad ven como proyecto de vida, el ser madre a temprana edad. El 4.7 % de las gestantes se encuentran en la etapa del ciclo de adolescencia cifra muy inferior a la observada durante el año 2009 (19%). Como respuesta institucional, se cuenta con programas de planificación familiar y capacitaciones para la prevención de embarazos no deseados.

Las gestantes en la localidad se exponen a múltiples factores de riesgo en el trabajo, propias de la dinámica agropecuaria que se desarrolla en la localidad, correspondientes a agricultura, ganadería y elaboración de queso artesanal; debido a que manipulan cargas de manera inadecuada con pesos superiores a los permisibles, adoptan posturas mantenidas y prolongadas, movimientos repetitivos durante sus jornadas de trabajo; además se exponen continuamente a riesgo químico, ya que son las encargadas del cuidado de la alimentación de los trabajadores, lo cual implica el ingreso a los cultivos durante las jornadas de aplicación, además del lavado de ropa que usan sus esposos durante estas jornadas; sumado a esto están las malas prácticas agrícolas que se presentan en el gremio agricultor en cuanto a hábitos de higiene y aseo después de sus jornadas de trabajo lo cual contribuye a una mayor exposición. Además por la dinámica de la economía informal de la localidad, las mujeres gestantes no poseen garantías frente a protección social, lo que implica que durante su estado gestacional continúen realizando sus actividades laborales igual como las venían desarrollando anteriormente, exponiéndose a la misma peligrosidad pero poniendo en riesgo tanto su salud como la de sus bebés.

La referenciación geográfica de las gestantes en el año 2010 se observa en el mapa 9.

Mapa 8 Geo- Referenciación de gestantes. Localidad 20 de Sumapaz. 2010



Fuente: Base de datos red materno infantil. Hospital Nazareth, 2009

2.14. Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional para la Gestación

Durante el periodo enero-septiembre de 2010 fueron notificadas 99 mujeres gestantes, de las cuales, el 52.5% asiste a la UPA San Juan; en realidad es que el número de notificaciones realizadas es mayor al reflejado en esta tabla; sin embargo, luego de la depuración adelantada por la E.S.E y la Secretaria Distrital de Salud, estos registros han disminuido. Durante los mantenimientos a las UPGD se socializa y sensibiliza en la importancia de la notificación de mujeres gestantes y el diligenciamiento del 100% de las variables (Tabla 28).

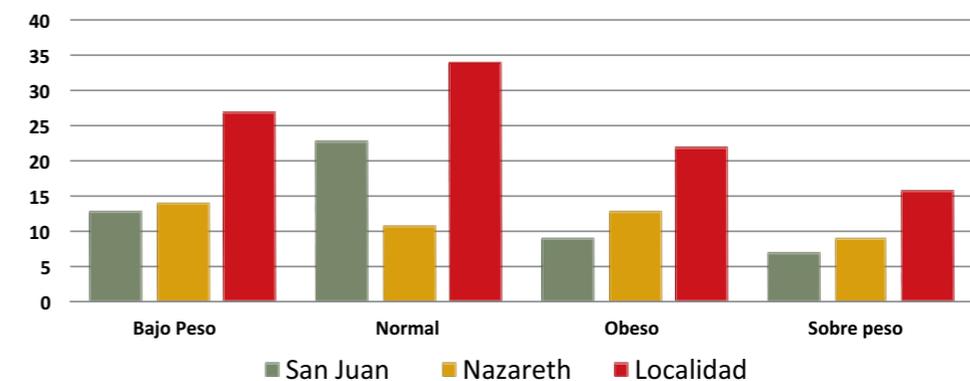
Tabla 28. Distribución de gestantes notificada a Sisvan. Localidad 20 de Sumapaz. Enero-septiembre 2010.

UPGD	No	%
CAMI NAZARETH	47	47,5
UPA SAN JUAN	52	52,5
TOTAL	99	100

Fuente: Base oficial Sisvan Enero – Septiembre 2010- Hospital Nazareth

El estado nutricional de mujeres gestantes en el corregimiento de San Juan tiene un comportamiento diferente con respecto al de Nazareth, presentando un porcentaje alto en peso adecuado para la edad gestacional, que, para el caso de Nazareth, es un valor menor; adicionalmente se concluye que en San Juan las gestantes no se encuentran en los mismos grados de sobre peso y obesidad como lo demuestran las cifras en Nazareth. La prevalencia de bajo peso gestacional para el año 2009 fue de 10% y para el año 2010 de 27.2%, es decir 27 mujeres gestantes con bajo peso, de 99 mujeres gestantes. El aumento en la prevalencia de este evento de déficit nutricional probablemente está causado por el alto número de adolescentes gestantes, quienes inician su gestación con bajo peso para la edad, sin poder recuperar todo el peso que deberían. Frente a esta situación, el énfasis de seguridad alimentaria ha desarrollado una intervención para mujeres gestantes con factores de riesgo, en la cual se adelanta seguimiento y educación en seguridad alimentaria y nutricional – SAN, con el fin de contribuir al mejoramiento de la situación, especialmente lo relacionado con el consumo de alimentos en cantidad y calidad adecuadas. Este proceso se desarrolla con una visita mensual desde el momento de la canalización hasta el momento en el que el bebe tiene un año de nacido (Gráfica 39).

Gráfica 39. Frecuencia absoluta de estado nutricional de gestantes por corregimiento. Localidad 20 de Sumapaz. 2010

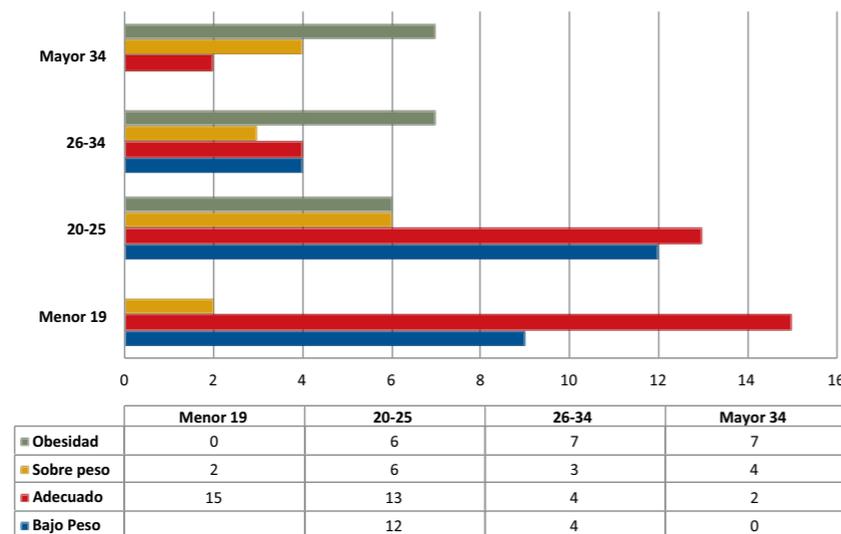


Fuente: Base oficial Sisvan Enero – Septiembre 2010- Hospital Nazareth.

El estado nutricional de mujeres gestantes se encuentra influenciado por diferentes factores; uno de ellos es la edad. La tendencia es diferente para cada grupo etario; es posible observar que para el grupo de gestantes menores de 19 años prevalece el bajo peso gestacional y el estado nutricional adecuado y las condiciones de sobrepeso y obesidad son las prevalencias más bajas. Para el grupo de gestantes de 20 a 25 años se evidencia que es, según la notificación, el de mayor densidad poblacional, que además refleja las mayores cifras de prevalencia en todos los diagnósticos nutricionales.

Para el grupo de gestantes de 26 a 34 años y mayores de 34 años se presenta la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, relacionado también con clasificaciones de alto riesgo y con algunos hábitos de vida inadecuados como el sedentarismo, el consumo excesivo de alimentos con aporte calórico, situaciones médicas especiales, entre otros (Gráfica 40).

Gráfica 40. Distribución porcentual del estado nutricional de gestantes según grupo de edad. Localidad 20 de Sumapaz. 2010



Fuente: Base oficial Sisvan Enero – Septiembre 2010- Hospital Nazareth.

2.14.1. Investigaciones epidemiológicas de campo (IEC) en gestantes.

Las notificaciones e investigaciones epidemiológicas de campo desarrolladas en el año 2010 reflejaron que el mayor número de gestantes se encuentra en edades entre los 20 a 25 años, seguido del grupo de gestantes adolescentes menores de 19 años. La mayor prevalencia de bajo peso gestacional se encuentra en estos rangos de edad por lo que la prioridad es adelantar intervenciones de campo (tabla 29).

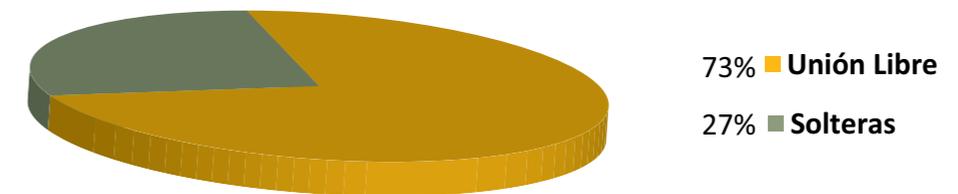
Tabla 29. Número de IEC desarrolladas a gestantes con bajo peso en la vigencia 2010. Localidad 20 de Sumapaz.

EDAD	Frecuencia absoluta
<= 19 AÑOS	4
20 - 25	6
26 - 34	1
> 34 AÑOS	0

Fuente: Base oficial Sisvan Enero – Diciembre 2010- Hospital Nazareth.

Aunque se espera que en la zona rural el estado civil de la población sea el tradicional, las investigaciones de campo refieren que las mujeres visitadas se encuentran solteras o en unión libre; también relacionándolo con las edades en las que se encuentran cursando su gestación y los cambios culturales ocurridos estos tipos de estado civil, se hacen más frecuentes (Gráfica 41).

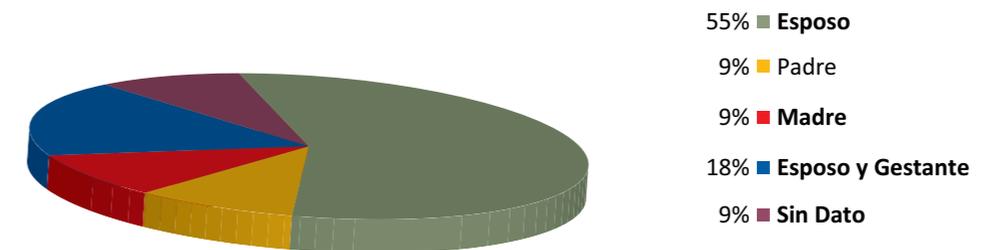
Gráfica 41. Distribución de estado civil de gestantes visitadas en IEC. Localidad 20 Sumapaz 2010.



Fuente: Base oficial Sisvan Enero – Diciembre 2010- Hospital Nazareth.

En cuanto a personas que aportan al ingreso económico de la familia de la gestante se refleja que el compañero y la gestante son las personas que realiza un mayor aporte a esta economía y en menor proporción al apoyo del padre y madres de la gestante (Gráfica 42).

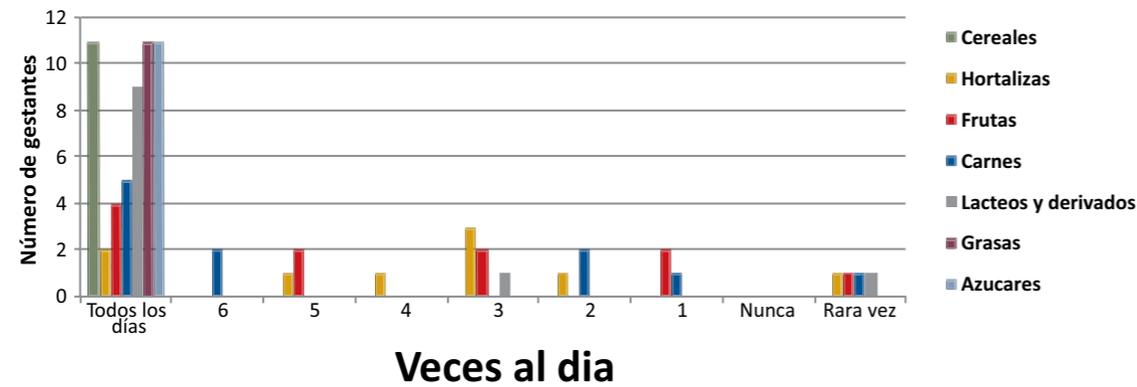
Gráfica 42. Distribución de personas que aportan económicamente en la familia de las gestantes visitadas en IEC. Localidad 20 de Sumapaz.2010.



Fuente: Base oficial Sisvan Enero – Diciembre 2010. Hospital Nazareth.

Se evidencia en las gestantes que el consumo de cereales y sus derivados, grasas, azúcares y lácteos presentan una frecuencia alta -todos los días- lo que asegura aporte proteico, de vitaminas liposolubles y calcio. Grupos de alimentos como carne, hortalizas y frutas tienen diferentes tipos de frecuencia dependiendo de su disponibilidad en huerta o en el mercado y de las posibilidades de acceso; sin embargo las acciones se encaminaron a desarrollar prácticas alimentarias y nutricionales acordes con las características familiares en las que se potencializaran los recursos para reivindicar la seguridad alimentaria de las familias campesinas (Gráfica 43).

Gráfica 43 Frecuencia de consumo de alimentos referido por gestantes visitadas. Localidad 20 de Sumapaz.



Fuente: Base oficial Sisvan Enero – Diciembre 2010. Hospital Nazareth.

2.15. Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional para el Recién Nacido de Bajo Peso

Al realizar las visitas iniciales y de control de investigación epidemiológicas durante el año 2009 se notificaron 3 casos de recién nacidos de bajo peso, dos del territorio de San Juan y uno del territorio de Nazareth; durante el año 2010 no se presentó notificación de recién nacidos con bajo peso.

Se continúa con el desarrollo de actividades de seguimiento y reuniones constantes junto con la referente de la red social materno infantil y acciones de articulación adelantan con el referente de vacunación, quien también realiza búsqueda activa de los recién nacidos de bajo peso; además, se adelantan acciones de gestión relacionados con los criterios de inclusión de las mujeres gestantes y lactantes de la localidad a los programas de complementación alimentaria, ofertados por la Secretaría de Integración Social del Distrito; adicionalmente, se realiza gestión otras instituciones como ICBF, que tienen su asentamiento en espacios como el comité intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional.

2.15.1. Lactancia Materna Exclusiva

Es posible afirmar que tanto la lactancia exclusiva como la complementaria presentan una duración de casi el 50% de lo recomendado; aunque este es un dato que se toma en la consulta en la que la edad de niños y niñas varía, en la que las respuestas por parte de las madres son en ocasiones falsas o inciertas, la manera de registrar el dato puede tener errores; esta mediana es la única información con la que se cuenta. Pero aun así, no deja de ser preocupante que la duración de la lactancia se encuentre tan baja. Se deben implementar estrategias que hagan recuperar esta práctica con la que inicia el derecho a la alimentación (tabla 30).

Los valores máximos que presenta la tabla en lactancia exclusiva son de cuatro meses y para la complementaria es de 16 meses, indicando que es necesario continuar con las acciones de promoción de la lactancia materna, como parte inicial del derecho a la seguridad alimentaria y nutricional. Es posible mejorar y recuperar los tiempos destinados a la lactancia con técnicas asertivas y pertinentes, mediante la divulgación de esta práctica que es necesario implementar en algunas madres adolescentes, teniendo en cuenta que la tasa de natalidad en el año 2010 disminuyó pero aumentó el embarazo en adolescentes.

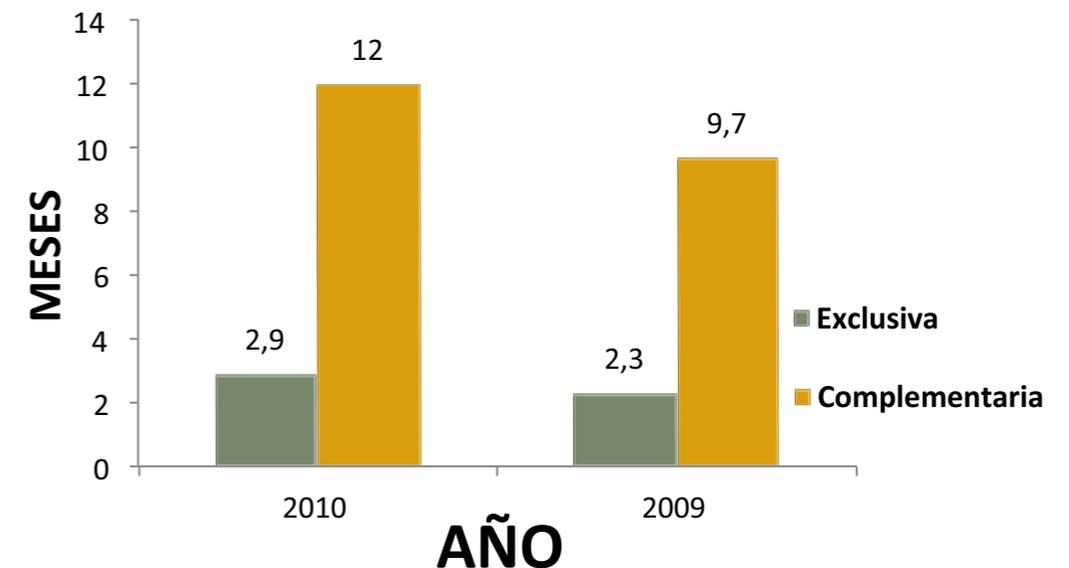
Tabla 30. Mediana de lactancia materna en menores de 2 años notificados al Sisvan en el periodo enero-diciembre 2010. Localidad 20 Sumapaz.

Mes	Mediana Exclusiva	Mediana Complementaria
Enero	2	14
Febrero	2	15
Marzo	4	11
Abril	4	13
Mayo	4	9
Junio	3	16
Julio	3	10
Agosto	1	16
Septiembre	2	12
Octubre	3	14
Noviembre	4	9
Diciembre	2	9
Mediana	2.85	12.04

Fuente: Base Sisvan oficial Hospital Nazareth enero - diciembre 2010.

La mediana de lactancia materna exclusiva y complementaria se ha modificado; aunque el aumento parece poco, especialmente en la lactancia exclusiva, es un aumento significativo, pues este es un indicador que presenta movimiento por acciones propias de la comunidad, puntualmente el binomio madre-hijo. Desde la E.S.E se adelantan, de manera insistente, acciones encaminadas a mejorar la calidad de la lactancia materna y con ello su duración promedio (Gráfica 44).

Gráfica 44. Comparación de mediana de lactancia materna exclusiva y complementaria en niños y niñas menores de 2 años notificados al Sisvan Localidad 20 Sumapaz. 2009-2010



Fuente: Base Sisvan oficial Hospital Nazareth enero - diciembre 2010

3.

3. PROFUNDIZACIÓN EN EL ANÁLISIS TERRITORIO POBLACIÓN

De las 75.761 hectáreas del territorio de la localidad de Sumapaz, 34.556 hectáreas hacen parte del Parque Nacional Natural del Sumapaz, el cual divide el territorio en dos zonas de concentración de la población y de ocupación agrícola, la de Nazareth-Betania y la de San Juan. La zona de los corregimientos Nazareth y Betania está situada al nororiente del Parque Sumapaz, abarcando 16.817 hectáreas y comprende el límite entre el Distrito Capital y los departamentos de Meta y Cundinamarca y la zona de desarrollo agrícola de Usme. La zona del corregimiento de San Juan está situada al sur occidente del Parque Sumapaz, tiene 19.795 hectáreas; allí los poblados de San Juan y La Unión son los más representativos.

En la propuesta de abordaje de la E.S.E. se plantearon 4 territorios junto con sus veredas como se muestra en la tabla 31²³.

Tabla 31. Distribución por territorios Localidad de Sumapaz.2009

TERRITORIO	CUENCA HIDROGRÁFICA	VEREDAS
Territorio I	Río Sumapaz	Chorreras, Lagunitas, Tunal Alto, Concepción, Granada, San José, Tunal Bajo
Territorio II	Río Pliar	La Unión, Vegas, San Juan, San Antonio, Toldo, Capitolio, Santo Domingo.
Territorio III	Río Blanco	Itsmo, Tabaco, Betania, Raizal, Peñaliza, I. Verde, Palmas, Ríos, Nazareth
Territorio IV	Río Santa Rosa	Taquecitos, Sopas, Santa Rosa Alta, Baja, Auras, Ánimas, Cedral

Fuente: Equipo énfasis salud ambiental localidad 20 de Sumapaz, Hospital Nazareth 2009.

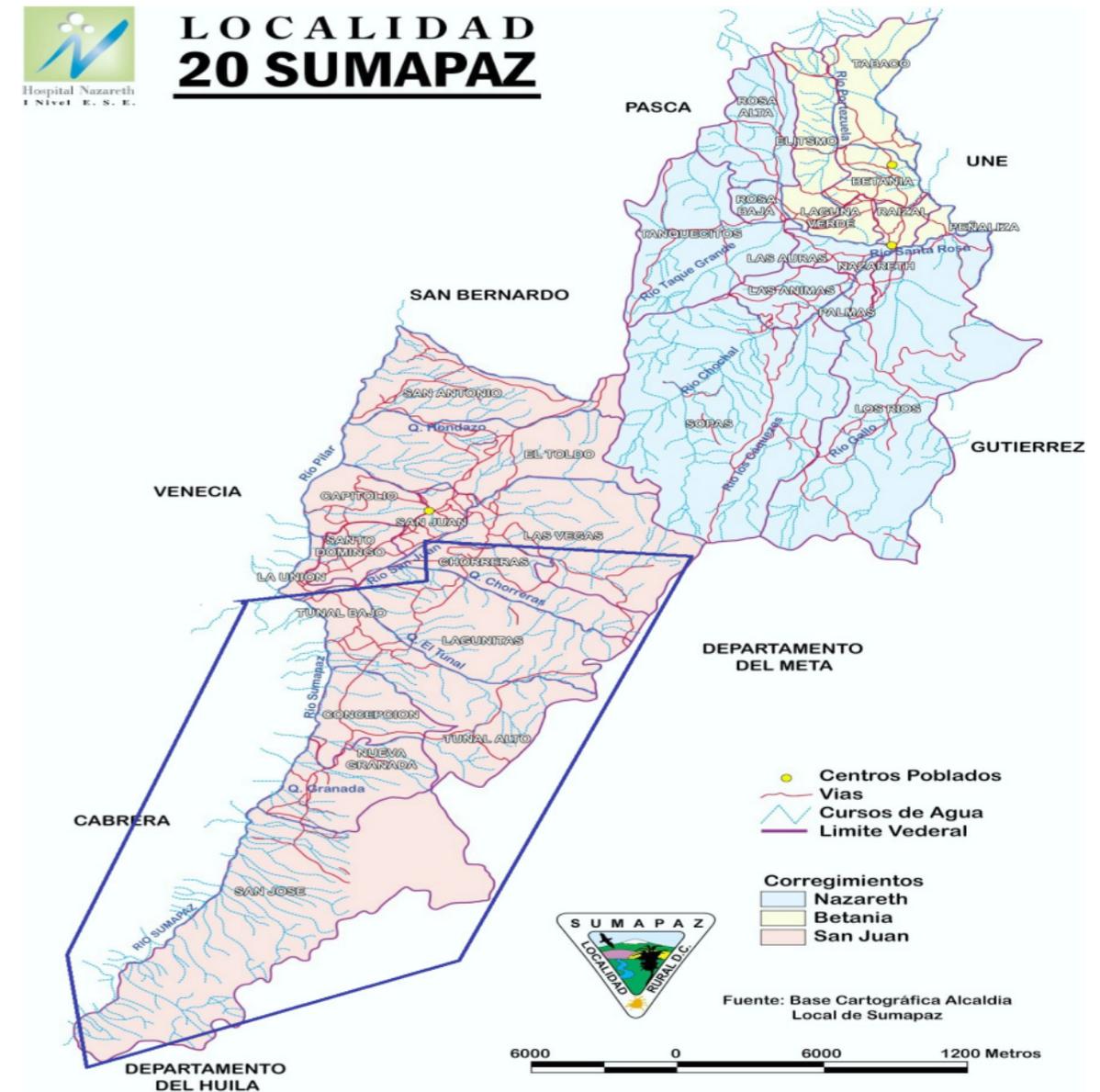
Para la realización del diagnóstico actual se requiere avanzar de una mirada general a una mirada territorial, dando cuenta de las particularidades que determinan la calidad de vida de los individuos en sus diferentes etapas de la vida. No obstante, esta información no es posible ubicarla en los textos que se encuentran al alcance del público, razón por la cual se hace necesario la recolección de información mediante entrevistas a los pobladores del territorio y narrativas que cuentan con un cúmulo histórico desde la colonia, el cual ha sido ampliado con nuevos matices a lo largo de la historia de Sumapaz, cuyos relatos nos llevan a la historia de nombres de las veredas que componen el territorio, visibilizándolo como un espacio que trasciende lo geográfico y se dirige a la construcción de tejido social.

3.1. TERRITORIO I

Se encuentra ubicado en el corregimiento de San Juan, el cual fue creado en 1971 en terrenos del globo de San Juan de la antigua hacienda Sumapaz y se encuentra ubicado dentro de la zona con predominio de Páramo, agrícola y ganadero; esta zona es la más grande de la localidad y a la vez la más distante del área urbana del Distrito Capital (Mapa 10).

23 Propuesta PIC diferenciadora para el énfasis de Salud Ambiental". Hospital Nazareth Énfasis De Salud Ambiental. Documento en magnético. 2009.

Mapa 9. Ubicación territorio I en la localidad de Sumapaz.



Fuente: Archivo Hospital Nazareth.

A excepción de sus dos centros poblados, San Juan y la Unión, gran parte de su territorio hace parte del páramo, que se caracteriza por poseer un clima más frío, que dificulta cultural y biológicamente la proliferación de especies vegetales productivas, aunque es posible implementar alternativas de diversificación. Tiene predominio de pendientes superiores al 25%, las que son susceptibles a procesos de deslizamiento que, además, podrían agudizarse con el pastoreo²⁴.

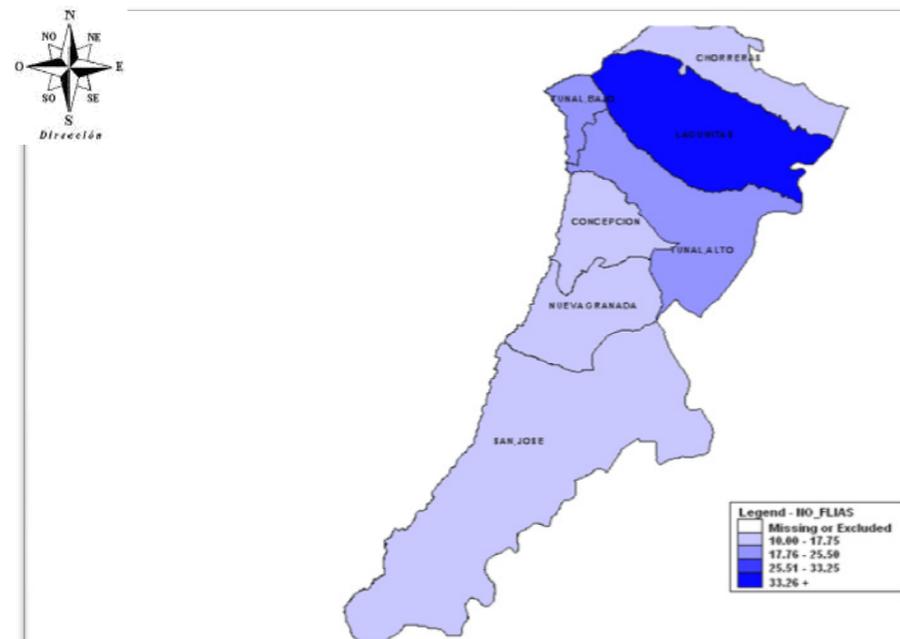
El conjunto de lagunas del nevado y los bosques de esta región constituyen una valiosa reserva científica, con un enorme potencial eco turístico. En términos generales, se observa una mínima intervención humana en la vegetación ubicada en zonas altas de difícil acceso, mientras que en las

24 Diagnostico Local de Salud con participación Social Localidad 20 de Sumapaz. Alcaldía Mayor de Bogotá. ISBN 958-8069-91-2. Bogotá.

zonas bajas, más favorables para el hábitat humano, el bosque se encuentra intervenido. En estas áreas se observa que las especies arbustivas y arbóreas no superan los 20 metros de altura.

Este territorio cuenta con siete veredas: Chorreras, San José, Lagunitas, Tunal Alto, Tunal Bajo, Concepción y Granada (Mapa 11).

Mapa 10. Distribución de veredas territorio I. Localidad Sumapaz, 2009



Fuente: Archivo Hospital Nazareth.

En entrevista realizada a un profesor oriundo de Sumapaz en el año 2010, se indagó acerca de la historia de la localidad y al significado del nombre de sus veredas; el docente relató la historia del nombre de las veredas pertenecientes a este territorio refiriendo:

- Chorreras: está relacionada con la composición física de la cuenca de la Quebrada Chorreras, caracterizada por tener bastantes caídas, es decir hay mucha roca, pasando la quebrada, teniendo caídas como chorreras.
- Lagunitas: allí hay un problema que es etnográfico; arbitrariamente... se terminó llamando a esta vereda, Lagunitas como si se tratara de muchas lagunas. Los originarios, los que colonizaron seguramente con alguna descendencia indígena, no le llamaban Lagunitas, le decían “Gunitas”, es decir, originalmente a lo que nosotros arbitrariamente le llamamos Lagunitas se llamó las Gunitas... si se habla con los veteranos del territorio ellos la denominan como “las Gunitas”, teniendo claro que es un término muisca que quiere decir huerta. Podría pensarse entonces que seguramente los primeros pobladores hicieron allí huertas, pues, primero que todo es la vereda más grande de Sumapaz y segundo es una tierra muy productiva para lo que se produce en este piso térmico.
- Tunal: allí hay una vegetación que se utiliza para convertir en madera, para las cercas, para leña, para consumo, teniendo entonces en El Tunal gran variedad de tunos como tuno

negro, el tuno rozo etc.; es así como ese pedazo de cordillera a raíz de la vegetación que lo cubría se llamó El Tunal... hay Tunal Alto, Tunal Bajo; eso tiene que ver con la acomodación que hizo la población para organizarse.

- Concepción, Nueva Granada y San José, originalmente todo San José se llamaba “el degolladero”, al investigar porqué se llamaba El Degolladero, la versión más común es porque a raíz de la violencia en el paso del desplazamiento de la población que se fue para el Duda, para la Guacamaya, para la Totuma, era este un paso obligado para evitar el paso del río Sumapaz que era vertiginoso y peligroso, teniendo en esta zona geográfica, del degolladero algo de playa, en la cual, cuando el campesinado tenía que pasar allá, los verdugos, los violentos los esperaban para eliminarlos. Sin embargo este nombre también tiene que ver con el sacrificio de ganado de la hacienda Sumapaz... en este territorio lo que primero se propuso para esta extensión de tierra fue el ganado bravo de raza Mondoñedo, ganado colorado... ganado osco que no producía carne, ni leche, pero era arisco, bravo, destinando este sector para el sacrificio de ganado. La Nueva Granada fue una nominación que la acuñaron los dueños de la hacienda, en alusión al Nuevo Reino”.

El clima predominante en el territorio I es húmedo y frío, con bajas temperaturas durante casi todo el tiempo, lo que genera un pobre desarrollo y mineralización del suelo mismo, con la consecuente acumulación de la materia orgánica producida. Algunos sectores se encuentran cubiertos por cenizas volcánicas en donde ocurren fenómenos de remoción en masa, tales como solifluxión y deslizamientos. Posee un ecosistema de páramo y bosque de niebla, los cuales además de brindar refugio y alimento a una gran diversidad de animales, contribuyen con los procesos de captación y almacenamiento de agua; es de anotar que en medio de tan importantes ecosistemas se han venido ampliando las áreas de cultivo y ganadería, situación que no sólo se traduce en la pérdida de valor del paisaje, pues además ocasiona pérdida de biodiversidad, deterioro y agotamiento de fuentes de agua y suelo. Lo anterior, sumado a la necesidad de generar una mejor calidad de vida de los habitantes de Sumapaz, conlleva a sus dirigentes y comunidades a un trabajo permanente de diagnóstico, planeación y ejecución de acciones y proyectos en pro de un manejo sostenible de sus recursos.

En el territorio I se cuenta con acueductos veredales comunitarios. En términos de abastecimiento de agua potable, ninguno de los acueductos comunitarios presentes en el territorio I, cumple con los parámetros mínimos de calidad microbiológica y/o fisicoquímica. Los Acueductos que abastecen a las veredas de este territorio son los siguientes:

La vereda Lagunitas posee un acueducto llamado Brisas del Gobernador el cual posee 35 puntos de suministro; está constituido por bocatoma, desarenador, tanque de almacenamiento y red de distribución. La fuente de abastecimiento es la quebrada gobernador. En general, el sistema presenta buenas condiciones, pero se visualiza deterioro de flotadores en cámaras de reparto, se le realiza lavado y desinfección de forma técnica.

En las veredas de Tunal Alto y Tunal Bajo se encuentra el acueducto Tunales; este acueducto cuenta con 50 usuarios aproximadamente, no posee contadores y se cobra una tarifa mensual de \$2.000; su fuente de abastecimiento es la Quebrada el Espejo, tiene planta compacta pero en el momento está suspendida por altas presiones, lo cual produjo daño de la planta. Cuenta con insumos para el mantenimiento y el tratamiento.

En términos de abastecimiento de agua potable, ninguno de los acueductos comunitarios presentes en el territorio I, cumple con los parámetros mínimos de calidad microbiológica y/o fisicoquímica. Los acueductos que abastecen a las veredas de este territorio se relacionan en la tabla 32.

Tabla 32. Distribución de acueductos comunitarios, territorio I.

ACUEDUCTO	DESCRIPCIÓN GENERAL	IRABA (%) PP	CLASIFICACIÓN NIVEL DE RIESGO A LA SALUD
Tunal	Cuenta con 50 usuarios aproximadamente, no posee contadores una tarifa mensual de \$2.000 su fuente de abastecimiento es la quebrada el Espejo, tiene planta compacta pero en el momento está suspendida por altas presiones lo cual produjo daño de la planta.	65	ALTO
Brisas del Gobernador (Lagunitas)	Acueducto con 35 puntos de suministro, está constituido por bocatoma, desarenador, tanque de almacenamiento y red de distribución. La fuente de abastecimiento es la quebrada gobernador. En general el sistema presenta buenas condiciones, pero se visualiza deterioro de flotadores en cámaras de reparto.	65	ALTO
Plan de Sumapaz (San José Granada y Concepción)	Acueducto con 130 puntos de suministro, está constituido por bocatoma, desarenador, tanque de almacenamiento y red de distribución. La fuente de abastecimiento es la quebrada el Gauque. Persisten problemas de diseño en el sistema incluido el requerimiento de presiones para el cubrimiento de los puntos de suministro y no hay continuidad en la obra, motivo por el cual no se ha entregado el proyecto.	98	MUY ALTO

Fuente: Equipo Énfasis Salud Ambiental localidad 20 de Sumapaz, Hospital Nazareth 2010.

Pozos de Agua

Dado que algunas familias que pertenecen a este territorio habitan en zonas marginadas o de difícil acceso, no cuentan con conexión a la red de acueductos comunitarios; en su lugar se abastecen de aljibes, pozos de agua o quebradas; en el territorio I se tienen identificados 55 pozos de agua.

Las labores agrícolas desarrolladas en el territorio I representan fuente de contaminación del agua por residuos de productos agroquímicos que son lavados y arrastrados hasta fuentes de aguas superficiales o infiltrados hasta las subterráneas por los regímenes de lluvia, los cuales generan procesos de eutrofización y posteriormente alteraciones en la demanda bioquímica y Ph, al igual que procesos de desprendimiento de partículas de suelos deforestados, las cuales aumentan la cantidad de sólidos en el agua; todo, además de la disposición inadecuada de excretas y basuras, representan una amenaza para la salud de la comunidad.

La presencia de fuerzas públicas en el territorio I es común, ya que en este territorio se asientan transitoriamente grupos militares que custodian el páramo, lo cual crea una problemática, teniendo en cuenta que los campamentos los realizan en los nacimientos de agua y es allí donde depositan los desperdicios de alimentos, basuras e inclusive realizan su baño corporal, generando contaminación y destrucción del páramo.

La calidad del agua que se consume pocas veces es vista como una amenaza. La mayor parte de fuentes contaminantes de los cuerpos de agua provienen de desechos domiciliarios y agroquímicos.

No se tiene conciencia sobre la responsabilidad, no solo con el distrito sino a nivel nacional, pues desde su nacimiento hasta su desembocadura muchos ríos abastecen a numerosos departamentos del País. Claramente existen poblaciones inmunológicamente más resistentes que otras debido a constantes estímulos antigénicos.

Las veredas que conforman el territorio I, no cuentan con un sistema de recolección adecuado para las basuras ya que la localidad Sumapaz no quedó incluida en el plan maestro de recolección de basuras del Distrito Capital. Solo un 0.16% de los hogares pertenecientes a este territorio reportan la entrega a un recolector del sistema doméstico que implementó en el año 2002 la Alcaldía Local, el cual está dirigido a los centros poblados; una vez cada veinte días las volquetas de la administración recolectaran los desechos para llevarlos al Relleno Sanitario Doña Juana. Este sistema cubre a las familias ubicadas al borde de carretera de las veredas de Tunal Alto, Tunal Bajo, Lagunitas y Chorreras; sin embargo no existen puntos de recolección u horarios preestablecidos, motivo por el cual las familias optan por recurrir a métodos alternativos de disposición de residuos sólidos. Los métodos utilizados para la eliminación de basuras son eliminación a campo abierto, enterramiento y quema. Gran parte de este territorio realiza la disposición de excretas a campo abierto y muy pocas cuentan con letrinas o pozo séptico.

El territorio I es el más afectado en la localidad de Sumapaz en tema de transporte, ya que es el que posee veredas más alejadas del anillo vial, dificultando el acceso de la población a los servicios de salud y demás servicios. El centro poblado de este territorio es Granada y las veredas más lejanas son San José, Granada y Concepción, a las cuales se acceden por carreteras sin pavimentar y por senderos quebrados de herradura. No hay transporte inter veredal lo que obliga a realizar sus desplazamiento a centros poblados a pie o en bestia, lo cual genera posiciones contradictorias en la salud de la población, ya que por un lado es una gran dificultad para personas mayores o que poseen algún tipo de discapacidad, pero es benéfico para personas sanas, ya que la actividad física realizada ayuda a mantener un buen estado de salud.

Para acceder a servicios de salud, el Hospital de Nazareth ofrece dentro de su esquema de prestación de servicios a la población perteneciente a este territorio, la modalidad de visitas domiciliarias y actividades extramurales, en los cuales se desplazan profesionales contratados por el hospital, generando respuestas en salud de forma integral (individual, familiar, comunitaria y ambiental) además, si algún miembro de la población amerita desplazamiento al centro de salud (UPA San Juan); o consulta a otros niveles de atención en salud, se cuenta con el transporte de "Ruta de la Salud".

Para el acceso de la población habitante en este territorio a Bogotá Urbana, se debe realizar desplazamiento a los centros poblados, en donde se cuenta con buses que realizan el recorrido de ida y vuelta una vez al día. Por el estado de las carreteras no todo tipo de vehículos puede transitar; es así como un 80% de éstos corresponde a camiones y carros de doble transmisión, que cumplen los requerimientos viales; estos vehículos sólo son utilizados para el transporte de productos agrícolas y ganaderos. El volumen de tráfico no es alto en comparación con el de la zona urbana, por lo tanto la contaminación ambiental por gases es baja. Además, la extensión territorial es demasiado grande para la cantidad de carros que se desplazan día a día. Sin embargo, los conductores deben manejar con precaución, puesto que al no estar pavimentada tampoco cuenta con ningún tipo de señalización; además las carreteras no tienen buenas definiciones y son angostas; debido a esto, en curvas se encuentran los carros frente a frente. Tampoco existen andenes o espacios por donde transite la gente por lo que es normal encontrar peatones transitando sobre la carretera, siendo esto un gran factor de riesgo para la presencia de accidentes de tránsito.

En este territorio se adelanta la construcción de un puente en la vereda Chorreras y la troncal bolivariana entre Chorreras y Lagunitas, lo cual facilitará el tránsito y la comunicación inter veredal.

La mayoría de las personas habitantes del territorio I viven en casas propias o prestadas por familiares. Los materiales de construcción de la mayoría de estas viviendas son madera y teja y en los centros poblados se observan casas de bloque, ladrillo y material prefabricado. Los pisos de las viviendas son en su mayoría en cemento, tierra o gravilla y el número promedio de cuartos es de tres utilizados para dormir (1), para la cocina (1) y para guardar implementos utilizados en la agricultura como semillas, herramienta y agroquímicos (1). Un alto porcentaje de las viviendas presentes en el territorio I, se encuentran en situación de riesgo, bien sea por su fragilidad estructural, por su ubicación bajo condiciones topográficas extremas o por ausencia de sistemas de saneamiento básico efectivas.

En los casos donde en una habitación se encuentran dos camas, en una duermen los padres y en la otra, los dos o tres hijos en edad escolar, sin ninguna barrera física que divida los espacios, en la mayoría de los casos. Esto genera, en primera instancia, riesgos de presentar enfermedades propias del hacinamiento, como son enfermedades respiratorias, alergias, persistencia de pediculosis; en segunda instancia, riesgo para la formación mental de los niños, ya que la intimidad de los padres de alguna u otra manera es presenciada por sus hijos.

La cocción de los alimentos en el 83.8% de los hogares se realiza en estufa con fogón para leña. La leña se constituye en el combustible más económico, ya que se consigue en los alrededores de la casa, y puede ser almacenada en las viviendas, siendo este aspecto factor de riesgo para alteraciones en salud del sistema respiratorio desde etapas tempranas de la vida y evidenciándose su cronicidad en la etapa de la vejez.

En el territorio I se tienen identificadas siete (7) escuelas, una por vereda, las cuales no cumplen con la totalidad de las condiciones higiénico sanitarias, relacionadas con estructuras locativas susceptibles de mejora, ausencia de programas de saneamiento básico y falencias en la prevención de emergencias y desastres (tabla 33).

Tabla 33. Concepto Sanitario, establecimientos educativos. Territorio I. Localidad 20 de Sumapaz. 2010

Establecimiento Educativo	Debilidades Higiénico Sanitarias	Concepto Sanitario
Gimnasio del Campo Juan de la Cruz Varela, Sede Tunal Alto.	La construcción nueva no cuenta con fluido eléctrico, se requiere que la institución gestione la instalación; el extintor se encontró descargado es necesaria la recarga e instalación en un lugar visible y accesible. Se solicita que el personal manipulador de alimentos cumpla con uniforme de color claro.	Pendiente, condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.
Gimnasio del Campo Juan de la Cruz Varela, Sede Tunal Bajo.	Se requiere mantener extintor recargado y ubicado en un lugar visible de fácil acceso, al agua de consumo debe realizarse tratamiento previo de filtración y desinfección antes de su consumo	Pendiente condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.
Gimnasio del Campo Juan de la Cruz Varela, Sede San José.	El aula de clase requiere corrección de fisuras en las paredes, de las goteras, cambiar vidrios rotos, la pared del área de la cocina se debe pintar con pintura de aceite. Los planes de emergencias y saneamiento se deben concluir. Al agua para consumo se le debe realizar tratamiento artesanal o casero para evitar riesgos que afecten la salud.	Pendiente, condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.
Gimnasio del Campo Juan de la Cruz Varela, Sede Concepción.	Se solicita mantenimiento de pozo séptico, mantener extintor recargado y ubicado en un lugar visible de fácil acceso; al agua con que cuenta el establecimiento se le debe realizar tratamiento previo de filtración y desinfección antes de su consumo	Pendiente, condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.
Gimnasio del Campo Juan de la Cruz Varela, Sede Granada.	La construcción no brinda seguridad para la actividad educativa por presentar agrietamientos y hundimiento; se solicita construcción de restaurante y cocina, puesto que en el momento los espacios utilizados no son adecuados para la actividad. De la misma manera, se requiere tanque para el almacenamiento del agua de consumo y mantenimiento de pozo séptico.	Pendiente, condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.
Gimnasio del Campo Juan de la Cruz Varela, Sede Lagunitas.	Respecto a las unidades sanitarias, los orinales requieren mantenimiento; se deben culminar planes de saneamiento y emergencias; se recomienda tratamiento previo de filtración y desinfección para el agua de consumo; el extintor requiere recarga y ubicación en un lugar visible de fácil acceso.	Pendiente, condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.
Gimnasio del Campo Juan de la Cruz Varela, Sede Chorreras	El agua de consumo requiere tratamiento con hipoclorito o casero para evitar enfermedades diarreicas, puesto el establecimiento se abastece de pozo; el extintor requiere recarga e instalación en un lugar visible y de fácil acceso.	Pendiente, condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.

Fuente: Equipo énfasis salud ambiental localidad 20 de Sumapaz, Hospital Nazareth 2010.

Se tienen identificados dos (2) salones comunales en el territorio I con concepto sanitario pendiente, ubicados en las veredas Nueva granada y Lagunitas (tabla 34).

Tabla 34. Concepto sanitario salones comunales territorio I. Localidad de Sumapaz. 2010

Salón Comunal	Debilidades Higiénico Sanitarias	Concepto Sanitario
Granada	-Plan de respuesta ante emergencias (no existe señalización, no cuenta con extintor de incendios, ni botiquín de primeros auxilios)	Pendiente
Lagunitas	-Condiciones locativas (agrietamientos y humedades en los salones). -Instalaciones Sanitarias en mal estado.	

Fuente: Equipo Énfasis Salud Ambiental localidad 20 de Sumapaz, Hospital Nazareth 2010.

La actividad económica en este territorio es primaria, enfocada especialmente a actividades agrícolas. El principal producto es la papa, seguido de arveja y se observan cultivos menores como cebolla, papa criolla y cubios; la actividad ganadera es de doble propósito, con ganado criollo o mestizos de Normando y muy poco de Holstein. El ordeño se practica con ternero hasta los 6 a 8 meses edad, tiempo a partir del cual el levante tiene lugar en hoyas localizadas en las zonas de páramo bajo y páramo alto; allí permanece el ganado hasta cuando, a juicio del productor, se puede cebar en la finca ubicada a menor altitud. Otras de las actividades productivas que se realizan a menor escala son pecuarias, principalmente cría de trucha y fabricación de queso²⁵.

En el territorio I existen once establecimientos comerciales, predominando los restaurantes, los cuales en su mayoría son casas de familia en donde se elaboran alimentos tales como desayunos y almuerzos para la población que los solicite (Tabla 35).

Tabla 35. Distribución de establecimientos comerciales. Localidad de Sumapaz, territorio I. 2009

VEREDA	TIENDA	PANADERIA	RESTAURANTE (escolar)
Lagunitas	1	1	1
Tunal Alto	1	1	1
Chorreras	-	-	1
Concepción	-	-	1
Granada	1	-	1
San José	-	-	1
Tunal Bajo	-	-	-

Fuente: Equipo Énfasis Salud Ambiental localidad 20 de Sumapaz, Hospital Nazareth 2009.

El territorio I se encuentra habitado por 670 personas distribuidas en 136 núcleos familiares, de las cuales, 130 familias se encuentran caracterizadas; la Vereda Lagunitas es la que posee mayor número de familias y habitantes en el territorio I (tabla 36).

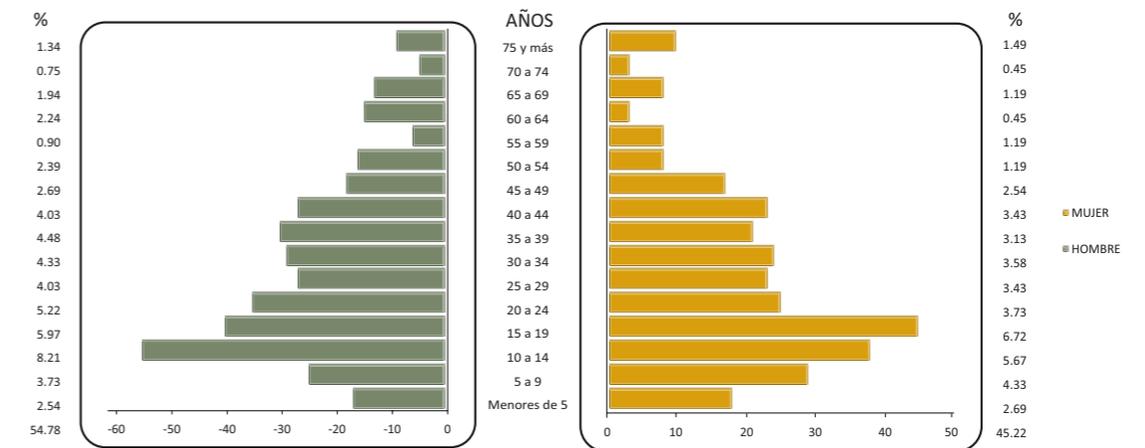
Tabla 36. Distribución de la población por veredas territorio I. Localidad 20 de Sumapaz. 2010.

VEREDA	No FAMILIAS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
CHORRERAS	17	38	43	81
CONCEPCION	10	23	25	48
GRANADA	14	50	51	101
LAGUNITAS	41	85	118	203
SAN JOSE	10	17	22	39
TUNAL ALTO	25	58	65	123
TUNAL BAJO	19	32	43	75
Total general	136	303	367	670

Fuente: Sistema de Seguimiento Unificado Integral del Modelo del Servicio de Salud de Sumapaz Hospital Nazareth 2010.

En la pirámide poblacional del territorio I se puede observar la alta prevalencia de individuos que pertenecen a las edades comprendidas entre 10 a 19 años y en su conjunto una alta población joven, seguida de población adulta, lo cual indica que existe en este territorio una gran fuerza laboral y estudiantil, en la cual se deben enfocar programas para suministrar la cantidad de acciones que se realizan a este tipo de población tales como cobertura de educación básica, secundaria, tecnológica, tecnológica y profesional al igual que medidas enfocadas en la actividad laboral propia de la localidad (Figura 4).

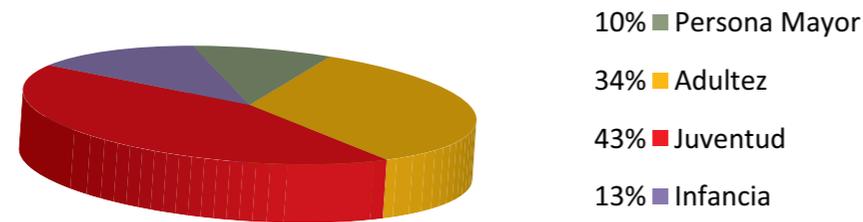
Figura 4. Pirámide Poblacional territorio I. Localidad de Sumapaz 2010



Fuente: Sistema de Seguimiento Unificado Integral del Modelo del Servicio de Salud de Sumapaz Hospital Nazareth 2010.

El 43% de la población del territorio I, pertenece a la etapa del ciclo vital de Juventud (15-26 años) seguido de la etapa de adulto (27-59 años) con un 33.9%, evidenciando población en etapas productivas de la vida y alta población escolar de educación media y profesional (Gráfica 45).

Gráfica 45. Distribución de la población por etapa de ciclo vital territorio I. Localidad 20 Sumapaz, 2010



Fuente: Sistema de Seguimiento Unificado Integral del Modelo del Servicio de Salud de Sumapaz Hospital Nazareth 2010.

A continuación se relaciona la caracterización de la población según la etapa a la que pertenecen en el territorio I:

3.1.1. Infancia

Los niños y niñas son reconocidos como pensadores lógicos, científicos naturales y seres dotados de intersubjetividad que se acoplan a lo social desde el momento en que nacen. Como sujeto social de derechos que se compromete y se incorpora con el proceso histórico-social de su comunidad; sujeto autónomo en contacto e interacción con su ambiente y en proceso de transformación permanente de su desarrollo psicomotor, afectivo, social y físico.²⁶

En el territorio I, la falta de educación sobre lactancia materna hace que esta se sustituya por administración de leche cruda generando en niñas y niños problemas a nivel digestivo por la alta concentración de grasa en este tipo de leche. Los hábitos alimenticios de niñas y niños del territorio I están enmarcados como en el resto de la localidad por inadecuados hábitos alimenticios dado por la excesiva ingesta de carbohidratos. Los restaurantes escolares proporcionan el almuerzo con menús que no responden al desgaste calórico de los niños y niñas del territorio, ya que ellos realizan actividades cotidianas que requieren gran consumo de calorías (trayectos a pie a sedes escolares, trabajo en actividades domésticas)²⁷.

En el corregimiento de San Juan durante el año 2010 se presentaron los mayores porcentajes de niñas y niños menores de 10 años, reportados por Sisvan escolar, con desnutrición²⁸. Dentro de las veredas de este territorio, se presentaron durante el 2010 6 casos de riesgo de desnutrición global, en la vereda lagunitas se presentaron 4 casos, en Tunal Alto 1 caso al igual que en la vereda Chorreras.

Los inadecuados hábitos higiénicos y alimenticios en los niños y niñas generan gran impacto en la salud bucal, siendo los más frecuentes; la no implementación de la técnica de cepillado, la falta de costumbre y concientización para mantener una buena higiene oral, la no implementación del uso de otros implementos de higiene tales como la seda dental y enjuagues bucales. Por ser esta una comunidad netamente rural el acceso a estos implementos de higiene son más costosos y de difícil adquisición en la localidad.

Para cambiar y establecer estilos de vida saludables en la población, es eficiente intervenir en etapas tempranas de la vida de los niños, niñas y jóvenes, existe evidencia que los programas de promoción para reducir el riesgo de caries temprana en la niñez deben iniciarse antes de los

26 Plan de salud del Distrito capital 2008-2012. Secretaria Distrital de Salud. Alcaldía Mayor de Bogotá.
27 Informe IV Semestre Red Social Materna Infantil 2009. Informe magnético énfasis. Hospital de Nazareth.
28 Base de datos énfasis Seguridad Alimentaria y Nutricional. Hospital Nazareth. Medio Magnético. 2009.

3 años de edad. Considerando estos antecedentes y el aumento de la cobertura de la educación preescolar Esta intervención se basa en el desarrollo de 4 medidas:

- Promover hábitos saludables de alimentación e higiene oral
- Mejorar las condiciones de salud bucal del personal a cargo del cuidado de los niños.
- Fomentar el auto-cuidado en salud bucal de las comunidades educativas mediante la participación en el diseño del programa a nivel local.
- Integrar a los padres y apoderados de los niños y niñas en el cuidado de sus dientes²⁹.

Durante el I semestre del 2010, del total de estudiantes en escuelas del territorio I presentaron un promedio de placa bacteriana del 26%; 15 estudiantes presentaron patologías odontológicas de prioridad alta, las cuales corresponden a caries dental, pulpitis y enfermedades periodontales; 9 estudiantes se encontraron en prioridad media, requiriendo solamente actividades de promoción y prevención y de operatoria en no más de tres dientes y 37 estudiantes fueron de prioridad odontológica baja, indicando que solo son requeridas actividades de promoción y prevención.

Las características de patrones culturales y de crianza se constituyen en una problemática para los menores. La crianza de los niños es delegada a abuelos y como característica de la localidad se da más importancia al trabajo infantil que a la actividad escolar. El trabajo infantil del área rural presenta dimensiones muy diferentes comparadas con el área urbana, ya que los niños y niñas se vinculan tempranamente a prácticas de producción, asumidas como un elemento formador, el cual promueve el sentido de pertenencia e identidad con el campo, razón por la que el trabajo infantil en Sumapaz se ha definido como la práctica de actividades productivas que afectan la ejecución de roles ocupacionales acordes a la edad de niños, niñas y adolescentes (jugadores-escolares)³⁰.

En el año 2010 en el territorio I se identificaron a 3 niños laborando, encontrando que el 100% pertenecían al sexo masculino. Las actividades económicas predominantes practicadas fueron: 66.6% agrícola y 33.4% cuidadores de animales. El régimen de afiliación al sistema de seguridad social en el total de los niños y niñas caracterizados es el subsidiado y ninguno refirió haber presentado algún accidente relacionado con el trabajo³¹.

De las 91 personas en condición de discapacidad que se encuentran localizadas y caracterizadas en este territorio, 2 se encuentran en esta etapa de vida y son habitantes de las veredas de Paquilo y Granada. Estos dos menores pertenecen al sexo masculino y presentan alteraciones permanentes en el sistema nervioso. Presentan la variable 55 afirmativa, lo cual corresponde a que necesitan ayuda permanente de una persona para poder desarrollar sus actividades básicas.

En la población infantil en condición de discapacidad se identifican barreras de acceso a servicios de salud por dificultad de desplazamiento a II niveles de atención, al igual que a las escuelas del territorio, las cuales no cuentan con procesos pedagógicos acordes a las condiciones de esta población. Frente al proceso de inclusión escolar, se presentan dificultades por la falta de estrategias para la atención adecuada de las necesidades educativas, aspecto que representa vulneración del derecho a la educación de las personas en condición de discapacidad y es una de las causas de la deserción escolar de esta población. Al igual que en el resto de la localidad, se considera que no hay una identificación y manejo oportuno de riesgos para la detección temprana de alteraciones en el desarrollo; de igual manera, la cobertura de acciones implementadas frente a este aspecto

29 . Narrativas énfasis Salud Oral. Hospital Nazareth. Archivo magnético del énfasis. 2010.
30 Narrativas Énfasis trabajo Saludable. Hospital Nazareth. Archivo magnético del énfasis. 2010.
31 Base de datos énfasis. Hospital Nazareth trabajo Saludable. Medio Magnético. 2009.

es muy baja³². Esta información implica que se debe fortalecer y articular la respuesta institucional frente a la inclusión escolar de personas en condición de discapacidad, ya que, si bien, el proceso se viene implementando en la localidad, no hay garantía de la oferta de una educación de calidad que promueva el desarrollo de las capacidades de acuerdo con las condiciones específicas.

En cuanto a educación de salud sexual y reproductiva de los niños y niñas, no se cuenta con herramientas adecuadas para brindar orientación en el tema ni para promover patrones preventivos que abarquen el reconocimiento del cuerpo y el amor por el mismo, como parte del establecimiento de factores protectores frente a situaciones de violencia y abuso sexual. Esta dificultad para el abordaje de la sexualidad desde lo relacional, simbólico y afectivo genera la presencia de conductas sexuales inesperadas para la etapa del ciclo vital, ocasionando descontrol y motivando el uso de condicionantes, en algunos casos agresivos, que anulan la posibilidad que él o la menor se permita explorar este aspecto de la vida³³.

Para los niños y niñas de la localidad de Sumapaz, el análisis del impacto ambiental y de las relaciones que se tejen entre este y los individuos se constituye en un aspecto de vital importancia, en consideración a que el territorio en el que habitan es netamente rural y considerado reserva natural para el territorio nacional.

Ya que el tipo de acueducto existente en el territorio es de tipo rural, las condiciones del agua la hacen no apta para consumo humano, lo cual genera en este grupo de edad alteraciones en salud asociados a Enfermedad Diarreica Aguda - EDA, enfermedades por infección intestinal, parásitos y patologías similares. Las tradiciones culturales han determinado pautas de crianza y hábitos de comportamiento, relacionados con inadecuados hábitos de higiene, reproducción de prácticas nocivas para la salud, como por ejemplo, no realizar baño diario a los niños y niñas, consumir los alimentos sin previo lavado de manos y no bañarse las manos después de ir al baño, entre otros, lo cual se constituye en condiciones propicias para adquirir infecciones por parásitos o microorganismos que pueden desencadenar en EDA; esta situación se ve reflejada en una problemática, considerada como la primera causa de morbilidad por urgencias y la tercera de morbilidad por hospitalización en la localidad de Sumapaz durante el año 2009³⁴.

En las veredas agrícolas del territorio I como son Granada y Tunal Alto y Bajo el uso indiscriminado de agroquímicos se convierte en un factor determinante para las condiciones de calidad de vida y salud de niños y niñas, en la medida en que, con frecuencia se vinculan a las labores del campo, bien sea como apoyo de su padres, en tareas como transporte de alimentos, extracción de papa o simplemente como acompañantes, generando afectaciones asociadas a la contaminación del aire, por inhalación. La exposición de niñas y niños a rayos ultravioletas (más fuertes por la altura del territorio) agudiza enfermedades como dermatitis y alteraciones oculares.

Otro factor ambiental determinante para las condiciones de calidad de vida y salud de la población infantil en el territorio I es el estado de las vías de la localidad, las cuales se caracterizan por no estar pavimentadas, lo que genera una producción excesiva de material particulado por el tránsito de vehículos, desencadenando afectaciones respiratorias en niños y niñas, que a futuro pueden desencadenar en enfermedades pulmonares obstructivas crónicas; igualmente, la utilización de madera como fuente de combustión para las estufas impacta en el estado de salud de la población infantil ya que los niños y niñas de este grupo de edad pasan gran parte de su tiempo junto a la progenitora o cuidadora, quien emplea la mayor parte del tiempo en labores asociadas al cuidado de otros, tales como la preparación de alimentos, trayendo como consecuencias enfermedades de

32 Narrativas énfasis discapacidad hospital Nazareth. Medio magnético. 2010

33 Narrativas énfasis Salud Sexual y Reproductiva. Hospital Nazareth. Archivo magnético del énfasis. 2010

34 Sistemas de información. Archivo magnético VSP. Hospital Nazareth. 2009

tipo respiratorio. Se evidencia que las infecciones agudas de vías respiratorias superiores fueron la principal causa de morbilidad por urgencias en la localidad durante el año 2009 y la cuarta causa de morbilidad por urgencias durante ese mismo periodo.

Otro factor ambiental determinante para la población infantil es la presencia de pediculosis y pulicosis, asociadas principalmente a condiciones de la vivienda en la localidad, caracterizadas por hacinamiento; existen casos en los cuales en una habitación se encuentran dos camas, en una duermen los padres y en la otra, los dos o tres hijos en edad escolar, sin ninguna barrera física que divida los espacios; las familias que tienen entre uno y tres cuartos disponen de uno para dormitorio, durmiendo más de tres personas. Las escuelas hacen parte de otro de los centros de proliferación de piojos, aunque se realizaron durante el año 2009 jornadas contra la pediculosis, educando a la comunidad sobre la importancia de mantener buenas condiciones de higiene en los menores para evitar este tipo de parásitos.

Durante el año 2010 no fueron notificados de eventos exposición rábica en los niños y niñas de este territorio. Esto podría atribuirse a que las veredas que componen el territorio I se encuentran muy distantes del centro de salud. Se podría presumir que las personas que son víctimas de ataques en esta zona prefieren manejarlo a nivel casero para evitar el desplazamiento y por tanto se produce sub registro de casos notificados. Esta situación no se presenta en los territorios que componen el corregimiento de Nazareth (III y IV), pues en esta zona las veredas se encuentran equidistantes al centro de salud³⁵.

Los patrones culturales de la población Sumapaceña se relacionan con las formas de interacción con las demás personas; en esta comunidad es marcado el sentido de pertenencia y dominio sobre los hijos e hijas. El tipo de violencia generado más comúnmente hacia las niñas es el castigo relacionado con el incumplimiento de las labores de hogar tal como cocinar, ordeñar, prevaleciendo estas actividades sobre el cumplimiento de los deberes educativos, Es importante aclarar que estos últimos no se descuidan; sin embargo están puestos en un segundo plano. En Sumapaz, en todos los territorios, se evidencia dificultad para el manejo de pautas de crianza asertiva que armonicen la relación filial y que orienten los procesos formativos en los niños y niñas, sumado al desarrollo de intervenciones comúnmente orientadas a la afectación resolutoria de la problemática y no a la generación de escenarios para la promoción del buen trato. Las dificultades económicas y las dificultades para manejar el estrés frente al cuidado de los y las menores se acrecienta cuando las cuidadoras son madres cabezas de hogar o por el contrario cuentan con el apoyo de la pareja sentimental limitado al aporte económico³⁶.

La precariedad existente en las personas del Sumapaz para dar cuenta de expresiones de afecto, limita significativamente el manejo de relaciones basadas en el amor. Este comportamiento se replica de generación en generación, por tanto en el proceso de envejecimiento activo son los y las niñas los primeros individuos hacia los cuales se deben promover acciones que favorezcan la salud mental y eviten la multiplicación de patrones violentos contra el otro, especialmente en el ámbito familiar y escolar, escenarios en los cuales existe mayor concentración de esta etapa del ciclo vital.

Las interacciones sociales de los niños y niñas de la localidad se limitan a su espacio familiar, ya que la lejanía veredas a centros poblados impiden el acceso a jardines en edades tempranas, dificultando las relaciones con niños diferentes a los de su ambiente familiar; esto incide en un bajo rendimiento académico cuando ingresan a colegios, ya que estos no tienen en cuenta las necesidades educativas especiales de acuerdo con la etapa del ciclo vital y las características educativas de los niños y niñas.

35 Boletín Epidemiológico. Localidad 20 Sumapaz 2010. Medio Magnético Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Hospital Nazareth

36 Narrativas énfasis Salud Mental. Hospital Nazareth. Archivo magnético del énfasis. 2010

El acceso a los servicios de salud se encuentra determinado principalmente por las características de aseguramiento de la población, establecidas mediante la Ley 100 de 1993 y definidas específicamente a partir de las dinámicas sociales en las que se enmarcan principalmente las formas de trabajo y de ubicación en los territorios. Estas disposiciones retoman gran importancia en las características de acceso a los servicios de la población infantil de la localidad 20 de Sumapaz, en consideración a que se encuentra condicionado por barreras de acceso geográficas y culturales que terminan por restringir la garantía del derecho a la salud. Una de las principales situaciones que influyen en el acceso a los servicios de salud por parte de los niños y niñas son las barreras de acceso por dificultades en el aseguramiento, debido a que los niños y niñas por norma pertenecen al mismo régimen de su núcleo familiar, asociadas a la transición entre regímenes, por condiciones de inestabilidad laboral de padres y madres, relacionadas con la vinculación a trabajos formales de manera temporal, que demandan de la vinculación al régimen contributivo, durante cortos periodos de tiempo.

Una vez culminada la contratación, las personas cabeza de familia deben realizar los respectivos trámites para retornar al régimen subsidiado, lo que demanda desplazamientos a Bogotá Urbana por la ausencia institucional en el territorio para tal fin; esto se constituye en un factor determinante para el acceso al servicio de salud, en la medida en que, frecuentemente los trámites se tardan hasta meses por las dificultades para desplazarse, permanecer y recorrer de manera autónoma la Bogotá Urbana y por dificultades para asociadas al desconocimiento de la población frente a los trámites.

En el territorio I se evidencian barreras para acceder a servicios de salud; aunque se cuenta con servicio de la ruta de la salud inter veredal en este territorio, existen veredas muy alejadas del anillo vial en donde para poder acceder es a pie o a caballo y para efectos de desplazar a la población de niños y niñas se evidencian barreras geográficas que determinan grandes recorridos, demandando de acompañamiento constante por parte de acudientes, que con frecuencia deben suspender sus labores diarias para llevar a los niños y niñas a los servicios requeridos. Adicionalmente es importante mencionar que los días y horarios establecidos para los recorridos inter-veredales se cruzan con las jornadas escolares, lo que limita aún más las posibilidades de acceso a los servicios. De igual manera es importante considerar como factor determinante que en su mayoría los padres y madres de familia no realizan de manera oportuna los trámites de registro civil de los niños y niñas, constituyéndose este sub – registro en otra de las barreras de acceso que condicionan la garantía del derecho a la salud en la población infantil. Finalmente, asociado a los factores mencionados previamente, se encuentran patrones culturales que han determinado falta de interés frente al reconocimiento de los servicios a los que tienen derecho los niños y niñas y baja adherencia a las actividades de promoción y prevención ofertadas por ley para la población infantil.

Ubicándose en el patrón cultural de la comunidad se evidencia que el tiempo libre dedicado al juego es percibido como una actividad poco o nada productiva y el único acceso que se tiene a éste es en la etapa escolar (a partir de los 3 o 5 años), relacionándose directamente con la disponibilidad de espacios apropiados, ya que en este territorio los únicos espacios deportivos se encuentran en los colegios. Los niños y niñas crecen en condiciones particulares enmarcados en repertorios de habilidades, en los cuales se priorizan las habilidades motrices como resultado del requerimiento de desplazamientos prolongados y por terrenos irregulares, producto de la vinculación temprana al rol laboral. Como consecuencia, se evidencia una marcada presencia de dificultades de aprendizaje asociadas a restricciones en el control motor y a un repertorio insuficiente de habilidades cognitivas básicas para el aprendizaje, las cuales han sido identificadas como producto del trabajo adelantado en las escuelas, sin que se tengan datos que permitan visibilizar la magnitud de la situación.

Algunos de los escenarios existentes para la práctica de actividad física, deporte y recreación en niños y niñas, se encuentran ubicados lejos de sus lugares de residencia, lo que demanda grandes desplazamientos que conllevan la exposición a múltiples riesgos asociados al tránsito por caminos de

herradura, trochas y carreteras solitarias. La anterior situación se complejiza aún más si se tiene en cuenta que los padres y madres no suelen destinar tiempo para jugar con sus hijos e hijas, principalmente por las concepciones existentes en torno al juego como herramienta poco formativa, por las extenuantes jornadas laborales y por el poco tiempo dedicado a sus actividades de ocio y esparcimiento.

Las situaciones expuestas anteriormente se vuelven aún más complejas por la falta de presencia institucional para dar respuesta a las necesidades de ocio y esparcimiento de la población, en la medida en que dicha respuesta está centralizada en la adecuación de infraestructura para la práctica de deportes, sin que se oferten acciones promocionales, que faciliten la interiorización de actividades para el uso del tiempo libre acordes al contexto rural³⁷.

3.1.2. Juventud

La juventud es concebida como un momento de la vida en el cual se construyen formas de ver el mundo, con tejidos históricos y sociales en permanente cambio. En el territorio I, el 43% de la población se encuentra en esta etapa de la vida.

La vida laboral en esta etapa se encuentra enmarcada por el trabajo informal, constituyéndose como única alternativa ocupacional; por las características de monocultivo y de producción no existen mecanismos de contratación que promuevan la vinculación formal y aseguramiento al sistema general de riesgos profesionales.

Por otra parte, no existe en la población conocimiento de los riesgos ocupacionales que acarrear las labores agrícolas. Sumado a esto se encuentran las y los adolescentes que adoptan de una manera prematura el rol de ser padres, lo cual los arroja de una manera forzada al mundo de la informalidad que aumenta con la necesidad de un ingreso, convirtiéndose en mano de obra más económica para el desarrollo de procesos productivos.

En el territorio I, durante el año 2010 fueron caracterizados 20 jóvenes adolescentes con edades comprendidas entre los 10 a 17 años, de los cuales el 50% pertenecían al sexo masculino. El 90.5% se dedican a actividades de agricultura: siembra, cultivo y recolección de alimentos. Del total de adolescentes trabajadores, en este territorio, el 90.5% pertenecen al régimen subsidiado de seguridad social en salud.

Frente a esta información se puede relacionar la existencia de falencias en la estructuración de proyecto de vida; la creencia de que para realizar labores del campo no se necesita estudio, sumado a la carencia de establecimientos educativos para la educación secundaria en el territorio, ocasiona que el estudio pase a un segundo plano.

Las condiciones de alimentación para los y las jóvenes del territorio I provienen de patrones culturales establecidos desde la etapa de infancia, adicionando y reforzando los patrones inadecuados con la oferta alimentaria que existe en la localidad; es decir, se continúa priorizando el consumo de carbohidratos, desconociendo la importancia de consumir otra variedad de alimentos que favorezcan el desarrollo de habilidades y competencias necesarias para la etapa escolar y laboral que se establece en esta etapa de la vida. Otro factor determinante en las condiciones nutricionales de los y las jóvenes, se relaciona con el suministro de alimentos ofrecidos en los restaurantes escolares, los cuales no responden al desgaste calórico y las demandas de desarrollo, lo cual se ve reflejado en el rendimiento escolar y su desarrollo fisiológico.

En la etapa de juventud se evidencia baja adherencia a programas de salud oral; la distancia de algunas casas, los procesos de comunicación poco efectivos con los jóvenes, la dificultad en la generación de prácticas protectoras como técnicas adecuadas de higiene oral, el aspecto cultural de

la población, el desinterés de los jóvenes en el cuidado de su salud y en especial de la salud oral y la situación de orden público, son algunos de los problemas que se detectan para esta etapa de ciclo. Los índices de morbilidad oral en esta etapa del ciclo se relacionan con enfermedad periodontal y caries dental, atribuidos a cambios hormonales propios de esta etapa, dieta e inadecuados hábitos de higiene. En las visitas domiciliarias casi nunca se encuentra el núcleo familiar completo, notándose la no re-alimentación a los otros miembros de la familia y haciendo seguimiento a las canalizaciones, estas no son efectivas por lo mencionado anteriormente.

De las 91 personas en condición de discapacidad caracterizadas en este territorio II, 6 pertenecen a esta etapa de vida representando el 28.5% y el 53.8% pertenecen al sexo masculino. 13 (50%) personas de las personas caracterizadas en condición de discapacidad en esta etapa de vida viven en la vereda Chorreras (tabla 37).

Tabla 37. Distribución de jóvenes en condición de discapacidad por veredas del territorio I. Localidad 20 Sumapaz. 2010.

VEREDA	# jóvenes en condición de discapacidad	%
LAGUNITAS	2	7,7
PLAYA	2	7,7
CHORRERAS	13	50
CONCEPCION	2	7,7
GRANADA	1	3,8
LAGUNITAS	2	7,7
PAQUILO	1	3,8
SAN JOSE	2	7,7
TUNAL BAJO	1	3,8
TOTAL	26	100

Fuente: Base de datos de registros de personas en condición de discapacidad. VSPD 2010. Hospital Nazareth.

De acuerdo con el registro de caracterización y localización en jóvenes en el territorio I, el 50% presenta alteraciones permanentes en otras estructuras no relacionadas en el registro, probablemente relacionadas a personas con necesidades educativas identificadas al momento de realización del registro. El movimiento de cuerpo, brazos, manos y piernas, fue referida como condición que también afecta a la población joven de este territorio. Cuatro de estas personas refieren necesitar ayuda permanente de otra persona para el desarrollo de actividades básicas.

No existen acciones dirigidas a la interacción con los jóvenes frente al tema de sexualidad; además existen barreras geográficas que afectan el acceso a servicios jurídicos y penales relacionados con este tema, en especial frente a la necesidad de interdicciones. Otro aspecto importante en este tema es el desconocimiento que se hace de las y los jóvenes en situación de discapacidad, como sujetos sexuados, y con ello la ausencia de estrategias de abordaje tanto en la institucionalidad como en la familia frente a este tema. Desconocer este aspecto de la vida en el desarrollo de una persona, acrecienta las brechas existentes en los procesos de inclusión social y reivindicación de derechos de estos/as jóvenes. No se evidencia un ejercicio de autonomía en la población de los y las jóvenes con discapacidad en especial con deficiencia cognitiva y mental, la cual restringe su posibilidad de toma de decisiones que es designada a los padres.

En la etapa del ciclo de Juventud los y las jóvenes se enfrentan a transformaciones morfológicas y psicológicas que les abren paso al reconocimiento de la identidad; este proceso trae consigo un cúmulo de concepciones culturales que determinan su conciencia como ser autónomo y diferenciado de los y las demás, así como la conciencia de sí mismo/a de acuerdo con su naturaleza sexuada. La identidad necesariamente empieza a construirse en torno a su ser como mujer y su ser como hombre; esta construcción de identidad está dada en dos vías: la primera, la identidad sexuada, es decir si soy mujer u hombre y la segunda la identidad de género, la cual está permeada y hace parte del proceso evolutivo del desarrollo desde la infancia, en la cual se le asignan roles y significación a los comportamientos, valores actitudes etc., que caracterizan a cada sexo.

En el contexto rural la sexualidad es reducida a la reproducción, situación que a la vez define las proyecciones de los y las jóvenes a futuro. La conformación de núcleos familiares a temprana edad, es una constante en el territorio de Sumapaz; el promedio a partir del cual las mujeres y hombres inician este proceso está entre los 15 y 17 años, asumiendo además a temprana edad roles de adultos/as necesarios en el campo relacional – social.

En el territorio rural, se han adelantado actividades con los y las jóvenes abordando esta temática, sin embargo expresan que las actividades con frecuencia se reducen a la multiplicación de información técnica sobre planificación, desvirtuando la importancia de vivir la sexualidad ligada al desarrollo de la autonomía. Pese a las propuestas metodológicas que los diferentes entes sugieren con relación al abordaje de la salud sexual y reproductiva, muy pocas cuentan con un componente lúdico y pedagógico que enseñe a los y las jóvenes a superar las barreras culturales puestas con respecto a su desarrollo emocional, mental y sexual.

La oferta de servicios frente al tema es mínima y reducida a la planificación, en términos de regulación de la fecundidad y se presenta una oferta insuficiente frente a las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes, sumado al desconocimiento de los profesionales para abordar la población en esta materia. La educación sexual es brindada en colegios en grados de secundaria, lo cual en el territorio I es una gran barrera para el acceso de la educación, ya que en este territorio no existen establecimientos educativos donde se brinde la educación secundaria y la mayoría de la población no se desplaza a estos establecimientos en otros territorios.

Con frecuencia se responsabiliza a las mujeres de la planificación y por desconocimiento o arraigo de pautas machistas, socialmente suele ser juzgada por el uso del preservativo en las relaciones genito sexuales; estas situaciones ponen al descubierto la presencia de esquemas mentales que contribuyen a subyugar la autonomía de la mujer joven y a limitar las posibilidades de proyectarse a futuro, bajo un escenario diferente al del cuidado de terceros o la conformación de un hogar.

Durante el primer semestre del 2010 en el territorio I, se tenían identificadas 18 gestantes de las cuales 12 (66.6%) pertenecían a esta etapa de vida. El territorio I posee las veredas más alejadas de toda la localidad, presentando mayores dificultades con el manejo de urgencias, ya que pueden transcurrir de 3 a 4 horas de recorrido, lo cual hace necesario que haya un mayor énfasis en el oportuno llamado al centro de atención en caso de urgencia.

El tipo de aseguramiento mas prevalente durante el año 2010 fue el subsidiado, el cual brinda paquetes médicos integrales durante la gestación. Humana vivir fue la aseguradora en salud que presentó mayor número de gestantes aseguradas. En este territorio existen afiliación a otras EPS, las cuales requieren muchos trámites a la hora de remisión o control en el hospital Nazareth; al prestar atención en salud estas barreras de aseguramiento no son inconveniente para el hospital, ya que todas las gestantes son atendidas, dejando la aclaración de corresponsabilidad que debe tener la gestante con su salud y su EPS.

Durante el año 2010 no se presentaron mortalidades maternas ni perinatales en la localidad, pero durante el año 2009 se presentó una mortalidad perinatal, la cual tuvo lugar en la vereda Lagunitas. La mortalidad correspondió al de una mujer de esta etapa de ciclo vital, que se encontraba en su octava gestación, a pesar de lo cual, su embarazo era deseado. En el seguimiento del caso se identificaron antecedentes recientes de pérdidas en su núcleo familiar, lo que determina factores emocionales que afectan a la gestante. Las condiciones de acceso geográfico, así como el hecho de encontrarse sola en el momento de la urgencia son determinantes que interfieren en la tercera demora, frente a las condiciones para acceder al centro de atención. La atención deriva en remisión a segundo nivel, en donde se determina la muerte, estableciendo como causa, el abrupcio de placenta.

El análisis institucional, no solamente bajo el modelo de las cuatro demoras, sino abordando además las condiciones familiares, emocionales y sociales de la familia, permitieron fortalecer estrategias que buscan brindar una respuesta integral a la gestante y su familia, desde el momento en que se captan e incluso reforzar el seguimiento a las usuarias en edad fértil que requieren el uso de métodos de regulación de la fecundidad³⁸.

En este mismo territorio se presentó la única muerte materna durante el año 2009 la cual correspondió a una gestante de 18 años, residente en la vereda Tunal. La gestante ocultó su estado de embarazo, mientras continuaba con la aplicación del método de regulación de la fecundidad elegido por ella. El motivo de ocultar su embarazo era la presión ejercida por sus padres, teniendo en cuenta que ésta era su segunda gestación, encontrándose bajo condiciones emocionales que afectaban su bienestar físico y mental. Estas condiciones generaron la captación tardía de la gestante, quien tuvo parto domiciliario y a pesar de recibir atención en la UPA San Juan y de ser remitida a segundo nivel, falleció, estableciéndose como causa un accidente cerebro vascular debido a hipertensión durante el embarazo³⁶.

En la vereda Tunal Alto se presentó, en el año 2009, el único caso del territorio de bajo peso, asociado probablemente a una inadecuada ingesta de alimentos y falta de nutrientes adecuados durante la etapa del embarazo³⁶.

La exposición directa a rayos UV-A y UV-B afecta principalmente a los ciclos infancia y juventud en toda la localidad. Esto se debe al no uso de elementos de protección solar y a la falta de cultura en la aplicación de protectores y sustancias humectantes. La cultura del uso de sombrero está arraigada en los ciclos adultos y persona mayor, pero en el caso de niños y jóvenes, las tendencias de moda van en contra del uso de estos elementos. La prevalencia de dermatitis por quemaduras solares, pterigios y conjuntivitis asociadas a la exposición solar es alta. La problemática expuesta anteriormente se evidencia de manera principal en el territorio I debido a su ubicación geográfica, donde los rayos UV-A y UV-B mencionados, afectan directamente a sus habitantes.

Las vías de acceso a las veredas del territorio están sin pavimentar y existe déficit de señalización, lo cual es un gran factor de riesgo para la ocurrencia de accidentes de tránsito afectando a los jóvenes de la localidad que conducen o transitan por estas vías.

La multiplicación de patrones de violencia, mediante la adopción de conductas agresivas aprendidas se manifiesta en esta etapa, principalmente en las relaciones sociales que los y las jóvenes inician con el grupo de pares, relaciones enmarcadas en la búsqueda de identidad y reconocimiento del otro como parte de la existencia de los individuos.

La salud mental en esta etapa del ciclo se encuentra enmarcada por varios y grandes procesos que sufre el individuo como lo son el inicio a la actividad laboral, establecimiento de relaciones afectivas con el sexo opuesto, inicio de la sexualidad y desempeño en roles de padres de familia.

38 Boletín Epidemiológico. Localidad 20 Sumapaz 2009. Medio Magnético Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Hospital Nazareth.

La alta prevalencia de maltrato en mujeres jóvenes se evidencia por el no cumplimiento de labores del hogar, y castigos propinados por conversaciones con jóvenes del sexo opuesto; la forma de violencia que se evidencia en los hombres jóvenes está relacionada con la presencia de actores armados quienes restringen su movilidad.

Culturalmente se sostienen imaginarios sociales frente al desarrollo de la personalidad de los y las jóvenes. La agudización de la adolescencia y las dificultades para manifestar expresiones de afecto hacia los demás que tengan la necesidad de generar contacto físico son características propias de la población del territorio y actúan como determinantes en el establecimiento de relaciones con los otros y las otras, generando relaciones frías e impersonales que afectan significativamente la salud mental de los y las jóvenes.

Las condiciones laborales de los y las jóvenes del territorio I son las responsables de las variaciones de aseguramiento en salud, constituyéndose en una barrera de acceso a estos servicios. Adicionalmente las características culturales de la población hacia la prevención en salud y auto cuidado los aleja más de estos servicios, considerándolos no relevantes para su vida, siendo esta la causa de alta prevalencia de enfermedades crónicas en las siguientes etapas del ciclo vital, en las situaciones donde se ve afectada su salud y bienestar físico, en la medida en que esto interfiere en sus labores cotidianas.

El uso del tiempo libre en los y las jóvenes está ligado al proceso cultural evidenciado en la localidad el cual se ha dado de generación en generación, subvalorando el uso del tiempo libre como herramienta de desarrollo. Como parte de inclusión en contextos sociales y laborales los hombres jóvenes inician el consumo de alcohol y cigarrillo lo cual fomenta estilos de vida poco saludables en edades tempranas que con el tiempo se traducen en deterioro de la salud y aparición de enfermedades crónicas. Lo mencionado anteriormente está relacionado con la falta de escenarios deportivos donde los y las jóvenes del territorio puedan realizar actividades deportivas potencializando su desarrollo integral.

Los y las jóvenes de Sumapaz se comunican e interactúan entre ellos, teniendo en cuenta los aspectos geográficos y de comunicación de la localidad, siendo difícil la interacción con los y las jóvenes de Bogotá Urbana; sin embargo en aspectos como la música, vestuario entre otros se tiene influencia de los y las jóvenes de Bogotá Urbana.

Los patrones culturales subvaloran el papel de liderazgo asumidos por los y las jóvenes de la localidad. En relación con lo anterior, los y las jóvenes del Sumapaz que tienen acceso a mecanismos de formación política para la participación y deciden vincularse a dichos escenarios, poseen un mayor grado de acceso a oportunidades educativas en el contexto urbano, lo que ha incrementado el desplazamiento de los líderes y lideresas juveniles hacia Bogotá Urbana o hacia otros destinos, viéndose obligados a abandonar procesos organizativos locales, los cuales se ven eventualmente truncados por las debilidades existentes para identificar y potenciar nuevos liderazgos desde ejercicios autónomos; generando pérdida del interés por parte de los y las jóvenes frente a los procesos organizativos y de la continuidad de los mismos.

Un factor negativo para la formación de jóvenes líderes son las condiciones de inseguridad en el territorio, sumada a grandes distancias de desplazamiento para la asistencia a reuniones participativas.

3.1.3. Adulthood

La edad adulta se define más en términos de los roles sociales que las personas adultas desempeñan, que en términos de edad o de maduración física. Las personas suelen comprometerse personalmente: se casan, crean familias y tienen una ocupación profesional, convirtiéndose de esta manera en esposos, padres, obreros, empleados, funcionarios entre otros. En esa etapa de

la vida el ser humano es más productivo y en la localidad el manejo inadecuado de agroquímicos, carga física por la adopción de posturas forzadas y prolongadas y la manipulación de cargas con pesos superiores a los límites permisibles y el riesgo locativo por condiciones de seguridad como condiciones de orden y aseo inadecuadas, se convierten en factores riesgo generadores de accidentes de trabajo.

Según resultados de evaluaciones médico - ocupacionales realizadas en el marco del proyecto Bienestar Ocupacional del Agricultor en la localidad de Sumapaz, vigencia 2008, se encontró que el 16% (27/166) de los adultos evaluados presentaron diagnósticos relacionados con alteraciones osteo - musculares entre las que se encuentran lumbalgias y dorso lumbalgias. El 8% de los trabajadores caracterizados fuman y aproximadamente el 98% de las y los trabajadores consumen alcohol dado a que esta práctica se ha naturalizado y convertido en actividad de tiempo libre socialmente aceptada.

Personas en edad productiva con discapacidad corresponden al 34.2% de la población y esta dinámica de informalidad los expone a ser explotados laboralmente y a incrementar el deterioro funcional por las condiciones y factores de riesgo a los que se exponen para el desarrollo de actividades productivas.

La disponibilidad de alimentos, el acceso a ellos, el consumo y el aprovechamiento de éstos son factores determinantes en la condición nutricional de los habitantes del territorio I. La alimentación en este grupo de edad se basa en la producción agrícola existente en la localidad, la cual está basada en el cultivo de papa, generando uso indiscriminado de carbohidratos; al igual, la calidad nutricional se ve afectada por el uso indiscriminado de agroquímicos, generando a largo plazo problemas en salud. En la localidad se evidencia consumo insuficiente de alimentos con aportes proteicos, siendo el gasto de energía mayor al aporte calórico consumido.

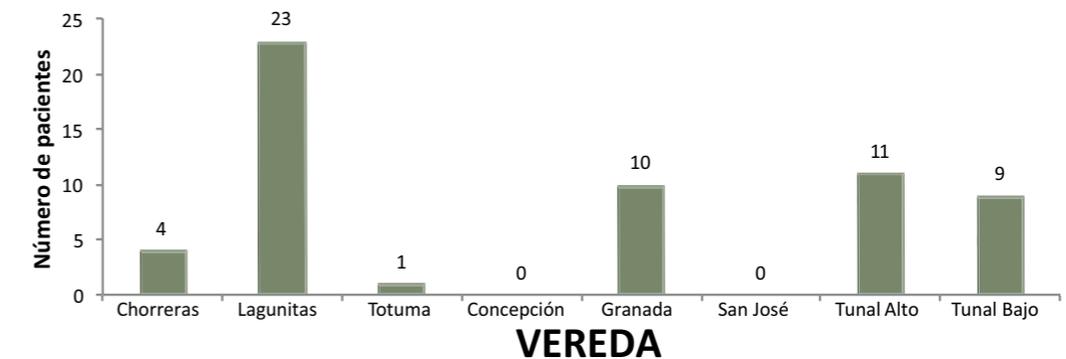
En el territorio I se evidencia dificultad para el acceso a otros alimentos diferentes a los cultivados, por la dificultad de transporte y provisión de estos en veredas distantes como el caso de la vereda San José, unido a los problemas de orden público, que limitan el paso hacia la localidad.

Entre las consecuencias que afectan en mayor proporción la seguridad alimentaria se encuentra la inestabilidad laboral, lo que condiciona la capacidad adquisitiva. El alto consumo de carbohidratos incrementa el riesgo de sufrir de obesidad en esta etapa de la vida y aumenta la probabilidad de adquirir enfermedades crónicas.

Del total de usuarios de habitantes con condiciones crónicas en esta etapa de la vida, el 15% se encuentra en este territorio, siendo la vereda Lagunitas la que más población crónica concentra en este territorio (Gráfica 46).³⁹

Las enfermedades crónicas con mas prevalencia dentro de la población adulta es la hipertensión arterial (83.2%), seguida de dislipidemias (6.4%).

Gráfica 46. Distribución de pacientes en condición de enfermedad crónica territorio I. Localidad 20 Sumapaz. 2010



Fuente: Equipo de trabajo énfasis Enfermedades crónicas. Hospital Nazareth, 2010.

En este grupo de edad se presenta baja adherencia a programas odontológicos ya que existe dificultad de acceso a servicios de salud por la ubicación geográfica del territorio; en visitas domiciliarias casi nunca se encuentra al núcleo familiar completo y esto está sumado a la falta de cultura del auto cuidado. De las 91 personas en condición de discapacidad caracterizadas en este territorio, 117 pertenecen a esta etapa de vida, representando el 29.7%; el 55.5% pertenecen al sexo masculino. 6 (22.2%) personas de las que han sido caracterizadas en condición de discapacidad en esta etapa de vida, residen en la vereda La Playa (tabla 38).

Tabla 38. Distribución de jóvenes en condición de discapacidad por veredas del territorio I. Localidad 20 Sumapaz. 2010.

VEREDA	Adultos en condición de discapacidad	%
LA PLAYA	6	22,2
TUNAL ALTO	3	11,1
CHORRERAS	3	11,1
CONCEPCION	2	7,4
GRANADA	4	14,8
LAGUNITAS	2	7,4
PAQUILO	1	3,7
PLAYA	1	3,7
SAN JOSE	2	7,4
TUNAL BAJO	3	11,1
Total general	27	100,0

Fuente: Base de Datos de registros de personas en condición de discapacidad. VSPD 2010. Hospital Nazareth.

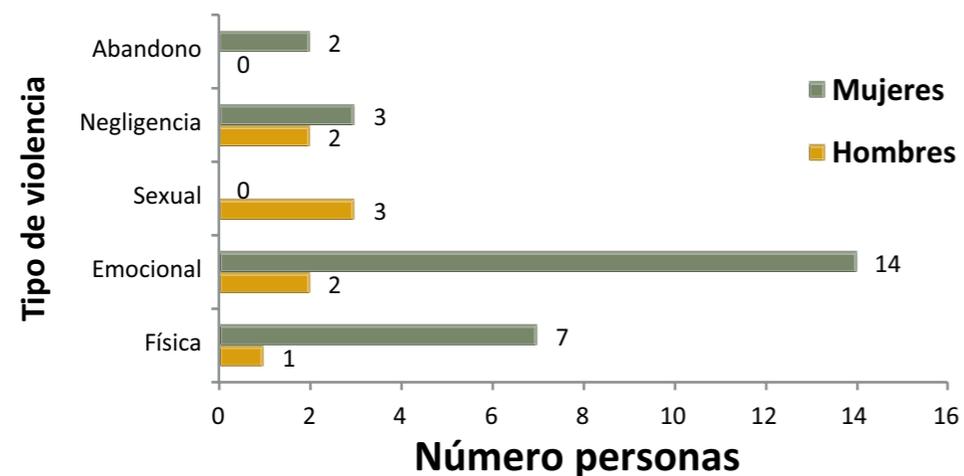
De acuerdo con el registro de caracterización y localización en adultos en territorio I, el 33.3% presenta alteraciones permanentes del movimiento de cuerpo, brazos, manos y piernas y fue referida como la condición que más afecta a la población adulta de este territorio, seguida de alteraciones permanentes en sistema nervioso (29.6%), voz y habla (14,8%), ojos y sistema cardio respiratorio (7.4%) y oídos, alteraciones en digestión, metabolismo y hormonas con un

39 Base de datos énfasis Enfermedades Crónicas. Hospital Nazareth. Archivo magnético del énfasis. 2010

3,7% respectivamente. En este territorio y en esta etapa de vida no se encuentran personas que requieran ayuda permanente de otra persona para realizar actividades básicas.

Durante el año 2010 fueron notificados a Sivim tres casos de violencia física y 3 casos de violencia emocional. Durante el año 2009 fueron reportados a Sivim 34 casos de violencia en el territorio I. El tipo de violencia mas prevalente fue la violencia emocional con el 56,1%, afectando principalmente al sexo femenino, seguido de la violencia física (23.6%), siendo el sexo femenino el más afectado; la violencia sexual presentó una prevalencia del 8.8%, afectando únicamente a mujeres. (Gráfica 47).

Gráfica 47. Prevalencia de violencia, territorio I, Localidad 20 Sumapaz. 2009.



Fuente: Equipo de trabajo énfasis Salud Mental. Hospital Nazareth, 2009.

La problemática sexual en las mujeres adultas está relacionada con patrones culturales de predominio machista y la actitud pasiva frente a sus necesidades sexuales. En el territorio I se encuentra un difícil acceso a métodos de planificación familiar.

En el territorio de Sumapaz, la conformación de núcleos familiares a temprana edad hace parte de las características demográficas de las mujeres jóvenes; es por ello que cuando llegan a la etapa adulta ya cuentan en la mayoría de los casos con 2, 3 y hasta más hijos, evidenciando por ellas mismas la necesidad de un método definitivo; sin embargo, el acceso a este método se ve dificultado por las distancias frente al centro hospitalario que presta el servicio. Las citas con especialista (ginecólogo) se realizan en hospitales de segundo nivel, que para el caso aplica el Hospital de Meissen, siendo esto una barrera de acceso a los servicios de salud. Si se obtiene la cita, se generan costos a la persona interesada definidos por el traslado, la estadía, la alimentación etc., a los cuales, las mujeres, dada su dependencia económica al compañero sentimental, no siempre tiene a su disposición. Aun es evidente la falta de sensibilización que tienen algunas mujeres y hombres frente a la importancia de prevenir embarazos no deseados y evitar el contagio en infecciones de transmisión sexual, que puedan afectar la salud mental y física de las personas.

En este territorio se presentaron en esa etapa de ciclo vital, durante el primer semestre del año 2010, 6 gestantes, representando al 33,3% de las mujeres gestantes del territorio. El grupo de edad a la que pertenecieron estas gestantes fue de 27 a 35 años; no se presentaron gestantes mayores de 35 años. El tipo de aseguramiento mas prevalente en este grupo de edad fue el subsidiado, pertenecientes a Humana Vivir.

En el territorio I es donde más se evidencia la exposición de agricultores a agroquímicos (veredas Tunales, Concepción, Granada, San José, Chorreras, Lagunitas) causando efectos perjudiciales en salud; son principalmente los ciclos adultos y persona mayor los perjudicados, ya que son ellos quienes realizan las actividades agrícolas en su mayoría. Si bien se han reportado casos de intoxicaciones agudas (mareo, visión borrosa, migraña, vómito, diarrea) luego de manipular estas sustancias, mediante encuestas domiciliarias, existe un sub registro de éstas, debido a que las personas afectadas prefieren manejar el cuadro en sus hogares y no acudir al centro de salud. La utilización de leña como fuente de combustible en el área de cocina trae como consecuencia la prevalencia de patologías respiratorias agudas y crónicas, principalmente en mujeres adultas

Las condiciones de acceso a los servicios de salud para los adultos y adultas se encuentran determinadas principalmente por fluctuaciones en el estado de afiliación al sistema, relacionadas con la vinculación a empleos temporales, que modifican su régimen de aseguramiento, ocasionando desvinculación del mismo. Existen patrones culturales que condicionan los servicios de salud a grandes distancias y la falta de transporte al centro de salud ubicado en el corregimiento, conllevando al uso alternativo de medicina natural tradicional. Al igual que en el resto de la localidad, la cultura del auto cuidado no existe.

El uso del tiempo libre en el territorio I del hombre adulto está dado en la socialización con pares en torno al consumo de alcohol y tabaco. Las mujeres adultas asumen el tiempo libre como parte de su rutina habitual, limitando su cotidianidad a las actividades del hogar, relacionadas con la preparación de alimentos y el cuidado de otros, asumidas desde edades tempranas como herramienta preparatoria para asumir el rol de “madres”.

3.1.4. Persona mayor

En el territorio I las personas mayores son una fuerza activa de trabajo, las cuales se mueven en el trabajo informal, limitando su acceso a una pensión, teniendo como único beneficio un bono de integración social, en algunos casos.

La problemática de seguridad alimentaria está dada por la dificultad al acceso de alimentos, dada por el escaso transporte de éstos y las grandes distancias inter veredales que este tipo de población debe recorrer para comprar alimentos; este tipo de desplazamiento para las personas mayores se convierte en sobreesfuerzo físico, la cual esta población no asume; a esto se suma la difícil situación económica, no presentando recursos para la adquisición de éstos. El consumo está basado en la producción agrícola del territorio a base de carbohidratos y poco consumo proteico, lo cual favorece situaciones de sobrepeso presente en este grupo de edad, presentando evidentes alteraciones en el estado de salud.

En cuanto a salud oral, existen las malas prácticas higiénicas adquiridas desde etapas más tempranas de la vida; esto conlleva a la falta total o parcial de dientes, razón por la cual no se ve la necesidad de acudir a consultas odontológicas.

En esta etapa de la vida se reúnen o asocian todas las malas prácticas alimenticias adquiridas desde etapas tempranas de la vida, junto a bajas adherencias a procesos de cuidado de salud, dando como resultado altas prevalencias de enfermedades crónicas, con las cuales existe una fuerte relación con condiciones de discapacidad, debido al alto compromiso funcional. En este territorio se encuentra la menor prevalencia de discapacidad en esta etapa de la vida en la localidad (15.4%); en el mismo residen el 22% de pacientes crónicos de la localidad; las enfermedades crónicas más prevalentes en pacientes crónicos son la hipertensión arterial (83.2%) y las dislipidemias (6.2%).

De las 91 personas en condición de discapacidad caracterizadas en este territorio, 16 pertenecen a esta etapa de vida, representando el 39.5% y el 61.1% pertenecen al sexo femenino. 8 personas de las personas caracterizadas en condición de discapacidad en esta etapa de vida viven en la vereda Lagunitas (22.2%), 7 (19.4%) en la vereda Tunal Bajo y 6 (16.6%) en Paquilo (tabla 39).

Tabla 39. Distribución de persona mayor en condición de discapacidad por veredas, territorio I. Localidad 20 Sumapaz. 2010.

VEREDA	# Persona Mayor en condición de discapacidad	%
CHORRERAS	1	2,8
CONCEPCION	1	2,8
GRANADA	2	5,6
SAN JOSE	2	5,6
PLAYA	3	8,2
TUNAL ALTO	6	16,7
PAQUILO	6	16,7
TUNAL BAJO	7	19,4
LAGUNITAS	8	22,2
Total general	36	100

Fuente: Base de Datos de registros de personas en condición de discapacidad. VSPD 2010. Hospital Nazareth.

De acuerdo con el registro de caracterización y localización en persona mayor en el territorio I, el 38.8% presenta alteraciones permanentes el movimiento de cuerpo, brazos, manos y piernas y fue referida como la condición que más afecta a la población adulta de este territorio, seguida de alteraciones permanentes en sistema nervioso (19,4%), ojos (16,6%), sistema cardio respiratorio (11.1%), oídos (2,7%) y alteraciones en digestión, metabolismo y hormonas con un 2,7%.

La vida sexual no se encuentra visibilizada en esta etapa de la vida; además, los cambios hormonales influyen también el desempeño sexual en esta etapa del ciclo.

En lo que respecta a salud mental en esta etapa del ciclo, en el territorio I se evidencian reportes de negligencia y abandono por parte de los hijos e hijas, ocasionando débiles redes de apoyo a esta población. En Sumapaz se evidencia una incidencia significativa de hombres cuya familia es unipersonal, la mayoría de ellos porque las compañeras sentimentales han abandonado el hogar, producto de separación o porque han quedado viudos. Esta situación acrecienta en las personas mayores el sentimiento de soledad y los estados de depresión, afectando la calidad de vida y la salud mental de esta etapa del ciclo vital, al sentirse solos y sin redes de apoyo familiar que minimice factores de riesgo.

3.1.5. Núcleo problemático territorio I

Fragilidad social en el territorio I relacionada con condiciones geográficas que dificultan el acceso y la entrega de servicios a cargo del estado afectando a todas las etapas del ciclo vital.

El clima predominante en el territorio I es húmedo y frío, con bajas temperaturas durante casi todo el tiempo, lo cual produjo un pobre desarrollo y mineralización del suelo mismo, con la consecuente acumulación de la materia orgánica producida. Algunos sectores se encuentran cubiertos por cenizas volcánicas en donde ocurren fenómenos de remoción en masa, tales como

soliflujión y deslizamientos. Posee un ecosistema de páramo y bosque de niebla.

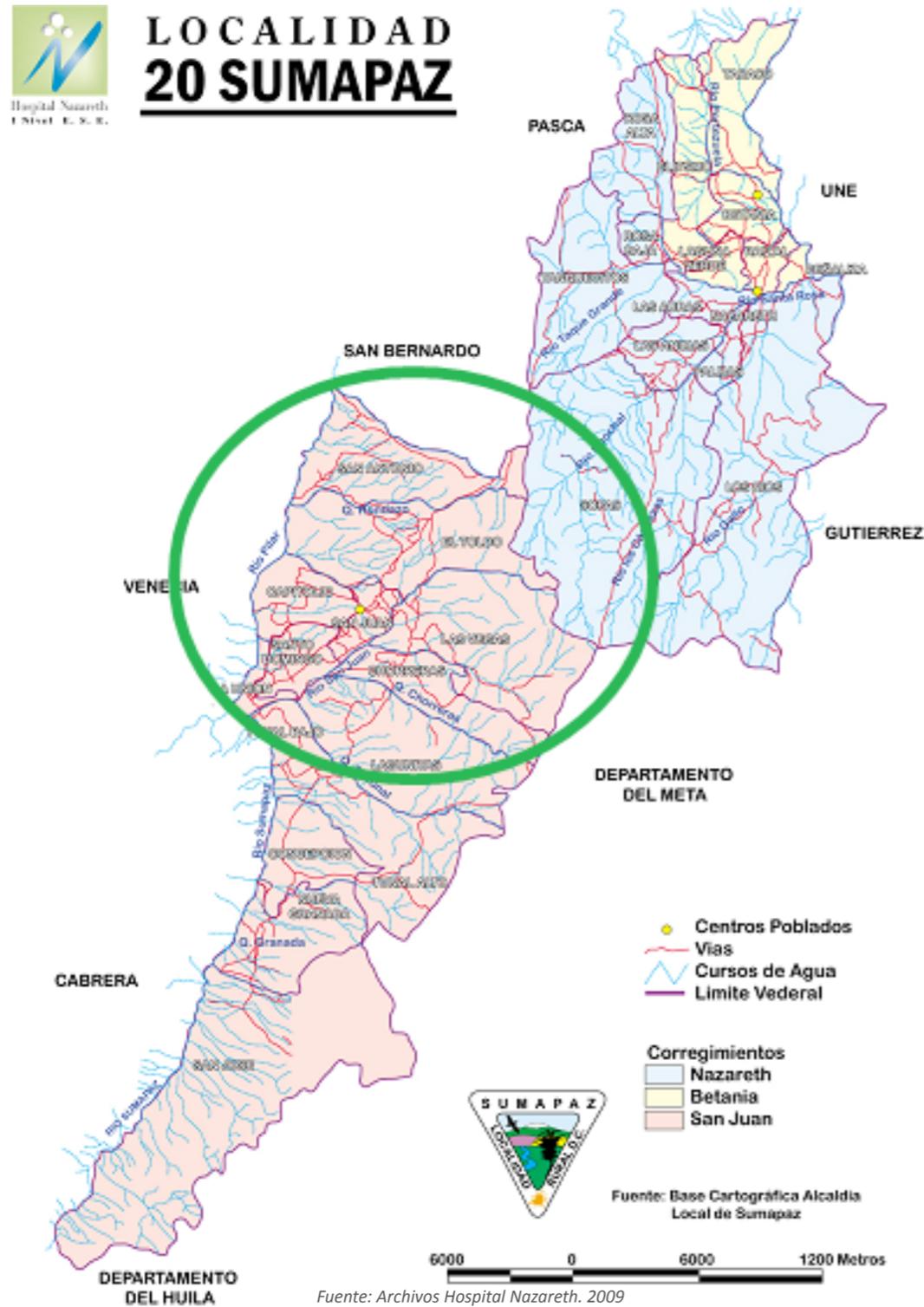
El territorio I es el más afectado en la localidad de Sumapaz en tema de transporte, ya que es el que posee veredas más alejadas del anillo vial, dificultando el acceso de la población a los servicios de salud y demás servicios. El centro poblado de este territorio es Granada y las veredas más lejanas son San José, Granada y Concepción, a las cuales se acceden por carreteras sin pavimentar y por senderos quebrados de herradura. No hay transporte inter veredal lo que obliga a sus habitantes a realizar desplazamientos a centros poblados a pie o en bestia, lo cual genera posiciones contradictorias en la salud de la población, ya que por un lado es una gran dificultad para personas mayores o que poseen algún tipo de discapacidad. Para el acceso de la población habitante de este territorio a Bogotá Urbana, se debe realizar desplazamiento a los centros poblados, en donde se cuenta con buses que realizan el recorrido de ida y vuelta una vez al día.

Por el estado de las carreteras no todo tipo de vehículos puede transitar; es así como un 80% de éstos corresponde a camiones y carros de doble transmisión, que cumplen los requerimientos viales; estos vehículos sólo son utilizados para el transporte de productos agrícolas y ganaderos. El volumen de tráfico no es alto en comparación con el de la zona urbana, por lo tanto la contaminación ambiental por gases es baja. Además, la extensión territorial es demasiado grande para la cantidad de vehículos que se desplazan día a día; sin embargo, los conductores deben manejar con precaución, puesto que al no estar pavimentada tampoco cuenta con ningún tipo de señalización; adicional a esto, las carreteras no tienen buenas definiciones y son angostas. Debido a esto, en curvas se encuentran los vehículos frente a frente, tampoco existen andenes o espacios por donde transite la gente por lo que es normal encontrar peatones transitando sobre la carretera siendo esto un gran factor de riesgo para la ocurrencia de accidentes de tránsito.

3.2. Territorio II

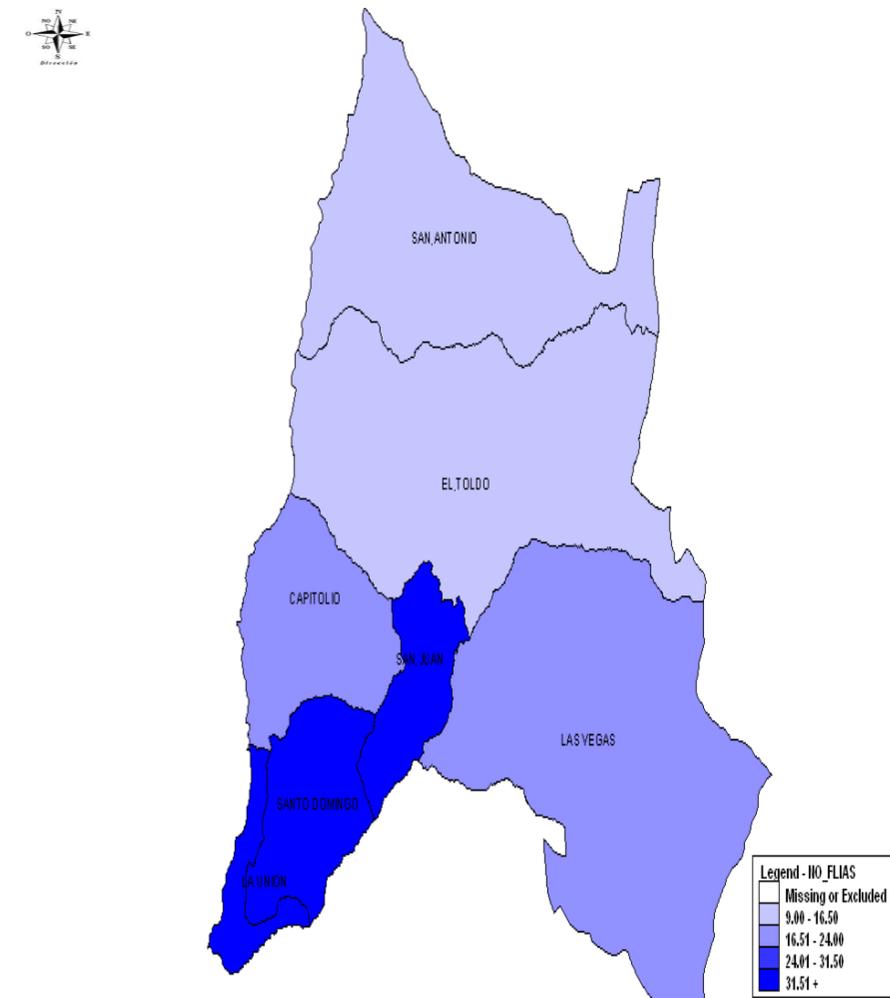
El territorio II pertenece al corregimiento de San Juan y limita al norte con el municipio de San Bernardo, al occidente con el municipio de Venecia, pertenecientes al departamento de Cundinamarca, al nororiente con la vereda Sopas del corregimiento de Nazareth localidad 20 Sumapaz, al suroriente con el departamento del Meta y al sur con las veredas Tunal Bajo y Chorreras del corregimiento de San Juan, Localidad 20 Sumapaz, su extensión abarca 15.416 hectáreas (mapa 12).

Mapa 11. Ubicación geográfica territorio II. Localidad 20 Sumapaz.



El territorio II está ubicado en el corregimiento de San Juan y comprende las veredas de La Unión, Capitolio, Santo Domingo, San Juan, Toldo, San Antonio y Vegas; aledañas a este territorio se encuentran las veredas la Playa y Paquiló, las cuales hacen parte del departamento de Cundinamarca y por sus características de ubicación geográfica, se han adherido históricamente⁴⁰ a las dinámicas sociales del territorio local (mapa 13).

Mapa 12. Distribución por veredas territorio II. Localidad 20 Sumapaz.



Para entender el territorio de Sumapaz es necesario reconocer la trayectoria histórica de su conformación y las características de distribución, las cuales datan de los siglos XVI XVII y comprenden parte del Distrito Capital y municipios de los departamentos de Cundinamarca y Tolima, los cuales eran habitados por las etnias de Sutagaos y Cuindes respectivamente.

Respecto a la parte cundinamarquesa del territorio, en la crónica de Lucas Fernández de Piedrahita, sobre la Conquista de la Nueva Granada, se encuentra que el páramo de Sumapaz

⁴⁰ VARELA MORA, Laura y ROMERO PICON Yuri. *Surcando Amaneceres – Historia de los agrarios de Sumapaz y del Oriente del Tolima*. ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ, Bogotá Sin Indiferencia. Primera Edición Fondo Editorial UAN. Colombia. 2007.

aparece mencionado como el páramo de los Sutagaos, en virtud del grupo aborigen que habitaba y controlaba este vasto territorio. El geógrafo alemán Alfred Hettner hace referencia a este grupo: “... encontramos en el sur de la Cordillera Oriental a los Sutagaos, que fueron separados de los Panches por la cadena montañosa de Tibacuy y en el oriente se extendieron hasta las heladas alturas del Páramo de la Suma Paz. El centro poblado propiamente dicho de los Sutagaos era la región entre el río de la Suma Paz y el río de Pasca... Por su parte los Cuindes y Doas habitaban la parte sur del Tolima y se encontraban bajo el dominio de los Sutagaos”⁴¹

En los Siglos siguientes, las tierras ocupadas por estos pueblos fueron incorporadas como terrenos baldíos del Estado o rematadas y apropiadas por terratenientes⁴². De ello se deriva que las primeras referencias sobre reivindicaciones de tierras en la región, llevadas a cabo en el siglo XX, correspondan a los pleitos entablados por descendientes de los antiguos pobladores indígenas⁴³. La revisión bibliográfica referida a la historia de la localidad, da cuenta de información amplia que describe no solo a la localidad sino a la región, como se evidencia al inicio del documento. Se realizó entrevista al profesor Alfredo Díaz, docente y oriundo de Sumapaz 2010 “...lo que nosotros llamamos territorialmente San Juan, para los primeros colonos esto era Loma Alta, con la Quebrada La Rabona, es decir la cuenca que rodea el corregimiento, lo que hoy en día conocemos como el río San Juan. El nombre La Rabona es dado porque la cordillera tiene la silueta de una mujer boca abajo, entonces los primero viajeros y exploradores alemanes y españoles, cuando vieron la silueta de la quebrada, las compararon con las caderas de ella...

Por su parte, Vegas es uno de los sitios que tiene que ver con el cambio de caballería para los viajeros dueños de la Hacienda...la Olla del Caballo, ubicada cerca de Vegas; es un sitio más trascendental que el mismo Vegas porque allí ellos dejaban los criaderos de caballos y cuando viajaban desde Usme y la Sabana, llegaban a este sitio, haciendo el pare, encontraban los potros... cambiaban así los caballos cansados, tomándose los que estaban en la olla para seguir hacia el plan de Sumapaz... una vez salían de allí, debían pasar por el borde de la quebrada, al cual era... una cuestión impasable... este paso siguiente para ellos era la Vega, ¿que es la Vega tradicionalmente en lo agrario?, pues es algo que produce, en donde se cultiva algo; el llano por ejemplo está dividido entre hacendados y vegueros; los hacendados son los dueños de la tierra y los vegueros son los que trabajan la tierra y le producen al hacendado, logrando así esa comparación. Se llamaba Vegas además, no solo por la quebrada la Rabona, sino por la quebrada que sigue, que es Tasajeras; además de ello, en Vegas hay una planada... en donde se instalaban los campamentos de los aguerridos defensores de la tierra.

La concepción, Santo Domingo y Santa Rosa fueron producto de un cura loco que cambio los nombres Inicialmente Santa Rosa para los pobladores indígenas que estaban en Nazareth se llamaba “Tabornaco” que quiere decir corriente peligrosa... de hecho allí hay una quebrada con este nombre... Este cambio de nombre fue entonces producto de los curas misioneros que aparecen en la región hacia 1915 o 1920; ellos llegaban y donde se paraban ponían el nombre que consideraban; no es claro el porqué de los nombres religiosos; no se sabe cómo se llamó la parte baja de San Juan inicialmente, lo único que se sabe es que por connotación política Capitolio se salvo... allí era la selva alta andina, pero en la lucha por la tierra inicialmente y posteriormente por la lucha de las libertades políticas, Capitolio, por ser selvático, era el sitio en donde se conspiraba contra el Rey, constituyéndose en ese espacio de debate en donde también se generaron y resolvieron pugnas internas del mismo movimiento agrario... era como el Capitolio Nacional.

Averiguando con los veteranos, el Toldo se llama así porque allí es muy húmedo, nunca levanta la nube es muy toldado....San Antonio fue una despensa agrícola muy importante, más importante que Santo Domingo; Santo Domingo era como una reserva.

41 Modificado de: Documento “Guía territorial de la localidad rural No. 20, Sumapaz”. Investigadores Centro Hábitat de la Universidad Nacional de Colombia

42 Archivo General de la Nación. Visitas Cundinamarca, 1776, fl 874 - 993.

43 VARELA, Juan de la Cruz. Apuntes de Mi Vida, Paquiló, s. f. p. 4. Manuscrito.

La unión... uno se respondería porque es el lugar en donde convergen el río Pilar, San Juan y Sumapaz... pero eso no es así, este nombre es dado porque cuando se repartió la tierra, a cada campesino le dieron su tierra más o menos en 1942. La midieron y entregaron a cada familia una unidad agrícola familiar que constituía 100 hectáreas...En la Unión quedo una reserva... además de ser el espacio con mayor flora, estaba el roble, el cedro, etc. Al quedar esta reserva ellos resolvieron solidariamente dejar ese territorio como algo de todos; eso constituía la Unión. Posteriormente algunos campesinos que tenían cerca la finca a esta reserva se fueron metiendo a sacar madera generando inconformidad entre la comunidad, empezando así cada familia a meterse, acabando con la reserva es decir con la verdadera Unión.

Paquiló, tienen un nombre Sutagao es decir indígena; para el indígena, Paquiló era como soporte, donde apoyarse. La playa es porque en la parte alta del río Sumapaz, esta la única parte en donde se ve éste. Las Águilas por la presencia de esa especie.

La Totuma es porque si uno se para en el Pico del Águila o en el Crucero... en cualquier lado se ve la forma exacto de una totuma... lo que tiene forma de totuma le dio origen al resto... a la cuenca hídrica que rodea la Totuma se le llamaba el Arroz y el Pedregal tiene su nombre por las rocas y piedra que lo caracterizan... aunque la Totuma Alta geográficamente es la Totuma Baja y la baja es la alta...Son esas contradicciones que uno no entiende.

El Duda... la cuenca del Duda que corresponde al Meta...uno donde va para el Duda debe pasar en el Pico de la Alegría, La Esperanza, Aguas Claras, Quebradas Blancas, Los Tambos, Palmar, El Sinaí, etc.... pero básicamente el Duda tuvo su connotación en la primera agresión que le hizo el Estado a los campesinos del oriente del Tolima y del Sumapaz, el Duda era algo desconocido, impenetrable es decir, cualquiera que vaya al Duda sabe porque le llaman así...no hay sino una sola entrada y una sola salida, porque el resto es una cuenca inhóspita... convirtiéndose en refugio, en donde efectivamente la tropa no tenía las condiciones actuales para ingresar... tanto que fueron 46 años en los cuales no se ingresó.. Se le llama también la “Cueva de los Facinerosos”. Para los primeros habitantes allí existe el río Bravo como afluente principal”.

En este territorio se encuentran veredas pertenecientes al páramo alto andino, con características climáticas más cálidas, en comparación con a las veredas ubicadas en el páramo alto como San Juan; esto conlleva a que la presencia de plagas sea más frecuente. Tal es el caso de las veredas La Unión y Santo Domingo cuya temperatura oscila entre 10-22 grados centígrados.

Las referencias encontradas evidencian que gran parte del territorio hace parte del páramo, que se caracteriza por poseer un clima más frío, lo que dificulta cultural y biológicamente la proliferación de especies vegetales productivas, aunque es posible implementar alternativas de diversificación. Los ríos San Juan y Pilar fluyen en inmediaciones de la vereda La Unión, vertiendo sus corrientes en la cuenca del río Sumapaz; cada uno de estos ríos tiene un buen número de cursos tributarios, constituyendo la red hídrica en un conjunto de 644 Km de extensión.

Como reservas forestales distritales en la Localidad 20 Sumapaz se encuentran: el Sumapaz, las Vegas, el área de restauración las Vegas, San Juan, Alto San Juan, Quebrada Honda, San Antonio. Esta categoría se acogerá al siguiente régimen de usos: conservación de flora y recursos conexos, forestal protector, recreación pasiva, rehabilitación ecológica, investigación ecológica, agro forestaría, vivienda campesina, construcción de infraestructura básica para los usos principales y compatibles. Estos usos quedan sometidos al cumplimiento de los siguientes requisitos: forestal protector-productor y productor; localización fuera de las principales áreas de recarga del acuífero, nacederos y rondas hidráulicas, las cuales deben estar bajo cobertura vegetal protectora; localización por fuera de suelos propensos a deslizamientos o desprendimientos en masa; localización por debajo de los 3.200 msnm, y no reemplazar la vegetación leñosa nativa.

Sumapaz tiene una extensión total de 75.761 hectáreas (Ha), todas ellas clasificadas como suelo rural, de las cuales 34.556 Ha corresponden a suelo protegido. Esta localidad no cuenta con terrenos catalogados como suelo urbano ni suelo de expansión y es la localidad con mayor extensión en el Distrito⁴⁴. El territorio II por su parte comprende un total de 15.416 Ha, es decir el 20% de la localidad.

La población se encuentra dispersa en las partes altas (veredas el Toldo y San Antonio) dónde la distancia entre casa y casa representa varios kilómetros y por tanto horas de camino entre una y otra, encontrándose la población más concentrada en los pequeños valles como Santo Domingo, San Juan y la Unión. No obstante que el páramo está escasamente poblado en números absolutos, ha llegado sin embargo al límite de la capacidad de resistencia del suelo, en cuanto a la capacidad máxima de densidad poblacional posible, lo que implica que el páramo es la región geográfica del país mayormente devastada y destruida.⁴⁵

Los principales determinantes socio-ambientales presentes en la localidad 20 son los siguientes: patrones socio-culturales que conllevan a una percepción de la salud desde un enfoque resolutivo de la enfermedad, generando apatía hacia los modelos de promoción y prevención, estratificación socioeconómica I y II, ausencia de una reglamentación de ordenamiento territorial clara (unidades de planeación rural), la cual dificulta la formulación y ejecución de proyectos, dificultades de acceso debido a las condiciones geo-topográficas y de ubicación territorial.

Dichos determinantes contribuyen con la aparición de problemáticas de salud ambiental, como poco abastecimiento de agua potable y saneamiento inapropiado, viviendas y hábitat en riesgo, contaminación del aire, cambio climático drástico que altera el ecosistema, humo de tabaco y leña, uso indiscriminado de productos químicos y riesgos ocupacionales. La influencia de dichos determinantes está relacionada con la presentación de enfermedades de tipo biológico y/o físico

El territorio II cuenta con un factor protector de distribución demográfica, ya que en este se encuentran dos asentamientos mayores o centros poblados (San Juan y La Unión), lo cual facilita el acceso y la disponibilidad de los centros de salud, así como la de otros servicios públicos. Sin embargo existen veredas lejanas ubicadas en zonas marginales, donde la cobertura en servicios públicos y sistemas de saneamiento básico, son limitados.

Los acueductos comunitarios presentes en este territorio aunque presentan una leve mejora en su funcionamiento y administración en general, no garantizan suministro de agua potable para sus usuarios (tabla 40).

Tabla 40. Distribución de acueductos territorio II. Localidad 20 de Sumapaz.

ACUEDUCTO	DESCRIPCIÓN GENERAL	IRABA (%) pp	CLASIFICACIÓN NIVEL DE RIESGO A LA SALUD
San Juan	Parte de la estructura física se encuentra en mal estado, tubería averiada a la entrada de la planta y los tanques, algunos de los accesorios han cumplido su tiempo de operación. Cuenta con 35 puntos de suministro. Su cuenca abastecedora: Quebrada Paso ancho.	65	ALTO
Aguas Claras (Santo Domingo-La Unión)	Este acueducto cuenta con 200 puntos de suministro aproximadamente, posee contadores para una tarifa mensual de \$4.000, su fuente de abastecimiento es la quebrada La Rabona. Cuenta con planta compacta pero en el momento está suspendida por disminución de presiones en la red al entrar a la planta.	65	ALTO
Asociación de usuarios Amigos del Páramo (Toldo-San Antonio)	Este acueducto no ha sido entregado en su totalidad por la firma contratista cuenta con 105 puntos de suministro aproximadamente, posee contadores para una tarifa mensual de \$2.000 su fuente de abastecimiento es la quebrada Anda Bobos, tiene planta compacta pero en el momento está suspendida por no estar totalmente habilitada la red.	98	ALTO
Asociación de Usuarios del Acueducto (Vegas)	Este acueducto cuenta con 42 puntos de suministro, no posee contadores y se maneja una tarifa mensual de \$.2000, su fuente de abastecimiento es la quebrada Tasajeras. Cuenta con insumos para el mantenimiento y tratamiento.	65	ALTO

Fuente: Equipo Énfasis Salud Ambiental localidad 20 de Sumapaz, Hospital Nazareth 2010.

En la actualidad el acueducto de Toldo y la Unión no se encuentran funcionando, por tanto recurren a los pozos de agua como fuente abastecedora. El equipo de vigilancia ha identificado 48 pozos de agua en las veredas de este territorio.

La vocación agrícola en el territorio II es notable; gran parte de los sistemas de mono-cultivo de papa presentes en el territorio recurren a métodos químicos de fertilización, fumigación, insecticidas, con el propósito de obtener altos rendimientos en sus cosechas., la implementación del proyecto Sistemas Productivos Saludables, surgió como una respuesta para sensibilizar a la comunidad frente al daño que se produce en los suelos, fuentes hídricas y en la propia salud del agricultor, cuando se utilizan productos químicos altamente tóxicos de manera indiscriminada. Existen factores que actualmente generan contaminación sobre las fuentes de agua de la localidad, tales como el vertimiento de residuos líquidos producto del empleo permanente de agroquímicos, y de residuos sólidos provenientes de la disposición inadecuada de excretas y basuras, lo que representa una amenaza para la salud de la comunidad.

Otro de los problemas ambientales que causa gran impacto sobre las fuentes de agua lo constituye la deforestación, la tala y quema de la vegetación nativa de páramo y bosque de niebla. Lo anterior limita en forma drástica el almacenamiento y la infiltración de agua, con lo que se produce una disminución e incluso desaparición de los caudales. Adicionalmente, se presentan problemas de contaminación por elementos físicos originados en la erosión y por material orgánico proveniente de las aguas servidas que se vierten indiscriminadamente, así como por cuenta de la infiltración y escorrentía de sustancias químicas como pesticidas y abonos orgánicos, empleados en la agricultura. En el corregimiento de San Juan se encuentra contaminado el río que recibe el mismo nombre; la situación no es diferente para las aguas subterráneas, debido a que las plantas que reemplazan la vegetación nativa no contribuyen con la infiltración de agua⁴⁶.

44 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Recorriendo Sumapaz. Departamento Administrativo de Planeación Distrital y Secretaría de Hacienda. 2006.

45 OSPINA RODRIGUEZ. Mariano. El páramo de Sumapaz un ecosistema estratégico para Bogotá. Sociedad geográfica de Colombia. 2003

46 Hospital Nazareth, Op Cit. loc

El manejo de sustancias químicas en el territorio está definido por la identificación de 10 bodegas de agroquímicos; las características de estas bodegas corresponden a pequeñas construcciones en madera, ubicadas al borde de carretera donde de los agricultores almacenan la cosecha de papa, las semillas a utilizar para la próxima siembra y los productos para fumigación y fertilización de los cultivos. Dichas construcciones no cumplen con gran parte de las exigencias higiénico sanitarias, de señalización, salud ocupacional u elementos de seguridad. Adicionalmente, se han identificado dos (2) expendios de combustible, los cuales operan en las viviendas y en las cuales almacenan la gasolina o diesel en galones y son mantenidos en bodegas rudimentarias, que no cumplen con las especificaciones locativas y de seguridad.

Por su parte, la contaminación del aire y efectos perjudiciales de los rayos UV en la salud de los pobladores, está determinado por las familias que utilizan leña como fuente de combustible en el área de cocina, situación que trae como consecuencia la presentación de patologías respiratorias agudas y crónicas; del total de familias del territorio, el 72% de familias llevan a cabo estas prácticas. Las etapas de ciclo vital más afectadas son las mujeres adultas, adulto y persona mayor, ya que son ellas quienes permanecen la mayor parte del tiempo en el área de preparación de alimentos.

Como fuentes estacionarias de contaminación atmosférica se reconocen las viviendas, debido al consumo generalizado de madera como combustible para cocinar. A su vez, dentro de las fuentes móviles de contaminación, se identifican los vehículos pesados que funcionan con combustible diesel, generando humos y otras sustancias producto de la combustión, además de polvo y partículas como producto de su movilización⁴⁷.

La exposición directa a rayos UV-A y UV-B afecta principalmente a los ciclos infancia y juventud. Esto se debe al no uso de elementos de protección solar y a la falta de cultura en la aplicación de protectores y sustancias humectantes. La cultura del uso de sombrero está arraigada en los ciclos de adulto y persona mayor, pero en el caso de niños y jóvenes, las tendencias de moda van en contra del uso de estos elementos. La prevalencia de dermatitis por quemaduras solares, terigios y conjuntivitis asociadas a la exposición solar es alta. Esta problemática se presenta con mayor incidencia en los territorios 1 y 2 debido a su ubicación geográfica (altura en msnm) donde la disposición de los rayos UV-A y UV-B afecta directamente a los habitantes.

El territorio II, no cuenta con un sistema de recolección de basuras organizado, sin embargo, debido a que las distancias inter veredales son menores y un número importante de familias habitan en los centros poblados, las volquetas dispuestas por la Alcaldía Local cubren un mayor número de veredas. A pesar de ello, un alto porcentaje de familias continúa utilizando prácticas de disposición de basuras como la quema, el enterramiento o la disposición en zonas abiertas. Además, en los centros poblados se concentra un volumen de residuos sólidos superior al de las veredas lejanas, lo cual favorece la presencia de vectores. En las veredas lejanas la presencia de plagas es menor aunque no ausente.

Los sistemas de construcción de viviendas de los centros poblados en el territorio II son más seguros que aquellas de las veredas marginadas; esto se debe a que los procesos de asentamiento y de topografía de estos centros han contado con mayor asesoría técnica que las construcciones artesanales presentes en las veredas más lejanas. En las veredas lejanas como Vegas, Capitolio, Toldo y San Antonio se ha identificado el mayor número de viviendas en riesgo, 35 aproximadamente, principalmente asociado a riesgos de remoción en masa o colapso estructural. También es importante mencionar la inoperancia de los sistemas de recolección de aguas servidas (pozos sépticos), generando rebosamiento y malos olores en muchos casos. Las condiciones locativas y sanitarias inadecuadas han generando riesgo de contaminación ambiental directa o indirecta

El modelo de provisión de alimentos en la localidad presenta algunas dificultades relacionadas con: inadecuadas prácticas de preparación y manipulación de alimentos, poca corresponsabilidad con el auto cuidado y la salud, deficiente comercialización, grandes distancias a centros de abastecimiento, y limitado acceso geográfico. El muestreo de alimentos para su análisis fisicoquímico y microbiológico, muchas veces se dificulta debido al bajo volumen de mercadeo en los establecimientos comerciales. El alto número de unidades por muestra, genera rechazo por parte de los propietarios, pues en ocasiones esto representa la totalidad de la oferta que mantienen en sus despensas. Algunas particularidades del territorio II tienen que ver con el hecho de que en los centros poblados y sus veredas aledañas, la disponibilidad y el acceso a los alimentos es mejor en cuanto a calidad y salubridad. Esto se debe a que los vehículos que abastecen la zona arriban en primer lugar a estas poblaciones garantizando que allí se vendan productos más frescos. Por otra parte, en los centros poblados se encuentran expendios minoristas, restaurantes particulares, panaderías y fruterías cuyas condiciones de infraestructura e higiénico sanitarias son superiores a las de las veredas lejanas como Toldo, San Antonio, Vegas y Capitolio.

Las condiciones higiénico sanitarias en edificaciones como las escuelas son inadecuadas en el territorio II; se tienen identificadas siete (7) escuelas, cuyas características dan cuenta de la presencia de determinantes medioambientales que pueden inferir negativamente en el bienestar, seguridad y salud de la comunidad educativa (Tabla 41).

⁴⁷ Ibid.

Tabla 41. Concepto sanitario de establecimientos educativos, territorio II. Localidad de Sumapaz.

Establecimiento Educativo	Debilidades Higiénico Sanitarias	Concepto Sanitario
Gimnasio del Campo Juan de la Cruz Varela Sede San Juan.	Se reitera la solicitud de reforzamiento estructural de las aulas de clase, corregir grietas y humedades en paredes, es necesario cambiar tabletas de los pisos pues se encuentran rotas, reemplazar vidrios rotos, el área de juegos mecánicos requiere mantenimiento, al igual que el baño de los niños y el orinal del baño de los niños. La cocina se debe pintar con pintura de aceite, el techo debe ser de material sanitario, el área de restaurante presenta humedad, la cual debe ser solucionada, el extintor debe estar cargado y vigente y el botiquín de primeros auxilios se debe dotar.	Pendiente, condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.
Gimnasio del Campo Juan de la Cruz Varela Sede Santo Domingo.	Se reitera la solicitud de reforzamiento estructural en salón de preescolar por inclinación de pared, cambiar los vidrios que se encuentran rotos, realizar mantenimiento al lavamanos de los niños, el techo de la cocina debe ser de material sanitario que facilite su limpieza, se requiere cambio de muebles de restaurante pues se evidencia deterioro, el extintor debe ser recargado y ubicado en un lugar visible, por ultimo mejorar la dotación del botiquín de primeros auxilios	Pendiente, condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.
Gimnasio del Campo Juan de la Cruz Varela Sede Capitolio.	El aula de clase requiere solucionar problema de humedad en las paredes, colocar vidrio faltante en la ventana; respecto a instalaciones sanitarias, el baño de las niñas debe ser reparado, se debe mejorar la dotación de elementos de aseo personal, el área de restaurante requiere cambio de vidrios rotos y de baldosas pues también se encuentran rotas, se debe terminar la construcción del plan de emergencias escolar, colocar señalización de toda la institución, recargar el extintor y ubicarlo en un lugar visible, mejorar la dotación del botiquín de primeros auxilios y apoyar la campaña de espacios 100% libres de humo.	Pendiente, condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.
Gimnasio del Campo Juan de la Cruz Varela Sede La Unión.	Se solicita la ampliación estructural del plantel, pues las aulas son insuficientes para el número de alumnos con que cuenta y las que se tienen de manera provisional no cumplen con las condiciones adecuadas para su funcionamiento; las instalaciones sanitarias requieren mantenimiento en general puesto que el orinal y los lavamanos de los baños, tanto de las niñas como los niños presentan deficiencias; se deben cambiar vidrios rotos y colocar los que hacen falta en los ventanales de restaurante y comedor; de la misma manera, se debe mejorar la dotación de elementos de aseo personal y del botiquín de emergencias. Por último se exige la recarga del extintor y que su ubicación sea en un lugar visible y señalizado.	Pendiente, condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.
Gimnasio del Campo Juan de la Cruz Varela Sede Toldo.	Se reitera solicitud de corregir el problema de humedad en paredes de toda la institución, mantenimiento de las unidades sanitarias para poner en servicio el baño de las alumnas y arreglar el lavamanos, mantener dotación de elementos de aseo personal; es necesario cambiar los vidrios que se encuentran rotos, se requiere mantener extintor cargado y ubicado en un lugar visible de fácil acceso.	Pendiente, condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.
Gimnasio del Campo Juan de la Cruz Varela Sede San Antonio.	Cambiar tabla rota del aula de clases, colocar vidrios faltantes y cambiar los rotos en la misma aula, realizar mantenimiento al lavamanos de las niñas, el techo de la cocina debe ser de material sanitario que facilite su limpieza, el extintor debe permanecer cargado, señalizado y ubicado en un lugar visible y de fácil acceso.	Pendiente, condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.

Establecimiento Educativo	Debilidades Higiénico Sanitarias	Concepto Sanitario
Colegio Erasmo Valencia Sede Vegas.	Se solicita ampliación del establecimiento ya que el espacio es insuficiente para la cantidad de alumnos; mantenimiento de pisos de algunas de las aulas por encontrar tablados sueltos, solucionar problema de humedades, de iluminación y cambio de vidrios rotos en algunos de los ventanales, se requiere mantenimiento en el área de juegos, mantenimiento general de áreas sanitarias, también se solicita recarga de extintores, dotación de botiquines y de aseo personal.	Pendiente, condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.

Fuente: Equipo Énfasis Salud Ambiental localidad 20 de Sumapaz, Hospital Nazareth 2010.

Por su parte, los salones comunales identificados y de los cuales el Hospital Nazareth cuenta con una evaluación de las condiciones higiénico sanitarias son tres (3), ubicados en las veredas de la Unión, Santo Domingo y San Juan (Tabla 42).

Tabla 42. Concepto Sanitario de Salones Comunales, territorio II. Localidad de Sumapaz.2010

Salón Comunal	Debilidades Higiénico Sanitarias	Concepto Sanitario
La Unión	-Plan de respuesta ante emergencias (no existe señalización, no cuenta con extintor de incendios ni botiquín de primeros auxilios)	Pendiente
Santo Domingo	-Condiciones locativas (agrietamientos y humedades en los salones). -Instalaciones Sanitarias en mal estado.	
San Juan	-Es una construcción nueva, que cumple con todos los requerimientos sanitarios.	Favorable

Fuente: Equipo Énfasis Salud Ambiental localidad 20 de Sumapaz, Hospital Nazareth 2010.

A continuación se presenta una relación de los establecimientos comerciales y restaurantes por concesión sujetos a vigilancia sanitaria, que se tienen identificados en las veredas que conforman el territorio II:

Dos (2) panaderías, una (1) frutería, diez (10) expendios minoristas, cinco (5) restaurantes particulares, dos (2) expendios de carne y siete (7) comedores escolares (restaurantes por concesión) es decir 1 por cada vereda.

Los restaurantes particulares identificados en el territorio, son administrados por amas de casa, que preparan desayunos, almuerzos y comidas caseras por encargo; debido a esto, las instalaciones de estos establecimientos son principalmente comedores familiares rurales, los cuales no cumplen con algunas de las exigencias higiénico-sanitarias que verifica el referente de línea. Los expendios de carne ubicados en los centros poblados, cuentan con equipos básicos para la comercialización de la carne, pero persisten muchas debilidades relacionadas con los materiales de pisos, paredes y mesones, así como la apropiación de prácticas de higiene y manipulación de alimentos.

Los problemas que afectan principalmente a este territorio en el tema de acceso, manipulación y consumo de alimentos son: disminución de capacidad de autoconsumo y autoabastecimiento, prácticas deficientes de autoconsumo y baja capacidad de adquisición de alimentos en el territorio. El problema de la baja capacidad de adquisición de alimentos, está relacionado con la situación económica. Adicionalmente, en el territorio no hay regulación de precios y medidas, de tal modo que por el mismo dinero se puede estar comprando menos producto. 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 se está disminuyendo todavía más la práctica de producir para el autoconsumo. Esta baja capacidad de adquisición de alimentos afecta principalmente a las veredas alejadas de los centros poblados. En las veredas San Juan, La Unión y Santo Domingo, la disponibilidad, acceso y condiciones de higiene y salubridad de los alimentos es mejor, debido a que allí los volúmenes de comercialización son más altos.

En cuanto a la tenencia de animales, en el territorio II existe un censo aproximado de población canina de 310 y felina de 34. Por tratarse de un territorio donde se presenta mayor concentración demográfica en los centros poblados, las condiciones de tenencia de animales varía un poco en relación con el primer territorio descrito; sin embargo, las condiciones de tenencia en las veredas más lejanas no varían. En los centros poblados, los caninos son mantenidos como mascotas que permanecen la mayor parte del tiempo en las calles. Durante el año 2010 se registraron tres (3) eventos de agresión animal y una exposición rábica. La tenencia de mascotas en los centros poblados varía un poco en relación con las veredas lejanas. En términos generales se han identificado problemas de tenencia responsable, asociadas a inadecuadas condiciones sanitarias, mala alimentación, maltrato e infestación por piojos y pulgas. Las condiciones en las que son mantenidos los animales en la localidad de Sumapaz, difieren en gran manera de aquellas identificadas en las zonas urbanas del Distrito. Un alto porcentaje de familias cuenta con unidades pecuarias como base de su actividad económica, principalmente sistemas de ganadería extensivas o semi intensivas.

Otros sistemas de producción comunes son la porcicultura y la avicultura en escala artesanal. Estas explotaciones pecuarias frecuentemente son mantenidas en regulares condiciones de higiene y salubridad, lo cual se constituye como un riesgo biológico para la salud de quienes manipulan a los animales de la granja, así como la de los consumidores finales de estos animales. En términos de espacio, las fincas cuentan con enormes zonas abiertas, lo cual garantiza que las mascotas cuenten con suficiente espacio para el desarrollo de su bienestar emocional; sin embargo se han identificado caninos que habitan al interior de la vivienda en deficientes condiciones higiénicas. Otros problemas identificados son estado de desnutrición crónica, alta incidencia de infestación de ectoparásitos, deficientes condiciones de aseo, cúmulo de excretas en las zonas aledañas a las viviendas. Cabe mencionar casos de maltrato físico y psicológico a las mascotas, ejemplo de ello es la adopción de métodos de control poblacional que consisten en el sacrificio o ahogamiento de camadas de cachorros que no son deseadas⁴⁸.

En el territorio II habitan 858 personas distribuidas en 172 familias y su distribución por veredas está relacionada en la tabla 43.

Tabla 43. Distribución de la población por veredas territorio II. Localidad 20 de Sumapaz. 2010.

VEREDA	No FAMILIAS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
LA UNION	34	74	79	153
VEGAS	19	40	65	105
SAN JUAN	39	107	147	254
SAN ANTONIO	9	19	23	42
TOLDO	15	38	31	69
CAPITOLIO	20	41	51	92
SANTO DOMINGO	36	68	75	143
Total general	172	387	471	858

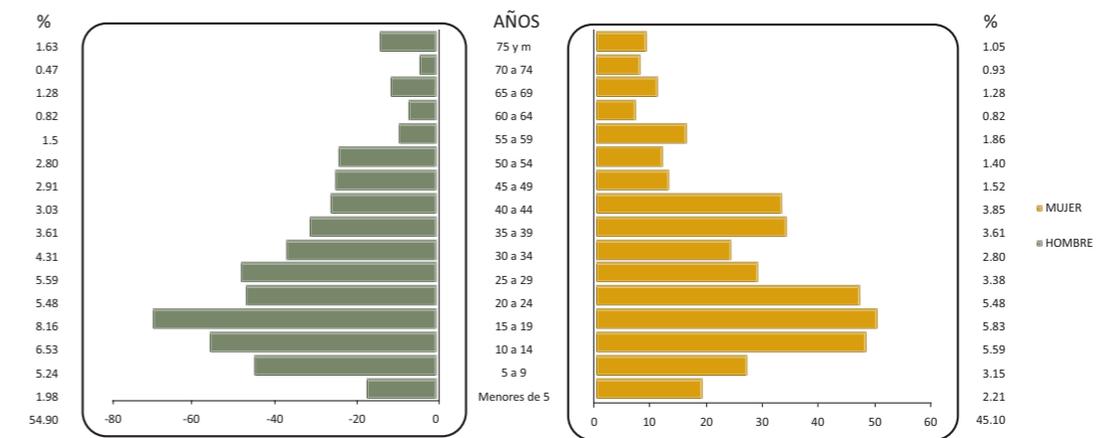
Fuente: Sistema de Seguimiento Unificado Integral del Modelo del Servicio de Salud de Sumapaz Hospital Nazareth 2010.

48 Informes trimestrales Énfasis Ambiente. Hospital Nazareth.

La pirámide poblacional correspondiente al micro territorio II, muestra una alta prevalencia de población joven en edades comprendidas entre 15 a 19 años en ambos sexos, indicando una alta demanda de programas de educación primaria, secundaria y carreras tecnológicas y universitarias, al igual que a acceso a programas de educación sexual.(Figura 5).

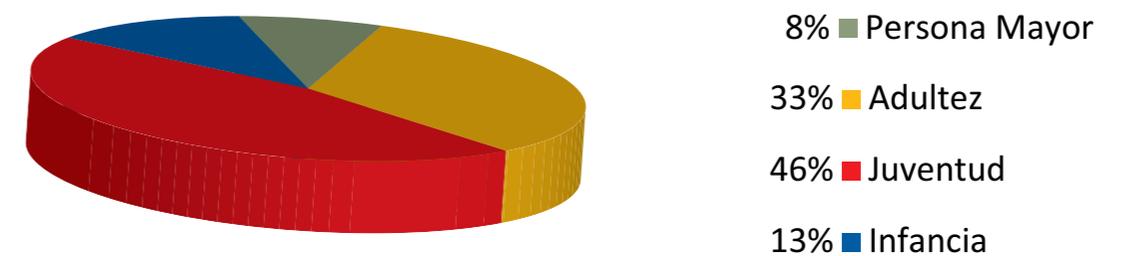
En el territorio II, el 33.1% de su población pertenece o se encuentra en la etapa de ciclo adulto y el 46% en etapa de ciclo de juventud, lo cual lo hace una población joven y productiva con altos requerimientos de educación y trabajo (Gráfica 48).

Figura 5. Pirámide Poblacional territorio II. Localidad de Sumapaz 2010.



Fuente: Sistema de Seguimiento Unificado Integral del Modelo del Servicio de Salud de Sumapaz Hospital Nazareth 2010.

Gráfica 48. Distribución de la población por etapa de ciclo vital territorio II. Localidad de Sumapaz 2010.



Fuente: Sistema de Seguimiento Unificado Integral del Modelo del Servicio de Salud de Sumapaz Hospital Nazareth 2010.

La gráfica anterior demuestra que en la distribución de población existe diferencia entre individuos de etapas del ciclo vital juventud y adultez con un 79.1% e infancia y persona mayor con un 20.9% del total de la población; lo anterior da cuenta de la presencia de un mayor número de individuos económicamente y productivamente activos en el territorio. "Al constituirse la producción agropecuaria en la base de la economía familiar, ésta determina el rol de cada miembro de la familia donde cada uno cumple funciones específicas: la mujer se encarga del cuidado de la casa, de sus hijos, del cuidado de animales domésticos, elaboración artesanal de queso, administración de negocio familiar, alimentación de obreros y en ciertos casos participa en actividades propias del

*cultivo. Los hijos cumplen una función de apoyo en las actividades domésticas y agropecuarias y los que superan los 13 años trabajan como jornaleros en cultivos diferentes a los de su familia. Los hombres cabeza de hogar y adultos en general son quienes se encargan de todas las labores del cultivo, la ganadería, la comercialización de los productos, jornalear o conseguir obreros y trabajar en obras de construcción.*⁴⁹. En este sentido, se debe señalar que las acciones dispuestas por los entes centrales del Distrito, están comúnmente orientadas al bienestar de las etapas del ciclo vital infancia y persona mayor. Por su parte la adultez y la juventud no se visibiliza, lo que genera la escasez de datos e indicadores a nivel distrital que den cuenta de las condiciones de vida de esta etapa, desconociendo los enfoques de ciclo diferencial y de derechos sobre los cuales están puestas las acciones en salud y bienestar generadas por los entes gubernamentales y estatales.

Si bien las dinámicas poblacionales están permeadas por situaciones que históricamente han definido la localidad como espacio geográfico y social y cuyas vivencias atraviesan transversalmente las formas de relacionarse de los habitantes, existe una diferencia marcada particularmente por las condiciones geográficas y políticas entre los corregimientos; curiosamente después de posibilitarse el proceso de división territorial generado por la proyección de implementar el proceso de Gestión Social Integral, es posible evidenciar una diferencia aun más marcada entre territorios, definida por las condiciones de accesibilidad, producción, consumo y características geográficas.

Estas particularidades que le dan sentido desde lo simbólico a los territorios también marcan los desarrollos del ciclo vital, afectando e impactando de forma diferencial a cada una de las etapas del ciclo. Por esta razón se describen a continuación estos desarrollos, teniendo en cuenta el análisis a la luz de los determinantes sociales en salud por etapa del ciclo.

3.2.1. Infancia

El territorio II cuenta con un total de 108 niños y niñas⁵⁰ entre los 0 y 9 años; el desarrollo de la etapa en este territorio está determinado por aspectos diferenciales asociados a condiciones de acceso, habitabilidad, habituación, capacidad de interacción con otros y movilización social, que condicionan las formas de vida desde el momento de la gestación, etapa en la cual el crecimiento fetal y desarrollo del recién nacido está permeado por las condiciones nutricionales, sociales y emocionales de la madre.

Entre los principales factores de determinan el desarrollo integral de niños y niñas se debe mencionar la situación de inseguridad alimentaria desde la gestación, relacionada con patrones de consumo inadecuados y dificultades en el aprovechamiento biológico. Los hábitos alimenticios de la población se caracterizan por el excesivo consumo de carbohidratos, condicionado por las prácticas culturales alimenticias del territorio, el cual es predominantemente agrícola, aspecto que favorece el consumo de papa, arepas, entre otras harinas, que terminan por definir factores de riesgo asociados al sobrepeso durante la gestación, las cuales pueden tener un impacto negativo para el feto, en la medida en que existen investigaciones que lo asocian con los partos prematuros (antes de las 35 semanas), mortalidad fetal, defectos en el tubo neural, diabetes gestacional y pre eclampsia, las cuales pueden ocasionar retrasos en el desarrollo del feto e incluso hasta su muerte⁵¹. Por su parte el bajo consumo de proteína tiene un impacto directo en el desarrollo biológico del feto.

49 HOSPITAL NAZARETH. *Diagnostico Local de Salud con Participación Social*, 2008.

50 Base de datos actualizada por equipo de promotores del ámbito familiar. 2010

51 www.embarazo10.com, revista médica *Pediatrics*. Diciembre de 2005. Estudio realizado por la Universidad estatal de Ohio y el Instituto Nacional de Salud Norteamericano. Y www.mundobebe.com, referencia estudio realizado por Germán Rojas Walls. *Gineco – obstetra*. Instituto mexicano del seguro social.

Adicionalmente, existen patrones culturales que hacen que para las madres lactantes no sea de vital importancia la lactancia exclusiva hasta los seis meses y adicional a esta situación existe una inadecuada transición a la alimentación complementaria, generando problemas nutricionales desde la primera infancia. Los aspectos mencionados anteriormente han definido condiciones de inseguridad alimentaria para los niños y niñas del territorio II, asociadas principalmente a las características del consumo, enmarcadas por los inadecuados hábitos alimenticios y por condiciones histórico-culturales relacionadas con la ingesta excesiva de carbohidratos.

Durante el año 2010 Sisvan escolar notificó 12 niños y niñas menores de 10 años en riesgo de desnutrición global. Cuatro de estos niños fueron detectados en la vereda San Antonio, tres en Vegas y San Juan respectivamente, uno en Santo Domingo y uno en la Unión.

Los estudiantes de este territorio durante el primer semestre del 2010 presentaron un promedio de placa bacteriana del 21%, 12 de estos estudiantes presentaron prioridad odontológica alta con enfermedad en tejidos duros, enfermedad pulpar y periodontal, 45 estudiantes se encontraron en prioridad odontológica media indicando actividades de Promoción y Prevención y operatoria en no más de tres dientes y 70 estudiantes en prioridad baja, lo cual indica niños odontológicamente sanos los cuales únicamente requieren actividades de promoción y prevención.

A la actividad agrícola se vincula a la totalidad de miembros de la familia. Desde temprana edad a niños y niñas les son delegadas actividades laborales, evidenciadas como formativas y como herramienta para la transmisión de valores de generación en generación. Es así como los niños apoyan las labores de recolección y en menor medida las de pastoreo y las niñas aquellas relacionadas con el traslado de alimentos hacia los cultivos en los cuales se desempeñan los obreros, así como la del ordeño y la elaboración de quesos y otros productos derivados de la leche. En su mayoría la producción agrícola generada en el territorio II se destina al comercio y en un menor grado al consumo familiar.

Por lo general, todos los miembros de la familia se involucran en las tareas inherentes a la agricultura, sin ser excepción las mujeres en etapa de gestación, quienes se exponen a múltiples factores de riesgo en el trabajo, asociados a la manipulación de cargas de manera inadecuada con pesos superiores a los permisibles, adopción de posturas mantenidas y prolongadas, movimientos repetitivos durante sus jornadas de trabajo y exposición a factores de riesgo químico ya que son las encargadas del cuidado de la alimentación de los trabajadores, lo que implica ingresar a los cultivos durante las jornadas de aplicación y lavado de ropa que usan sus esposos durante estas jornadas. Adicionalmente es necesario mencionar las malas prácticas agrícolas que se evidencian en el gremio agricultor en relación con sus hábitos de higiene y aseo después de las jornadas de trabajo lo cual contribuye a una mayor exposición. La adopción temprana de roles laborales en condiciones no seguras, interfieren en el desarrollo biopsicosocial de los niños y niñas. Con frecuencia, la adopción del rol laboral en niños y niñas acarrea sobrecargas a las que se exponen sus estructuras corporales, como producto de la vinculación temprana al trabajo, las cuales terminan por determinar condiciones de enfermedad crónica y osteomuscular, frecuentemente observadas en adultos jóvenes, lo que demanda de la implementación de acciones preventivas y promocionales, tendientes a mitigar los riesgos ocupacionales asociadas a la actividad agrícola. Otro de los factores asociados a la vinculación temprana de niños y niñas al trabajo se relaciona con el interés de tener acceso a dinero, como consecuencia de las condiciones socioeconómicas desfavorables evidenciadas en los hogares y de la intención de aportar o de tener capacidad adquisitiva.

Durante el año 2010 se caracterizaron en este territorio seis niños y niñas trabajadores de los cuales el 66.6% pertenecen al sexo masculino, el 100% se dedica a la agricultura en la siembra, cultivo y recolección de alimentos. En este grupo de edad se presentó un solo accidente causado

por cortadura. 50% de estos niños y niñas trabajadores pertenecen al régimen de afiliación en salud subsidiado y el otro 50% vinculado.

Las características de los acueductos del territorio, descritas al inicio del documento, determinan dificultades para garantizar el acceso a agua potable y condiciones higiénico sanitarias inadecuadas en los hogares, lo que probablemente se relaciona con la prevalencia de enfermedades infecciosas generadas por el consumo de agua no apta para el consumo humano; los niños y las niñas son más vulnerables a adquirir enfermedades diarreicas agudas, infecciones intestinales, parásitos o patologías similares, producto del contacto con microorganismos patógenos. En el análisis de la disponibilidad y el consumo de agua por territorio es importante mencionar que las condiciones de vulnerabilidad se incrementan en el territorio II, debido a que las veredas del Toldo y San Antonio se abastecen principalmente de agua de pozo.

De igual manera, se considera importante mencionar que el territorio II posee mejores condiciones de acceso a vías y concentra los 3 grandes centros poblados del corregimiento, lo que hace que tengan más facilidades para el acceso a mercados, tiendas y a adquirir cosas que las familias requieren en su cotidianidad para su consumo.

Los sitios más comunes para hacer mercado están en los centros poblados, donde hay tiendas de abarrotes y misceláneas, en los cuales se pueden obtener alimentos no perecederos como granos secos, harinas, bebidas y algunos implementos de aseo; los demás alimentos son encargados del centro urbano de Bogotá, lo que implica mayor costo (Tabla 45).

Como una de las principales dificultades para el abastecimiento de alimentos, la comunidad manifiesta la necesidad de transitar grandes distancias, escasos recursos económicos, el inadecuado estado de las carreteras, la presencia de humedad, las inadecuadas características técnicas de transporte destinado para el traslado de alimentos perecederos principalmente; dichos aspectos influyen en el deterioro de los alimentos y en el acceso a los mismos en condiciones de cantidad, variedad y calidad requeridas. A continuación en la tabla 31, se evidencia la distribución de tiendas existentes en los territorios I y II, de manera comparativa, con el propósito de profundizar en el análisis situacional.

Tabla 44. Distribución de expendios de alimentos y licores territorios I y II. Localidad Sumapaz

TERRITORIOS	TIENDA	RESTAURANTE	PANADERIA	EXP.CARNE	LICORES	RESTAURANTE POR CONCESIÓN	TOTAL
TERRITORIO I	2	0	2	0	0	7	11
TERRITORIO II	12	4	2	3	2	7	30
TOTAL	14	4	4	3	2	14	41

Fuente: Equipo Énfasis Salud Ambiental localidad 20 de Sumapaz, Hospital Nazareth 2009.

En el territorio II se encuentran 12 tiendas, 5 en San Juan, 3 en la Unión, 2 en Santo Domingo, y 2 en el Toldo. 4 restaurantes, 1 en la vereda de la Unión, 2 en San Juan y 1 en Santo Domingo. 2 panaderías en las veredas de Santo Domingo y la Unión. Se reportaron 3 expendios de carne, 2 en la vereda de la Unión y 1 en San Juan. 2 expendios de licores uno en San Juan y el otro en Santo Domingo y 7 restaurantes por concesión reportados en las veredas del Toldo, San Antonio, San Juan, Vegas, la Unión, Santo Domingo y Capitolio.

En términos de dispersión poblacional, en el territorio II se observa que se requiere de recorridos relativamente menores con respecto a los evidenciados en el territorio I, en el cual éstos son mucho más extensos, principalmente por la ubicación de las viviendas y por una mayor disponibilidad de medios de transporte, aspecto que se facilita más en el territorio II. Lo anterior facilita la cercanía

entre las personas y en relación con los niños y niñas, determina mayor facilidad de acceso a las escuelas, observado principalmente en que pueden desplazarse a pie hasta sus escuelas.

De las 98 personas en condición de discapacidad caracterizadas en este territorio, 2 pertenecen a esta etapa de vida representando el 2.0% de sexo femenino y masculino. Las personas caracterizadas en condición de discapacidad en esta etapa de vida viven en la Vereda Vegas.

De acuerdo con el registro de caracterización y localización en la etapa de infancia en el territorio II, los dos menores refirieron alteraciones permanentes del movimiento de cuerpo, brazos, manos y piernas, y alteraciones permanentes en sistema nervioso. Los dos menores requieren ayuda permanente de otras personas para el desarrollo normal de sus actividades cotidianas⁵².

El abordaje de la sexualidad en la infancia, permite definir características de los aspectos relacionales en los individuos, que a su vez terminan por determinar los roles que socialmente se le asigna a cada niño y cada niña con respecto a la sociedad, roles que para Sumapaz influyen significativamente al momento de moldear la identidad sexual de los y las menores. La dificultad para el abordaje de la sexualidad desde lo relacional, simbólico y afectivo genera la presencia de conductas sexuales inesperadas para la etapa del ciclo vital, ocasionando descontrol y motivando el uso de condicionantes en algunos casos agresivos que anulan la posibilidad de que él o la menor se permita explorar este aspecto de la vida, generando la subvaloración del cuerpo y la naturalización de situaciones de abuso.

La naturalización de la violencia intrafamiliar e infantil como resultado de patrones de crianza que la visibilizan como correctiva y de la no valoración del cuerpo se constituye en una de las principales problemáticas que requiere de abordaje, en la medida en que incide en el desarrollo psicosocial de los niños y niñas, el cual se encuentra mediado por representaciones sociales rurales relacionadas con el machismo, la violencia y pautas de crianza negativas que a largo plazo terminan por generar dificultades para interactuar y para establecer relaciones afectivas funcionales.

Las situaciones mencionadas hasta este momento configuran factores determinantes para la calidad de vida y salud de los niños y niñas en el territorio II, los cuales serán analizados de una manera más profunda a continuación, como resultado de los ejercicios de análisis situacional desarrollados por el equipo integral de salud y validados en escenarios de trabajo transectorial.

Adicionalmente, se identifican como problemáticas la ausencia de espacios para el abordaje de temáticas relacionadas con el cuerpo como base para la estructuración de la autoimagen y el auto concepto, como aspectos claves para la vivencia de la sexualidad en las etapas siguientes del ciclo vital. En la familia no se le atribuye valor al cuerpo como herramienta socializadora y relacional, sino que su función se restringe al uso de la fuerza en el trabajo y a la reproducción básicamente. Con frecuencia, los espacios generados para que los niños y niñas reconozcan y valoren su cuerpo como estrategia preventiva de situaciones de violencia y abuso desde la institucionalidad han generado choques culturales en la medida en que se considera que incitan a la sexualidad, lo que permite a su vez evidenciar sesgos en la dimensión de la sexualidad como meramente ligada a la reproducción.

La situación anteriormente descrita es mucho más evidente en las niñas, debido a la cultura machista predominante en el territorio. El abordaje del cuerpo en los niños y niñas del territorio II, debe orientarse a la promoción del respeto hacia los demás y a evitar la naturalización de las violencias, lo que requiere de un trabajo transectorial en el que se vincule a la comunidad educativa (estudiantes, docentes y padres de familia).

Por lo anterior, la naturalización de la violencia es mucho más evidente con las niñas, con

52 Base de datos. Caracterización de las personas en condición de discapacidad. Localidad 20 de Sumapaz. 2005-2010. Hospital Nazareth.

quienes históricamente se han generado formas de castigo relacionadas con el incumplimiento de las labores del hogar (cocinar, ordeñar), prevaleciendo estas actividades sobre el cumplimiento de los deberes educativos; es importante aclarar que estos últimos no se descuidan; sin embargo están puestos en un segundo plano. Dicha naturalización de la violencia hacia el género femenino, trae consigo la interiorización de patrones de dominación, en los cuales se enmarcan las relaciones hombre – mujer, en las etapas siguientes del ciclo vital.

El no abordaje de temáticas relacionadas con la corporalidad desde tempranas edades se constituye en un factor que facilita la ocurrencia de embarazos en adolescentes, adquisición de enfermedades de transmisión sexual y ocurrencia de abusos, los cuales con frecuencia no se reportan al ser considerados como “normales”.

La subvaloración del cuerpo desde la infancia tiene un impacto negativo en las etapas del ciclo subsiguientes, en las que con frecuencia se evidencia baja adherencia a hábitos de auto cuidado e higiene corporal, establecimiento de relaciones conflictivas o inequitativas, en las que el poder prima como herramienta de dominio, generalmente entre hombres y mujeres.

Las características climáticas, en el territorio II presentan mejores condiciones, asociadas a la variedad de climas que se pueden encontrar en el territorio, determinados por la variabilidad de altura de una vereda a otra, lo que define características específicas en su flora, fauna y clima; por ejemplo San Juan es uno de los puntos más altos del territorio, razón por la cual es mucho más frío, mientras a media hora en la Unión se evidencia un clima templado. No obstante, las precipitaciones en el territorio II son más frecuentes, lo que predispone a niños y niñas a la adquisición de enfermedades respiratorias, identificadas como una de las principales causas de morbilidad en el perfil epidemiológico local.

En cuanto a las condiciones de habitabilidad de las familias se encuentra que el 34% de las viviendas no cuenta con las condiciones adecuadas para garantizar su habitabilidad, aspecto que se relaciona principalmente con los materiales empleados para su fabricación, condiciones sanitarias y la distribución de los espacios. El 91% de las viviendas se encuentra fabricada con materiales inapropiados; al respecto, la comunidad manifiesta que las veredas donde hay mayor número de viviendas elaboradas en materiales no sólidos, se encuentran ubicadas en el corregimiento de San Juan, en las veredas del territorio II Vegas, San Juan, Capitolio, Santo Domingo⁵³.

Tan solo el 23% tiene conectado el sanitario a la red de desagües, el 76% convive con animales como perros, gatos, gallinas y patos y el 19% tiene presencia constante de vectores que pueden ocasionar la transmisión de enfermedades⁵⁴.

En cuanto a la disposición de los espacios se encuentra que el 44% de las viviendas se encuentra habitada por 3 – 4 personas y el 15% por 7 personas. El 17% de las casas tan solo cuenta con 1 dormitorio, ocupado por padres e hijos/as, 45% tan solo 2 dormitorios, uno de los cuales es frecuentemente ocupado por padre y madre y el otro por los hijos/as; lo anterior permite evidenciar condiciones de hacinamiento en el 62% de los hogares, lo que se puede relacionar con la evidencia de dificultades en las relaciones de pareja, abuso y maltrato infantil, ocasionado principalmente por la madre, como se evidencia en las estadísticas del énfasis de salud mental.

Como otro factor asociado a las condiciones de hacinamiento en los hogares, se encuentra la presencia de pediculosis y pulicosis en la población infantil, aspecto que se evidencia con mayor frecuencia en el territorio II, en el cual se encuentran las dos sedes educativas con mayor concentración de población escolar y se constituyen en focos de proliferación de piojos; aun cuando se realizan esporádicamente jornadas de pediculosis, éstas no tienen la frecuencia necesaria

⁵³ Hospital Nazareth. *Diagnóstico Local de Salud con Participación Social*. 2008

⁵⁴ Op.Cit. Base de datos APS.

para eliminar la problemática, ni contemplan la implementación de acciones promocionales o preventivas, tendientes a impactar la adopción de hábitos de higiene inadecuados. La anterior situación se constituye en una prioridad de intervención por parte de las instituciones, a través de estrategias que faciliten la adopción de hábitos y rutinas de higiene saludables.

Las características de habitabilidad anteriormente mencionadas, condicionan el desarrollo integral de los niños y niñas, en la medida en que definen patrones de comportamiento y la adopción de hábitos y rutinas. Los patrones de crianza configuran formas de ser, estar y hacer en los niños y niñas, las características de dichas expresiones conductuales en dicha etapa han sido identificadas en ejercicios de grupo focal y unidades de análisis realizados con el propósito de estratificar la información consolidada como parte del análisis situacional; a continuación se describen los principales hallazgos, que nos permiten realizar un acercamiento a la realidad de territorio.

Como resultados se encuentra que a la dinámica del territorio II le son asociados como aspectos que afectan positivamente las condiciones de calidad de vida y salud en los niños y niñas, el predominio de la actividad agrícola, con respecto a la ganadera, lo que se evidencia como un factor protector, en la medida en que probablemente podría implicar niños y niñas “más sanos”, asociando dicha actividad a la no contaminación ambiental y la demanda constante de habilidades motoras gruesas; como parte de su cotidianidad puede relacionarse con los niños que habitan Bogotá Urbana.

Entre los aspectos mencionados, se hace necesario analizar y dimensionar la dinámica familiar como determinante en los procesos de desarrollo de los niños y niñas, en consideración a que se constituye en el ámbito primario en el cual éstos permanecen durante los primeros años de su vida, partiendo de la concepción de la familia como el primer contexto socializador por excelencia⁵⁵, que media entre el individuo y la comunidad, como primer entorno natural en donde los miembros que la conforman evolucionan y se desarrollan a nivel afectivo, físico, intelectual y social, según modelos experimentados e interiorizados.⁵⁶

La ausencia de condiciones mínimas en el hogar que garanticen el desarrollo integral de los niños y niñas, relacionadas tanto con la estabilidad económica, como las expresiones de afecto, genera un proceso de crianza permeado por ambientes privados, que terminan por condicionar el proceso de adquisición de un repertorio básico de aprendizaje, que en el mejor de los casos debería preparar al niño o niña para enfrentarse a exigencias académicas y sociales; sin embargo esta privación ubica a los niños y niñas en un escenario que les limita e incide en el establecimiento de interacciones sociales, así como en el rendimiento escolar a futuro.

El crecimiento en ambientes privados, carentes de estimulación, condiciona su capacidad de desarrollo integral, restringiendo la potencialidad del mismo durante los años cruciales para tal fin (cinco primeros años); lo anterior se relaciona directamente con la evidencia de patrones de desarrollo inferior, con respecto a la curva poblacional y termina por determinar dificultades para el aprendizaje en la etapa escolar.

En el marco de proyectos implementados con la población infantil, se han evaluado los patrones de desarrollo acorde a escalas avaladas y usadas para el distrito, en torno a las habilidades psicomotoras y los procesos de integración sensorial, encontrando que el nivel de desarrollo de niños y niñas evaluados se ubica por debajo de la curva establecida; lo que a su vez tiene impacto en las etapas de adolescencia y juventud, en las cuales se observan procesos de aprendizaje demarcados por la presencia constante de necesidades educativas especiales y de restricciones en

⁵⁵ Alcaldía mayor de Bogotá y Secretaría Distrital de Integración Social. *Política Pública para las Familias en Bogotá*. 2004 – 2008.

⁵⁶ Sarto Martín MP. *Universidad de Salamanca, FAMILIA Y DISCAPACIDAD*.

torno al rol académico, asociadas principalmente a dificultades en la atención, comprensión, en la expresión oral y la interacción con pares y la que terminan por definir su autonomía.

Las familias no perciben la estimulación a través del juego como una actividad que potencialice el desarrollo de niños y niñas, razón por la cual con frecuencia se ven niños y niñas que hacia los dos años de edad aún no comienzan a hablar. En efecto, lo anterior se visibiliza en los bajos niveles de corresponsabilidad que tiene los padres y madres con el desarrollo de sus hijos, reflejada en acciones implementadas por proyectos especiales en los cuales un equipo interdisciplinario estructuró los escenarios propicios para la estimulación temprana y adecuada de niños y niñas⁵⁷.

Sumado a lo anterior, los escenarios existentes para el juego en niños y niñas, se encuentra ubicados en las sedes educativas, lo que condiciona el acceso a los mismos a la posibilidad de vinculación a las escuelas. La anterior situación se complejiza aún más si se tiene en cuenta que los padres y madres no suelen destinar tiempo para jugar con su hijos e hijas, principalmente por las concepciones existentes en torno al juego como herramienta poco formativa, así como por las extenuantes jornadas laborales y por el poco tiempo dedicado a las actividades de ocio y esparcimiento, las cuales con frecuencia se relacionan con la interacción en espacios de intercambio entre adultos, en los que median las festividades, el comercio de productos y el consumo de bebidas alcohólicas como mecanismos de uso del tiempo libre, principalmente en la población de hombres, quienes suelen desplazarse a los centros poblados en su “tempo libre” para acceder a espacios de esparcimiento, asociados al juego de rana y tejo principalmente.

Lo anterior termina por condicionar la aceptación social de los niños, a la interacción en espacios sociales que promueven, el consumo de bebidas alcohólicas como mecanismo de aceptación social y la vinculación temprana de niños a niñas al trabajo, lo que se constituye en factores determinante para su desarrollo, en la medida en que muchos de estos/as deben cumplir con labores asignadas antes o después de ir a la escuela, asociadas a los oficios propios del hogar, la agricultura y la ganadería. De acuerdo con manifestaciones realizadas por algunos padres de familia en las consultas, con frecuencia los niños y niñas deben levantarse hacia las cuatro de la mañana para cumplir con las tareas asignadas antes de desplazarse hacia la escuela; de esta manera se puede correlacionar los bajos niveles de efectividad en los procesos de enseñanza aprendizaje, como consecuencia de la vinculación a tareas con demanda de actividad motora previo a las labores académicas, ocasionando fatiga y bajo rendimiento escolar por incapacidad para mantener procesos que demanden atención constante.

Aun cuando el trabajo es valorado como formativo para los niños y niñas, se hace necesario establecer parámetros que permitan evidenciar excesos que terminen por perjudicar el tránsito de sus vidas por los momentos formativos que determinan sus oportunidades y calidad de vida a futuro.

Las tareas laborales asignadas a los niños y niñas deben ser acordes a sus capacidades e intereses, evitar la sobrecarga y tener implícito el reconocimiento de lo formativo, como resultado de su desempeño, para lo cual se requiere de la intensificación en los procesos de sensibilización y educación a la población. Esto debe ser analizado en el marco de las particularidades de la ruralidad como herramienta formativa, con el propósito de evitar problematizarlo desde la mirada de lo urbano.

En el territorio II habitan 172 núcleos familiares, conformados en promedio por tres miembros. En el proceso de intervención psico familiar se halló que la población más afectada dentro de los núcleos familiares según ciclo vital fue la infantil, la cual posee factores de riesgos o determinantes socio-culturales que generan alteraciones a que ponen en riesgo psicosocial a esta población; en segundo lugar se halla los pertenecientes a juventud, adulto y persona mayor en su orden.

⁵⁷ Proyecto UEL discapacidad. Prevención y Manejo de la Discapacidad. Programa de Estimulación adecuada para menores de 5 años. Localidad 20 de Sumapaz, 2007 - 2008

La mayoría de niños y niñas del territorio II crecen en ambientes privados, bien sea por las características de la dinámica socioeconómica o relacional, que condicionan patrones de desarrollo particulares enmarcados en repertorios de habilidades, en los cuales se priorizan las motoras como resultado del requerimiento de desplazamientos prolongados y por terrenos irregulares, producto de la vinculación temprana al rol laboral.

Lo anterior sumado a concepciones que ubican al juego como una actividad poco o nada productiva, en términos de desarrollo integral, limita el acceso a actividades de tipo lúdico, a la posibilidad de vincularse al contexto escolar, aproximadamente entre los 3 – 5 años de edad. Sin embargo se considera importante mencionar que en el territorio II se concentra la oferta de escenarios para la vinculación temprana a escenarios de estimulación (centros de desarrollo infantil y familiar).

No obstante, dicha oferta tan solo facilita el acceso de los niños y niñas que habitan en los tres grandes centros poblados o cerca a estos; como consecuencia se evidencia una marcada presencia de dificultades de aprendizaje asociadas a restricciones en el control motor y a un repertorio insuficiente de habilidades cognitivas básicas para el aprendizaje, las cuales han sido identificadas como producto del trabajo adelantado por el equipo integral de salud en las escuelas, sin que se tengan datos que permitan visibilizar la magnitud de la situación.

En cuanto a las condiciones de seguridad para los niños y niñas, el territorio II cuenta con una mayor cobertura de medios de comunicación telefónicos; el 88% de las veredas cuenta con telefonía fija o celular, lo que facilita la comunicación constante entre la comunidad. La telefonía fija es más frecuente en los hogares del territorio II que en los del territorio I, en los cuales predomina la telefonía celular, instaurada aproximadamente a partir del primer trimestre del año 2009 en los territorios I y II. Aun cuando la demanda del servicio celular es aparentemente mayor en el territorio I, se debe mencionar que la cobertura de red es mucho mayor en las veredas del territorio II, de las cuales el 90%, cuenta con señal permanente.

En acceso a servicios de salud, el territorio II, por sus condiciones de cercanía a los tres principales centros poblados del corregimiento, cuenta con mejores condiciones para hacer uso de los servicios de salud ofertados desde el sector; sin embargo, el acceso a los servicios de salud en los niños y niñas, se encuentra condicionado por barreras de acceso culturales transmitidas de generación en generación, en las que la cultura curativa prima y le son otorgados mecanismos de respuesta que contemplan a la medicina tradicional, sin que las acciones preventivas tengan gran importancia como mecanismo del auto cuidado de la salud, lo que termina por restringir la garantía del derecho a la salud en los niños y niñas a las voluntades de los padres, quienes con frecuencia definen hacer uso de los servicios cuando las condiciones de deterioro de la salud de sus hijos/as no les permiten hacer manejos paliativos en los hogares.

Los patrones culturales mencionados han determinado, falta de interés frente al reconocimiento de los servicios a los que tienen derechos los niños y niñas y baja adherencia a las actividades de promoción y prevención ofertadas por ley para la población infantil.

Por otra parte, se evidencian barreras de acceso a los servicios de salud en niños y niñas del territorio II, relacionadas con dificultades en el aseguramiento, debido a que por norma pertenecen al mismo régimen de su núcleo familiar, lo que implica constantes modificaciones en su estado de aseguramiento, asociadas a la transición entre regímenes, por condiciones de acceso a opciones de vinculación laboral temporales e inestabilidad laboral de padres y madres, relacionadas con mayores probabilidades de acceso a trabajos formales de manera temporal, por la cercanía a los centros poblados y a las principales sedes educativas, lo que demanda la vinculación al régimen contributivo, durante cortos periodos de tiempo, con la subsecuente desafiliación al régimen subsidiado o vinculado, característicos en el 80% de la población.

Una vez culminada dicha contratación las personas cabeza de familia deben realizar los respectivos trámites para retornar, al régimen subsidiado lo que demanda desplazamientos a Bogotá Urbana por la ausencia institucional en el territorio para tal fin; esto se constituye en un factor determinante para el acceso al servicio de salud, en la medida en que frecuentemente los trámites se tardan hasta meses por las dificultades para desplazarse, permanecer y recorrer de manera autónoma la Bogotá Urbana y por dificultades para asociadas al desconocimiento de la población frente a los trámites.

Es importante identificar que, aun cuando se cuenta con la ruta de la salud inter-veredal, como mecanismo para facilitar el desplazamiento de la población hacia los centros de salud, para efectos de desplazar a la población de niños y niñas se evidencia la demanda de acompañamiento por parte de acudientes, que con frecuencia deben suspender sus labores diarias para llevar a los niñas y niñas a los servicios requeridos.

Adicionalmente es importante mencionar que los días y horarios establecidos para los recorridos inter-veredales se cruzan con las jornadas escolares, lo que limita aún más las posibilidades de acceso a los servicios, en la población de niños y niñas en edad escolar.

De igual manera, es importante considerar como factor determinante que en su mayoría los padres y madres de familia no realizan de manera oportuna los trámites de registro de los niños y niñas, constituyéndose este sub – registro en otra de las barreras de acceso que condicionan la garantía del derecho a la salud en la población infantil.

Los factores anteriormente mencionados determinan un acceso inoportuno a los servicios de salud, generando como consecuencia el deterioro progresivo prevenible, de las condiciones de salud en niños y niñas. No obstante se considera importante mencionar que desde el sector, la respuesta aplica el principio relacionado con que el derecho a la salud en niños y niñas es insustituible por barreras, que puedan poner en riesgo la garantía del derecho a la salud, la cual prima por sobre todas las situaciones emergentes, lo que permite la prestación de los servicios a la población infantil.

Los procesos organizativos en el territorio II son mucho más fuertes y estructurados, logrando convocar a la mayoría de la población en torno a intereses en común, lo que les ha permitido lograr reconocimiento, abogacía e incidencia en el control social y en la toma de decisiones. En el territorio II se reconocen como organizaciones con trayectoria el sindicato agrario, la asociación de padres y grupos de mujeres, las cuales se encuentran conformadas por los padres de niños y niñas; esto ha permitido una organización fortalecida en torno a la exigibilidad del derecho a la educación en niños y niñas, materializada en la estructuración de los Centros de Desarrollo Infantil y Familiar – CDIF en el año 2008, por parte de la Secretaria de Integración Social y la alcaldía Local, en las veredas de San Juan, Santana y la Unión, como escenarios en los que se busca fortalecer los procesos de desarrollo integral de los niños y niñas, a través del suministro de la estimulación adecuada para facilitar la adquisición de repertorios básicos de aprendizaje durante los 5 primeros años de vida.

Lo anterior se constituye en un factor protector para los niños y niñas que habitan las veredas en las cuales fueron implementados los CDIF; no obstante se deben reconocer las dificultades existentes para el acceso a espacios que promuevan el desarrollo de capacidades y habilidades en los niños y niñas, previniendo las aparición de alteraciones transitorias o permanentes que puedan implicar condiciones de discapacidad a futuro.

Los fuertes procesos organizativos y participativos, característicos en la población adulta y de persona mayor del territorio II han permitido un acercamiento en la actualidad al reconocimiento de los niños y niñas como sujetos de derechos, concepto que ha venido sido abordado en el marco de las políticas públicas y que implica que ellos y ellas sean actores autónomos con capacidad de incidir en escenarios de participación y dentro de los espacios sociales en los que interactúan

habitualmente, entre los cuales vale la pena mencionar: la familia, la escuela y la vereda. A mediados del año 2008, se conformo el Consejo Local de Niños y Niñas, el cual en la actualidad cuenta con la participación constante de 18 niños y niñas, de los cuales el 60% corresponden a niños y niñas que habitan el territorio II, el 60% representado por niñas y el 40% por niños. Lo anterior evidencia la gran representatividad de los niños y niñas del territorio en los escenarios de participación y organización.

No obstante se considera importante reconocer que los niños y niñas del territorio requieren de un mayor acercamiento al contexto normativo y conceptual de la participación, con el propósito de facilitar su apropiación, puesto que aunque participan en diferentes escenarios comunitarios, no es claro su rol dentro de los procesos participativos. Lo anterior en consideración a que el ejercicio de su autonomía se ha centrado en las percepciones y decisiones de los adultos y adultas, quienes han asumido un rol protagónico en los espacios estructurados para la toma de decisiones relacionadas con la garantía de sus derechos; entre éstos es importante mencionar el Consejo Tutelar, constituido principalmente por mujeres adultas (madres de familia), quienes se ocupan de priorizar las necesidades de los y las niñas con el fin de dar respuesta.

La participación de niños y niñas en el territorio II está sujeta a las actividades programadas y convocadas por y para adultos/as, como por ejemplo la fiesta del sindicato agrario y de ASOJUNTAS, eventos a los cuales los niños y niñas suelen asistir con sus padres y madres; en dichos escenarios los niños y niñas son vinculados a actividades lúdicas - recreativas y/o culturales, básicamente estructuradas desde el contexto escolar, lo cual limita el posicionamiento de la participación como sujetos activos en el conocimiento y exigibilidad del derecho.

Las características de las dinámicas sociales y culturales analizadas anteriormente se constituyen en un avance para comprender de manera cualitativa los factores diferenciales que determinan las condiciones de calidad de vida y salud de los niños y niñas que habitan las veredas del territorio II.

3.2.2. Juventud

Los jóvenes en el territorio están determinados por la carga cultural que define su relación con los otros y su percepción de sí mismos; este determinante es generado por la multiplicación de patrones de comportamiento generacionalmente aprendidos que condicionan los proyectos de vida de los jóvenes y el aprovechamiento de las oportunidades puestas para el logro de su desarrollo. Los jóvenes del territorio II se caracterizan por contar con una red que fortalece el tejido social dada inicialmente por el grupo de pares que se genera, una vez ellos ingresan a los centros educativos; es así como las instituciones educativas se convierten entonces en aquel escenario secundario de socialización y en la plataforma para que los jóvenes desarrollen sus funciones sociales.

En el territorio II ésta red social cuenta con otras posibilidades de encuentro en espacios distintos al escolar, dada su ubicación geográfica (las viviendas de la mayoría de sus veredas están a corta distancia de la orilla de la carretera, sumado a la cercanía entre vereda y vereda, a excepción de San Antonio y Toldo cuyas distancias entre casa y casa son significativas y las probabilidades de encuentro entre jóvenes son reducidas, limitándose la mayoría del tiempo a los escenarios puestos en el colegio).

La localidad, con dificultad, ofrece una infraestructura apropiada para que los jóvenes logren en estos espacios de encuentro bien sea escolares o fuera de la escuela, el desarrollo de prácticas positivas para el uso del tiempo libre, prácticas que puedan potenciar sus habilidades físicas, recreativas etc.; los y las jóvenes de la localidad tan solo cuentan con los escenarios deportivos generados en el contexto escolar, como oportunidad para materializar el derecho a la actividad física y la recreación, lo que generalmente se constituye en un ejercicio excluyente, en la medida en que no todos y todas las jóvenes se interesan en actividades deportivas de competencia y en que existe un gran porcentaje de jóvenes que han culminado sus estudios o se encuentran desvinculados del colegio.

Se evidencia entonces una subvaloración del uso apropiado del tiempo libre como herramienta que potencializa el desarrollo integral de los y las jóvenes de la localidad, que parte del no reconocimiento del derecho al ocio y al esparcimiento que tienen los y las jóvenes, a través de su vinculación en actividades deportivas, recreativas, culturales, entre otras de su interés; sin dejar de mencionar que es evidente que en los ejercicios de planeación se desconocen las necesidades sentidas y expectativas de los y las jóvenes frente a sus intereses de ocio y esparcimiento. *“No existe a lo largo y ancho de la localidad de Sumapaz infraestructura específica para la práctica cultural en ninguna de las dimensiones, ni los procesos de la cultura tal como sucede en las localidades urbanas de la capital. Es decir, que no hay casas de la cultura, centros culturales, galerías, teatros, salas de cine públicos ni privados. Las prácticas artísticas y/o culturales que se identificaron en la localidad se enmarcan en las dimensiones de formación y gestión y se desarrollan en los equipamientos comunales existentes en la localidad, como son los parques, colegios y salones comunales, que sí bien no están adecuados para estas prácticas, han permitido que en alguna medida se den manifestaciones artísticas y culturales”⁵⁸.*

Sumado a lo anterior, la multiplicación de patrones culturales contribuye a generar en los adolescentes y jóvenes la necesidad de priorizar y asumir a edades tempranas roles laborales, asociados a las tareas del campo y a la conformación temprana de familias como proyecto de vida. Esto brinda las condiciones para que el uso del tiempo libre aflore en espacios en los que se llevan a cabo pautas de comportamiento que ponen en riesgo el bienestar de los jóvenes como es el caso del consumo excesivo de alcohol y cigarrillo.

Este consumo está comúnmente vinculado a lugares en los que se interactúa en torno al consumo de estas sustancias como parte del proceso de socialización (fiestas y celebraciones locales)⁵⁹ que particularmente, a pesar de que fomentan la adquisición de hábitos de vida poco saludables, también suponen un escenario en el cual los jóvenes inician su desarrollo emocional – afectivo con individuos del sexo opuesto; Carlos R. joven de Sumapaz manifiesta *“Los lugares que uno tienen para conseguir novia son los colegios y las fiestas, porque allí uno se divierte y puede conocer a mujeres y viceversa”⁶⁰,*

Estas actividades de encuentro en torno a la danza, el juego y las fiestas benefician en mayor porcentaje a los/as jóvenes del territorio II, a quienes como se enunció inicialmente, las condiciones geográficas les hacen acreedores de los tres centros poblados existentes en el corregimiento, escenarios en los cuales, dada su infraestructura son los de preferencia para la puesta en marcha de estas festividades.

“En lo referente al sector comercial, cabe destacar la realización de una feria ganadera en la vereda La Unión del corregimiento San Juan de Sumapaz, la cual tiene una periodicidad mensual. En este evento se concentran personas de la localidad y de las poblaciones cercanas, con el fin de comercializar ganado y productos como quesos y misceláneos, entre otros”⁶¹. Como se evidencia, a estas ferias recurre población en mayor porcentaje de veredas aledañas que tienen tiempos de desplazamiento significativamente menores en comparación con el territorio I (el promedio de desplazamiento es de una hora de la vereda San Juan a la vereda la Unión); lo anterior debido a que la cercanía geográfica lo permite. En este sentido, los jóvenes del territorio I pertenecientes a veredas como San José, la Granada, Lagunitas, cuentan con mayores dificultades de desplazamiento dada la lejanía (de la vereda San José a la Unión el tiempo de distancia en promedio es de 5 horas a pie, tiempo que se incrementa

58 INSTITUTO DISTRITAL DE CULTURA Y TURISMO. Diagnóstico artístico y cultural de la localidad 20 de Sumapaz. Convenio 428, Fortalecimiento de la Gestión Cultural Local. 2007. Pág 6.

59 HOSPITAL NAZARETH. Unidad de análisis con equipo integral de salud en el cual hacen parte los promotores quienes son jóvenes de la localidad.

60 Entrevista informal joven de la localidad del territorio II

61 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Recorriendo Sumapaz. Óp cit. 47

si los jóvenes quisieran acceder a fiestas en Santo Domingo o San Juan).

De igual manera, es importante mencionar que siendo el territorio II uno de los escenarios en donde se posibilitan en mayor porcentaje las actividades comerciales (están los tres centros poblados del corregimiento) y el acceso a escenarios recreo deportivos (el territorio cuenta con cuatro de las seis canchas múltiples dispuestas para el corregimiento), también tiene ventajas por la cercanía a vías principales, cuyos destinos permiten el acceso a la educación superior, el cual es invisible en la localidad, puesto que las universidades y centros de capacitación están ubicados en Bogotá Urbana o municipios aledaños que cuentan con otras probabilidades de desarrollo como Fusagasugá o Pasca. El diagnóstico de cultura 2007 referencia *“Respecto a universidades no existen sedes de ninguna, ni pública ni privada. La administración local está realizando ingentes esfuerzos ante la Secretaría de Educación para convertir los colegios existentes, ya mencionados, en instituciones de nivel técnico, como alternativa para la educación superior.”*

En esta etapa los y las jóvenes en el Sumapaz se enfrentan a transformaciones morfológicas y psicológicas que les abren paso al reconocimiento de la identidad; este proceso trae consigo un cúmulo de concepciones culturales que determinan su conciencia como ser autónomo y diferenciado de los y las demás, así como la conciencia de sí mismo/a de acuerdo con su naturaleza sexuada. La identidad necesariamente empieza a construirse en torno a su ser como mujer y su ser como hombre; esta construcción de identidad está dada en dos vías: la primera la identidad sexuada es decir si soy mujer u hombre y la segunda la identidad de género, la cual está permeada y hace parte del proceso evolutivo del desarrollo desde la infancia, en la cual se le asignan roles y significación a los comportamientos, valores actitudes etc., que caracterizan a cada sexo.

En el contexto rural la sexualidad es reducida a la reproducción, situación que a la vez define las proyecciones de los y las jóvenes a futuro, minimizando las posibilidades de autonomía y elección. La conformación de núcleos familiares a temprana edad, es una constante en el territorio de Sumapaz. El promedio a partir del cual las mujeres y hombres inician este proceso está entre los 15 y 17 años, asumiendo además a temprana edad roles de adultos/as que determinan sus campos relacional – social. Giovanni G comenta *“cuando uno le pregunta a una joven que va hacer cuando termine el colegio contesta: no pues como fulanito ya está sembrando papa yo me voy a vivir con él y yo le cocino a los obreros”⁶²,* Las prácticas de juego en el territorio están definidas por actividades vinculadas con la maternidad para el caso de las niñas y el arado o conducción para el caso de los niños; estas prácticas han sido identificadas por el equipo de salud al colegio del hospital Nazareth durante el desarrollo de las actividades del PIC, en los centros educativos⁶³.

Limitar la sexualidad a la reproducción trae consigo la ausencia del reconocimiento del cuerpo como sujeto de placer, sumado a la subvaloración existente del cuerpo, subvaloración impresa desde los esquemas culturales que incluso algunas instituciones tienen frente a los hombres y mujeres como cuerpos que obedecen y no como cuerpos que sienten.

Las mujeres adolescentes con frecuencia multiplican imaginarios sociales y culturales frente a las relaciones con el otro. La sexualidad es vista en el escenario privado como un proceso natural que se restringe a la satisfacción del cuerpo, generalmente el cuerpo del hombre, ubicando a la mujer en una posición pasiva y secundaria con respecto al desarrollo de la sexualidad y el placer⁶⁴.

62 HOSPITAL NAZARETH. Unidad de análisis equipo integral. Óp. cit

63 Relato proporcionado por referente de promoción de la actividad física del ámbito escolar.

64 HOSPITAL NAZARETH, SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL Y CONVENIO 0121 DE LA ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ. Resultados de trabajo intersectorial desarrollado con los jóvenes del Colegio Erasmo Valencia y Juan de la Cruz Varela sobre la promoción de los derechos sexuales y reproductivo y el reconocimiento del cuerpo. 2009

En el territorio rural, se han adelantado actividades con los y las jóvenes abordando esta temática; sin embargo los y las jóvenes expresan que estas actividades con frecuencia se reducen a la multiplicación de información técnica sobre regulación de la fecundidad, desvirtuando la importancia de vivir la sexualidad ligada al desarrollo de la autonomía. Pese a las propuestas metodológicas que los diferentes entes sugieren con relación al abordaje de la salud sexual y reproductiva, muy pocas cuentan con un componente lúdico y pedagógico que enseñe a los y las jóvenes a superar las barreras culturales puestas con respecto a su desarrollo emocional, mental y sexual; sumado al desconocimiento de los/as profesionales para abordar la población en esta materia, los/as jóvenes encuentran en los servicios de salud que la sociedad les oferta una atención despersonalizada que con dificultad tiene en cuenta las demandas y carencias de esta etapa del ciclo vital; adicional a ello, el personal encargado de la atención muy pocas veces cuenta con habilidades sociales que le permitan un trato cálido y amigable. El imaginario del joven sano y el joven problema, genera poco o nulo sentido de responsabilidad social frente al bienestar y la calidad de vida de los jóvenes.

Las actitudes del personal de salud generalmente no despiertan la confianza de los jóvenes, evitando que expresen abiertamente sus verdaderos motivos de preocupación que muchas veces están relacionados con temas como la sexualidad y las enfermedades de transmisión sexual. Aun se mantienen los mitos e imaginarios por parte de la adultez quienes se resisten a tratar temas que aunque consideran complicados, son precisamente estos los que despiertan mayor interés en los jóvenes. En la localidad, el 21% de las causas de morbilidad de mujeres en edad fértil están relacionadas con enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos e infecciones urinarias.

Con frecuencia se responsabiliza a las mujeres de la planificación y por desconocimiento o arraigo de pautas machistas, socialmente se la suele juzgar por el uso del preservativo en las relaciones genito sexuales⁶⁵, estas situaciones ponen al descubierto la presencia de esquemas mentales que contribuyen a subyugar la autonomía de la mujer joven y a limitar las posibilidades de proyectarse a futuro, bajo un escenarios diferente al del cuidado de terceros o la conformación de un hogar.

Durante el primer semestre del año 2010 se presentaron 12 gestantes en esta etapa de ciclo de vida, representando un 75% del total de gestantes en este territorio. De este grupo de edad el 16.6% (2), pertenecían a etapa de ciclo de joven adolescente con edades comprendidas entre 16 y 18 años y 10 gestantes con edades comprendidas entre 19 y 26 años.

El tipo de afiliación en salud más frecuente en las gestantes fue el de subsidiadas con EPS Humana Vivir, seguidas de Fondo Financiero de Salud.

En el territorio II encontramos el mayor número de personas en condición de discapacidad en la etapa de vida de juventud en la localidad de Sumapaz, representando el 42.1% de jóvenes en condición de discapacidad en la localidad.

De las 98 personas en condición de discapacidad caracterizadas en este territorio, 35 pertenecen a esta etapa de vida, representando el 35.7% y de éstas, el 42,8% pertenecen al sexo masculino. El 34.3% de las personas caracterizadas en condición de discapacidad en esta etapa de vida viven en la vereda Vegas (tabla 45).

Tabla 45. Distribución de jóvenes en condición de discapacidad por veredas del territorio II. Localidad 20 Sumapaz. 2010.

VEREDA	# Jóvenes en condición de discapacidad	%
CAPITOLIO	1	2,9
TOLDO	2	5,7
UNION	2	5,7
SAN JUAN	3	8,6
TOLDO	5	14,3
SANTO DOMINGO	10	28,6
VEGAS	12	34,3
Total general	35	100

Fuente: Base de Datos de registros de personas en condición de discapacidad. VSPD 2010. Hospital Nazareth.

En cuanto a alteraciones permanentes en la población en condición de discapacidad, en la etapa de vida de juventud, caracterizada en este territorio la más prevalente es otra diferente a las opciones dadas en el formulario (60,3%), tal vez sea debido a problemas de aprendizaje que fueron caracterizados al inicio del proceso. En alteraciones permanentes también encontramos las de movimiento de cuerpo, brazos, manos y piernas (22,8%), olfato, tacto y gusto (8,5%), ojos, oídos y voz y habla 2,8% respectivamente.

Otro aspecto importante en este tema es el desconocimiento que se hace de las y los jóvenes en situación de discapacidad, como sujetos sexuados; los jóvenes del territorio II ocupan el 42.1% del total de jóvenes en situación de discapacidad de la localidad; así mismo, la ausencia de estrategias de abordaje tanto en la institucionalidad como en la familia frente a este tema y el desconocimiento del desarrollo de una persona bajo esta condición, acrecienta las brechas existentes en los procesos de inclusión social y reivindicación de derechos; además existen barreras geográficas que afectan el acceso a servicios jurídicos y penales relacionados con este tema, en especial frente a la necesidad de interdicciones.

Esta situación se presume podría estar relacionada con el hecho que la mayor fuente de ocupación productiva se encuentra en el sector agrícola, lo que implica una gran exposición a riesgos de tipo ergonómico, químico, y de seguridad. A través de la interacción con la población en las diferentes acciones de la estrategia, Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), se evidencia que la edad de vinculación a procesos productivos se da casi de manera general a edad muy temprana entre los 5 y 10 años de edad⁶⁶.

Durante el año 2010 fueron caracterizados en este territorio, 25 jóvenes trabajadores con edades comprendidas entre los 10 a 17 años, de los cuales el 43.5% pertenecían al sexo masculino, el 76% se encontraba con régimen de afiliación a salud subsidiado, el 100% se dedicaba a labores de agricultura y el 24% presentó accidentes laborales relacionados con golpes (50%), caídas (50%) y cortaduras (33,3%).

El diagnóstico de condiciones de salud en el ámbito laboral, identifican los porcentajes de las condiciones de salud de los agricultores de la localidad, así: el 41% de los agricultores se vinculan entre los 5 y los 10 años y el 59% se vinculan entre los 12 y 20 años, situación que trae consecuencias significativas en el desarrollo físico y motor de los jóvenes en el proceso de envejecimiento.

65 HOSPITAL NAZARETH. Unidad de análisis equipo integral de salud.

66 ROA, Lady. Diagnóstico de Condiciones de Salud. Ámbito Laboral. Pág. 22 - 24 2007.

El rol laboral agrícola de las juventudes es un constante en la localidad y comúnmente está asociado a la poca presencia de alternativas laborales que potencien actividades económicas distintas al agro y en segundo lugar la vinculación de personal externo a la localidad al momento de generarse contratos o proyectos con las distintas instituciones de carácter público.

Las proyecciones profesionales se reducen al estudio de enfermería, medicina, pedagogía puesto que esos son los referentes institucionales más cercanos profesionales que los jóvenes tienen, reduciendo su proyección educativa, Es así como el pensarse en posibilidades para cursar otro tipo de oficios o carreras no es contemplado puesto que no se cuenta en principio, con información y potenciación de habilidades para el desempeño de otras profesiones como veterinarios, ingenieros, terapeutas etc.⁶⁷ que a la vez les brinde la posibilidad de generar ingresos sin que sea necesario que ellos se desplacen fuera del territorio; en segundo lugar las condiciones de pobreza en las cuales se encuentran los campesinos en el agro son un determinantes estructural significativo: *“se debe considerar que la condición rural de la localidad, hace que aún empleando las mismas metodologías para la medición de la pobreza que las empleadas en las localidades urbanas, los datos no sean del todo comparables, ya que existen factores culturales y sociales que varían de un ámbito urbano a uno rural, afectándose las variables que se miden con estas metodologías... En 2002 se gestionó, con el DAPD y el hospital de Nazareth, la realización de las encuestas Sisben en el 100% de la localidad, las cuales se empezaron a realizar en 2003. Estas encuestas identificaron un total de 877 habitantes pertenecientes al nivel I, que corresponden al 35,4% del total de habitantes de la localidad. Por su parte, en el nivel II se clasificó el 47,2% de la población local, Lo anterior hace que el 82,6% de la población sea catalogada como pobre, según este indicador”*⁶⁸.

En este sentido las posibilidades que tienen los jóvenes para acceder a educación superior implica contar con que la familia logre un ingreso que en primer lugar permita el traslado de los Jóvenes a Bogotá Urbana contando con los gastos que genera este traslado, la estadía y la alimentación, sumado al pago de las matrícula o aporte a la institución educativa para lograr la profesionalización de los jóvenes.

Los bajos ingresos familiares son determinantes para que los jóvenes cuenten con menores probabilidades de acceso a la educación superior o la profesionalización de sus habilidades, que como ya se ha enunciado anteriormente está además precedida por la contrataciones a profesionales externos, que usualmente desconocen la dinámica geográfica y social del territorio, procesos que invisibilizan las potencialidades de los jóvenes del territorio, por el no cumplimiento del requisito profesional que contractualmente le exigen a los operadores e instituciones públicas en el proceso de contratación. Lo anterior incide en la reducción de las oportunidades de los jóvenes y las proyecciones para que ellos vean productivo en términos económicos el cursar carreras o capacitarse.

Los jóvenes de la localidad se encuentran inmersos en la dinámica económica informal, la cual se constituye como la única alternativa ocupacional con que cuentan en primera instancia, dado que la vocación productiva de la localidad que para el territorio II cuenta con prevalencia en el desempeño de funciones vinculadas con la agricultura; puesto que el territorio II se ha caracterizado por ser el escenario en donde las tierras son más productivas para la siembra de papa y arveja con un 88.5% del total de producción; aunque en el corregimiento de San Juan se concentra en gran medida el comercio de población bovina con un total de 7.800 cabezas⁶⁹, en el territorio II

67 *“El Distrito ha hecho un gran esfuerzo por implementar programas que buscan conciliar las obligaciones laborales de los niños, con la actividad económica, ya que ellos tienen que ayudar en muchas faenas de campo especialmente en la época de cosechas...” OSPINA RODRIGUEZ. Mariano, Óp. Cit. Pág. 10*

68 *ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Recorriendo Sumapaz. Óp. Cit. Pág. 37*

69 *Ibid.*

existen en mayor porcentaje las actividades económicas orientadas a la agricultura, dadas las características geográficas que definen el territorio, al ser una extensión de tierra productiva y encontrarse la mayoría de sus veredas en zonas de bosque andino, a diferencia del territorio I, el cual se caracteriza por ser un terreno de páramo alto *“El clima predominantemente húmedo y frío, con bajas temperaturas durante casi todo el año, produjo un pobre desarrollo y mineralización del suelo mismo”*, sumado a lo anterior las políticas establecidas para el cuidado y protección del páramo como reserva hídrica y forestal se convierte en otra de las consideraciones a tener en cuenta, por lo cual el territorio I se dedica en mayor porcentaje a la comercialización de ganado bovino y equino *“un censo hecho a los productores en 1988, en el que se incluyeron las veredas Totuma y el Pedregal, que pertenecen al municipio de Cubarral (Meta)”*⁷⁰ Veredas que hacen parte del territorio I como veredas aledañas en donde se ejecutan intervenciones por parte de la ESE).

Como se enunció anteriormente, las labores desarrolladas por los hombres que hacen parte del territorio II, son el cultivo, el apoyo en los colegios como integrantes del programa de misión Bogotá y las posibilidades de promoción en el Hospital Nazareth particularmente en la UPA San Juan, ubicada en la vereda San Juan. En cuanto a las labores de las mujeres, prevalece la cocción de alimentos para los obreros, bien sea porque estas jóvenes pertenecen al núcleo materno y paterno o porque ha constituido ya su núcleo familiar y debe dedicarse a los oficios del hogar y cuidado de los hijos⁷¹.

En cuanto al nivel de afiliación a salud que minimice el riesgo de adquirir enfermedades ligadas a la ocupación se encuentra que en el territorio II el 84% se encuentran afiliados a salud, el 16% no se encuentra afiliado, debido principalmente a la vinculación con temporales para el trabajo en carreteras; finalizado el contrato deben hacer nuevamente la gestión para acceder al régimen subsidiado, el 3% se encuentra afiliado al sistema general de riesgos profesionales. El 37,5% refiere molestias relacionadas con el sistema osteo muscular, lo que puede estar relacionado con la actividad laboral a la que se dedican.

Debido al monocultivo y la producción local agrícola que define la localidad, no existen mecanismos de contratación que promuevan la vinculación formal y aseguramiento al sistema general de riesgos profesionales. Por otra parte, la forma tradicional del desarrollo de las actividades en la que existe un desconocimiento de los riesgos (químico, carga física, locativo), ha promovido que estos se repliquen de generación en generación, incluyendo además los imaginarios sociales y culturales en torno a la práctica agropecuaria, los cuales desconocen que a largo plazo en el proceso de envejecimiento estas inadecuadas prácticas afecta considerablemente la salud de los jóvenes, teniendo mayor probabilidad de adquirir una enfermedad crónica o una discapacidad⁷². Sumado a esto se encuentran las y los adolescentes que adoptan de una manera prematura el rol de ser padres, lo cual los arroja de una manera forzada al mundo de la informalidad que aumentado con la necesidad de un ingreso, se convierten en mano de obra barata.

El estado benefactor ha sido otro de los determinantes que han inferido en el desarrollo económico local y en la multiplicación de patrones culturales de trabajo como parte del proceso de enseñanza. Esta característica institucional que se acerca a las comunidades con el argumento de contribuir a la calidad de vida de las personas y la restitución de derechos de los individuos, está limitado a una prestación de servicios desde la oferta del mismo para el cumplimiento de metas y con poca regularidad, puesto desde la demanda y la calidad en la prestación del mismo.

En este sentido, los proyectos locales usualmente entregan a la población subsidios, algunos de

70 *Secretaría Distrital de Salud, diagnóstico Local con participación social, 2007*

71 *Grupo Focal Jóvenes locales, Ámbito Escolar*

72 *De acuerdo con los reportes entregados por la referente del énfasis crónicos, en la actualidad no hay registrados jóvenes con esta condición,*

ellos caracterizados por la entrega de productos que el territorio agrícola brinda, o por la asignación a familias que cuentan con la sobre atención y beneficio institucional, dejando de lado las familias que realmente cuentan con condiciones extremas de pobreza. Lo jóvenes de la localidad visualizan estos apoyos como una de las limitaciones locales en la medida en que lo manifiestan. Giovanni G: *“Hoy día los jóvenes están esperando que les llegue la canasta y prefieren no trabajar porque saben que lo hagan o no siempre tiene el mercado asegurado, esto se convierte en una limitación para los jóvenes porque su proyección de vida se estanca y ni siquiera se continua con las actividades del campo como lo vienen haciendo su padre y sus abuelos”*⁷³.

Este asistencialismo a la vez permea la construcción de proyectos de vida de los jóvenes que como se ha enunciado, la mayoría está orientado a las labores del campo preferiblemente en condición de obreros y no como potenciales generadores de procesos productivos que puedan tecnificar el agro en el campo o posibilite otras alternativas económicas más cercanas a las expectativas de los jóvenes frente a sus necesidades y sueños⁷⁴.

Otro aspecto que atraviesa la vida de los y las jóvenes corresponde a la permeabilización de la urbe en las nociones campesinas; hoy día la concepción de campesino como característica social, es vista por algunos jóvenes como una etiqueta peyorativa, modificando los imaginarios sociales y culturales de la población y con ello en las posibilidades de darle continuidad a la trayectoria histórica del territorio, enfocada en la defensa por la tierra.

Existe resistencia por parte de los adultos y las personas mayores para aceptar el ingreso de culturas urbanas y permitir que los hijos conozcan de ello; en algunos casos los padres intentan persuadir a los jóvenes para que no tengan contacto con estas culturas como mecanismo de protección. Giovanni G joven de la localidad manifiesta: *“...una madre quiere pues es proteger a su hijo y si él sale a un medio distinto, es decir cuando por ejemplo uno dice cuando termine el bachillerato me voy para Bogotá a estudiar, la mamá le dice mijo pero usted no conoce Bogotá, que va a hacer por allá, además su papá le enseñó a sembrar entonces quédese”*. Este impacto cultural atraviesa negativamente las relaciones afectivas familiares entre padres e hijos, expresado en un choque inter generacional. Sin embargo es importante resaltar que este impacto urbano – rural aún está en proceso de transición y el porcentaje de jóvenes culturizados no es significativo en comparación con el total de jóvenes de la localidad, si bien no se cuenta con datos exactos de la cifras de desplazamiento de los jóvenes a la urbe por trabajo o estudio. En la actualidad, de acuerdo con lo que manifiestan los jóvenes, de veinte (20) que egresan de la media vocacional, dieciséis (16) se quedan en Sumapaz y solo cuatro tienen los ingresos y las posibilidades de salir a estudiar a un medio urbano.

La juventud en su desarrollo emocional y psicológico cuenta con características relacionadas con la búsqueda constante de su identidad; esta búsqueda está vinculada al encuentro relacional con los otros, en el cual se entablan vínculos afectivos determinados por las relaciones filiales y fraternales. En este sentido, las manifestaciones frente a los casos de violencia escolar están relacionadas en mayor grado con la presencia de situaciones de violencia aprendida por imitación, en especial por el grupo primario (la familia), esta adopción de conductas agresivas aprendidas, están proseguidas en buena medida por la precaria situación económica⁷⁵. Las condiciones de

⁷³ HOSPITAL NAZARETH. Unidad de análisis equipo integral de salud.

⁷⁴ Usualmente los proyectos locales dirigidos a los jóvenes cuentan con un componente de formación en temas de salud sexual y reproductiva, promoción del buen trato, fortalecimiento de redes o el desarrollo de alternativas productivas ya diseñadas, sin contar con la formación inicial des de la construcción del proyecto y la ideación del mismo, la cual nace y debe ser desarrollada por los jóvenes mimos, quienes en ultimas va a ser los beneficiarios de estas ayudas.

⁷⁵ las condiciones de pobreza que en la determinación social del individuo marcan son determinantes en la salud mental de los y las jóvenes.

pobreza se presentan entonces como determinantes, según las condiciones de salud mental de los individuos, en particular cuando estas situaciones de pobreza permean las oportunidades de la etapa del ciclo vital.

Estas situaciones de violencia son vividas en mayor medida por hombres jóvenes, no obstante la presencia de actores armados, quienes restringen la movilidad de ellos, sumado al señalamiento que enfrentan cuando quieren manifestar sus ideas caracterizadas por ser beligerantes y motivadas por el cúmulo histórico que caracteriza el territorio; son factores que también afectan la dignidad de los jóvenes y los exponen a un tipo de violencia social que vulnera su dignidad y derechos. Pero no solamente son los hombres jóvenes quienes viven situaciones de violencia; las mujeres, por su parte, sufren un tipo de violencia caracterizado por el maltrato emocional y en algunos casos físico por parte de los padres o cuidadores al no cumplir con las labores del hogar (actividades que empiezan a desempeñar desde que son niñas como parte del proceso natural de transformación niña – mujer)., los castigos que recibe por parte de los padres o cuidadores al llevar a cabo conversaciones con un joven de sexo opuesto, conversaciones que no necesariamente están relacionadas con el juego erótico, sino que obedecen al reconocimiento y búsqueda de identidad; las jóvenes manifiestan al respecto: *“Si a uno lo ven hablando con alguien ya creen que es porque uno quiere buscar novio o quien sabe que busca y tome su muenda, pero si uno fuera hombre eso fuera normal antes lo aplauden porque entonces es el más verraco”*⁷⁶.

Se debe señalar que en la localidad se cuenta con la ausencia de notificación de casos de violencia⁷⁷. El porcentaje de mujeres jóvenes dentro de la población abordada por el énfasis de salud mental, es casi dos veces mayor que el porcentaje de hombres; de 69 casos de violencia reportados de adolescentes y jóvenes entre los 10 y los 26 años, el 78% corresponde a mujeres víctimas y el 21% a jóvenes hombres. Sumado a lo anterior, se debe señalar que son los jóvenes quienes más reportan situaciones de violencia a diferencia de otras etapas del ciclo vital⁷⁸.

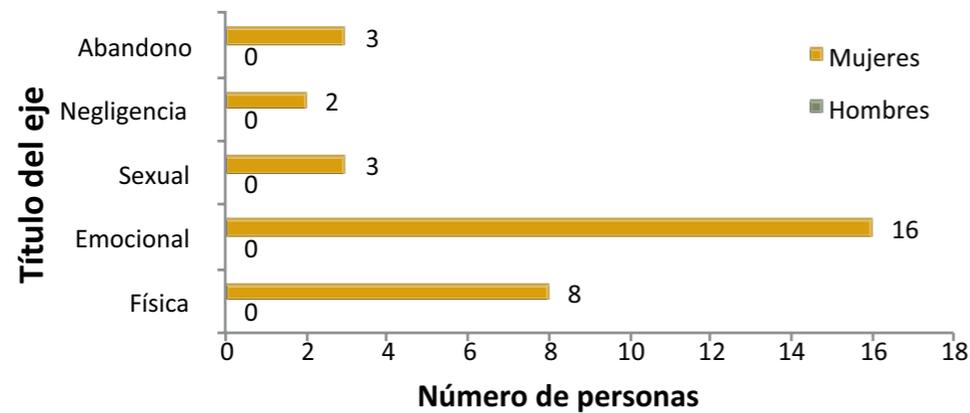
Durante el año 2010 fueron reportados a Sivim 6 casos de violencia emocional, 4 casos de violencia física, 1 de violencia sexual y uno de negligencia o abandono, disminuyendo la notificación con respecto al año inmediatamente anterior, en el cual fueron reportados 32 casos de violencia, representando el 30.8% del total de violencias en la localidad 20 de Sumapaz. Todos los casos durante el año 2009 afectaron únicamente al sexo femenino siendo la violencia emocional la más prevalente (50%), seguido de la violencia física con una prevalencia del 25%.(Gráfica 49).

⁷⁶ Resultados de trabajo intersectorial desarrollado con los jóvenes del Colegio Erasmo Valencia y Juan de la Cruz Varela sobre la promoción de los derechos sexuales y reproductivo y el reconocimiento del cuerpo. Hospital Nazareth, Secretaría Distrital de Integración Social y Convenio 0121 de la Alcaldía Local de Sumapaz. 2009

⁷⁷ En la actualidad se tiene un comparativo que evidencia que en el 2009 se reportaron 66 casos, mientras que para junio 2010 hay reportados únicamente 9 casos, presentándose de esta manera el sub registro.

⁷⁸ “El análisis de acuerdo con el acumulado de violencias notificadas durante el año 2009, según grupo de edad, muestra que el mayor porcentaje de violencias, se concentra en el grupo de 10 a 15 años, representando el 28,8% del total de violencias notificadas durante el año, seguido por el grupo de 5 a 9 años, con 20,4% y el de 16 a 20, con 13,6%. De esta manera pueden establecerse la infancia y adolescencia como las principales etapas del ciclo vital, afectadas por las violencias en la localidad Sumapaz, coincidiendo con la tendencia observada a nivel distrital y nacional. Informe sistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar, abuso sexual y violencia sexual intrafamiliar.- Sivim- cuarto trimestre 2009. HOSPITAL NAZARETH.

Gráfica 49. Principales tipos de violencia presentados en el territorio II.
Localidad 20 Sumapaz. 2009.



Fuente: Equipo de trabajo énfasis Salud Mental. Hospital Nazareth, 2009.

Aunque actualmente existe un estudio realizado por la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca que permite dar cuenta de la relación existente entre consumo de alcohol y violencia, esta mezcla ha sido determinante para la presencia de situaciones de conflicto conyugal, vecinal y familiar que vulneran la estabilidad emocional de los individuos. Este aspecto no afecta menos a la juventud, si bien como se ha enunciado, el consumo de alcohol hace parte de los procesos de socialización desde temprana edad; también se convierte en un factor que promueve la reproducción de pautas culturales de comportamiento “machistas”; uno de los asistentes Giovanni G. joven del territorio comenta al respecto “*el hombre acá se hace para tomar, para salir y la esposa debe estar pendiente de los hijos, esto es algo que se aprende desde pequeño*”⁷⁹. En el proceso de envejecimiento este comportamiento tiene una marcada incidencia en la reproducción de acciones violentas mediadas por el consumo de alcohol.

Los datos de los reportes muestran un mayor porcentaje de afectación y reportes de adolescentes entre los 10 y los 15 años de edad en comparación a otros quinquenios de edad; es probable que esta dinámica se presente porque las acciones de promoción y prevención están en mayor porcentaje concentradas en el ámbito escolar (buzón 106, colegios protectores, estrategias de afrontamiento que ponen en riesgo la salud mental); abordando el sector salud, la meta dada desde el Distrito es de 24 escuelas y como valor agregado 3 escuelas más⁸⁰; en el ámbito familiar por su parte, únicamente se cuenta con la intervención psicosocial como intervención de restitución y pluri modal con un abordaje promocional para el fortalecimiento de la dinámica familiar, abarcando en promedio un total de 134 familias de acuerdo con la meta solicitada y el recurso asignado por Secretaría Distrital de Salud, de las 638 existentes en el territorio.

Otra de las situaciones de salud mental que afectan a los jóvenes está vinculada con los imaginarios sociales que culturalmente sostienen frente al desarrollo de su personalidad. La agudización de la adolescencia, y las dificultades para manifestar expresiones de afecto hacia los y las otros/as que contengan la necesidad de generar contacto físico son características propias de los y las habitantes del territorio y actúan como determinantes en el establecimiento de relaciones

⁷⁹ HOSPITAL NAZARETH. Unidad de análisis con equipo integral. Óp. Cit.

⁸⁰ Se debe señalar que este valor agregado supone un esfuerzo adicional de los profesionales y el recurso asignado por el Secretaria de Salud, en donde el Hospital Nazareth en aras de responder a las necesidades de la comunidad es decir a las 27 escuelas, debe diseñar estrategias de articulación que posibiliten este objetivo.

con los otros y las otras, generando relaciones frías e impersonales que afectan significativamente la salud mental de los y las jóvenes⁸¹

Con relación a la capacidad organizativa de la juventud Sumapaceña, se puede señalar que en los últimos años los y las jóvenes de la localidad han evidenciado un interés particular por vincularse en escenarios de participación en los que tengan incidencia para la toma de decisiones; existen patrones culturales que subvaloran los roles de liderazgo asumidos los jóvenes de la localidad, restringiendo su autonomía a las decisiones concertadas por los adultos y las adultas. En relación con lo anterior, los y las jóvenes del Sumapaz que tiene acceso a mecanismos de formación política para la participación y deciden vincularse a dichos escenarios, poseen un mayor grado de acceso a oportunidades educativas en el contexto urbano, lo que ha incrementado el desplazamiento de los líderes y lideresas juveniles hacia Bogotá Urbana o hacia otros destinos, viéndose obligados a abandonar procesos organizativos locales, los cuales se ven eventualmente truncados por las debilidades existentes para identificar y potenciar nuevos liderazgos desde ejercicios autónomos; esto genera pérdida del interés por parte de los y las jóvenes frente a los procesos organizativos y de la continuidad de los mismos.

Un factor adicional, que complejiza los ejercicios organizativos y de movilización en los y las jóvenes de la localidad es la característica de visibilizar la participación juvenil como un factor que expone a los y las jóvenes hacia señalamientos, por la expresión libre de sus ideas, como consecuencia de condiciones de inseguridad en el territorio, sumada a la demanda de grandes distancias para vincularse a espacios de participación institucionales o comunitarios, lo que incrementa el debilitamiento de procesos organizativos locales, según percepciones en los y las jóvenes en espacios locales.

3.2.3. Adultez

Hablar de adultez requiere visualizar la etapa no como un rango de edad (27-59 años), sino como una construcción permeada por una serie de variables sociales que determinan la estructura social, morfológica y de pensamiento de un individuo, ampliando así la concepción de adultez a una categoría de análisis vinculada con el proceso de envejecimiento. El envejecimiento es un fenómeno muy complejo y variable. No sólo los organismos de la misma especie envejecen a distintos ritmos, sino que el ritmo de envejecimiento varía dentro del organismo mismo de cualquier especie. Las razones para que esto sea así, no se conocen en su totalidad. Algunos teóricos dicen que el individuo nace con una cierta cantidad de vitalidad (la capacidad para mantener la vida) que disminuye continuamente a medida que avanza la edad. Los factores del entorno también influyen sobre la duración de la vida y el momento de la muerte (Dychtwald 1986). Por consiguiente, el envejecimiento debe contemplarse desde una perspectiva que abarque todo el curso del ciclo vital

En Sumapaz, la adultez cuenta con formas de interacción social que determinan su estar en el territorio y en la vida. Usualmente este estar va ligado a la continuación de procesos culturales y de comportamiento como resultado del legado histórico organizativo y agrario. El quehacer de la adultez en esta época no se diferencia sustancialmente del de años anteriores; esto es posible debido a la continuidad de las formas de organización local y la fuerte influencia de la vejez en los procesos de participación en especial los relacionados con la lucha por la tierra.

En Sumapaz, el empuñar la mano está motivada por este aspecto; la adultez siente estar convencida y lo materializa en la prolongación de estas ideas libertarias “*los habitantes de la zona de San Juan tienen en especial una tradición familiar y social íntimamente ligada a los procesos de*

⁸¹ HOSPITAL NAZARETH, SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL Y CONVENIO 0121 DE LA ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ. Resultados de trabajo intersectorial. 2009. Óp. Cit.

*lucha por la tenencia de la tierra y su defensa de las llamadas guerras del Sumapaz*⁸². No obstante la participación en procesos relacionados con la reivindicación y garantía del derecho en otras dimensiones relevantes para el ciclo vital (alimentación, educación, cultura etc.), se encuentra condicionada por el factor tiempo, debido a que se priorizan las actividades propias del rol laboral como es la característica general de este ciclo vital; como consecuencia, en los escenarios de participación convocados y concertados intersectorialmente con la comunidad se evidencia escasa representatividad de los adultos y adultas; por ende el posicionamiento político de las necesidades propias de esta etapa de la vida se ve disminuido.

Como otro factor determinante para los procesos participativos de los adultos y las adultas en el Sumapaz, se encuentra que existe poca rotación de liderazgos en escenarios de participación comunitaria e institucional, lo que conlleva a la monopolización de la autonomía y la incidencia en la toma de decisión, generando como consecuencia la pérdida de interés por parte de los adultos y adultas que eventualmente no se vinculan a dichos escenarios, delegando la exigibilidad de sus derechos a terceros.

Aunque existen espacios de participación liderados y motivados por la comunidad, los cuales inciden en el desarrollo de la localidad, de igual manera existen otros espacios con gran incidencia de las instituciones al punto que algunos grupos dependen de la iniciativa y formación de actores externos, los cuales direccionan las ideas de acuerdo con las expectativas propias de su misión, poniendo en riesgo la participación autónoma comunitaria, debido a la costumbre que se adquiere motivada por la recepción de beneficios por su participación, desvirtuándose la exigibilidad del derecho, el cual incluye procesos de corresponsabilidad, entendida ésta como la capacidad individual y colectiva de compartir responsabilidades para el logro de un objetivo.

En cuanto a la visibilidad de la mujer, en los últimos años se ha evidenciado una participación organizada y activa; este proceso está en su etapa inicial, por lo cual necesita el apoyo normativo e institucional para la consolidación, fortalecimiento y permanencia a través de los años. Es de resaltar que la voz de la mujer adulta está siendo reconocida para la toma de decisiones; ejemplo de ello es su incidencia en la formulación del plan de desarrollo local 2008 – 2012, el cual contempla estrategias tendientes al mejoramiento de la calidad de vida de esta población y al posicionamiento político de la misma, situación que es nueva y positiva para una localidad netamente campesina.

Si bien estos procesos participativos han traído consigo logros para las mujeres, ha sido un proceso que también ha contado con dificultades. Siendo este un ejercicio comunitario nuevo en comparación con las formas de organización predominantemente masculina como Sindicato Agrario, etc., la modificación de estructuras mentales de comportamiento “machistas” supone una barrera en este reconocimiento. El señalamiento social al cual las mujeres se enfrentan por conquistar esta dimensión política enmarcada en el desarrollo de la autonomía de la mujer y del territorio como espacio social, les ha costado a algunas de ellas enfrentarse a conflictos al interior de sus hogares, viéndose obligadas a dejar de lado esta iniciativa en aras de mantener la armonía familiar; en caso de no hacerlo deben exponerse a disminuir los tiempos para el cuidado de los hijos, los obreros, el esposo, el trabajo etc., poniéndolas en desventaja con respecto a la exposición de los hombres quienes en un caso similar deberán ausentarse máxime del trabajo. Sin embargo, como se enuncio anteriormente, aun es fuerte la mirada estigmatizadora que desconoce su capacidad de liderazgo.

Este desconocimiento social que se hace de las mujeres se manifiesta como un factor determinante para la presencia de casos de violencia social ejercida contra la mujer en la cual se desconoce incluso por ellas mismas su papel protagónico en las construcciones sociales. Pese a que las mujeres adultas del territorio II cuentan con posibilidades de desplazamiento mayores al

territorio I (existe cercanía entre veredas a excepción de Toldo y san Antonio) lo que les facilita la participación en espacios convocados de organización, bien sea comunitaria o institucional; se encuentra, que esta problemática permea de forma generalizada a la mujer en el Sumapaz; no afectar de forma generalizada sería en parte posible, si se logra modificar una estructura mental que históricamente, no solo en el Sumapaz sino en el mundo, ha hecho invisible a la mujer en la construcción de sociedad.

La violencia social no es la única violencia que vulnera a la mujer adulta; la violencia dada desde el contexto familiar, es otra variable que incide en el desarrollo de su autonomía. Durante el 2009, los distintos tipos de violencias se presentaron predominantemente en el género femenino, representando el 78,8% del total de violencias notificadas durante el año. Solamente se observa mayor porcentaje de violencias en el género masculino para la negligencia, aunque la diferencia no es significativa (53,3% en hombres y 46,6% en mujeres). Lo anterior está definido en buena parte por las características culturales de la localidad en donde prima el machismo del campesinado y la naturalización de las violencias como parte de la dinámica familiar.

De 132 violencias notificadas para el 2009, solo el 15 % corresponde a mujeres adultas; de este total ninguna relacionada con violencia a hombres; así mismo sólo el 30.8% se ubica en el territorio II. Es así como el mayor porcentaje de víctimas corresponde a mujeres adultas; lo anterior puesto como uno de los determinantes que incide en la aceptación de hechos que vulneran la integridad de las mujeres, quienes en esta etapa de vida deben desempeñar roles orientados al bienestar de la familia y el cuidado de terceros en el rol de madres y esposas, desconociendo sus derechos como ciudadanas, mujeres, seres humanos y aceptando como normal por el bienestar familiar, actos que ponen en riesgo su integridad.

En la localidad estos fenómenos de violencia suelen silenciarse, pese a las acciones que las instituciones e incluso las mismas organizaciones sociales han adelantado para aumentar la denuncia; las presiones sociales logran mayor relevancia en la comunidad y en las mujeres, quienes prefieren pasar por alto los episodios de violencia para evitar la ruptura de las relaciones con familiares y vecinos/as

En cuanto a las elecciones laborales, se encuentra que en la localidad el mayor porcentaje de actividades de este tipo desempeñadas por la adultez corresponde a actividades relacionadas con el agro; el 65% de la fuerza laboral de la localidad está puesta en esta etapa distribuida en 35% mujeres y 65% hombres; de acuerdo con los datos entregados por el énfasis laboral, de las 122 Unidades de Trabajo Informal UTI caracterizadas y abordadas, 28 están ubicadas en el territorio II, con un 39% de representación femenina y un 61% masculina; en las cuales el 54% están dedicadas a producción agrícola y el 43% a elaboración, fabricación y comercio de alimentos⁸³.

El territorio II cuenta con alternativas de comercio más ventajosas en comparación con el territorio I, pues tiene a su disposición los tres centros poblados existentes en el corregimiento de San Juan, lugares en los cuales se llevan a cabo el intercambio comercial proseguido de ferias locales. Sumado a ello, la ubicación de la mayoría de las veredas es cercana a las vías principales por las cuales se adelanta el comercio local.

Los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos los trabajadores y trabajadoras caracterizadas son, para la actividad agrícola, riesgo químico por la utilización y manejo inadecuado de agroquímicos; carga física por la adopción de posturas forzadas y prolongadas y manipulación de cargas con pesos superiores a los límites permisibles; el riesgo locativo por condiciones de seguridad como entornos de orden y aseo inadecuados, los cuales se convierten en generador del riesgo ergonómico y además pueden ser generadores de accidentes de trabajo; en la actividad de

elaboración artesanal de queso, se encuentra el riesgo en carga física por posturas y movimientos repetitivos y manipulación inadecuada de cargas y riesgo biológico por la manipulación de alimentos, encontrándose expuestos a hongos virus y bacterias, convirtiéndose a su vez en generadores de enfermedades, acompañados de un alto riesgo psicosocial, afectando la salud mental por temor a eventos de orden público, desarrollo de actividades monótonas y repetitivas. El 21% se encuentran trabajando por labor contratada y el 79% sin contrato; el 90% recibe menos de 1 salario mínimo legal vigente (smlv), el 9% un smlv y 1% más de 2 smlv.

Las labores desarrolladas por las mujeres adultas están preferiblemente concentradas en la elaboración de quesos y la preparación de alimentos para la venta, sumado a las actividades que no son reconocidas como trabajo, las cuales corresponden a la carga que trae consigo el cuidado de los hijos, la preparación de alimentos para los obreros en las fincas, aun cuando esta actividad sea paga; como consecuencia de ello, se evidencia un desconocimiento de la institucionalidad y de las mujeres para participar en los espacios referidos para el bienestar laboral⁸⁴ y la adquisición de enfermedades respiratorias EPOC, debido a que, como se enuncio anteriormente, quienes por distribución de ocupaciones familiares se encargan de las labores del hogar y quienes permanecen la mayor parte del tiempo en el área de preparación de alimentos son las mujeres. El combustible utilizado para la cocción de los alimentos es la leña, utilizada por el 83.8% de las familias de Sumapaz; no todas las viviendas cuentan con condiciones apropiadas de ventilación para que el humo salga al ambiente y no quede encerrado al interior de la cocina, ocasionando enfermedades respiratorias; de acuerdo con los datos de producción del Hospital Nazareth, corte a octubre 2008, de un total de 846 consultantes por enfermedad respiratoria, un 24.4% corresponde a población adulta.

El 4% de esta población se encuentra afiliado al sistema contributivo, dado principalmente a la vinculación con temporales para el trabajo en carreteras, quienes finalizado el contrato deben hacer nuevamente la gestión para acceder al régimen subsidiado; para el uso de la EPS los y las adultas deben recorrer largas distancias a nivel urbano, gastando recursos económicos que no siempre tienen a disposición. Ante esta situación, la comunidad prefiere no demandar los servicios de salud de la EPS, utilizarlos una vez el estado de salud llega a un término crítico o por el contrario acudir a métodos tradicionales como el uso de plantas medicinales.

Este 4% cuenta con afiliación al sistema general de riesgos profesionales; sin embargo el acceso a este beneficio se dificulta dadas las condiciones geográficas del territorio, en donde, al igual que las EPS, los centros de atención se ubican en la zona urbana; frente a ello, en muchas ocasiones ha sido el hospital local el que ha tenido que asumir esta cobertura incluyéndola como urgencia, en aras de responder a la necesidad de la comunidad. Cabe señalar que el centro de salud ubicado en el corregimiento de San Juan, se encuentra en el territorio II.

La mayor molestia referida por los trabajadores adultos/as está vinculada con el sistema osteomuscular, específicamente dolor de espalda, lo que se relaciona con la demanda de las actividades productivas en condiciones inseguras a las que los trabajadores y trabajadoras se dedican diariamente. Según resultados de evaluaciones medico-ocupacionales realizadas en el marco del proyecto Bienestar Ocupacional del Agricultor, vigencia 2008, se encontró que el 16% (27/166) de los adultos evaluados presentan diagnósticos relacionados con alteraciones osteomusculares entre las que se encuentran lumbalgias y dorsolumbalgias. El 8% de los trabajadores/as caracterizados fuman y aproximadamente el 98% de ellos consumen alcohol, dado que esta práctica se ha naturalizado y convertido en actividad de tiempo libre, socialmente aceptada

⁸⁴ Se debe tener en cuenta que si Secretaría Distrital de Salud aumentara la meta anual para el trabajo con UTI y con ello el presupuesto, sería necesario incluir acciones orientadas a la sensibilización de la población frente a este reconocimiento, acciones que además suponen una acción política afirmativa para hacer visible el papel productivo de la mujer en los procesos de construcción de sociedad.

De las 98 personas en condición de discapacidad caracterizadas en este territorio 24 pertenecen a esta etapa de vida, representando el 24,5% del total de personas en condición de discapacidad en este territorio y el 50% pertenecen al sexo masculino. El 25% de las personas caracterizadas en condición de discapacidad en esta etapa de vida viven en la vereda Santo Domingo (tabla 46).

Tabla 46. Distribución de Adultos en condición de discapacidad por veredas del territorio II. Localidad 20 Sumapaz. 2010.

VEREDA	# Adultos en condición de discapacidad	%
SAN JUAN	2	8,3
TOLDO	3	12,5
CAPITOLIO	4	16,7
UNION	4	16,7
VEGAS	5	20,8
SANTO DOMINGO	6	25,0
Total general	24	100

Fuente: Base de Datos de registros de personas en condición de discapacidad. VSPD 2010. Hospital Nazareth.

En cuanto a alteraciones permanentes, en este grupo de edad fueron referidos como los que más afectan, problemas relacionados con movimiento de cuerpo, brazos, manos y piernas (45,8%), sistema nervioso (20,8%), ojos (12,5%), oídos, sistema cardio respiratorio y defensas (8,3%) y voz y habla (4,2%). En este territorio en el grupo de edad de adultez solo 2 personas refirieron necesitar ayuda permanente de una persona para la realización de sus actividades diarias.

Frente a los espacios para el desarrollo del tiempo libre, la recreación y el ocio, se encuentra que los hombres tienen como herramienta esencial para el uso de tiempo libre la socialización con pares en torno al consumo de alcohol y tabaco, lo que genera un panorama más excluyente para las mujeres, quienes no contemplan actividades alternas, bien sean productivas o de esparcimiento como parte de su rutina habitual, limitando su cotidianidad a las actividades del hogar, relacionadas con la preparación de alimentos y el cuidado de otros, asumidas desde edades tempranas como herramienta preparatoria para asumir el rol de “madres”.

Ser adulto o adulta en la localidad de Sumapaz se encuentra entonces determinado por las dinámicas familiares y laborales como prioritarias, y en ocasiones por las culturales, asociadas a celebraciones históricas como la del día del campesino, las sesiones ampliadas del sindicato y las ferias agroambientales, entre otras, las cuales se desarrollan eventualmente en la mayoría de los casos en el territorio II, debido a la disponibilidad de infraestructura para tales efectos “En lo referente al sector comercial, cabe destacar la realización de una feria ganadera en la vereda La Unión del corregimiento San Juan de Sumapaz, la cual tiene una periodicidad mensual. En este evento se concentran personas de la localidad y de las poblaciones cercanas, con el fin de comercializar ganado y productos como quesos y misceláneos, entre otros”⁸⁵, congregando a gran parte de la comunidad adulta y persona mayor con predominancia masculina en torno al consumo de alcohol, tabaco y a la interacción en torno al baile, en ocasiones cabalgatas y concursos con juegos autóctonos como el tejo y la rana.

La práctica de actividad física para los y las adultas cuenta con una concepción errónea, relacionándola con las demandas físicas propias del desarrollo habitual de su actividad laboral y con la percepción de los desplazamientos habituales, como parte de la práctica de actividad física.

Los patrones y situaciones descritas anteriormente han generado una estructuración de hábitos de vida poco saludables que pueden terminar generando alteraciones en la situación de salud de los y las adultas en el proceso de envejecimiento, promoviendo el desarrollo de enfermedades crónicas asociadas a la sobrecarga de las estructuras del organismo.

Otras de las causas que se ve estrechamente relacionada con la etapa de adultez y que se relaciona con el factor de consumo (SAN), es que la producción agropecuaria está orientada a la comercialización y en menor proporción al autoconsumo; es decir, no son consumidores de su producto y si lo consumen es el de menor calidad; adicionalmente, hay un consumo insuficiente de alimentos con aportes proteicos, teniendo en cuenta que no es proporcional al gasto calórico acorde al desempeño ocupacional propio de esta etapa (la actividad de agricultura, los desplazamientos de sus puestos de trabajo a sus casas y viceversa, entre otros) y esta condición se refleja en los índices elevados de desnutrición proteica en la etapa de adultez.

Los patrones culturales continúan siendo un determinante marcado y es más predominante en la etapa de adultez, puesto que se prioriza el consumo de carbohidratos y no se consumen alimentos con carga proteica. Hay un mayor incremento de obesidad en las mujeres adultas; también se incrementa la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas evitables, debido a que las acciones promocionales en salud no son visibles en esta etapa del ciclo y no permiten registrar indicadores que referencien el estado nutricional de los y las adultas, pues se maneja el concepto de “no considerarlos” como vulnerables en términos nutricionales, perdiendo de esta forma la perspectiva de ciclo y contribuyendo a su exclusión social.

En cuanto a la vivencia de la sexualidad, en esta etapa de vida se puede inferir que la etapa adulta enfrenta a las personas a pensarse de una forma distinta su futuro y por ende su sexualidad; no existe presión frente al sexo y la ausencia de límites paternos y maternos les permite experimentar con mayor tranquilidad la sexualidad. No obstante, en Sumapaz, la sexualidad de las mujeres está permeada por patrones culturales de predominio machista, materializados en la posición pasiva de la mujer frente a sus necesidades sexuales, posición que obedece al cúmulo histórico que la ha anulado como sujeto de placer, sumado al escaso acceso a los métodos de regulación de la fecundidad como medida para prevenir embarazos múltiples en cortos tiempos, como decisión autónoma para no tener más embarazos o como medida preventiva de adquirir Infecciones de Transmisión Sexual.

En el territorio de Sumapaz, la conformación de núcleos familiares a temprana edad hace parte de las características demográficas de las mujeres jóvenes; es por ello que cuando llegan a la etapa adulta ya cuentan en la mayoría de los casos con 2, 3 y hasta más hijos, evidenciando por ellas mismas la necesidad de un método definitivo, sin embargo el acceso a este método se ve dificultado por las distancias frente al centro hospitalario que presta el servicio, que para Sumapaz es Meissen, siendo esto una barrera de acceso a los servicios de salud. Otro determinante relevante en esta problemática es la presión que ejerce el compañero sentimental frente a la posibilidad de acceder a estos métodos; algunos hombres e incluso mujeres determinadas/os por esquemas culturales, manifiestan no ver como opción la regulación de la fecundidad, los hombres desconfiando de la integridad de las mujeres y las mujeres dando prioridad a la opinión del hombre sobre sus necesidades como mujer y persona. Con frecuencia se ha relegado el uso del método de regulación de la fecundidad a la mujer, excluyendo al hombre como actor en este proceso y por tanto responsable no solamente del cuidado de su cuerpo, sino del cuidado del cuerpo de la compañera sentimental; con poca frecuencia los hombres acompañan a sus esposas a las consultas y orientaciones frente al tema, desconociendo su corresponsabilidad en los campos relacional y afectivo.

Esta sobrecarga que se hace a la mujer la indisponen frente al uso de métodos para la regulación y a la constancia en el tratamiento cuando se consumen o inyectan los anticonceptivos. Aun es evidente la falta de sensibilización que tiene algunas mujeres y hombres frente a la importancia

de prevenir embarazos no deseados y evitar el contagio en infecciones de transmisión sexual que puedan afectar la salud mental y física de las personas.

La condiciones rurales y las dificultades geográficas frente a las distancias son otro factor determinantes para que las personas puedan adquirir métodos de regulación de la fecundidad alternativos a los ofertados por el Plan Obligatorio de Salud, siendo de esta manera la única fuente para la adquisición de estos, la ESE local, por tanto se evidencia una problemática de acceso e incluso de información frente a otras alternativas relacionadas con este tema.

Si bien es cierto en esta etapa las mujeres y hombres son más autónomos frente al manejo del cuerpo, las relaciones de dominación, existentes frente al mismo, impiden cualquier dinámica relacional enfocada a la generación del placer y el desarrollo erótico y sexual del ser humano, con particular relevancia en la capacidad, posibilidad y oportunidad de disfrute de la mujer, quien es vista culturalmente como “objeto de placer”, situación que la expone además a ser víctima de violaciones y violencias que se naturalizan por la obligación que socialmente deben tener frente a la satisfacción sexual del compañero sentimental.

En el primer semestre del 2010, durante esta etapa de ciclo vital, se identificaron cuatro gestantes correspondiendo al 25% de mujeres embarazadas en este territorio. Dos de las gestantes tenían más de 35 años de edad. El tipo de aseguramiento más prevalente fue el Subsidiado pertenecientes afiliadas a Humana Vivir y Fondo Financiero Distrital.

Los adultos y adultas en situación de discapacidad, de acuerdo con el proceso evolutivo, también desarrollan su sexualidad; sin embargo los profesionales en salud y la sociedad en general con dificultad cuentan con herramientas pedagógicas y de abordaje con esta población, ensanchando la brecha de exclusión social y privando a las personas en situación de discapacidad de la posibilidad de ser reconocidas como sujetos de derechos.

3.2.4. Persona mayor

La sociedad contemporánea ha fijado sus intereses en la vida práctica, monótona y rápida, reconfigurando a su vez, los valores en los cuales se apoya la familia para la formación de sus miembros.

Anteriormente el papel del o la mayor en la sociedad era relevante en la medida en que era quien, por su experiencia y sabiduría, daba cuenta de forma global de las situaciones que el diario vivir traía y consigo las posibles salidas; dicho panorama se visibiliza con mayor frecuencia en las zonas rurales, en donde el sentido recuperación de la memoria histórica y el legado de principios, valores y tradiciones de generación en generación recobra importancia, otorgándole a las personas mayores un lugar prioritario en la dinámica social.

Para el caso concreto de Sumapaz, son las personas mayores quienes han tenido todo un recorrido político y beligerante por la supervivencia de los pobladores en la región desde hace en promedio 50 años; este bagaje genera en los imaginarios de la población adulta y joven, sentimientos de respeto por la trayectoria histórica y las vivencias que en la mayoría de los casos comprometieron la vida e integridad de ellos y sus familias, dados los enfrentamientos con los actores armados de la zona, constantemente asociados a la defensa y tenencia de la tierra; esta situación genera entonces en las personas mayores un comportamiento activo frente a las rutas que la localidad deberá tomar en los aspectos políticos. En la actualidad, en el territorio existen procesos de organización comunitaria que convocan al 95% de personas mayores, de quienes depende, en la mayoría de situaciones, dar vía a la intervención de los entes tanto distritales como locales, así como el ejercicio de los mecanismos de control social.

Para las personas mayores de la localidad esta situación genera un impacto social en la medida en que los saberes y oficios de esta población se desarrollan en la zona rural y están directamente

relacionados con las labores del campo; es así como al momento de introducir avances tecnológicos a la productividad agrícola, se generan en las personas mayores situaciones de estrés condicionadas por la falta de conocimiento de estos avances y por las limitaciones que tienen para poder generar procesos de aprendizaje, dadas las características de envejecimiento de la población.

De acuerdo con los datos oficiales que maneja el Hospital Nazareth, el territorio II se encuentra habitado por 71 personas mayores, correspondiente al 8,27% de la población que habita el territorio; del total de personas mayores, el 49% son mujeres y el 51% hombres⁸⁶.

A continuación se realiza la descripción de los aspectos diferenciales que determinan las condiciones de calidad de vida y salud de las personas mayores en el territorio II, como resultado de ejercicios de cualificación de la situación de salud en el territorio social de Sumapaz, los cuales se han desarrollado a través grupos focales como técnicas de investigación cualitativa, a través de los que se ha obtenido información para la profundización en el análisis de los factores que determinan las condiciones de calidad de vida y salud en la población sujetos de análisis.

Entre los aspectos que han beneficiado el desarrollo de las personas mayores en el territorio II se evidencian una mayor facilidad de acceso a los servicios, determinada a su vez por el acceso a vías, a la educación y a escenarios de integración social, en los cuales las personas mayores ocupan un lugar prioritario. Lo anterior ha generado que desde la institucionalidad se concentren en el territorio II las acciones tendientes a beneficiar a este grupo poblacional, lo que a su vez ha hecho que las personas mayores con una trayectoria histórica organizativa determinada por el trabajo conjunto, se convoquen de una manera más efectiva y se vinculen a grupos de interés en los que desarrollan actividades productivas y para el uso del tiempo libre.

Lo anterior ubica a la institucionalidad en el territorio II como un aspecto que potencializa y fortalece el aspecto organizativo de las personas mayores. De hecho con frecuencia, se encuentran personas mayores en el territorio I que desconocen la existencia de proyectos que los beneficien y que les permitan asumir un rol más activo en su comunidad, más allá de las Juntas de Acción Comunal y los grupos de mujeres con amplia presencia en los territorios locales, a diferencia del territorio II, en el cual las personas mayores conocen y exigen sus derechos por la vía de la institucionalidad. Lo anterior se puede asociar con que en el territorio II la persona mayor sea más valorada en términos de su conocimiento, experiencia y trayectoria como forjadores de historia.

En el territorio II con frecuencia las personas mayores conviven con su familia y tienen un lugar primordial en la dinámica que les permite sentirse respetados, queridos y productivos. En los casos en los cuales las personas mayores viven solas en el territorio II, de igual manera la familia se encuentra ubicada cerca y se tiene una red de apoyo mucho más fortalecida, que les permite en ocasiones a las personas mayores sentirse reconocido y acogido en su núcleo primario de socialización.

No obstante, entre las principales problemáticas evidenciadas para las personas mayores, se encuentra el abandono; aun cuando las personas tienen a su alrededor a su familia, se encuentra que están muy solos, porque no son vistos como seres útiles para la sociedad, en consideración a que la valoración de la persona mayor se relaciona directamente con la pérdida de capacidad productiva, asociada a la vinculación a actividades propias del agricultura durante años, así como a los beneficios que puedan obtener del estado por su condición de "fragilidad social". El asistencialismo de las instituciones ha condicionado la dinámica social a lo que se puede recibir si se demuestra pobreza, hambre, enfermedad o cualquier otro factor de vulnerabilidad. Por lo anterior, la red de apoyo con la que cuentan las personas mayores con frecuencia se limita a la supervivencia y el mantenimiento, dejando de lado el aspecto afectivo, de tan suma importancia para esta etapa de la vida.

Otro de los aspectos identificados como determinantes para la calidad de vida de las personas mayores es el referente a su situación alimentaria, la cual se define a partir de la relevancia de las costumbres alimenticias asociadas al acceso, consumo y aprovechamiento, las cuales permiten evidenciar una trayectoria histórica en el territorio, que ha determinado el consumo de carbohidratos en mayor grado que el de proteínas, frutas y verduras, asociados a patrones culturales arraigados a la población, a lo largo de su historia, principalmente relacionado con los hábitos de producción en el territorio, correspondiendo a la siembra de papa. Lo anterior ha determinado condiciones de sobrepeso y obesidad en gran parte de la población de personas mayores, lo que incrementa el riesgo de deterioro como producto de las enfermedades crónicas, que son de mayor ocurrencia en las mujeres. Del total de las personas crónicas del territorio II, el 12.4% pertenecen a las veredas de San Juan (12.4%) y Santo Domingo (12.4%) (Tabla 47). La mayor prevalencia en enfermedad crónica es la hipertensión arterial seguida de dislipidemias.

Tabla 47. Distribución de personas con enfermedades crónicas por veredas del territorio II. Localidad 20 Sumapaz.

Territorio	VEREDA	Número de personas con enfermedad crónica.
II	LA UNIÓN	13
	VEGAS	10
	SAN JUAN	21
	SAN ANTONIO	3
	TOLDO	4
	CAPITOLIO	12
	SANTO DOMINGO	21
	PAQUILO	19
	TOTAL	169

Fuente: Equipo de trabajo Énfasis enfermedades crónicas. Hospital Nazareth 2009

En la zona de ocupación agropecuaria de San Juan el espacio destinado a la agricultura en el territorio II, se encuentra concentrado en algunos focos de las veredas de San Juan, Santo Domingo y Capitolio. La papa es el principal producto de la agricultura y su cultivo alcanza altitudes de hasta 3.500 metros, en las cercanías de San Juan y vías de acceso.

Modificar los hábitos alimenticios requiere de profundos cambios en las costumbres, de tal manera que permita la valoración del consumo de verduras, legumbres, cereales y frutas como parte de la dieta diaria y como factor preventivo para la adquisición de condiciones que afecten negativamente el estado de salud durante el proceso de envejecimiento activo.

Como estrategia educativa para promover el consumo de los alimentos ausentes en la dieta habitual de las personas, se han implementado las huertas caseras, las cuales no han tenido el impacto esperado en las familias, en consideración a que no se evidencia apropiación de nuevos hábitos alimenticios, que permitan a su vez darle continuidad a la siembra de hortalizas, verduras y plantas medicinales. Lo anterior requiere de la implementación de procesos educativos de fondo, que permitan el sostenimiento en el tiempo de las estrategias.

En cuanto al consumo de alimentos por parte de las personas mayores en el territorio II, se encuentra condicionado por el acceso a productos, las condiciones socio – económicas y las características de la producción agropecuaria, la cual se orienta a la comercialización y en menor

86 Hospital Nazareth. Base de datos Atención Primaria en Salud. 2008

proporción al autoconsumo, es decir, no son consumidores de su producto y si lo consumen es el de menor calidad, lo que podría generar un impacto negativo en las condiciones de salud de las personas mayores. En cuanto al acceso a los alimentos, se considera importante mencionar que, por concentrar los tres centros poblados, se facilita el comercio con respecto las condiciones de acceso del territorio I, lo que implica menores costos.

El poder adquisitivo es un factor determinante en el acceso a los alimentos por parte de la persona mayor; aspecto que se relaciona directamente con el desempeño de las personas mayores en actividades productivas que les permitan obtener dinero para garantizar la satisfacción de sus necesidades básicas. En el territorio II, la mayor parte de las personas en esta etapa del ciclo vital, reciben un subsidio de la Secretaría de Integración Social, que según referencias de las personas mayores es insuficiente y esta situación les obliga a continuar en labores productivas y exponerse de manera continua a los factores de riesgo generados por la actividad laboral, que en algunas situaciones termina por generar enfermedad. Entre las principales molestias referidas por las personas mayores se encuentran las molestias relacionadas con el sistema osteomuscular específicamente dolor de espalda, miembros inferiores, relacionándolas directamente con la sobrecarga generada en las estructuras corporales, como resultado de la exposición a grandes cargas de trabajo.

Sumado a las condiciones mencionadas anteriormente, se identifican como problemáticas para las personas mayores las pocas oportunidades para la satisfacción de necesidades de afecto, participación y plenitud de los hombres y mujeres mayores. Como condiciones que limitan la satisfacción de las necesidades de la población de personas mayores en el territorio II, es importante mencionar la existencia de condiciones de discapacidad, enfermedad crónica, estilos de vida no saludables y poca adherencia a proceso de cuidado de la salud lo que incrementa el compromiso funcional y el proceso de deterioro.

De las 98 personas en condición de discapacidad caracterizadas en este territorio 37 pertenecen a esta etapa de vida, representando el 37,7% del total de personas en condición de discapacidad en el territorio II y el 51,3% pertenecen al sexo femenino. El 29,7% de las personas caracterizadas en condición de discapacidad en esta etapa de vida viven en la vereda Santo Domingo (tabla 48).

Tabla 48. Distribución de persona mayor en condición de discapacidad por veredas del territorio II. Localidad 20 Sumapaz. 2010.

VEREDA	# Persona Mayor en condición de discapacidad	%
TOLDO	1	2,7
UNION	3	8,1
VEGAS	6	16,2
CAPITOLIO	7	18,9
SAN JUAN	9	24,3
SANTO DOMINGO	11	29,7
Total general	37	100,0

Fuente: Base de Datos de registros de personas en condición de discapacidad. VSPD 2010. Hospital Nazareth.

En cuanto a alteraciones permanentes, en este grupo de edad fueron referidas como las que más afectan, los problemas relacionados con movimiento de cuerpo, brazos, manos y piernas

(35,1%), sistema nervioso (5,4%), ojos (13,5%), oídos (10,8%), sistema cardio respiratorio (24,3%) y digestión, metabolismo y hormonas (8,1%). En este territorio en el grupo de edad de persona mayor, tres (3) personas refirieron necesitar ayuda permanente de una persona para la realización de sus actividades diarias.

Se considera importante considerar que, en la mayoría de los casos de personas mayores se evidencia compromiso psicosocial según refieren ellos por la falta de actividades a las que tiene la probabilidad de vincularse, el abandono familiar y la insatisfacción de necesidades básicas. El compromiso psicosocial mencionado se visibiliza principalmente en la negligencia y el abandono hacia las personas mayores por parte de los hijos/as, quienes en determinado momento cambian el hogar paterno y materno por sus núcleos familiares, dejando los padres y madres solos/as en las casas. Lo anterior genera que las personas mayores sufran de lesiones físicas, generalmente producto de caídas, dificultad para la adherencia a tratamientos de salud, deterioro en los hábitos de auto cuidado, estados de depresión y baja autoestima que los exponen a situaciones de vulnerabilidad poniendo en riesgo su vida y su integridad mental y física.

La incertidumbre frente a la permanencia en el territorio por parte de las personas mayores se constituye en un factor de riesgo psicosocial, en la medida en que, en los procesos históricos referenciados por la comunidad, las personas mayores han tenido roles protagónicos en los momentos cruciales de la defensa de la tierra, lo que ha generado un gran arraigo a la tierra y la lucha por su posesión, manifestada en la actualidad en la consolidación de procesos organizativos, en los cuales las personas mayores tienen una alta representatividad, como por ejemplo las juntas de acción local, el sindicato agrario y Asojuntas.

Otro aspecto a abordar en el marco de la salud mental de las personas mayores del territorio II, es el concerniente al mantenimiento de las relaciones afectivas, tanto de pareja, como filiales; aun cuando no se tiene estratificada por territorio la información cualitativa respecto a las características de conformación de los núcleos familiares, de manera general se conoce que las compañeras sentimentales han abandonado el hogar, producto de separación o porque han quedado viudos, lo que podría tener impacto en la situación emocional de personas mayores, generando sentimientos de soledad y estados de depresión que terminan por afectar la calidad de vida y la salud mental de esta etapa del ciclo vital.

Las características de inatención y de no visibilizar del territorio desde la institucionalidad evidenciada en la trayectoria histórica del mismo, en términos de corresponsabilidad, el asistencialismo ha determinado una dependencia nociva a la institucionalidad, que ha terminado por desestimular, el aprovechamiento de los recursos, la autonomía en la población campesina y la adherencia a estrategias educativas que permitan generar cambios profundos en las formas de hacer y e cuidar su salud.

Como mecanismos para reivindicar los derechos de la población de personas mayores, durante el año 2008, el comité de persona mayor conformado por la Secretaria Distrital de Integración Social, La Alcaldía Local de Sumapaz, la Secretaría de Cultura, el Hospital Nazareth y la Secretaría Distrital de Salud, interesado en fortalecer los escenarios de participación de la comunidad y promover el posicionamiento político de las personas mayores en la construcción del Plan de Desarrollo Local, diseñó una estrategia en donde las personas mayores de la localidad pudieran expresar sus sueños, esperanzas, propuestas y saberes en función del mejoramiento de sus condiciones de vida y superación de aquellas inequidades que afectan el desarrollo social y humano de esta etapa del ciclo y de comunidad en general.

Para efectos de apoyar los procesos participativos y organizativos de las personas mayores en el territorio II, en el cual se reúnen mensualmente los grupos de La Unión, el cual convoca a personas de las veredas de Paquiló, la Unión e inclusive del departamento de Cabrera; Santo Domingo, el cual convoca a las personas de las veredas de Capitolio y Santo Domingo; San Juan, el cual convoca a personas mayores de las veredas de Vegas, Toldo, San Antonio y San Juan. En promedio se

movilizan 25 – 30 personas en cada uno de los espacios mencionados, para un total de 75 personas movilizadas en el territorio II, lo que representa el 24% de las personas mayores movilizadas en los cuatro territorios, las cuales se tienen estimadas en 315. Dichos grupos tiene una trayectoria importante de trabajo en el territorio que les ha permitido obtener beneficios y reconocimiento como actores claves en los procesos sociales.

En Sumapaz, los procesos participativos se han centralizado históricamente en los saberes construidos desde las experiencias de las personas mayores en el territorio, quienes con frecuencia son visibilizados como líderes vitalicios, por ser quienes vivieron las luchas por el territorio, lo cual les da autoridad y respeto por parte de las generaciones. Sin embargo se evidencia ausencia de formación política para la participación en escenarios de toma de decisiones, lo que ha restringido su incidencia política, generando a la vez pérdida del interés por participar en los espacios propios del ciclo persona mayor y sub – valoración frente a los procesos de intercambio de saberes inter-generacionales.

Adicional al aspecto anteriormente descrito, la disminución de la capacidad productiva, resultado del deterioro por el paso de los años, genera en las personas mayores un incremento en la disponibilidad de “tiempo libre”, lo que a su vez hace mayor la demanda de espacios de interacción con otros y otras, en los cuales ocasionalmente se vinculan a actividades organizativas y productivas, de su interés, en los escenarios mencionados anteriormente para el territorio II.

El uso del tiempo libre en las personas mayores se encuentra determinado por la no disponibilidad de espacios apropiados para la práctica de actividades de ocio y esparcimiento de su interés, así como por la centralización de dichos espacios a las celebraciones de fechas conmemorativas en la localidad; lo que ha generado dificultades para favorecer multiplicación de la cultura y tradición Sumapaceña, a partir del intercambio inter generacional y ha traído consigo un impacto negativo sobre el bienestar físico y emocional de las personas mayores. Los aspectos mencionados corresponden a los principales factores determinantes evidenciados en la dinámica social del territorio II, no obstante se reconoce que se requiere de un mayor avance en la construcción de narrativas, a partir de la consolidación de información cualitativa y de la estratificación territorial de la información cuantitativa existente.

3.2.5. Núcleo problemático territorio II

Inadecuadas prácticas productivas relacionadas con la demanda y expectativa de crecimiento económico en el territorio II, trayendo como consecuencia infraestructura inadecuada de establecimientos presentes en este territorio y aumento de economía informal, afectando principalmente a población económicamente activa.

Las condiciones socioeconómicas de la localidad dificultan el cumplimiento de la legislación sanitaria vigente, lo cual representa un riesgo en la salud de los pobladores. Los restaurantes particulares identificados en el territorio son administrados por amas de casa, que preparan desayunos, almuerzos y comidas caseras por encargo. Debido a esto, las instalaciones de estos establecimientos son principalmente comedores familiares rurales, los cuales no cumplen con algunas de las exigencias higiénico-sanitarias que verifica el referente de línea. Las panaderías, cuentan con los equipos básicos y el menaje para una producción que se acerca a lo ideal, pero persisten falencias relacionadas con prácticas higiénicas de los manipuladores. Los expendios minoristas y de licor, a su vez son locales muy modestos, construidos en materiales como cemento, madera y ladrillo. El 98% de los establecimientos tienen concepto sanitario pendiente.

La dinámica económica informal, la cual se constituye como la única alternativa ocupacional con que cuentan a primera mano, esto dado a que la vocación productiva de la localidad es agropecuaria y por las características de monocultivo y de producción no existen mecanismos de contratación que promuevan la vinculación formal y aseguramiento al sistema general de riesgos

profesionales. Por otra parte, la forma tradicional del desarrollo de las actividades en la que existe un desconocimiento de los riesgos (químico, carga física, locativo), ha promovido que estos se repliquen de generación en generación, incluyendo además los imaginarios sociales y culturales entorno a la práctica agropecuaria. Sumado a esto se encuentran las y los adolescentes que adoptan de una manera prematura el rol de ser padres, lo cual los arroja de una manera forzada al mundo de la informalidad, aumentado con la necesidad de un ingreso, se convierten en mano de obra más económica para el desarrollo de procesos productivos. Del total de trabajadores, el 21% se encuentran trabajando por labor contratada y el 79% sin contrato; el 90% recibe menos de 1 salario mínimo legal vigente (SMLV), el 9% un SMLV y 1% más de 2 SMLV.

3.3. Territorio III

Entre 1536 y 1794, con la fundación de Pandi, Tibacuy, Fusagasugá y Etindai, esta zona se integró bajo el nombre de Hacienda Sumapaz, la cual se extendía desde la aldea de Nazareth, en Usme, hasta el alto de las Oseras, en el límite con el departamento del Meta.

Hasta mediados del siglo XIX predominó la explotación de los bosques de quina, y tal fue su importancia en las exportaciones de Cundinamarca, que muchos comerciantes bogotanos obtuvieron tierras baldías en la región, con el ánimo de explotar estos bosques. Entre 1870 y 1925, cuando se consolidó la Hacienda, se sembraron pastos artificiales; en ella se construyeron cercas y la mayor parte de los caminos y trochas y se implementaron los hatos y la cría de ganado vacuno y caballar. En esta misma época surgieron nuevos conflictos entre los terratenientes y los colonos y arrendatarios quienes, al cuestionar los patrones tradicionales de tenencia y explotación de tierras y títulos de propiedad de la Hacienda, generaron sucesivos enfrentamientos que tomaron forma recurrente de invasiones y desalojos de los predios de esta.

Se sabe que cada vereda tiene su propia historia y que el nombre fue asignado de acuerdo con condiciones específicas o de actos históricos que dejaron huella. *El nombre del Nazareth fue dado por el señor Lázaro Fonte quien fue el fundador de Pasca; esto sucedió en el año de 1700 cuando Betania era vereda de dicha población. En el año de 1986 en la alcaldía de Miller Hurtado se nombró a Betania y Nazareth como corregimientos. (Tabla 49)⁸⁷.*

Tabla 49. Significado nombre de veredas del territorio III. Localidad Sumapaz 2010.

VEREDAS	DENOMINADA ASÍ POR
PEÑALIZA	Denominada así por la topografía de las peñas.
TABACO	Anteriormente el mercado estaba en la vereda de Santa Rosa; los campesinos que se desplazaban a comprar sus alimentos en el traslado a sus viviendas fumaban tabaco.
RAIZAL	Raíces
LAGUNA VERDE	Existe una laguna que contiene una manta de Plancton que recubre la superficie.
RIOS	Por sus múltiples fuentes hídricas, que tienen forma de estrella fluvial

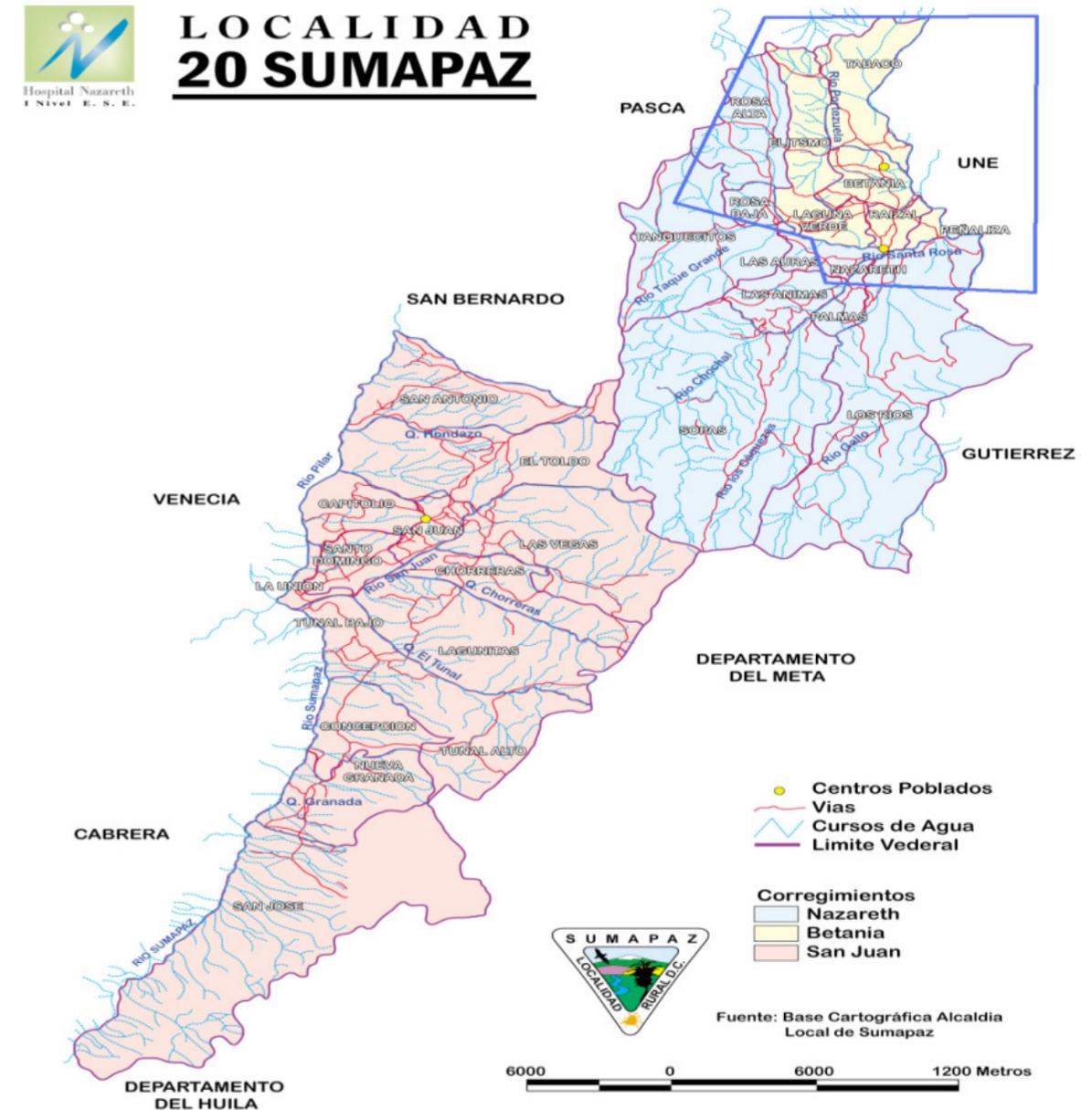
Fuente: Comunidad territorio III. 2010

87 Ejercicio Cartografía Social .Localidad Sumapaz. Memorias medio Magnético. Equipo Gestión Local. Hospital Nazareth. 2010.

El territorio III se encuentra ubicado en el corregimiento de Nazareth y Betania. Abarca 16.817 hectáreas y comprende el límite entre el Distrito Capital y los departamentos de Meta y Cundinamarca y la zona de desarrollo agrícola de Usme. Este territorio es montañoso, el 80% tiene vegetación de páramo seco y bosque premontuno, al Oriente limita con Une y las veredas son: Tabaco, Peñaliza, Ramal y Llanitos; estas dos últimas no pertenecen a la localidad pero el hospital presta sus servicios de salud como IPS elegida. Al Occidente limita con la vereda laguna verde y Nazareth, al Norte limita con las veredas de Cedral, las Palmas y Auras, al Sur limita con el parque natural de Sumapaz y la Vereda de Santa Rosa y Auras. El Parque Nacional Natural de Sumapaz, constituye una de las áreas más importantes del país, por su vegetación con predominio de frailejones, musgos y pajonales, y por poseer una alta capacidad para condensar y almacenar el agua presente en las nubes y en el suelo por presentar una alta permeabilidad, convirtiéndola en área ideal para almacenar el recurso hídrico.

El corregimiento de Betania está ubicado en la alta montaña; el 25.6 % de su área está en el rango del páramo alto, el 47.1% en el páramo bajo, el 10.7% en el sub-páramo y el 16.6% en la franja alto-andina. Originalmente tenía 1.037 hectáreas cubiertas con bosque nativo, pero actualmente hay 85 hectáreas con bosques fragmentados y muy intervenidos, ubicados en áreas escarpadas que sirven de protección a los nacimientos de agua. Del área total del corregimiento, el 72% (4.535 hectáreas) tiene pendientes inferiores al 25%, las que son planas hasta fuertemente onduladas. La restante porción del territorio (1.711 hectáreas) son áreas que por su pendiente tienen limitaciones para cualquier tipo de manejo, las que pueden estar sujetas a procesos de deterioro dependiendo de las características físicas del suelo. Por debajo de la cota 3.600 m de altitud, donde se encuentra la zona de ocupación en fincas, existen 1.663 hectáreas con pendientes mayores al 25%. (Mapa 14).

Mapa 13. Ubicación territorio III. Localidad 20 Sumapaz.

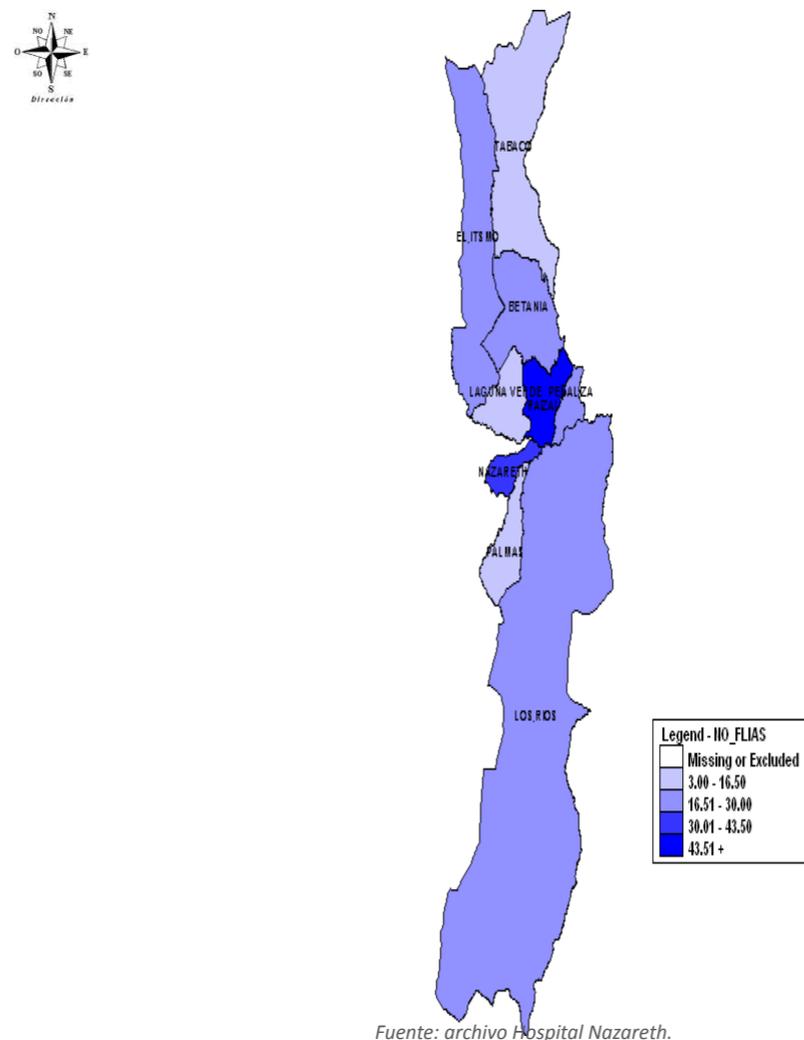


Fuente: archivo Hospital Nazareth.2008

El corregimiento de Nazareth tiene el 59.5% de su territorio localizado en el páramo alto, el 27.4% en el páramo bajo, el 5.7% en el sub-páramo y el 7.4% por debajo de los 3.000 metros de altitud (franja alto-andina). En la región hay zonas de hábitat permanente y otras temporales, las últimas utilizadas sólo durante el desarrollo de las actividades ganaderas. En la zona de hábitat permanente, que se ubica por debajo de la cota de los 3.600 metros de altitud, hay 5.599 hectáreas con pendientes superiores al 25% y es allí donde la intervención humana, dirigida hacia la siembra y posterior mejora de potreros, agudiza el deterioro de los suelos.

Las veredas, Nazareth y Palmas presentan climas templados pues su ubicación oscila entre los 2.400 y los 2.600 msnm. Otras veredas como Itsmo, Tabaco, Raizal, Peñaliza, Laguna Verde y Ríos se ubican a mayor altura, presentando temperaturas más frías. De acuerdo con la distribución geográfica las distancias inter veredales son más reducidas en comparación con otros territorios, aunque muchas familias habitan en zonas marginadas y de difícil acceso (mapa 15).

Mapa 14. Distribución por veredas territorio III. Localidad 20 Sumapaz.



El territorio III presenta algunas diferencias climáticas, socioculturales, geográficas y de distribución demográfica en relación con los demás territorios de la Gestión Social Integral. En términos de distribución geográfica las distancias inter veredales son menores, aunque muchas familias habitan en zonas marginadas en especial aquellas que viven en las veredas de tabaco y Ríos de difícil acceso vehicular, al contar con vías de herradura y en pendiente, aspecto que logra mayor dificultad cuando se presentan lluvias enlodando los caminos de acceso. La cobertura en servicios públicos presenta debilidades en los sistemas de abastecimiento de agua potable y servicios de recolección de basuras.

Los acueductos que abastecen al territorio III, al igual que los demás territorios no cumplen con las exigencias higiénico-sanitarias para garantizar suministro de agua potable; en la tabla 50 se describe el estado de cada uno de los acueductos del territorio y su nivel de riesgo para la salud⁸⁸.

Tabla 50. Distribución acueductos territorio III. Localidad de Sumapaz 2010.

ACUEDUCTO	DESCRIPCIÓN GENERAL	IRABA (%) pp	CLASIFICACIÓN NIVEL DE RIESGO A LA SALUD
ASOUAN (NAZARETH, ANIMAS, AURAS)	El acueducto cuenta con 96 puntos de suministro, está constituido por bocatoma, desarenador, tanques de almacenamiento, planta de tratamiento y red de distribución. La fuente de abastecimiento son, quebradas Jericó y Alaska. Abastece también a las veredas Ánimas y Auras.	65	ALTO
PALMAS RÍOS	El acueducto cuenta con 26 puntos de suministro, está constituido por bocatoma, desarenador, tanque regulador, planta de tratamiento y red de distribución. La fuente de abastecimiento es, la quebrada la Curicera o Peñas Blancas. En general el sistema presenta dificultades para su funcionamiento, se realiza lavado y desinfección en forma técnica todos los meses.	65	ALTO
ASOPERABECA II (ITSMO-TABACO)	El acueducto cuenta con 62 puntos de suministro, está constituido por bocatoma, desarenador, planta de tratamiento, tanques de almacenamiento y red de distribución. La fuente de abastecimiento es, la laguna boca grande. En general el sistema presenta un funcionamiento adecuado a pesar de presentar deterioro en la red.	65	ALTO
ASOPERABECA I (RAIZAL, BETA NIA, PEÑALIZA)	El acueducto cuenta con 84 puntos de suministro, está constituido por bocatoma, desarenador, planta de tratamiento, tanques de almacenamiento y red de distribución. La fuente de abastecimiento es, la quebrada Istmo. En general el sistema presenta omisiones dificultando procesos de potabilización y suministro del servicio.	65	ALTO
ASO LAGUNA VERDE (LAGUNA VERDE)	Abastece aproximadamente 102 personas, posee 17 puntos de suministro, su sistema está constituido por bocatoma, desarenador, tanque de almacenamiento principal, 3 cámaras de repartición, la fuente abastecedora del acueducto se llama río Santa Rosa su caudal es de 3 litros por segundo en invierno y en verano suele llegar hasta 8 litros por segundo.	73	ALTO

Fuente: Énfasis Equipo Salud Ambiental, Hospital Nazareth. Localidad 20 de Sumapaz 2010.

En el páramo de Sumapaz se origina la división de aguas entre las vertientes del sistema fluvial del río Orinoco en el Oriente y del río Magdalena al Occidente, repartiendo sus aguas rápidamente en todas sus direcciones, desde su parte más alta, convirtiéndose así en una estrella fluvial del centro del país de gran importancia a nivel nacional. Esta parte del páramo, constituye una reserva

88 Este análisis es continuamente monitoreado por parte del énfasis de salud ambiental de la ESE y sus muestras llevadas al laboratorio de la SDS para su análisis.

de aguas para sus hoyas hidrográficas, ya que debido a su ubicación sobre el ecuador climático, presenta alta precipitación y sus cuencas hidrográficas pueden ser convertidas en embalses.

Las numerosas lagunas, que salpican el paisaje del páramo y que son el origen de numerosos ríos, quebradas y fuentes cristalinas, son de origen glaciario y se encuentran en alturas comprendidas entre los 3.500 y 4.000 m. En este territorio su gran potencial son las cinco (5) cuencas hídricas: Chochal, Río Blanco, Santa Rosa, Pozo y Vega.

Esta riqueza hídrica permite la distribución de agua hacia toda la localidad; esto hace que sea uno de los territorios con mayor producción agrícola, sobre todo en cultivos donde se requiere un alto riego para la cosecha, en su gran mayoría de papa. Los aljibes son propios de este territorio ya que la comunidad los considera naturales para su aprovechamiento y son fuente de consumo humano; sin embargo, como ya se mencionó, los acueductos cuentan con factores de alto riesgo para la salud al no tener agua potabilizada y por tener una infraestructura que con dificultad garantiza calidad en el agua, sumado al precario mantenimiento que se les realiza, el cual está bajo la responsabilidad de la comunidad, la cual, como resultado de su empirismo ha implementado prácticas que, aunque significativas para el monitoreo de los mismos, requieren cualificación y reconocimiento por parte del ente institucional encargado de este tema en la localidad.

Este limitante del territorio que a la vez se extiende a la localidad, expone a la comunidad a la incidencia y prevalencia de enfermedades atribuibles al consumo de agua como Hepatitis A y Enfermedades Diarreicas Agudas. No obstante, de acuerdo con los registros Sivigila del Hospital Nazareth, los casos reportados atribuibles al consumo de agua contaminada son bajos, situación que contradice los resultados de las muestras tomadas por la ESE y enviadas al laboratorio de la Secretaría Distrital de Salud, las cuales dan cuenta de parámetros fisicoquímicos alterados (PH, cloro residual, hierro total y turbiedad), parámetros microbiológicos alterados (Coliformes Totales y Echerichia-coli⁸⁹), generando la necesidad de desarrollar estudios de campo e investigaciones que permitan establecer claramente una relación de causalidad, identificar las consecuencias en la salud que está produciendo este consumo, la potencial generación de barreras biológicas en el organismo de los habitantes de la localidad y el impacto en el bienestar de la población a mediano y largo plazo⁹⁰. *“Existen factores que actualmente generan contaminación sobre las fuentes de agua de la localidad, tales como el vertimiento de residuos líquidos, producto del empleo permanente de agroquímicos, y de residuos sólidos provenientes de la disposición inadecuada de excretas y basuras, lo que representa una amenaza para la salud de la comunidad”⁹¹.*

Otro limitante frente al consumo de agua, está vinculado al acceso al recurso. Como ya se citó, el acueducto no es la opción para ello, razón por la cual acuden a los nacederos de agua que recorren el territorio; sin embargo, esta alternativa también trae sus riesgos ya no con la salud física y biológica, sino con las relaciones comunitarias *“En la vereda de Betania se presentan dificultades para la obtención del agua, ya que los nacederos se encuentran en fincas privadas y es a voluntad del propietario suministrar este recurso, lo cual genera conflictos entre la comunidad y frecuentemente los propietarios de las fincas quieren acceder a beneficios personales”⁹².*

89 Es importante tener en cuenta que los acueductos con mayor riesgo son los de Raizal y Laguna Verde, presentando alto riesgo inviable sanitariamente durante cuatro meses de seis meses de vigilancia.

90 Actualmente la ESE Nazareth desarrolla procesos educativos para el uso de filtros, potabilización del agua y consumo de agua hervida como medida preventiva, pero se deja claro que la respuesta efectiva y oportuna para reducir esta problemática no depende del sector salud.

91 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Recorriendo Sumapaz. Departamento Administrativo de Planeación Distrital y Secretaría de Hacienda. 2006

92 HOSPITAL NAZARETH. Unidad de análisis con equipo integral de salud del territorio III.

En cuanto al manejo integral de residuos, no se cuenta con un sistema de recolección eficiente, se cuenta con una volqueta que la Alcaldía Local puso a disposición de la comunidad, para recolectar las basuras. La ausencia de puntos fijos y de horarios establecidos dificulta el proceso y favorece la acumulación de basuras.

Para el territorio III, los módulos sólo se encuentran en Nazareth, Raizal, Peñaliza y Tabaco; en Ríos y Laguna Verde no se cuenta con disposición final de basuras, recurriendo a otras prácticas para la disposición de ellas, como la reutilización de los desechos orgánicos como comida para animales, el entierro y quema de los desechos que no pueden reutilizarse⁹³.

No se encuentra establecida una ruta para la disposición final de residuos tóxicos (residuos de agroquímicos), aunque la comunidad ya está sensibilizada en buenas prácticas agrícolas, la comunidad realiza el proceso adecuado en el manejo de desechos que va desde el triple lavado hasta la recolección en un sitio seguro mientras es llevado a los módulos donde pasa la volqueta de manera esporádica. Empero, pese a este avance en términos educativos con la comunidad, no se evidencia corresponsabilidad por parte de la institución encargada de la recolección de los residuos ya que esta volqueta no clasifica los residuos que son llevados al Relleno Sanitario Doña Juana ahondando la problemática de contaminación y el impacto negativo en la ciudad.

En este territorio se encuentran 7 planteles educativos, lo cual incide en la accesibilidad de educación de los y las niñas y jóvenes de este territorio; estos planteles educativos cuentan con básica primaria y el colegio Adelina Gutiérrez hasta noveno grado de bachillerato; para terminar sus estudios los y las jóvenes deben asistir al colegio, en la Vereda de Auras⁹⁴. Los colegios presentes en este territorio se encuentran relacionados a continuación, de igual manera se refiere su estado higiénico sanitario⁹⁵ (Tabla 51).

93 Énfasis de salud ambiental. información recolectada por conversaciones informales con ingenieros del énfasis

94 En sesión adelantada en el consejo de consejos del mes de Julio escenario en el cual se lleva a cabo el consejo consultivo de educación, las madres representantes manifiestan que los jóvenes cuentan con dificultad para acceder a los grados 10° y 11°, debido a que la ubicación geográfica del colegio que posibilita estas opciones, debido a que se encuentra a extensas jornadas de transporte, prefiriendo entonces dejar la escuela solo hasta 9° grado.

95 Énfasis salud ambiental. Archivos del énfasis.

Tabla 51. Debilidades Higiénicas sanitarias Colegios territorio III. Localidad de Sumapaz 2010.

Establecimiento Educativo	Debilidades Higiénico Sanitarias	Estado Sanitario
Colegio Campestre Jaime Garzón Sede Tabaco.	El establecimiento requiere extintor debidamente recargado y ubicado en lugar visible, a el agua de consumo se le debe realizar tratamiento artesanal o casero para evitar riesgos que afecten la salud	Pendiente, condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.
Colegio Campestre Jaime Garzón Sede Ríos	El establecimiento debe efectuar tratamiento previo de filtración y desinfección para el agua de consumo, contar con botiquín de primeros auxilios y contar con extintor recargado y ubicado en un lugar visible, se exige a la persona que manipula los alimentos contar con certificado de manipulación.	Pendiente, condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.
Colegio Campestre Jaime Garzón Sede Laguna Verde	El establecimiento requiere corregir grietas en paredes, revisión del pozo séptico y contar con extintor recargado y ubicado en un lugar visible.	Pendiente, condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.
Colegio Campestre Jaime Garzón Sede Nazareth.	Dotar botiquín de primeros auxilios, recargar y ubicar extintor en un lugar visible, realizar filtración y desinfección de agua para consumo humano y adecuar un sitio para el almacenamiento temporal de los residuos sólidos.	Pendiente, condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.
Colegio Campestre Jaime Garzón Sede Raizal	El establecimiento presenta grietas en el patio por remoción en masa, humedad en las aulas, no hay señalización, botiquín sin dotación y extintor requiere recarga y ubicarlo en un lugar visible.	Pendiente, condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.
Colegio Campestre Jaime Garzón Sede Peñaliza	Dotar botiquín de primeros auxilios, recargar y ubicar extintor en un lugar visible.	Pendiente, condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.
Colegio Campestre Jaime Garzón Sede Betania	El establecimiento requiere corregir goteras en salones, corredor y zona de habitabilidad de los profesores, arreglo de chapas de puertas, corregir encharcamiento del corredor, cambiar codos de lavaplatos y vela del filtro de ozono para ponerlo en funcionamiento.	Pendiente, condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.

Fuente: Énfasis Equipo Salud Ambiental, Hospital Nazareth. Localidad 20 de Sumapaz 2010

adquisitivo de las familias para realizar mejoras, genera un alto riesgo de fenómenos de remoción en masa o deslizamientos. Por tal motivo, el problema requiere de posicionamiento y trabajo intersectorial para la búsqueda de programas de subsidio para mejora de vivienda. Se tienen identificadas 62 viviendas en condición de riesgo.

Los salones comunales del territorio, ubicados en las veredas de Nazareth, Peñaliza, Betania y Raizal, se encuentran con concepto sanitario pendiente dadas las precarias condiciones locativas (agrietamientos y humedades en los salones), instalaciones sanitarias en mal estado y no existe plan de respuesta ante emergencias (no hay señalización, no cuenta con extintor de incendios ni botiquín de primeros auxilios).

Estas veredas tienen la mayor cobertura vial de la localidad, con 72.3 Km. de carretera en distintos grados de conservación. Aspecto que, sumado a su vocación agrícola y cercanía al área urbana del distrito y municipios como Une y Gutiérrez, la podría catalogar como un sector con un potencial agrícola fuerte, no solo a nivel local sino distrital y departamental.

En cuanto a la contaminación del aire, la localidad se enfrenta a un importante problema causado por el uso de leña como combustible principal en la cocción de alimentos, situación que trae como consecuencia la presentación de patologías respiratorias agudas y crónicas para los habitantes; del total de familias de la localidad el 72% de familias llevan a cabo estas prácticas. Las etapas de ciclo vital más afectadas son las mujeres adultas y persona mayor, ya que son ellas quienes permanecen la mayor parte del tiempo en el área de preparación de alimentos y no todas las viviendas cuentan con condiciones apropiadas de ventilación para que el humo salga al ambiente y no quede encerrado al interior de la cocina, ocasionando enfermedades respiratorias

El territorio III cuenta con un total de 186 familias y 745 personas en las nueve veredas que posee (tabla 52).

Tabla 52. Distribución de la población por veredas territorio III. Localidad 20 de Sumapaz. 2010.

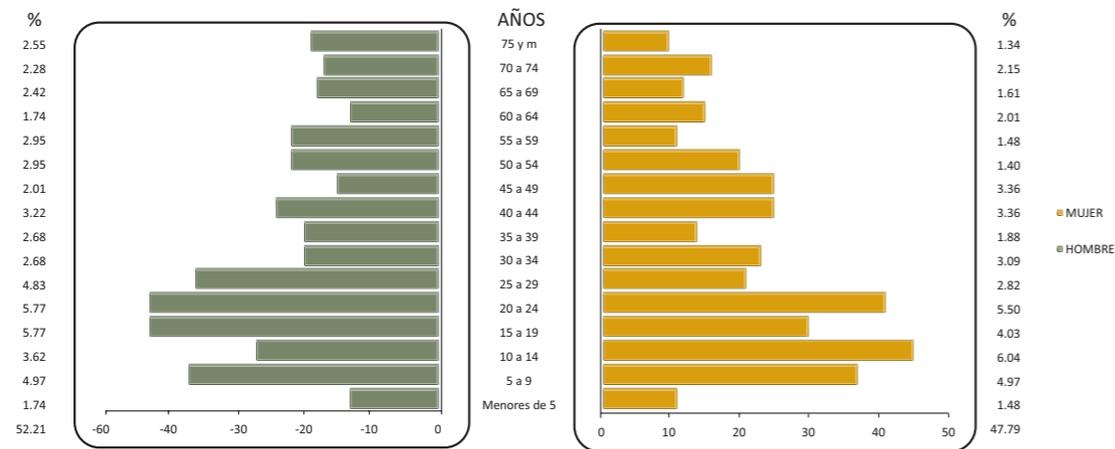
VEREDA	No FAMILIAS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
ITSMO	18	24	31	55
TABACO	6	16	14	30
BETANIA	22	44	48	92
RAIZAL	57	110	124	234
PEÑALIZA	26	45	48	93
LAGUNA VERDE	9	23	21	44
PALMAS	3	5	9	14
RIOS	20	44	44	88
NAZARETH	25	45	50	95
TOTAL	186	356	389	745

Fuente: Sistema de Seguimiento Unificado Integral del Modelo del Servicio de Salud de Sumapaz Hospital Nazareth 2010.

La pirámide poblacional correspondiente al territorio III, muestra una alta prevalencia de población joven en edades comprendidas entre 15 a 24 años en el sexo masculino y de 25-29 años en el sexo femenino, indicando una alta demanda de programas de educación primaria, secundaria y carreras tecnológicas y universitarias, al igual que acceso a programas de educación sexual (figura 6).

En cuanto a la descripción del espacio geográfico construido del territorio III, se encuentra que un alto porcentaje de familias habitan en terrenos frágiles de fuertes pendientes (superiores al 25%) y los materiales de construcción son rústicos y poco resistentes. Esto, sumado al bajo poder

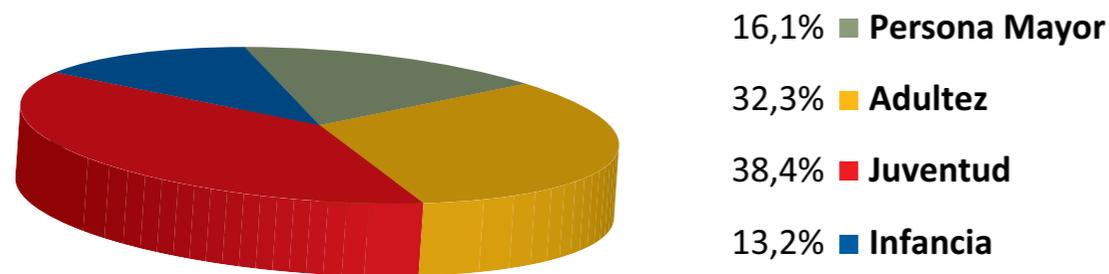
Figura 6. Pirámide Poblacional territorio III. Localidad de Sumapaz 2010.



Fuente: Sistema de Seguimiento Unificado Integral del Modelo del Servicio de Salud de Sumapaz Hospital Nazareth 2010.

En el territorio III, el 32.3% de su población pertenece o se encuentra en la etapa de ciclo adulto y el 38.4% en etapa de ciclo de juventud, lo cual lo hace una población joven y productiva con altos requerimientos de educación y trabajo (Gráfica 50)

Gráfica 50. Distribución de la población por etapa de ciclo vital territorio III. Localidad de Sumapaz 2010.



Fuente: Sistema de Seguimiento Unificado Integral del Modelo del Servicio de Salud de Sumapaz Hospital Nazareth 2010.

Tener en cuenta esta distribución poblacional, genera la necesidad de brindar una lectura diferencial de las dinámicas que se desarrollan en cada una de las etapas del ciclo vital, dinámicas determinadas por las distintas formas de relación de los sujetos con el medio ambiente, con los demás y consigo mismos. Estos factores diferenciales permiten una lectura de realidades que apunte al reconocimiento de procesos de envejecimiento y la necesidad de respuestas integrales que aporten al bienestar de cada una de las etapas, sin reducirle importancia a ninguna.

3.3.1. Infancia

Durante el año 2010 no se notificaron casos de recién nacidos de bajo peso, contrario al 2009 en el cual fueron notificados tres casos.

Las actividades que se desarrollaron estuvieron enfocadas al monitoreo de los datos de peso de los recién nacidos, así como a las acciones de articulación que se lograron adelantar con el referente de vacunación, quien también realizó búsqueda activa de los recién nacidos de bajo peso, adelantado particularmente acciones de gestión relacionados con los criterios de inclusión de las mujeres gestantes y lactantes de la localidad a los programas de complementación alimentaria ofertados por la Secretaría de Integración Social del Distrito. Esto permitió que se conformara una mesa técnica local para la revisión de la pertinencia de los mismos, en articulación con otras instituciones como ICBF, que tienen su asentamiento en espacios como el comité intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional.

Las condiciones de inseguridad alimentaria para los niños y niñas de la localidad de Sumapaz están dadas básicamente por los factores determinantes de consumo enmarcados por los inadecuados hábitos alimenticios influenciados por las condiciones histórico-culturales evidenciados en la ingesta excesiva de carbohidratos. Se encontraron en este territorio 6 niños y niñas con desnutrición, situación que se relaciona con la existencia de restaurantes escolares con menú que no responden al desgaste calórico que los niños y niñas requieren de acuerdo con las actividades cotidianas. Además, son hábitos alimentarios con un consumo mayor de carbohidratos que no cumplen los requerimientos nutricionales.

En cuanto al tema educativo, durante el 2010, se amplió la jornada educativa denominada como jornada única, en la cual los niños, niñas y adolescentes regresan a sus viviendas en la noche. Esta situación dificulta que las intervenciones programadas por el hospital puedan llevarse a cabo, interrumpiendo los procesos de capacitación. Para ello, se ha buscado la solicitud a las entidades educativas de espacios dentro de la jornada escolar para realizar las diferentes actividades que se tienen programadas.

Se ha observado una dificultad frente a la ubicación de un jardín en la vereda de Auras. Esta dificultad radica en que las madres trabajadoras deben recorrer grandes distancias desde su lugar de trabajo hasta donde se encuentra el jardín. En este microterritorio no existen jardines, lo que conlleva que el desplazamiento se complique por la distancia, generando la poca asistencia de los niños de este sector.

Referente a problemas de salud oral, durante el primer semestre del año 2010, el promedio de placa bacteriana en los estudiantes en este territorio fue del 24%.

La prioridad odontológica establecida para estudiantes de este territorio durante el primer semestre del 2010 fue alta; 16 estudiantes que requieren actividades en operatoria, cirugía y prevención y promoción, 37 estudiantes con prioridad media con actividades pendientes en operatoria de hasta tres dientes con promoción y prevención y 85 estudiantes con prioridad baja con actividades solo de prevención y promoción.

De acuerdo con el registro DANE la proporción de casos de discapacidad con relación al total de niños y niñas de la localidad corresponde al 53% para niños y 47% para niñas; las alteraciones en estructuras y funciones más representativas se relacionan con el sistema nervioso en el 5,6% y con el movimiento en el 3,5% de ellos; las demás estructuras presentan un comportamiento más o menos homogéneo entre 0,3 y 1,9. Las principales limitaciones para el desarrollo de actividades se relacionan con pensar en el 16% y caminar en el 17%, para actividades como ver, oír, hablar y desplazarse se reportan 5,9% de referencias en cada una de ellas.

En este territorio se identificaron y registraron 3 personas en condición de discapacidad en esta etapa de vida habitantes de las veredas laguna Verde (2) y Nazareth (1) pertenecientes al sexo masculino, con alteraciones permanentes principalmente de sistema nervioso y voz y habla, necesitando los dos de ayuda permanente de otra persona para realizar actividades cotidianas.

La ausencia de condiciones mínimas en el hogar que garanticen el desarrollo integral de los niños y niñas (no solamente en términos de estabilidad económica sino en expresiones de afecto) genera un proceso de crianza permeado por ambientes privados, restringiendo la adquisición de un repertorio básico de aprendizaje, que en el mejor de los casos debería preparar al niño o niña para enfrentarse a exigencias académicas y sociales; sin embargo, esta carencia ubica a los niños y niñas en un escenario que les limita e incide en el establecimiento de interacciones sociales. La vinculación temprana a actividades de producción son asumidas como un elemento formador, fundamental en la educación y crianza de los niños, niñas y adolescentes, promoviendo identidad y sentido de pertenencia, razón por la cual, el trabajo infantil en Sumapaz se ha definido como la práctica de actividades productivas que afectan la ejecución de roles ocupacionales acordes a la edad de niños, niñas y adolescentes (jugadores-escolares).

Bajo este panorama, el Hospital de Nazareth planteó una propuesta diferencial que permitiera el trabajo de manera fortalecida con familias, docentes y comunidad en general. Con la propuesta “Jugar es Productivo” y “Pequeños guardianes en Salud” se busca la generación de espacios lúdicos y pedagógicos, desarrollando procesos de sensibilización con la comunidad frente a la problemática de trabajo infantil, brindando a los NNJ trabajadores alternativas para participar en actividades productivas bajo condiciones seguras, además buscar que los niños, niñas y adolescentes trabajadores se apropien y ejerzan sus derechos, cumplan con sus deberes e identifiquen en que momento se convierte en trabajo infantil impactando negativamente en su desarrollo integral.

Durante el año 2010 fueron caracterizados 8 niños y niñas en labores productivas de los cuales el 87,5% pertenecían al sexo femenino. Cinco de estos niñas y niños caracterizados se encontraban afiliados a régimen en salud subsidiado y cinco desempeñaban labores de cuidadores de animales. Durante el año 2010 ninguno presentó accidentes laborales.

La participación de niños y niñas en la localidad de Sumapaz está sujeta a la asistencia a los eventos con sus padres y madres, así como la vinculación en actividades lúdicas - recreativas y/o culturales, básicamente focalizadas en el contexto escolar, lo cual limita el posicionamiento de la participación como sujetos activos (niños y niñas) en el conocimiento y exigibilidad de derecho.

A finales del año 2008 se generó el espacio de Consejo de Consejos en la localidad de Sumapaz, en el cual se cuenta con la participación de la mesa de niños y niñas, donde los infantes presentan sus opiniones frente a los temas que se tratan a nivel general. Lo anterior permite iniciar un proceso de participación organizada de forma comunitaria para niños y niñas de la localidad.

3.3.2. Juventud

Los y las jóvenes que habitan el territorio III representan el 38,4% del total de la población entre los 13 y 26 años de edad de la localidad. El territorio III se encuentra habitado por 138 núcleos familiares, estadísticamente se puede afirmar que cada núcleo familiar tiene dentro de las personas que lo conforman a 1 joven, bien sea como hijo o hija o como cabeza de hogar.

La dinámica familiar del territorio se encuentra permeada por factores culturales característicos de la dinámica social que definen formas de ser, hacer y estar. En este sentido, se hace necesario analizar las condiciones que determinan las condiciones de calidad de vida y salud de los y las jóvenes del territorio III, partiendo de la situación de inseguridad alimentaria, asociada a patrones de consumo inadecuados, en los cuales prima el consumo de carbohidratos, desconociendo la importancia de consumir otra variedad de alimentos que favorezcan el desarrollo de habilidades y competencias necesarias para su desempeño ocupacional, enmarcado principalmente en el rol escolar, que además afectan seriamente los procesos de aprendizaje y/o cognición, y en general su desarrollo bio psicosocial y el inicio de un rol laboral definido desde la cultura campesina del Sumapaz, que a su vez, con el inicio una capacidad adquisitiva, no priorizan dentro de sus necesidades vitales la adquisición de alimentos que les beneficien o aporten un adecuado estado nutricional.

La situación previamente mencionada es significativamente inferior en los y las jóvenes escolarizados, a quienes el suministro de alimentos desde los restaurantes escolares que contienen menús que no responden al desgaste calórico y a las demandas de desarrollo de los y las jóvenes de acuerdo con las actividades cotidianas y que se ve nuevamente afectado los procesos de aprendizaje reflejados en el bajo rendimiento escolar y en su desarrollo fisiológico.

Los patrones culturales para la alimentación son adquiridos desde la primera infancia, es decir, se continúa priorizando el consumo de carbohidratos, desconociendo la importancia de consumir otra variedad de alimentos que favorezcan el desarrollo de habilidades y competencias necesarias para su desempeño ocupacional enmarcado principalmente en el rol escolar que además se ven seriamente afectados los procesos de aprendizaje y/o cognición, y en general su desarrollo bio psicosocial y el inicio de un rol laboral definido desde la cultura campesina del Sumapaz, que a su vez, con el inicio una capacidad adquisitiva, no priorizan dentro de sus necesidades vitales la adquisición de alimentos que les beneficien o aporten un adecuado estado nutricional.

Para ésta etapa del ciclo vital se generan aspectos psicosociales enmarcados en el auto concepto y autoimagen, especialmente en las jóvenes, asociado con la ganancia de peso, afectando la vanidad propia de esta etapa y por ende la autoestima, puesto que inician un proceso de reconocimiento al sexo opuesto; dichos escenarios se dan comúnmente en torno a la conmemoración de fechas especiales como ferias campesinas, trueques, encuentros deportivos y salidas pedagógicas, fuera del contexto rural, escenarios en los cuales se interactúa en torno al consumo de alcohol y o tabaco como rituales de iniciación de la vida social.

La exposición directa a rayos UV-A y UV-B afecta principalmente a los ciclos infancia y juventud. Esto se debe al no uso de elementos de protección solar y a la falta de cultura en la aplicación de protectores y sustancias humectantes. La cultura del uso de sombrero está arraigada en los ciclos de adulto y persona mayor, pero en el caso de niños y jóvenes, las tendencias de moda van en contra del uso de estos elementos. La prevalencia de dermatitis por quemaduras solares, terigios y conjuntivitis asociadas a la exposición solar es alta. Las veredas que se ven afectadas a esta problemática en el territorio III son: Tabaco, Istmo, Betania, Laguna Verde, Raizal, Penaliza, y Ríos.

Los jóvenes de la localidad se encuentran inmersos en la dinámica económica informal, la cual se constituye como la única alternativa ocupacional con que cuentan a primera mano, esto dado a que la vocación productiva de la localidad es agropecuaria y por las características de monocultivo y de producción no existen mecanismos de contratación que promuevan la vinculación formal y aseguramiento al sistema general de riesgos profesionales. Sumado a esto, se encuentran las y los adolescentes que adoptan de una manera prematura el rol de ser padres lo cual los arroja de una manera forzada al mundo de la informalidad que aumentado con la necesidad de un ingreso, se convierten en mano de obra más económica para el desarrollo de procesos productivos.

En una unidad de análisis que se desarrolló para la construcción de este documento *“las y los jóvenes de la localidad manifestaban que no existían oportunidades para ingresar a la educación superior y que existían oportunidades con la UNAD de realizar técnicos en forma virtual, en técnicos cárnicos y en administración ambiental, pero que estas dos únicas oportunidades no eran las más apetecidas por los y las jóvenes.”*

Durante el año 2010 fueron caracterizados por el énfasis de trabajo saludable 14 jóvenes con edades comprendidas entre los 10 a 17 años, de los cuales el 67,8% pertenecían al sexo masculino; de estos adolescentes trabajadores, el 42,8% se dedica a labores relacionadas con el cuidado de animales, el 50% en labores relacionadas con la agricultura y el 7,2% a labores relacionadas con ayudante de construcción.

En el territorio III encontramos el mayor número de personas en condición de discapacidad caracterizadas (167), de las cuales 12 (7.2%) pertenecen a la etapa de vida de juventud.

De las 167 personas en condición de discapacidad caracterizadas en este territorio, 12 pertenecen a esta etapa de vida representando el 7.2% del total de personas en condición de discapacidad en el territorio III; el 58,3% de jóvenes en condición de discapacidad pertenecen al sexo femenino. El 50% de las personas caracterizadas en condición de discapacidad en esta etapa de vida viven en la vereda Nazareth (tabla 53).

Tabla 53. Distribución de jóvenes en condición de discapacidad por veredas del territorio III. Localidad 20 Sumapaz. 2010

VEREDA	# Jóvenes en condición de discapacidad	%
NAZARETH	6	50,0
RAIZAL	4	33,3
PALMAS	1	8,3
RIOS	1	8,3
Total general	12	100,0

Fuente: Base de Datos de registros de personas en condición de discapacidad. VSPD 2010. Hospital Nazareth.

De acuerdo con el registro de caracterización y localización de personas en condición de discapacidad, en jóvenes del territorio III, el 66.6% presenta alteraciones permanentes en sistema nervioso, oídos (16,6%), movimiento de cuerpo, brazos, manos y piernas (8,3%), y otra alteración diferente a las contempladas en el formulario (8,3%). Del grupo de personas, en la etapa de vida de juventud, caracterizadas en condición de discapacidad, tres refirieron necesitar ayuda permanente de otra persona para realizar sus actividades básicas.

En lo que respecta al acceso a servicio de educación, el 61% de los y las jóvenes se encuentra desescolarizado a pesar de que en la localidad se cuenta con educación para adultos en ciclos especiales a su etapa de vida; el 36% del total de jóvenes no sabe leer ni escribir; el 36% de las familias argumenta que en la localidad no se implementan estrategias pedagógicas acordes a las condiciones particulares, por lo cual no se promueve la inclusión; finalmente el 72% de los jóvenes desea incluirse en el proceso educativo.

Para el ejercicio del rol productivo el 100% de los jóvenes (36) registrados afirman requerir formación para el trabajo; de ellos solo el 13% (5) se han vinculado a procesos de formación financiados por el Fondo Local de Desarrollo; sin embargo actualmente no se hallan incluidos en procesos productivos.

Existen espacios de recreación que corresponden a proyectos sin continuidad que no demuestran impacto sobre las condiciones de vida y más bien se relacionan con espacios de juego ocasionales; la comunidad solicita formación deportiva. No se evidencia un ejercicio de autonomía en la población de jóvenes con discapacidad en especial con deficiencia cognitiva y mental, no es visible su posibilidad de toma de decisiones y se designa a los padres.

Culturalmente se sostienen imaginarios sociales frente al desarrollo de la personalidad de los y las jóvenes. La agudización de la adolescencia, y las dificultades para manifestar expresiones de afecto hacia los y las otros/as que contengan la necesidad de generar contacto físico son características propias de los y las habitantes del territorio y actúan como determinantes en el establecimiento de relaciones con los otros y las otras, generando relaciones frías e impersonales que afectan significativamente la formación integral de los y las jóvenes.

Se ha evidenciado un interés particular de los y las jóvenes por vincularse en escenarios de participación en los que tengan incidencia para la toma de decisiones; existen patrones culturales que subvaloran los roles de liderazgo asumidos por los y las jóvenes, restringiendo su autonomía a las decisiones concertadas por los adultos y las adultas. En relación con lo anterior, los y las jóvenes del Sumapaz que tienen acceso a mecanismos de formación política para la participación y deciden vincularse a dichos escenarios, poseen un mayor grado de acceso a oportunidades educativas en el contexto urbano, lo que ha incrementado el desplazamiento de los líderes y lideresas juveniles hacia Bogotá Urbana o hacia otros destinos, viéndose obligados a abandonar procesos organizativos locales, los cuales se ven eventualmente truncados por las debilidades existentes para identificar y potenciar nuevos líderes.

En varios espacios los y las jóvenes han manifestado la ausencia de escenarios deportivos, contando solo con los generados en los contextos escolares, como oportunidad para materializar dicho derecho, lo que generalmente se constituye en un ejercicio excluyente, en la medida en que no todos y todas las jóvenes se interesan en actividades deportivas de competencia y en que existe un gran porcentaje de jóvenes que han culminado sus estudios o se encuentran desvinculados del contexto educativo.

Uno de los factores que afecta las condiciones de calidad de vida y salud de los y las jóvenes es el de la multiplicación de patrones de violencia; mediante la adopción de conductas agresivas aprendidas se manifiesta en esta etapa principalmente en las relaciones sociales que los y las jóvenes inician con el grupo de pares, relaciones enmarcadas en la búsqueda de identidad y reconocimiento del otro como parte de la existencia de los individuos.

La situación económica y las condiciones de pobreza, son determinantes en la salud mental de los y las jóvenes, en particular cuando estas situaciones de pobreza permean el desarrollo normal de la etapa del ciclo vital, propiciando la necesidad de vinculación temprana al mercado laboral como estrategia para mejorar y contribuir económicamente en el hogar, bien sea a través de sostenimiento individual que evite generar una carga económica adicional a los padres y madres o cuidadores/as.

Respecto al género es altamente significativo el hecho que el porcentaje de mujeres jóvenes dentro de la población abordada es casi tres veces mayor que el porcentaje de hombres. Con un porcentaje de 68% de 96 casos reportados de mujeres que han vivido situaciones de violencia, con respecto al 32% de jóvenes hombres, sumado a que es en esta etapa en la cual se presenta la mayor frecuencia de reporte y afectación con relación a otras etapas del ciclo vital.

La distribución de las violencias por territorio, permite identificar al territorio III, como el más afectado a nivel de la localidad. Durante el año 2010 fueron notificadas 18 violencias de las cuales 8 fueron físicas y 10 emocionales.

En cuanto a salud sexual y reproductiva se realizó unidad de análisis en Betania bajo el tema de embarazo en adolescentes en donde los jóvenes refieren *“es difícil acceder a los métodos ya que no hay una farmacia donde se puedan comprar estos medicamentos”*.

El diálogo con padres de familia no es muy accesible teniendo en cuenta los patrones culturales que se vive en la comunidad a lo cual refieren *“que los padres no se prestan para hablar sobre sexualidad con sus hijos, lo que hace que las niñas se asesoren de las compañeras que ya han tenido relaciones”*.

Durante el primer semestre del año 2010 se captaron 11 gestantes en este territorio, el cual posee ventajas geográficas, ya que se presentan mas bajas horas de recorrido a la hora de una urgencia o acudir al servicio de salud; en su normalidad se demora de la vereda mas lejana que es Istmo 1 hora de recorrido de ida , lo cual permite mayor oportunidad que en el territorio I y II. El 63,3% de las gestantes de este territorio pertenecían a esta etapa de ciclo vital, perteneciendo al grupo de edad entre 18 y 26 años.

3.3.3. Adulthood

La adultez en el territorio rural es una etapa del ciclo que requiere de una especial atención en la medida en que esta etapa es comprendida como todo un proceso generacional, que con dificultad se limita al grupo de edad. Esta etapa abarca un cúmulo de aprendizajes de vida en el trabajo agrícola, el cuidado que la familia e incluso las formas de relacionarse entre sus grupos de iguales.

Ser adulto en Sumapaz empieza cuando el individuo da cuenta de una serie de características de comportamiento que la sociedad y los esquemas culturales le exigen; es muy común encontrar jóvenes que desempeñan roles sociales enmarcados en la adultez porque su decisión ha sido conformar su núcleo familiar a temprana edad o jóvenes que se relacionan socialmente con los adultos del territorio y es con ellos con quienes además de compartir tiempo en los cultivos, comparten espacios de integración en particular cuando se llevan a cabo festividades locales, siendo este escenario uno de los pocos que la adultez tiene para su recreación y esparcimiento.

A nivel nutricional los factores determinantes de la seguridad alimentaria se enmarcan en la disponibilidad, acceso, consumo y aprovechamiento, que para el caso de la etapa de adultez, son los que más inciden en la salud.

Las condiciones nutricionales de la adultez se caracterizan por contar con patrones culturales de consumo en los cuales se prioriza el consumo de carbohidratos por encima del consumo de alimentos que contengan carga proteica u otro tipo de nutrientes, esenciales en la alimentación de los individuos; hay un mayor incremento de obesidad en las mujeres adultas relacionado con este aspecto incrementando la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas evitables. En las acciones promocionales no es visible esta etapa del ciclo, lo que no permite registrar indicadores que referencien el estado nutricional de los y las adultas. Así mismo, las respuestas y acciones de sensibilización son restringidas a este grupo poblacional, además de no contemplar desde los niveles centrales y autoridades competentes del distrito, las condiciones de ruralidad para la formulación y ejecución de proyectos que respondan a las necesidades de este tipo de territorio

Dentro del territorio III encontramos un total de 165 usuarios en condición crónica, distribuidos de la siguiente forma: Itismo con 7, Tabaco con 4, Betania con 23, Raizal con 34, Peñaliza con 21, Laguna Verde con 8, Palmas con 7, Rios con 18, Nazareth con 32 y Ramal con 11 usuarios.

Para poder definir las condiciones de inseguridad alimentaria, es necesario abordar problemáticas que aunque no nombran la alimentación en sus primeras líneas observaremos como se relacionan directamente y son causales a la inseguridad alimentaria. De esta manera, se refiere que siendo la agricultura y la pecuaria las actividades productivas y ocupacionales que predominan en la localidad, teniendo en cuenta que Sumapaz es una localidad netamente rural y campesina y que el cultivo de papa se centra en la mayor actividad socioeconómica para los habitantes de la localidad; esto a su vez genera el uso indiscriminado de agroquímicos con el fin de aumentar la producción y esto conlleva a ocasionar daños y riesgos de enfermedad no solo a las personas que los manipulan si no también a sus familias, al producto (la papa, la arveja, entre otros) que son consumidos posteriormente por sus propios habitantes, es decir, la calidad de los alimentos se ve afectada por el uso de los agroquímicos; además a posteriori a la recolecta del producto se generan daños en el suelo y agotamiento en el recurso natural

Otras de las causas que se ve estrechamente relacionada con la etapa de adultez y que se relaciona con el factor de consumo (SAN), es que la producción agropecuaria está orientada a la comercialización y en menor proporción al autoconsumo; es decir, no son consumidores de su producto y si lo consumen es el de menor calidad; adicionalmente, hay un consumo insuficiente de alimentos con aportes proteicos, teniendo en cuenta que no es proporcional al gasto calórico acorde al desempeño ocupacional propio de esta etapa (la actividad de agricultura, los desplazamientos

de sus puestos de trabajo a sus casas y viceversa, entre otros) y esta condición se refleja en los índices elevados de desnutrición proteica en la etapa de adultez.

Respecto a la oportunidad de acceso a la alimentación en la etapa de adultez, Sumapaz evidencia una mayor problemática respecto a otras localidades debido a sus condiciones socio-geográficas que se convierten en una limitante potencial para acceder a la diversidad y/o variedad de los alimentos. Entre los factores que afectan en mayor proporción la seguridad alimentaria encontramos la inestabilidad laboral que condiciona la capacidad adquisitiva y que se presenta con mayor fuerza en esta etapa, que como se ha mencionado anteriormente, es aquí donde el rol productivo es el de mayor predominancia, así que las condiciones laborales son incidentes en el acceso a los alimentos, ya que no hay oportunidades laborales estables y dignas que permitan adquirir otro tipo de alimentos adicionales a los que cultivan. Por otra parte, las distancias y las vías que caracterizan a la localidad, dificultan la comercialización de otros productos desde lo urbano a lo rural además de los problemas de orden público que limitan el paso hacia la localidad. Pero el desplazamiento desde y hacia la localidad no es la única restricción para acceder a la compra de alimentos, sino también las distancias inter-veredales, de una casa a la otra, hacia una vía principal o a uno de los tres centros poblados donde se concentra el poco comercio y que es de mayor costo, pueden ser recorridos aproximadamente de una hora a pie, además de tener en cuenta que en Sumapaz no existe un sistema de transporte que facilite estos desplazamientos.

Finalmente y en parte desde las acciones promocionales no se hace visible esta etapa del ciclo, lo que impide registrar indicadores que referencien el estado nutricional de los y las adultas. Así mismo, las respuestas y acciones de sensibilización son restringidas a este grupo poblacional, además de no contemplar desde los niveles centrales y autoridades competentes del distrito, las condiciones de ruralidad para la formulación y ejecución de proyectos que respondan a las necesidades de este tipo de territorio.

La fuerza laboral adulta representada por el 65% de la población, se enmarca principalmente en desarrollo de actividades agrícolas en las cuales participa el 63.3% de hombres y 36.6% de mujeres para un total de 30 establecimientos ubicados en este territorio. El 16% en elaboración artesanal de queso, actividad predominante en las mujeres, 1,4% en peluquería, 1,4% botica veterinaria, 1,4% elaboración de productos de aseo y 0,49% elaboración de productos cárnicos. Los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos los trabajadores y trabajadoras caracterizadas son, para la actividad agrícola, riesgo químico por la utilización y manejo inadecuado de agroquímicos; carga física por la adopción de posturas forzadas y prolongadas y manipulación de cargas con pesos superiores a los límites permisibles; el riesgo locativo por condiciones de seguridad como entornos de orden y aseo inadecuados, los cuales se convierten en generador del riesgo ergonómico y además pueden ser generadores de accidentes de trabajo; en la actividad de elaboración artesanal de queso, se encuentra el riesgo en carga física por posturas y movimientos repetitivos.

En la unidad de análisis realizada por el equipo gestor territorial ellos perciben el uso inadecuado de agroquímicos en la utilización y almacenamiento, ya que no siguen las recomendaciones o instrucciones dadas por los técnicos o profesionales competentes; esto se evidencia cuando se visitan las bodegas que algunos agricultores poseen o los lugares destinados en las viviendas. Se continúa con la inadecuada disposición de los residuos por parte de la comunidad a la cual se le ha capacitado y sensibilizado de manera frecuente, con el fin de evitar contaminación ambiental y brotes de enfermedades en la población; se realizaron campañas donde se hizo la articulación con Campo Limpio como respuesta institucional.

El consumo de SPA, cigarrillo y bebidas alcohólicas, en complemento con la ausencia de actividad física, además las largas y continuas jornadas de actividades laborales de manera incorrecta hacen que los trabajadores adultos se expongan a riesgo en carga física por manejo incorrecto de cargas

que sobrepasan los límites permisibles, movimientos repetitivos y posturas mantenidas lo que a largo plazo ocasiona enfermedades osteomusculares como la lumbalgia crónica, ocasionando problemas de movilidad; también existen secuelas de accidentes de trabajo con consecuencias graves a nivel de columna vertebral como las discopatías o hernias discales, las cuales tienen como consecuencia una discapacidad o limitación en el desarrollo de sus actividades laborales, impactando negativamente los ingresos económicos de las familias debido al alto compromiso funcional, afectando la capacidad económica, la consecución de mecanismos de sobrevivencia y por ende la calidad de vida.

Las personas en condición de discapacidad localizadas y caracterizadas en el territorio III en esta etapa de vida son las de mayor prevalencia (85 personas) representando el 54.5% de todas las personas adultas caracterizadas en la localidad. La situación planteada anteriormente se relaciona con la ubicación del Centro de Desarrollo del Potencial Humano (CDPH) en este territorio, en el cual se encuentran registradas, entre los años 2005 y 2010, 60 personas (el 70.5% de adultos registrados).

De las 167 personas en condición de discapacidad caracterizadas en este territorio 85 pertenecen a esta etapa de vida, representando el 50.8% del total de personas en condición de discapacidad en el territorio III; el 51,8% de adultos en condición de discapacidad pertenecen al sexo femenino. El 50% de las personas caracterizadas en condición de discapacidad en esta etapa de vida viven en la vereda Nazareth (tabla 54).

Tabla 54. Distribución de Adultos en condición de discapacidad por veredas del territorio III. Localidad 20 Sumapaz. 2010

VEREDA	# Adultos en condición de discapacidad	%
BETANIA	4	4,7
LAGUNA VERDE	3	3,5
NAZARETH	62	72,9
RAIZAL	4	4,7
ITSMO	2	2,4
PALMAS	2	2,4
PEÑALIZA	3	3,5
RIOS	5	5,9
Total general	85	100,0

Fuente: Base de Datos de registros de personas en condición de discapacidad. VSPD 2010. Hospital Nazareth.

De acuerdo con el registro de caracterización y localización de personas en condición de discapacidad, en adultos del territorio III, el 76,5% presenta alteraciones permanentes en sistema nervioso, movimiento de cuerpo, brazos, manos y piernas (18,8%), oídos (1,2%), voz y habla (2.3%) y sistema cardio respiratorio y defensas (1,2%).

Del grupo de personas en la etapa de vida de adultez, caracterizadas en condición de discapacidad, once (11) refirieron necesitar ayuda permanente de otra persona para realizar sus actividades básicas.

En la localidad no existen espacios lúdicos sanos para los y las adultas. Se han presentado barreras de acceso a servicios de rehabilitación funcional por la dificultad en el traslado a la zona urbana para procesos de rehabilitación; solo el 47% de las personas adultas con compromiso funcional severo y

moderado ha recibido atención terapéutica a partir de proyectos del fondo local; para este territorio, no solo representa una problemática la rehabilitación para personas con discapacidad, también existen barreras de acceso a personas que presentan lesiones que requieren de atención terapéutica, quienes continúan su desempeño generalmente en labores agropecuarias que exponen a riesgos y conducen a la cronicidad de su situación y a un posterior compromiso del desempeño.

Solo el 21% de las personas en esta etapa se encuentran vinculadas laboralmente en actividades agropecuarias, observándose exposición a grandes riesgos de explotación laboral o incremento del compromiso funcional; entre esta población el 28% tiene algún familiar a cargo y el 80% refieren una afectación marcada sobre su capacidad laboral dado que la vinculación en las actividades económicas locales no es posible.

La violencia hacia las mujeres se presenta en el ámbito social y participativo. Si bien es cierto, la presencia de las mujeres en escenarios de decisión y participación es considerable, su intervención no es significativa en términos de incidencia política. Con frecuencia los hombres, aunque verbalmente reconocen la importancia de la mujer en el desarrollo social, al momento de tomar decisiones, inconscientemente no les permiten ser visibles, además del rol pasivo y secundario respecto a su opinión y la opinión de los hombres que asume la mujer, en especial cuando asiste a estos escenarios con el compañero sentimental, desconociendo de esta manera en sí mismas la capacidad política que históricamente ha tenido la mujer en el contexto rural. Es así como esta invisibilidad se convierte en un factor determinante para la presencia de casos de violencia social ejercida contra la mujer en la cual se desconoce, incluso por ellas mismas, su papel protagónica en las construcciones sociales.

La segunda problemática priorizada en el territorio desde el sector salud que afecta a las mujeres adultas tiene que ver en primer lugar con la posición pasiva de la mujer frente a sus necesidades sexuales, posición que obedece al cúmulo histórico, que la ha anulado como sujeto de placer y en segundo término con la dificultad en el acceso a los métodos de planificación como medida para prevenir embarazos múltiples en cortos tiempos o como decisión autónoma de no tener más embarazos.

Otro determinante relevante en esta problemática es la presión que ejerce el compañero sentimental frente a la posibilidad de acceder a estos métodos; algunos hombres e incluso mujeres determinadas/os por esquemas culturales, manifiestan no ver como opción la regulación de la fecundidad, los hombres desconfiando de la integridad de las mujeres y las mujeres dando prioridad a la opinión del hombre sobre sus necesidades como mujer y persona.

Si bien es cierto en esta etapa las mujeres y hombres son más autónomos frente al manejo del cuerpo, las relaciones de dominación, existentes frente al mismo, impiden cualquier dinámica relacional enfocada a la generación del placer y el desarrollo erótico y sexual del ser humano, con particular relevancia en la capacidad, posibilidad y oportunidad de disfrute de la mujer, quien es vista culturalmente como "objeto de placer", situación que la expone además a ser víctima de violaciones y violencias que se naturalizan por la obligación que socialmente deben tener frente a la satisfacción sexual del compañero sentimental.

Durante el primer semestre del año 2010 se captaron en el territorio III, 4 gestantes en esta etapa de vida. Las condiciones geográficas de este territorio permiten mayor oportunidad de acudir a servicios de salud que en los territorios I y II⁸. Se presentó una gestante de edad comprendida entre los 27 y 30 años y tres gestantes mayores de 35 años, las cuales presentan mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto.

Entre los factores detectados en las gestantes de este territorio se encontraron: débiles redes de apoyo familiar, baja adherencia a los tratamientos, bajo nivel económico, interiorización de las señales de alarma, importancia de hablar claro en el momento de la consulta, asistencia a los cursos de maternidad y paternidad responsable, brindando sus experiencias para un conocimiento colectivo y participando activamente de toda la actividad; baja participación de los padres en los cursos y controles prenatales y fuerte lazo de comunicación con la referente de la Red Social Materno Infantil.

Los adultos y adultas en situación de discapacidad, de acuerdo con el proceso evolutivo, también desarrollan su sexualidad; sin embargo los profesionales en salud y la sociedad en general con dificultad cuentan con herramientas pedagógicas y de abordaje con esta población, ensanchando la brecha de exclusión social y privando a las personas en situación de discapacidad de la posibilidad de ser reconocidas como sujetos de derechos.

Los principales determinantes que afectan a los adultos y adultas del territorio asociados al tema de salud ambiental son los siguientes: abastecimiento de agua potable y saneamiento, la vivienda y el hábitat, contaminación del aire, cambio climático y salud, humo de tabaco y leña, productos químicos y riegos ocupacionales (seguridad vial). La alteración de dichos determinantes está relacionada con la presentación de enfermedades de tipo biológico y físico, aumentando la prevalencia de enfermedades crónicas como EPOC y la incidencia de intoxicaciones por agroquímicos.

A nivel de salud oral la etapa de adultez en el territorio III se ve fuertemente influenciada por los aspectos culturales. Los hábitos arraigados que presentan los integrantes de esta etapa generan poca apropiación de los consejos brindados por el equipo de salud oral. Se encontró un alto número de usuarios pertenecientes a proyectos especiales de rehabilitación oral que tiene como objetivo la adaptación de prótesis para aquellas personas que por su condición dental lo requieran. Esto hace que además de los conceptos culturales que las personas tienen, se genere la idea de que la pérdida de los dientes no es un aspecto importante de cuidado ya que existen métodos de rehabilitación como son las prótesis dentales que reemplazarán los elementos perdidos por la carencia de hábitos de auto cuidado. Para este territorio se encontraron 41 pacientes beneficiarios de dicho programa, con diagnósticos de edentulismo parcial o total. La relación por veredas se distribuye de la siguiente manera: Betania con 9 usuarios, Tabaco con 2, Itsmo con 3, Raizal con 13, Ríos con 2, Ecoterapia con 3, Peñaliza con 8 y Nazareth con 5 beneficiarios.

Entre las condiciones de acceso a los servicios de salud para los adultos y adultas se encuentran determinadas principalmente por fluctuaciones en el estado de afiliación al sistema, relacionadas con la vinculación a empleos temporales, que modifican su régimen de aseguramiento, ocasionando desvinculación del mismo.

Por otra parte, en el territorio se encuentran adultos y adultas adscritos a otros entes territoriales diferentes a los locales, pertenecientes al contexto regional del Sumapaz, lo que genera restricciones para el acceso a los servicios de salud ofertados por el Hospital Nazareth, como única IPS con presencia en el territorio local. La situación mencionada demanda trámites administrativos entre los entes territoriales para garantizar el derecho a la salud de la población en la etapa del ciclo vital adultez, en consideración a que en ocasiones es mucho más dispendioso acceder a la EPS adscrita, por la demanda de grandes recorridos en el territorio, lo que acarrea altos costos.

En términos de las características de oferta de servicios, las disposiciones normativas actuales que definen los planes de beneficio priorizan otras etapas del ciclo vital, limitando las acciones dirigidas para la etapa del ciclo vital adultez, a acciones resolutorias y de detección precoz, con mayor disponibilidad de servicios de salud, orientados a la atención de las mujeres adultas, con respecto a los servicios ofertados para los hombres adultos; se dejan de lado así acciones promocionales de interés para la población adulta, en términos de calidad de vida y salud.

En relación con lo anterior, en Sumapaz existen patrones culturales que condicionan el uso de los servicios de salud por parte de los adultos y adultas ante la presencia de situaciones de enfermedad, quienes en ocasiones prefieren hacer uso de métodos alternativos de medicina, aún cuando impliquen un alto costo; probablemente por creencias ancestrales que le dan mayor valor a la medicina tradicional, incrementando la probabilidad de exposición a riesgos y la evolución de procesos patológicos, por la falta de oportunidad en la atención. Como otro factor permeado por los patrones culturales es indispensable mencionar la estructuración de hábitos y rutinas poco saludables, en las cuales el auto-cuidado no tiene un lugar relevante para los adultos y adultas quienes constantemente se ocupan del cuidado a otros u otras.

3.3.4. Persona mayor

Las personas mayores del territorio III son una fuerza activa de trabajo, desempeñándose en distintas actividades laborales de tipo informal como agricultura, ganadería y elaboración de productos lácteos, entre otros; el desempeño de estas actividades ha limitando a las personas mayores al acceso a una pensión, por lo tanto, algunos de ellos tienen como único beneficio el bono de integración social, que aunque por lógica debería ser de gran ayuda económica, termina convirtiéndose en una mínima ayuda, debido a que su cobro debe realizarse en Bogotá Urbana y de manera personal teniendo en cuenta que el traslado de ida y regreso desde la localidad, la alimentación y el transporte urbano tiene un costo considerable similar al rubro que contempla el bono.

Las personas mayores en el territorio III cuentan con dos centros de interés y acopio para el desarrollo de los encuentros desarrollados por entidades como Secretaria de Integración Social, Secretaria de Salud, Hospital de Nazareth y Cultura; el primer centro está ubicado en la vereda de Betania donde se concentran las personas de esta vereda y las veredas de Itsmo, Tabaco y Laguna Verde Alta. El segundo punto de encuentro corresponde a la Vereda de Raizal donde se concentran las personas mayores de dicha vereda y la Vereda de Peñaliza; estas personas se agrupan por cercanía de las veredas. Durante estos encuentros, además de ser espacios de intercambio de pensamientos, la lucha por sus ideales es un medio para estar en contacto e interacción con el otro y sentirse acompañado.

Otro espacio de integración donde interactúan estas personas es en la Feria Agro Ambiental Sumapaceña, la cual se lleva a cabo anualmente en la vereda de Betania; en este espacio se realiza el intercambio de productos agrícolas, diferentes tipos y razas de animales e incluso diferentes conocimientos, el cual se convierte en un medio para sentirse útiles y acompañados por otras personas de diferentes territorios de la misma localidad, de regiones aledañas y Bogotá Urbana.

En la vida de las personas mayores transcurre un proceso de envejecimiento, en el cual se evidencia su calidad de vida en etapas anteriores como juventud y adultez, evidenciándose en la etapa actual enfermedades crónicas como resultado de la problemática de seguridad alimentaria por consumo de alimentos ricos en carbohidratos y bajos en proteínas; consumo de SPA, cigarrillo y bebidas alcohólicas, en complemento con la ausencia de actividad física, además las largas y continuas jornadas de actividades laborales de manera incorrecta hacen que los trabajadores adultos se expongan a riesgo en carga física por manejo incorrecto de cargas que sobrepasan los límites permisibles, movimientos repetitivos y posturas mantenidas lo que a largo plazo ocasiona enfermedades osteomusculares como la lumbalgia crónica, ocasionando problemas de movilidad y secuelas de accidentes de trabajo con consecuencias graves a nivel de columna vertebral como las discopatías o hernias discales, las cuales tienen como consecuencia una discapacidad o limitación en el desarrollo de sus actividades laborales, impactando negativamente los ingresos económicos de las familias debido al alto compromiso funcional, afectando la capacidad económica, la consecución de mecanismos de sobrevivencia y por ende la calidad de vida. Además se reúnen o asocian todas las malas prácticas en el cuidado oral adquiridas desde etapas tempranas de la vida junto a bajas adherencias a procesos del mismo.

En el territorio III se tienen caracterizadas 165 personas en condición de enfermedad crónica siendo la hipertensión y las dislipidemias las más prevalentes.

Las problemáticas que se atribuyen a la afectación de los determinantes de calidad de vida y salud de las personas mayores son la dificultad en el acceso a los alimentos por el escaso transporte de estos y las grandes distancias inter veredales que este tipo de población debe recorrer para tener acceso a alimentos diferentes a los que se produce en la localidad y con un alto contenido proteico, evitando así consumir alimentos ricos en carbohidratos; estos desplazamientos para las personas mayores se convierte en un sobreesfuerzo físico no apto para sus condiciones de salud; a esto se suma la difícil situación económica, por escasez de recursos, ya sea por las pocas oportunidades laborales o por situación de discapacidad o de enfermedad, lo que impide una adquisición de estos alimentos. El consumo de alimentos derivados de la producción agrícola del territorio a base de carbohidratos y poco consumo proteico, no favorece las situaciones de salud presentes en este grupo de edad, creando evidentes alteraciones crónicas.

Otra problemática es la situación de la salud mental en esta etapa del ciclo, donde se reporta negligencia y abandono por parte de los hijos e hijas, evidenciando las débiles redes de apoyo para esta población; además se presenta una incidencia significativa de hombres cuya familia es unipersonal; la mayoría de ellos porque sus compañeras sentimentales han abandonado el hogar, producto de separación o porque han quedado viudos. Esta situación acrecienta en las personas mayores el sentimiento de soledad y los estados de depresión afectando la calidad de vida y la salud mental de esta etapa del ciclo vital, al sentirse solos y sin redes de apoyo familiar que minimice factores de riesgo.

En cuanto a la salud oral de las personas mayores, existen las malas prácticas higiénicas adquiridas desde etapas más tempranas de la vida como en la adultez, en la cual, por las lejanías de sus lugares de trabajo no tenían acceso a sus implementos de aseo, sin poder realizar un cepillado adecuado, que conlleva a que en esta etapa se encuentren parcial o totalmente edéntulos, con las consecuencias para la salud y la alimentación, razón por la cual no se ve la necesidad de acudir a consultas odontológicas; además no consideran que tener unos dientes sanos en esta etapa de la vida sea importante; para muchos de ellos, eso no forma parte de la calidad de vida de una persona. En el territorio III se evidencia que 13 personas mayores se incluyeron al proyecto “Vereda Sana” para la colocación de prótesis dentales, financiado por el fondo de desarrollo local, con lo que se espera contribuir positivamente a mejorar la calidad de vida de la población de esta etapa vital

También en esta etapa del ciclo vital del territorio III hay controversia en el tema de salud sexual y reproductiva, debido a la escasa orientación sobre su sexualidad desde etapas anteriores y prioritarias del ser humano en su desarrollo vital; en algunos casos poseen una percepción errónea frente al sexo y la sexualidad cuando se llega a la vejez y particularmente en el campo relacional y afectivo se ve con mayor fuerza violentado en esta etapa, cuando las posibilidades de afecto, expresión del sentir, y del necesitar no se posibilita, resultado de las limitaciones emocionales con las cuales las personas mayores llegan y que han sido incorporadas en su estructural mental desde la primera etapa de la vida.

En cuanto a la problemática de la salud en el trabajo, en esta etapa del ciclo vital se encuentra que ellos desarrollan actividades laborales que requieren gran esfuerzo físico y se exponen a diferentes riesgos laborales como riesgo en carga física, químico y condiciones de seguridad que desencadenan la alteración del estado de salud ya sea por enfermedades ocasionadas por el trabajo o por secuelas de accidentes que conllevan algún tipo de discapacidad, lo cual se liga con la dificultad de los recursos económicos, ya que no poseen la capacidad ni habilidad para desarrollar algún tipo de actividad productiva acorde a sus condiciones y edad. En el año 2009 se identificaron 19 unidades de trabajo dedicadas a la agricultura, 1 unidad dedicada al comercio al por menor, 7 unidades de dedican a la elaboración de productos alimenticios, a la elaboración de

productos textiles solo se dedica 1 unidad y de igual manera 1 a la pesca; entre estas unidades de trabajo, se encuentran 19 trabajadores que pasan por el ciclo vital de persona mayor.

En el territorio III se encuentran localizadas y caracterizadas 67 personas en condición de discapacidad correspondiendo al 40.1% del total de la población en esta condición y etapa de vida en la localidad.

De las 167 personas en condición de discapacidad caracterizadas en este territorio, 67 pertenecen a esta etapa de vida, representando el 40.1% del total de personas en condición de discapacidad en el territorio III; el 49,2% de persona mayor, en condición de discapacidad pertenecen al sexo femenino. El 25,4% de las personas caracterizadas en condición de discapacidad en esta etapa de vida viven en la vereda Nazareth (tabla 55).

Tabla 55. Distribución de persona mayor en condición de discapacidad por veredas del territorio III. Localidad 20 Sumapaz. 2010

VEREDA	# Persona Mayor en condición de discapacidad	%
BETANIA	10	14,9
LAGUNA VERDE	4	6,0
NAZARETH	17	25,4
RAIZAL	14	20,9
ITSMO	4	6,0
PALMAS	1	1,5
PEÑALIZA	12	17,9
RIOS	5	7,5
Total general	67	100,0

Fuente: Base de Datos de registros de personas en condición de discapacidad. VSPD 2010. Hospital Nazareth.

De las alteraciones permanentes referidas de mayor afectación en el territorio III y en esta etapa de vida, el 58,7 % la presentó en el movimiento de cuerpo, brazos, manos y piernas, el 23,8% en el sistema nervioso, el 4,8%, en sistema cardio respiratorio y ojos, el 3,1% en oídos, y el 1,6% en voz y habla, piel y digestión, metabolismo y hormonas cada una.

En cuanto al tema de accesibilidad a los servicios de salud, se complejiza por las restricciones en la cobertura de medicamentos establecida en el POS para las personas mayores; además las condiciones geográficas por las largas distancias interveredales y del área urbana y las dinámicas socio – culturales de la localidad, se constituyen en restricciones para el acceso a servicios de mayor nivel de complejidad, demandados en mayor proporción por las personas mayores, en consideración a situaciones crónicas de enfermedad que requieren de tratamientos especializados. Con relación al aseguramiento de la población adulta mayor habitante del territorio III, el 94% se encuentra afiliado a salud y con cuenta, con IPS hospital Nazareth; el 6% no se encuentra afiliado.

3.3.5. Núcleos problemáticos territorio III

Débiles prácticas para el cuidado de la salud y entorno, relacionados con la respuesta superficial e intermitente de la población del territorio III frente a acciones desarrolladas para mejorar su calidad de vida.

Las condiciones geográficas y las dinámicas socio – culturales del territorio, se constituyen en restricciones para el acceso a servicios de mayor nivel de complejidad, demandados en mayor proporción por las personas mayores, en consideración a situaciones crónicas de enfermedad que requieren de tratamientos especializados.

Patrones culturales que generan comportamientos inadecuados, que impactan de forma negativa en la salud mental de los individuos habitantes del territorio III y conducen a situaciones de violencia.

Una de las problemáticas en salud pública es la violencia intrafamiliar y social que afecta el funcionamiento normal de las personas, sin olvidar con ello que la afectación a los determinantes en esta materia requiere de una visión integral que engrana cada uno de los contextos y aspectos sociales, culturales - políticos que envuelven a los hombres y las mujeres sumapaceños/as.

Algunos de los patrones mentales permean las formas de actuar y relacionarse con el otro, teniendo en cuenta las relaciones de dominación que se ejercen en contra del sujeto hombre o mujer y que con regularidad giran en torno a las formas de castigo del cuerpo, en especial los cuerpos femeninos.

Respecto al género es altamente significativo el hecho que el porcentaje de mujeres jóvenes dentro de la población abordada es casi tres veces mayor que el porcentaje de hombres. Con un porcentaje de 68% de 96 casos reportados de mujeres que han vivido situaciones de violencia, con respecto al 32% de jóvenes hombres, sumado a que es en esta etapa en la cual se presenta la mayor frecuencia de reporte y afectación con relación a otras etapas del ciclo vital.

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

La evidencia da cuenta de variables como la violencia emocional, con 62 reportes, de los cuales, 47 relacionan a las mujeres como víctimas; lo anterior puesto como uno de los determinantes que incide en la aceptación de hechos que vulneran la integridad de las mujeres adultas, quienes en esta etapa de vida deben desempeñar roles de madres y esposas, orientados al bienestar de la familia y al cuidado de terceros, desconociendo sus derechos como ciudadanas, mujeres, seres humanos y aceptando En la localidad estos fenómenos de violencia suelen silenciarse, pese a las acciones que las instituciones e incluso las mismas organizaciones sociales han adelantado para aumentar la denuncia; las presiones sociales logran mayor relevancia en la comunidad y en las mujeres, quienes prefieren pasar por alto los episodios de violencia para evitar la ruptura de las relaciones con familiares y vecinos/as

La violencia hacia las mujeres se presenta en el ámbito social y participativo. Si bien es cierto, la presencia de las mujeres en escenarios de decisión y participación es considerable, su intervención no es significativa en términos de incidencia política. Con frecuencia los hombres, aunque verbalmente reconocen la importancia de la mujer en el desarrollo social, al momento de tomar decisiones, inconscientemente no les permiten ser visibles, además del rol pasivo y secundario respecto a su opinión y la opinión de los hombres que asume la mujer, en especial cuando asiste a estos escenarios con el compañero sentimental, desconociendo de esta manera en sí mismas la capacidad política que históricamente ha tenido la mujer en el contexto rural. Es así como esta invisibilidad se convierte en un factor determinante para la presencia de casos de violencia social ejercida contra la mujer en la cual se desconoce, incluso por ellas mismas, su papel protagónica en las construcciones sociales.

Causas de la violencia intrafamiliar en la localidad

Efectuando una recopilación de los diferentes documentos que desarrollan el tema de la localidad se puede concluir que entre las causas que se aducen se encuentran las siguientes: bajo nivel educativo, comprensión inadecuada de poder y control, celos excesivos, inadecuada imagen personal, machismo, dificultades económicas, desobediencia de los hijos, quienes se oponen drásticamente a las exigencias de sus padres, falta de diálogo y discusión, esta última relacionada como reacción de miedo frente a los continuos agravios del agresor; falta de control de impulsos, carencia afectiva, incapacidad para resolver problemas adecuadamente, consumo y abuso de alcohol o drogas.

El alcohol es un hecho generador de violencia por cuanto genera, accidentes, comportamientos sexuales irresponsables, actos vandálicos, efectos somáticos por el consumo, tales como problemas en el aparato digestivo, trastornos cardiovasculares, osteomusculares, metabólicos, etc.

Los patrones de consumo desmesurados de alcohol generan una serie de efectos adversos de muy diversa índole, desde problemas de salud para el individuo hasta las secuelas que dejan en los familiares del alcohólico y otros problemas de carácter social, que agravan aún más la situación volviendo más compleja su forma de relación tanto a nivel de pareja, como familiar. Tanto un alto consumo como uno periódico, puede facilitar la aparición de conductas violentas. Este es considerado por algunos como una de las causas de la violencia y para otros es el factor desencadenante del incremento de la posibilidad de aparición de una conducta violenta.

Sin embargo debe tenerse en cuenta que por sí solo el tratamiento del alcoholismo no eliminará los problemas de violencia intrafamiliar, ya que no tienen en cuenta los probables factores básicos que subyacen a ella, como por ejemplo, la pobreza, la desigualdad económica, la tradición cultural que tolera la violencia contra las mujeres y las características de los agresores, incluyendo sus creencias y actitudes respecto a las mujeres. Así pues, los profesionales deben considerar el tratamiento del alcohol sólo como una parte de la intervención. Los estudios recientes indican que abandonar el consumo de alcohol es una condición necesaria para la reducción de la violencia. Es claro que se hallan relaciones empíricas fuertes entre consumo de alcohol y violencia intrafamiliar. Las familias donde la bebida y los malos tratos forman parte de la vida cotidiana, sufren una gran desestructuración, los hijos crecen en un entorno que inhibe su desarrollo sano y muchos de ellos desarrollan problemas de conducta. La paranoia celo típica es uno de los problemas más frecuentes y graves que origina el abuso del alcohol ya que generalmente se acompaña de violencia.

La mayoría de las agresiones tanto físicas como emocionales que se producen en los sistemas familiares son producidas bajo el efecto de sustancias alcohólicas. En cuanto a las expresiones de violencia se relatan aspectos como golpear, desaparecerse varios días evadiendo las responsabilidades competentes, amenazar de muerte a la víctima o a sus familiares (madres e hijos), agredir físicamente a la esposa e hijos cimentados en la falsa creencia del poder que les otorga a los agresores la capacidad de responder económicamente en el hogar, asumir conductas de infidelidad abiertamente y frente a su compañera, forzar relaciones sexuales bajo la premisa de que si no está con el bebedor es porque tiene “mozo” y la agresión verbal a la compañera y a sus hijos utilizando tanto expresiones para humillar como indecencias.

Se puede evidenciar claramente cómo la figura paterna es la mayor consumidora de alcohol, concentrando su frecuencia de una a seis veces al mes, además los hijos de estos consumidores repiten estas conductas.

En cuanto a las categorías de causas del consumo existen unas causas inmediatas y unas de fondo; de estas últimas se encuentran aspectos como peleas conyugales o problemas de todo tipo, los cuales se relacionan con la búsqueda de la bebida alcohólica como factor relajante; otro factor

de fondo es la necesidad de gastar el dinero y de compartir sin importar si no se tiene para ello, siempre que se posibilite el consumo. Aparece un factor de gran fuerza como es la herencia cultural, en la cual el padre de familia incita a su hijo al consumo desde temprana edad; esto se relaciona con el machismo y con el hecho de trabajar y ser independiente económicamente; a ello se le suma que no existen restricciones en las tiendas de la comunidad. Incluso la venta de licor a menores es permitida, además parece que culturalmente está arraigado el hecho de que beber alcohol es una manera adecuada y agradable de mitigar la sed y el cansancio, por ello se acostumbra beber después de largas jornadas de trabajo; es significativo el hecho de la influencia de las amistades.

El principal motivo de Violencia Intra-Familiar VIF para las familias sumapaceñas está relacionado con el consumo de alcohol, pero este aspecto aparece asociado con el machismo. Las mujeres en ocasiones toleran compañeros que beben con regularidad por el miedo a separarse y porque necesitan una figura masculina, así como el miedo a quedarse solas; por eso en ocasiones terminan las relaciones y comienzan otras con personas consumidoras y maltratadoras.

El mismo patrón cultural machista se asocia frecuentemente con los consejos que ofrecen las amistades, de aguantar el maltrato en las mujeres o el de agredir en los hombres. Es la percepción de infidelidad y celotipia que tienen los miembros de la pareja así como en la replicación de la violencia intrafamiliar por parte de los hijos varones, una vez estos se organizan con su propio núcleo familiar.

Los chismes, comunicación deficiente al interior del hogar, disgustos, consejos de los amigos agresor y maltratado, desencadenan en maltrato, si coadyuvan para que se den las condiciones antecedentes de la violencia intrafamiliar.

Los sumapaceños corroboran que las expresiones de VIF dejan secuelas a nivel emocional que afectan profundamente la dimensión psicológica de las víctimas, en especial el miedo que genera quien consume alcohol; surge también enfermedad de la víctima y debilitamiento de la comunicación familiar en general. Es notorio que en la localidad los mayores consumidores de alcohol son las figuras paternas y son en la gran mayoría de los casos, los responsables de los eventos notificados para intervención institucional.

Actualmente el alcoholismo afecta más a los varones adultos, pero está aumentando su prevalencia en otros grupos tanto de hombres como de mujeres.

La relación entre el alcohol y la violencia tiene efectos sobre la estructura y el funcionamiento del sistema nervioso central afectando directamente la conciencia, la que permite razonar sobre la propia existencia y reflejar de manera adecuada la realidad circundante, por lo que el consumo de alcohol puede promover alteraciones en las percepciones e ideas de las personas que han ingerido esta sustancia, lo que influye de modo negativo en sus relaciones con los demás y en la comprensión cabal de las circunstancias vividas. También puede ocurrir desinhibición, pérdida de control emocional, ruptura de código ético - moral y de las buenas costumbres de convivencia, lo que facilita la aparición de la violencia. El consumo de bebidas alcohólicas es un hecho socialmente aceptado e incluso estimulado desde diversos medios; para la mayoría de las personas de la población rural de la localidad 20 de Sumapaz, el alcohol es un "acompañamiento placentero para las actividades sociales y culturales; según reportes en las intervenciones terapéuticas, el uso moderado del alcohol no es dañino, según el pensamiento para la mayoría de los adultos, sin embargo un gran número de personas tiene problemas serios con el hábito de consumo de alcohol, cuestión que trasciende a la dinámica familiar alterándola negativamente.

Conviene señalar que para comprender las causas de la violencia intrafamiliar es fundamental identificar que este es un fenómeno multicausal, ya que en realidad existen muchos factores culturales, del contexto familiar, de los individuos y de la sociedad que tienen un peso específico y distinto en cada situación de maltrato.

Adopción de roles laborales en condiciones no seguras que afecta a niños y niñas del territorio III interfiriendo en su desarrollo bio psicosocial.

El trabajo infantil en la localidad 20 de Sumapaz, sector rural del Distrito, toma dimensiones muy diferentes a las del sector urbano, ya que la vinculación temprana a actividades de producción son asumidas como un elemento formador, fundamental en la educación y crianza de los niños, niñas y adolescentes, promoviendo identidad y sentido de pertenencia. Esto permite concebir porqué el trabajo infantil en Sumapaz se ha definido como la práctica de actividades productivas que afectan la ejecución de roles ocupacionales acordes a la edad de niños, niñas y adolescentes (jugadores-escolares). En el año 2008 se identificaron a 98 niños, niñas y adolescentes trabajadores, encontrando que el género predominante es el masculino, representado por un 60% y el género femenino en un 40%. Así mismo, las actividades económicas predominantes practicadas en este grupo son 39% agrícola, 39% cuidadores de animales y un 22% correspondiente a la realización de actividades domésticas en sus hogares.

El régimen de afiliación al sistema de seguridad social en el total de los niños, niñas y adolescentes caracterizados es el subsidiado. El 15%, de 98 caracterizados refiere haber presentado algún accidente relacionado con el trabajo entre los que se encuentran caídas, golpes y cortaduras.

3.4. Territorio IV

Con relación a la historia del territorio, los habitantes locales que lo han poblado comentan que en la vereda de Ánimas estaba ubicada la policía de la época de la guerra de Sumapaz, donde encarcelaban a los que consideraban la chusma.

Frente a los antecedentes del Colegio Jaime Garzón, se sabe que esta construcción es relativamente nueva, en su estructura física; el nombre del colegio viene del humorista Jaime Garzón, quien fue Alcalde Local y durante su administración fue fundado el colegio; en el caso de Adelina Gutiérrez fue una señora que donó el terreno. Antropológicamente, en la época de la colonización, muchos alemanes vinieron a buscar oro, por eso los rasgos de varias personas de la comunidad son muy europeos.

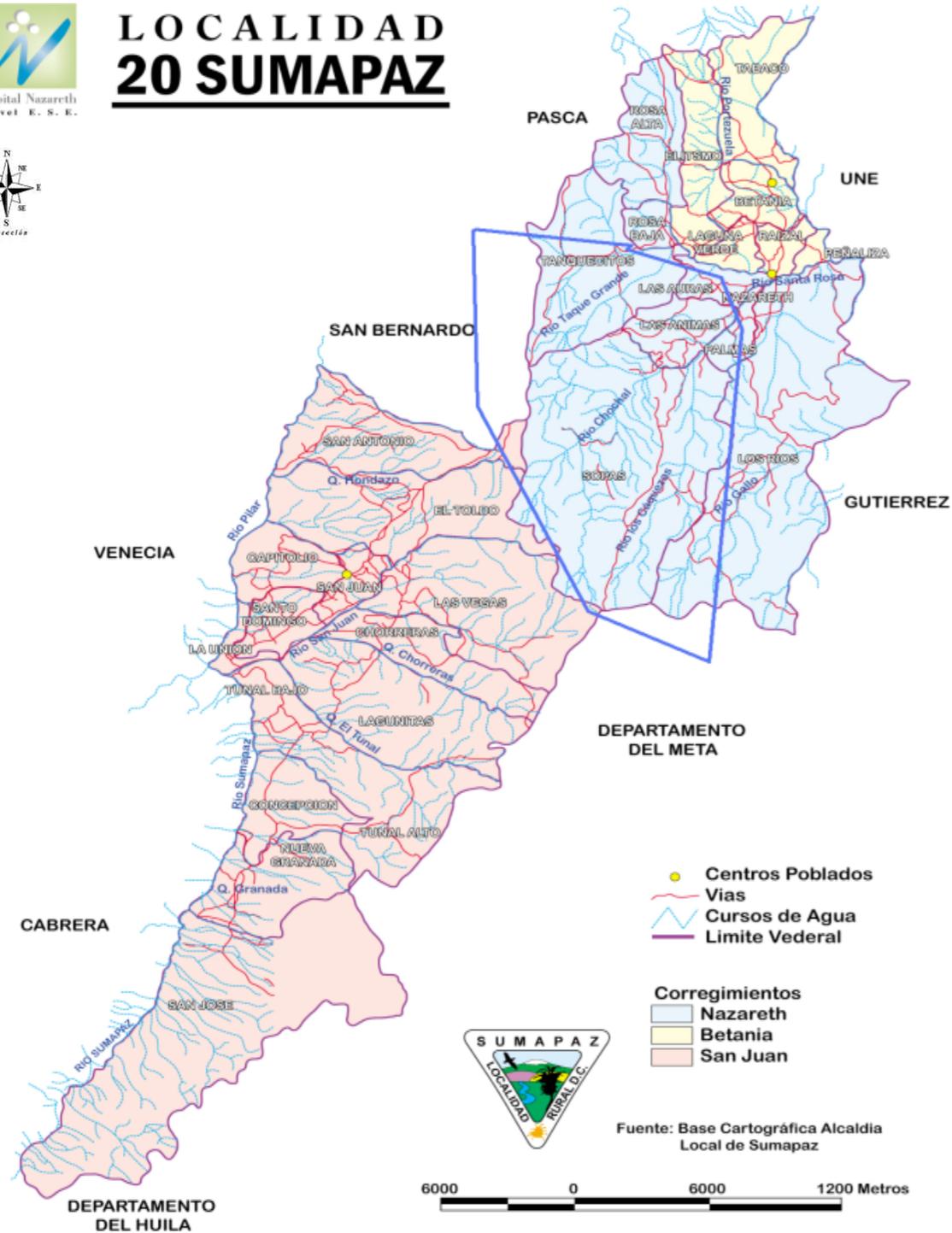
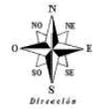
Los habitantes más jóvenes del territorio comentan *“Antes no existían carreteras, las vías de acceso eran de herraduras, se caminaba hasta Pasca, no se tenían botas, se usaban alpargatas, cuando los abuelos narran que caminaban descalzos, por eso la planta del pie ya tenían callo, y no les dolía, caminaban para vender los productos que cultivaban hasta Pasca, por que no existían vías de acceso, duraban hasta tres días para caminar y hacían las casas de frailejón; lo utilizaban como cambuches mientras su recorrido”.*

El corregimiento de Nazareth del cual hace parte el territorio IV, tiene el 59.5% de su área localizada en el páramo alto, el 27.4% en el páramo bajo, el 5.7% en el sub páramo y el 7.4% por debajo de los 3.000 metros de altitud (franja alto-andina). En la región hay zonas de hábitat permanente y otras temporales, las últimas utilizadas solo durante el desarrollo de las actividades ganaderas. En la zona de hábitat permanente, que se ubica por debajo de la cota de los 3.600 metros de altitud, hay 5.599 hectáreas con pendientes superiores al 25% y es allí donde la intervención humana, dirigida hacia la siembra y posterior mejora de potreros, agudiza el deterioro de los suelos (**mapa 15**).

Mapa 15. Localización territorio IV. Localidad de Sumapaz



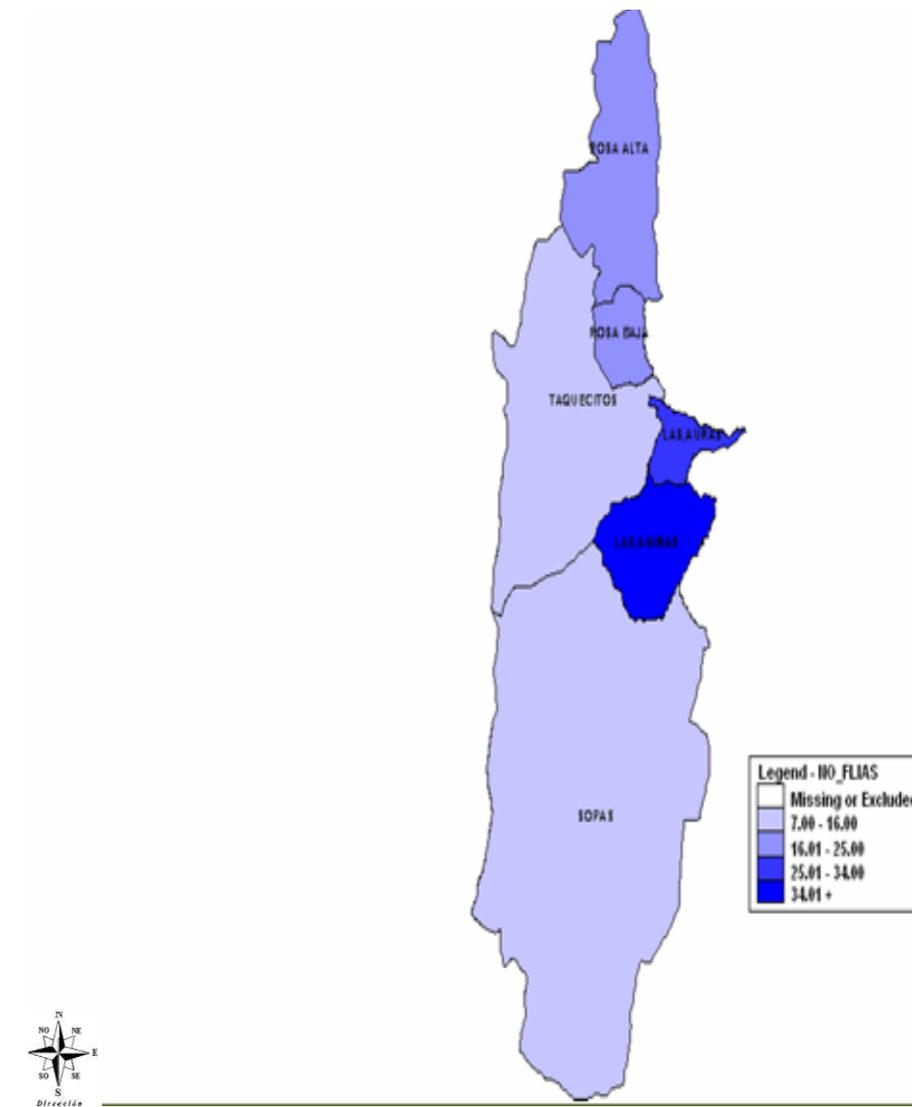
LOCALIDAD 20 SUMAPAZ



Fuente: Archivo Hospital Nazareth.

Santa Rosa, el corregimiento fue creado en 1.903 y junto con el territorio III, conformaba el antiguo globo Santa Rosa de la gran hacienda Sumapaz, es importante resaltar que en este territorio a diferencia de los otros 3 de la localidad no se cuenta con veredas pertenecientes a otros municipios que por acceso geográfico sea atendida en el hospital Nazareth (mapa 16).

Mapa 16. Distribución de veredas territorio IV. Localidad de Sumapaz.



Fuente: Archivo Hospital Nazareth. 2008

Los acueductos comunitarios del territorio IV no abastecen de agua potable a la comunidad que habita en el territorio (Tabla 56).

Tabla 56. Distribución Acueductos Veredales, territorio IV. Localidad de Sumapaz.2010

ACUEDUCTO	DESCRIPCIÓN GENERAL	IRABA (%) pp	CLASIFICACIÓN NIVEL DE RIESGO A LA SALUD
Aso Media Naranja (Tauecitos-Santa Rosa)	Cuenta con 18 puntos de suministro, abastece las veredas de Tauecitos y santa rosa baja. Está constituido por bocatoma tanque desarenador y red de distribución y planta de tratamiento. La fuente de abastecimiento es la quebrada media naranja.	65	ALTO
Aso Agua y Canizo (Ánimas Bajas-Cedral)	El acueducto cuenta con 42 puntos de suministro, están constituidos por bocatoma, desarenador, tanque de almacenamiento, planta de tratamiento y red de distribución. La fuente de abastecimiento es la cuenca Ánimas Bajas.	65	ALTO

Fuente: Énfasis Equipo Salud Ambiental, Hospital Nazareth. Localidad 20 de Sumapaz 2010.

Se tienen identificados en el territorio IV, 5 pozos de agua, de los cuales se abastecen las familias que no cuentan con conexión a la red. En este territorio muchas veredas no cuentan siquiera con la ruta de las volquetas de la Alcaldía Local debido a su ubicación y difícil acceso.

En el territorio IV se tienen identificadas seis (6) escuelas, cuya debilidades higiénico sanitarias y conceptos sanitarios se relacionan en la **tabla 57**.

Tabla 57. Debilidades Higiénicas sanitarias de Instituciones Educativas, territorio IV. Localidad Sumapaz.2010

Establecimiento Educativo	Debilidades Higiénico Sanitarias	Concepto
Colegio Campestre Jaime Garzón Sede Ánimas	Realizar registro de proceso de lavado de tanques de almacenamiento de agua, al baño de las niñas se le debe colocar puerta, ventana del aula de clase requiere mejora al igual que la cancha deportiva	Pendiente, condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.
Colegio Campestre Jaime Garzón Sede Auras	Se requiere llevar registro de lavado y desinfección de tanques de almacenamiento de agua para consumo, utilizar canecas con su respectiva tapa para el almacenamiento temporal de los residuos sólidos, realizar mantenimiento de tanques sépticos y dotar laboratorio con extintor.	Pendiente, condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.
Colegio Campestre Jaime Garzón Sede Santa Rosa Baja	Dotar botiquín de primeros auxilios, recargar y ubicar extintor en un lugar visible, realizar filtración y desinfección de agua para consumo humano y adecuar un sitio para el almacenamiento temporal de los residuos sólidos.	Pendiente, condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.
Colegio Campestre Jaime Garzón Sede Santa Rosa de Bodegas	No cuenta con plan de emergencias, plan de saneamiento, extintor no está debidamente señalado, inestabilidad de terreno aledaño a la escuela	Pendiente, condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.
Colegio Campestre Jaime Garzón Sede Sopas	Se requiere mejoramiento del área para el suministro de alimentos, incluidos los muebles y enseres de la cocina, se debe llevar registro de lavado y desinfección de tanque de almacenamiento de agua para consumo, se deben ejecutar actividades para el fortalecimiento del plan de atención del riesgo a nivel escolar, el extintor debe permanecer cargado, señalado y ubicado en un lugar visible y de fácil acceso.	Pendiente, condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.
Colegio Campestre Jaime Garzón Sede Tauecitos	Se deben acondicionar espacios para comedor de los niños, para el almacenamiento temporal de los residuos sólidos y proveerse de tapas para las mismas canecas, gestionar recursos para mejorar las áreas de recreación, unidades sanitarias y ventanas, dotar botiquín de primeros auxilios	Pendiente, condicionado al cumplimiento de las recomendaciones referidas en el acta, para evitar riesgos que puedan afectar la salud de la comunidad educativa.

Fuente: Énfasis Equipo Salud Ambiental, Hospital Nazareth. Localidad 20 de Sumapaz 2010.

Se tienen identificados tres (3) salones comunales en el territorio IV, ubicados en las veredas de la Ánimas, Auras y Santa Rosa. En la vereda Santa Rosa se encuentra ubicado el centro de servicios, el cual cuenta con buenas condiciones de infraestructura (Tabla 58).

Tabla 58. Debilidades higiénico- sanitarias de salones comunales, territorio IV. Localidad Sumapaz. 2010.

Salón Comunal	Debilidades Higiénico Sanitarias
Ánimas	-Plan de respuesta ante emergencias(no existe señalización, no cuenta con extintor de incendios ni botiquín de primeros auxilios)
Auras	-Condiciones locativas (agrietamientos y humedades en los salones). -Instalaciones Sanitarias en mal estado.
Santa Rosa	-Es una construcción nueva, que cumple con todos los requerimientos sanitarios.

Fuente: Énfasis Equipo Salud Ambiental, Hospital Nazareth. Localidad 20 de Sumapaz 2010.

Por tratarse de un territorio compuesto por veredas ubicadas en terrenos hostiles de condiciones topográficas complicadas, en este territorio se han identificado un alto número de viviendas en riesgo, 60 aproximadamente, con condiciones locativas y sanitarias inadecuadas generando riesgo de contaminación ambiental directa o indirecta. En las veredas que componen el territorio IV se tienen identificadas 6 bodegas de agro químicos, aplican las anotaciones realizadas en los demás territorios. No se han identificado expendios de combustible en el territorio.

Se ha establecido que el tipo de estufa para la cocción de los alimentos es del 83.8% de los hogares se cocina en estufa de leña, en el 12% con gas, el 1% de las familias cocinan con gasolina y el 3% con estufa eléctrica. La leña se constituye en el combustible más económico ya que se consigue en los alrededores de la casa, y puede ser almacenada en las viviendas. El gas y la gasolina (comenta la población) son encargados de Bogotá Urbana y Cabrera. En Nazareth, un vehículo distribuye el gas por las veredas y las escuelas. La dificultad para obtener la gasolina y el gas es el costo que acarrea, el tener que transportar estos combustibles grandes distancias lo cual redundo en el aumento del costo normal de cualquiera de ellos.

La exposición directa a rayos UV-A y UV-B afecta principalmente a los ciclos infancia y juventud. Esto se debe al no uso de elementos de protección solar y a la falta de cultura en la aplicación de protectores y sustancias humectantes. La cultura del uso de sombrero está arraigada en los ciclos de adulto y persona mayor, pero en el caso de niños y jóvenes, las tendencias de moda van en contra del uso de estos elementos. La prevalencia de dermatitis por quemaduras solares, terigios y conjuntivitis asociadas a la exposición solar. La dermatitis, asociada a la vez a la exposición a rayos ultra violetas, es una situación que se agrava si se considera que la altura genera mayor exposición.

Las veredas que componen el territorio son lejanas y de difícil acceso, motivo por el cual los vehículos que surten alimentos a estas zonas son camiones antiguos, de estacas, que no cumplen con los requerimientos higiénicos sanitarios. Se tiene identificado 1 vehículo transportador de alimentos en esta zona.

A continuación se presenta una relación de los establecimientos comerciales y restaurantes por concesión sujetos a vigilancia sanitaria, que se tienen identificados en las veredas que conforman el territorio IV: una (1) panadería, dos (2) expendios minoristas, un (1) restaurante particular, un (1) expendios de carne y siete (6) comedores escolares (restaurantes por concesión) es decir 1 por cada vereda.

Los restaurantes particulares identificados en el territorio, son administrados por amas de casa, que preparan desayunos, almuerzos y comidas caseras por encargo, debido a esto, las instalaciones de estos establecimientos son principalmente comedores familiares rurales, los cuales no cumplen con algunas de las exigencias higiénico-sanitarias que verifica el referente de línea.

En este territorio existen gran cantidad de predios con características agrícolas y pecuarias, la población canina es aproximadamente de 260 y felina de 16. Durante el año 2010 se presentaron 4 accidentes por agresión animal, pero de ellas ninguna cumplió con criterios de exposición rábica.

Por tratarse de un territorio con predominio de clima frío, la presencia de plagas no es muy frecuente, a pesar de este factor, el territorio no cuenta con sistemas de recolección de basuras o de manejo de aguas residuales y esto favorece la presencia de plagas en algunas viviendas.

El servicio de agua por parte de los habitantes del territorio, en un alto porcentaje de acueductos comunitarios es de difícil acceso y deficientes condiciones sanitarias; lo que ha generado impactos negativos en las condiciones de salud de niños y niñas, asociados a Enfermedad Diarreica Aguda, enfermedades por infección intestinal, parásitos o patologías similares. La frecuencia de casos es muy baja ya que se ha intensificado la educación en manipulación de alimentos, no obstante existe un sub-registro en la notificación, ya que las personas afectadas no consultan o prefieren dar un manejo alternativo al cuadro diarreico, por tanto el evento no es notificado como morbilidad por EDA. En cuanto al análisis por territorio, se puede mencionar la alta vulnerabilidad en el territorio IV, ya que algunas de las veredas que los conforman se abastecen principalmente de agua de pozo.

Otro factor ambiental determinante para las condiciones de calidad de vida y salud de la población es el estado de las vías, las cuales se caracterizan por no estar pavimentadas, lo que genera una producción excesiva de material particulado por el tránsito de vehículos, desencadenando afectaciones respiratorias en niños y niñas, que a futuro pueden desencadenar enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.

Adicionalmente, en los hogares del territorio, se evidencia la utilización de madera como fuente de combustión, constituyéndose en un factor determinante para la salud de niños y niñas, en consideración a que durante la primera infancia pasan gran parte de su tiempo junto a la progenitora, quien emplea la mayor parte del tiempo a las labores asociadas al cuidado de otros, tales como la preparación de alimentos.

Las viviendas en la localidad se caracterizan por hacinamiento; existen casos en los cuales en una habitación se encuentran dos camas, en una duermen los padres y en la otra, los dos o tres hijos en edad escolar, sin ninguna barrera física que divida los espacios; las familias que tienen entre uno y tres cuartos disponen de uno para dormitorio, durmiendo más de tres personas.

En cuanto a la cobertura del servicio el 49 % de las familias las cubre el servicio de acueducto, pero estas personas relatan que prefieren beber el agua del nacedero que del acueducto para su actividad ganadera y productiva; esto afecta a todos los ciclos, ya que refieren que es de mejor calidad, por cultura; frente a las exposición de residuos sólidos, el ente encargado de esto no está conectado con la necesidad del territorio y como muchas familias no viven cerca a la carretera toman medidas como la quema y el entierro de latas; el nivel de productividad es alto y las personas están expuestas a los agroquímicos y recolecta de productos que deben acumular para no contaminar pero se presenta acumulación de basuras porque no hay donde depositarlas y botan las basuras en el potrero; faltan sistemas para el tratamiento de aguas residuales; en cuanto a los servicios de comunicación es una de las más grandes problemática del territorio, para el acceso a los servicios básicos, afecta el desarrollo desde todas las etapas de ciclo empezando con la infancia ya que no tienen acceso a programas educativos, en la adolescencia; el decir que Sumapaz es zona roja hace sentir mal y limita la participación en espacios sociales, se ve como una barrera, se evidencia un tipo de violencia emocional que afecta al desarrollo de los adolescentes.

En el territorio IV habitan 134 familias que se distribuyen por las veredas de este territorio como se observa en la tabla 59.

Tabla 59. Distribución de la población por veredas territorio IV. Localidad 20 de Sumapaz. 2010.

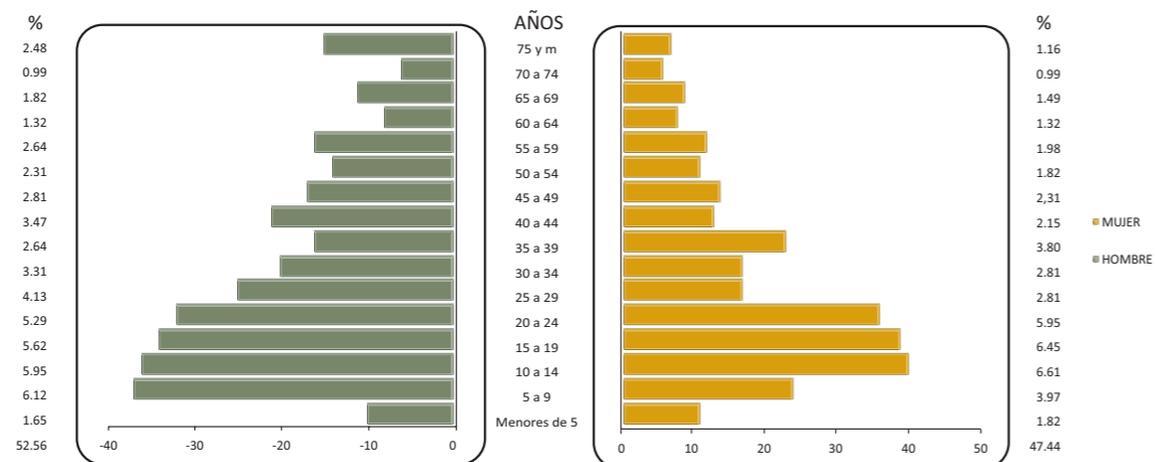
VEREDA	No FAMILIAS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
TAQUECITOS	7	13	13	26
SOPAS	9	16	17	33
ANIMAS	43	76	86	162
SANTA ROSA	37	86	100	186
AURAS	29	65	69	134
CEDRAL	15	31	33	64
TOTAL	134	287	318	605

Fuente: Sistema de Seguimiento Unificado Integral del Modelo del Servicio de Salud de Sumapaz Hospital Nazareth 2010.

En la pirámide poblacional del territorio IV se puede observar la alta prevalencia de individuos que pertenecen a las edades comprendidas entre 10 a 24 años, y en su conjunto una alta población en etapa de ciclo de juventud, seguida de población adulta, lo cual indica que existe en este micro territorio una gran fuerza laboral y estudiantil en la cual se deben enfocar programas para suministrar la cantidad de acciones que se realizan a este tipo de población tales como cobertura de educación básica, secundaria, tecnológica, profesional al igual que medidas enfocadas en la actividad laboral propia de la localidad (Figura 7).

De las 134 familias habitantes del territorio 92 son familias nucleares, 14 extensas, 13 mono parentales y 16 unipersonales.

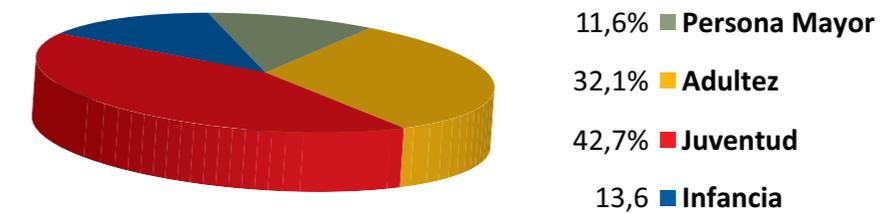
Figura 7. Pirámide Poblacional territorio IV. Localidad de Sumapaz 2010.



Fuente: Sistema de Seguimiento Unificado Integral del Modelo del Servicio de Salud de Sumapaz Hospital Nazareth 2010.

En el territorio IV, el 32.1% de su población pertenece o se encuentra en la etapa de ciclo adulto y el 42.8% en etapa de ciclo de juventud, lo cual lo hace una población joven y productiva con altos requerimientos de educación y trabajo (Gráfica 51).

Gráfica 51. Distribución de la población por etapa de ciclo vital. territorio IV. Localidad de Sumapaz 2010.



Fuente: Sistema de Seguimiento Unificado Integral del Modelo del Servicio de Salud de Sumapaz Hospital Nazareth 2010.

Con relación a los procesos participativos en el territorio se evidencia la formación de líderes en trabajo, núcleos de gestión, grupos promotores de buzón 106 (este espacio pertenece al ámbito escolar) y se trabaja en las 6 sedes escolares del territorio, comité de mujeres, grupo de discapacidad, CDIF Auras, Sitios de reuniones: centro de servicios y salones comunales.

Aunque los procesos participativos de la localidad se han caracterizado por proceder de una fuerte base de organización social y comunitaria con la conformación de asociaciones como Sindicato Agrario y Asojuntas es en esta última en la que más participan los habitantes del territorio tal vez por mayor afinidad con los temas que allí se discuten.

En la tabla 60 se observa la distribución de sedes educativas en el territorio IV.

Tabla 60. Distribución de estudiantes en centros educativos, territorio IV. Localidad de Sumapaz 2010.

SEDE	NUMERO TOTAL DE ESTUDIANTES	NUMERO DE MUJERES	NUMERO DE HOMBRES
Escuelas secundaria sede Auras: colegio Jaime Garzón	180	102	78
Escuela primaria: Taquecitos:	7	2	5
Escuela primaria: Santa Rosa de Bodegas	12	6	6
Escuela primaria: Santa rosa de Nazareth	5	1	4
Escuela primaria: Sopas	5	2	3
Escuela primaria: Ánimas	11	4	7
TOTAL	220	117	103

Fuente: Ámbito escolar. Hospital Nazareth. 2010.

El mayor número de familias de la localidad son familias nucleares, se evidencia más acompañamiento de la familia para los niños y niñas del territorio, en el caso del tema de abastecimiento y acceso a los alimentos; ya que la mayoría de las veredas están sobre el camino, es una ventaja para los niños y niñas el acceso al colegio; aunque existen casas lejanas, se han generado espacios de participación para los adultos mayores; existen espacios donde se han tenido en cuenta, donde ellos participan y se les escucha.

Es importante resaltar que en del territorio IV se encuentra una de las bases militares del Batallón de Alta Montaña que realiza el retén militar de entrada a la localidad y se ubica en la Vereda

de Santa Rosa; esta situación, así como la alta presencia de las fuerzas militares como población flotante de la zona afecta en general a toda la población, pero se acentúa en los territorios en que se realizan los asentamientos de la población local, por cuanto los habitantes locales conviven con la presencia permanente de las tropas, que en muchos casos no respeta a la población civil, con lo que es frecuente que se presenten denuncias relacionadas con la pérdida de ganado, entre otras situaciones que afectan la vida de la población campesina, en un territorio con ocupación aproximada de 5 miembros de las fuerzas armadas militares por cada habitante local.

La comunidad en forma permanente denuncia que se siente amenazada, por cuanto las Fuerzas Armadas del Ejército rondan sus casas y espacios sociales de reunión, así como los espacios de recreación de los niños y niñas en el territorio, con lo que la comunidad no ve en el Ejército un potencial aliado y por el contrario se constituye como amenaza, frente a las condiciones de seguridad y de territorio en conflicto armado, que han sido históricamente relacionadas con la localidad; la comunidad representada en los promotores de salud manifiestan incomodidad con el estigma que se tiene a la población de la localidad frente al tema, manifestando que generalmente se tildan de subversivos por pertenecer al territorio, situación que incomoda a los habitantes locales quienes se ven limitados en espacios de encuentro inter local por las creencias que se manejan frente a los habitantes del territorio de Sumapaz.

Frente a la alimentación que es consumida, es importante señalar que culturalmente la población local no realiza prácticas diferentes de la mujer durante la gestación, presentando un rechazo permanente al consumo de micronutrientes y en general a las prácticas alimentarias que modifiquen sus hábitos rutinarios de vida, por cuanto la alimentación consumida no cubre las necesidades especiales durante esta etapa y comúnmente no se observa que las mujeres modifiquen sus hábitos de vida durante el periodo gestacional; lo anterior se percibe en los talleres de maternidad y paternidad responsable.

Esta característica nos permite deducir que la facilidad de transporte influye en la adherencia del tratamiento de las gestantes, en quienes se observa de forma general que asisten a la programación de actividades de los servicios de salud que se ofrecen en el territorio a través de la consulta de medicina odontología y nutrición y en algunos casos psicología; los servicios profesionales de otras disciplinas como terapia ocupacional y enfermería entre otras, desarrollan sus actividades en el marco de la realización del curso de preparación para la maternidad y paternidad responsable, así como a los de mayor complejidad que son programados a través de la ruta externa del hospital de Meissen principalmente como entidad prestadora de servicios de salud de II nivel para la población local.

Frente a la oferta de servicios para la población gestante, se identifican las actividades de la Secretaría de Integración Social quienes desarrollan actividades de formación frente a temas relacionados con derechos, así como la entrega efectiva de un apoyo alimentario financiado con recursos del fondo de desarrollo local y la SIS; sin embargo estos programas de apoyo alimentario presentan criterios de focalización que no se adaptan a las condiciones y particularidades de la población habitante del territorio; por lo anterior se han adelantado diversos procesos de gestión al interior de las instituciones prestadoras de los servicios, con el fin de ampliar coberturas incluyendo la población que requiere el beneficio.

3.4.1. Infancia

Con relación a la situación de seguridad alimentaria y nutricional de la población infantil local, es importante señalar que la localidad de Sumapaz históricamente ha presentado la problemática de deficiencia nutricional, principalmente en la relación talla para la edad; comparativamente con otras localidades en el Distrito Capital se ubica en los primeros renglones, situaciones dadas por la afectación en los factores determinantes que condicionan la seguridad alimentaria y nutricional de los individuos y las comunidades y que afecta a la población infantil desde etapas tempranas

de la vida, incluyendo la etapa uterina. Adicionalmente, se mantienen las condiciones de privación nutricional a lo largo de la vida, principalmente de micro nutrientes y proteínas; teniendo en cuenta que los alimentos fuentes de estos nutrientes no hacen parte de los patrones culturales de la comunidad, generan las principales dificultades de acceso, entre otras cosas, por aspectos económicos y geográficos del territorio que condicionan las características propias de la dieta de los habitantes locales.

En lo que respecta a la alimentación de la población infantil, se observa que aunque las madres lactantes no están en contacto con medios de comunicación que desestime la práctica de la lactancia materna y esta existe por condiciones culturales, procesos investigativos adelantados por el Hospital de Nazareth, como la cohorte de lactancia materna, nos permiten observar que se realiza una inadecuada introducción de la alimentación complementaria que suele ser muy pronto para el niño generando deficiencias nutricionales que se ven reflejadas posteriormente en su estado nutricional.

También es importante resaltar que aunque el territorio IV cuenta con dos acueductos comunitarios en las veredas de Taquecitos y animas bajas, además de que no se encuentran en óptimas condiciones para el tratamiento de agua para consumo, culturalmente la población prefiere el consumo de agua de nacedero, situación que predispone principalmente a la población infantil a contraer enfermedades infecciosas de tipo gastrointestinal y parasitarias, que afectan las condiciones nutricionales. Siguiendo la misma línea de revisión del aprovechamiento biológico de los alimentos, Las tradiciones culturales han determinado pautas de crianza y hábitos de comportamiento, relacionados con inadecuados hábitos de higiene, reproducción de prácticas nocivas para la salud, como por ejemplo, no realizar baño diario a los niños y niñas, consumir los alimentos sin previo lavado de manos y no bañarse las manos después de ir al baño, entre otros, lo cual se constituye en condiciones propicias para adquirir infecciones por parásitos o microorganismos que pueden desencadenar en EDA para el caso de los niños y niñas.

En lo que respecta a salud oral, el promedio de placa bacteriana entre los estudiantes del territorio IV durante el primer semestre del 2010 fue del 23%; 7 de los estudiantes presentaron prioridad odontológica alta con actividades pendientes en operatoria, cirugía y promoción y prevención, 27 estudiantes en prioridad odontológica media con actividades por realizar en operatoria a no más de tres dientes y actividades de prevención y promoción y 57 estudiantes en prioridad baja con actividades pendientes de promoción y prevención.

Otro factor ambiental que afecta a la población infantil se encuentra en la presencia de pediculosis y pulicosis, asociadas principalmente a condiciones de higiene de la localidad, así como también a las condiciones de hacinamiento de algunas de las viviendas del territorio. Las escuelas también contribuyen con la proliferación de piojos, y aunque se realizan esporádicamente jornadas contra la pediculosis, éstas no tienen la frecuencia necesaria para eliminar la problemática, acentuada por los malos hábitos higiénicos presentes en la población.

Aunque se cuenta con programas de complementación alimentaria y nutricional como los restaurantes escolares que brindan a la población refrigerio y almuerzo se observa que en muchos casos las porciones no suplen los requerimientos nutricionales aumentados por condiciones de trabajo infantil y las mismas condiciones climáticas de las zonas rurales, con lo que se esperaría que la familia aporte más del 60% de los requerimientos nutricionales de los niños y niñas con la alimentación en la casa, situación que no se cumple en la mayoría de los casos y que facilita las condiciones para que este grupo poblacional no alcance un estado nutricional adecuado. Es importante señalar que en el territorio IV, así como en la localidad, la cobertura de los programas de complementación alimentaria es alta, dado la baja densidad poblacional y que los programas distribuidos en diferentes sectores que hacen presencia en lo local cubren los diferentes grupos

poblacionales con los beneficios, con lo que se cuenta con desayunos para niños no escolarizados con problemas nutricionales del ICFB, que tiene una cobertura de 80 cupos aproximadamente para las familias del territorio IV; se cuenta también con un paquete nutricional que aporta el CDIF Centros de Desarrollo Infantil y Familiar financiados por un convenio SDE- SDIS; como ya se mencionó, los restaurantes escolares son financiados por la SDE y adicionalmente programas como la canasta nutricional complementaria campesina que es un beneficio familiar y que también tiene una importante cobertura.

El trabajo infantil en el territorio IV, así como en general en la localidad, toma dimensiones muy diferentes al sector urbano, ya que la vinculación temprana a actividades de producción son asumidas como un elemento formador, fundamental en la educación y crianza de los niños, niñas y adolescentes promoviendo identidad y sentido de pertenencia, razón por la que el trabajo infantil en Sumapaz se ha definido como la práctica de actividades productivas que afectan la ejecución de roles ocupacionales acordes a la edad de niños, niñas y adolescentes (jugadores-escolares) afectando a la población infantil por el uso indiscriminado de agroquímicos, convirtiéndose en un factor determinante para las condiciones de calidad de vida y salud de niños y niñas, en la medida en que con frecuencia se vinculan a las labores del campo, bien sea como apoyo de su padres, en tareas como transporte de alimentos, extracción de papa o simplemente como acompañantes; generando afectaciones asociadas a susceptibilidad de contaminación química.

Según las base de datos de caracterización de la población infantil trabajadora con que cuenta el hospital Nazareth, en el año 2010 se identificó que en el territorio IV existían 8 casos de niñas y niños trabajadores con edades comprendidas entre los 5 y 9 años, de los cuales 6 pertenecían al sexo masculino y 2 al femenino. La totalidad de estos menores se encuentran estudiando en las diferentes escuelas de las veredas en donde habitan. El 75% presentan régimen de afiliación a salud subsidiado. El 62,5% de estos menores se desempeñan en trabajos relacionados con el cuidado de animales y el 37,5% en actividades de agricultura. Durante el año 2010, en este grupo de niños y niñas, no se presentaron accidentes laborales.

De acuerdo con el registro DANE, la proporción de casos de niños y niñas con discapacidad con respecto al total de la localidad, corresponde al 53% para niños y 47% para niñas; frente a la población total identificada se encuentra que el 14.8% pertenece al territorio, con 8 casos; las alteraciones más representativas se relacionan con el sistema nervioso, que limita su capacidad de aprendizaje; seguidas de las alteraciones que limitan el movimiento, con lo que se identifican barreras de acceso a servicios de rehabilitación funcional para el 100% de los niños y niñas, por dificultad de desplazamiento a II Nivel de atención; existe la necesidad de atención por fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional principalmente, encontrando que no hay apoyo de otros sectores diferentes a educación y salud, a las familias de los niños que presentan condiciones de discapacidad.

Los problemas de salud mental afectan a la totalidad del territorio local, ya que no existe un grupo “inmune” a la problemática, siendo ésta priorizada en varios escenarios y a partir de diferentes metodologías, situación que se presenta en forma común en las personas con dificultades económicas y bajo nivel de escolaridad, siendo éstas, características determinantes en la población habitante de la localidad de Sumapaz. En el territorio, se evidencia de forma importante dificultad para el manejo de pautas de crianza asertiva que armonicen la relación filial y que orienten los procesos formativos en los y las menores, sumado al desarrollo de intervenciones comúnmente orientadas a la afectación resolutoria de la problemática y no a la generación de escenarios para la promoción del buen trato, que se identifica como característica fundamental de las acciones que se desarrollan en el territorio.

En el territorio IV particularmente se presentan los episodios de violencia comúnmente naturalizados, relacionándolos con las actividades que en el proceso de desarrollo de la etapa del

ciclo los y las menores deben adelantar. En el tipo de violencia en donde se observa una diferencia prudente en el porcentaje de casos de niñas respecto al de los niños, es en cuanto al maltrato físico y el abuso sexual.

Para el caso de las niñas esta situación está condicionada por la naturalización de la violencia que genera formas de castigo relacionadas con el incumplimiento de las labores del hogar (cocinar, ordeñar), prevaleciendo estas actividades sobre el cumplimiento de los deberes educativos; es importante aclarar que estos últimos no se descuidan, sin embargo están puestos en un segundo plano.

Frente a la dinámica escolar característica de este grupo poblacional, se observa que en el territorio IV existen 5 instituciones educativas de básica primaria y el Colegio Jaime Garzón con primaria y secundaria, que alberga a la población de las 7 veredas que hacen parte del territorio; solamente la vereda de Cedral no cuenta con escuela propia, pero las familias habitantes asisten a la escuela de Ánimas, Nazareth o el Colegio Jaime Garzón, ubicado en la vereda de Auras que es relativamente cerca de Cedral y donde se ubica también el Centro de Desarrollo Infantil y Familiar CDIF, que funciona bajo la modalidad de jardín escolar en la localidad de Sumapaz y cuya actividad se desarrolla también en el marco de acciones educativas, a partir de visitas domiciliarias a las familias para convocar la asistencia a los jardines de la población menor de 5 años, teniendo en cuenta que la comunidad no estaba acostumbrada a la dinámica propia de los jardines infantiles. Aunque se cuenta con infraestructura y equipamiento, en algunos casos los niños deben realizar largos desplazamientos antes de llegar a la escuela de su vereda.

Frente a los procesos de educación, en la localidad se identifican debilidades que parten desde los procesos de crianza en la mayoría de los casos, restringiendo la adquisición de los procesos básicos de aprendizaje, evidenciado en aspectos como que se ve el juego como una actividad poco o nada productiva, en términos de desarrollo integral. Por esta razón, tan solo se tiene acceso a actividades de tipo lúdico al entrar en contacto con el contexto escolar, aproximadamente entre los 3 a 5 años de edad, generando como consecuencia una marcada presencia de dificultades de aprendizaje asociadas a restricciones en el control motor y a un repertorio insuficiente de habilidades cognitivas básicas para el aprendizaje, las cuales han sido identificadas como producto del trabajo adelantado por los diferentes énfasis en las escuelas, sin que se tengan datos que permitan visibilizar la magnitud de la situación.

Los patrones culturales y de crianza en los cuales han crecido los niños y las niñas del territorio han contribuido al establecimiento de condiciones particulares para la práctica de la actividad física, encontrando que la mayoría de niños y niñas crecen en ambientes privados que condicionan patrones de desarrollo particulares enmarcados en repertorios de habilidades, en los cuales se priorizan las motrices como resultado del requerimiento de desplazamientos prolongados y por terrenos irregulares, producto de la vinculación temprana al rol laboral.

Las situaciones expuestas anteriormente se complejizan aún más por la falta de presencia institucional para dar respuesta a las necesidades de ocio y esparcimiento de la población sumapaceña, en la medida en que dicha respuesta está centralizada en la adecuación de infraestructura para la práctica de deportes, sin que se oferten acciones promocionales que faciliten la interiorización de actividades para el uso del tiempo libre, acordes al contexto rural.

Con relación a los procesos participativos, es importante señalar que a finales del año 2008 se generó el espacio de consejo de consejos en la localidad de Sumapaz, donde se cuenta con la participación de la mesa de niños y niñas, donde los infantes presentan sus opiniones frente a los temas que se tratan a nivel general. Lo anterior permite iniciar un proceso de participación organizada de forma comunitaria para niños y niñas de la localidad al que asisten frecuentemente.

Frente al acceso a los servicios de salud por parte de los niños y niñas del territorio IV, las barreras se presentan por dificultades en el aseguramiento, debido a que los niños y niñas por norma pertenecen al mismo régimen de su núcleo familiar, asociadas a la transición entre regímenes, por condiciones de inestabilidad laboral de padres y madres, relacionadas con la vinculación a trabajos formales de manera temporal, que demandan de la vinculación al régimen contributivo, durante cortos periodos de tiempo. También se observa que asociado a los factores ya mencionados se encuentran patrones culturales que han determinado, falta de interés frente al reconocimiento de los servicios a los que tienen derechos los niños y niñas y baja adherencia a las actividades de promoción y prevención ofertadas por ley para la población infantil.

3.4.2. Juventud

En cuanto a las condiciones de inseguridad alimentaria para los y las jóvenes del territorio, se continúa priorizando el consumo de carbohidratos, desconociendo la importancia de consumir otra variedad de alimentos que favorezcan y preserven la salud en la población adulta y adulta mayor, con lo que se afecta el rol escolar dentro de los procesos de aprendizaje y cognición y en general su desarrollo bio psicosocial; el inicio de un rol laboral definido desde la cultura campesina del Sumapaz, que a su vez, el inicio de una capacidad adquisitiva, no priorizan dentro de sus necesidades vitales la adquisición de alimentos que les beneficien o aporten un adecuado estado nutricional.

La prevalencia de déficit de peso para la talla a nivel distrital, es del 1% (Encuesta de Situación Nutricional – ENSIN 2005 1,1%); la información de la localidad de Sumapaz, en el tamizaje de los escolares realizado durante el 2009 evidencia que el 7,5% de los escolares está en riesgo. Este indicador nos permite evidenciar que el 11,8% de los escolares del colegio Jaime Garzón presentan riesgo a deficiencia de peso con relación a la estatura, por debajo a lo reportado en el Gimnasio Juan de la Cruz Varela que maneja cifras de 2.4%, y comparativamente por encima del promedio local que reporta cifras de 7,5%. Si se comparan estas cifras con el promedio distrital, se encuentra que el colegio Jaime Garzón ubicado en el territorio IV se encuentra aproximadamente 10% por encima de éste en cuanto a deficiencia de peso para la estatura.

El 37% de los escolares menores de 10 años presentan alteraciones en el crecimiento según la ENSIN 2005; comparativamente con la información que reporta la localidad se observa que el 10.8% de la población presenta retraso de crecimiento. El crecimiento de los escolares menores de 10 años valorados en el colegio Jaime Garzón nos muestra que el 7.8% de los menores presentan retraso de crecimiento, mientras que en la sede Juan de la Cruz Varela, el 14.3% de los escolares se encuentran en riesgo, encontrándose por debajo del promedio local que reporta 10.8%. El promedio distrital reporta cifras de 8,3% por encima de lo observado en este colegio de la localidad.

El retardo en ganancia de peso para el Distrito es del 1,8%; la ENSIN del 2005 reporta 5.4%; si se compara esta información con la obtenida en la localidad de Sumapaz, se observa que el 2.2% de la población presenta retardo ponderal, cifra inferior a lo reportado en la ENSIN; sin embargo este dato está por encima del promedio distrital.

Con relación al peso para la edad, en el colegio Jaime Garzón se puede observar que el 3.9% de la población presenta riesgo de bajo peso y solamente el 31.4% de la población se identifica con peso para la edad adecuado; al compararlo con el promedio local que es 2.2% observamos que se encuentra por encima y con relación al promedio distrital que es 1.9% el dato de este colegio está por debajo del éste.

Con relación al estado nutricional de la población joven de la localidad, se evidencia que aunque no es común la presencia de enfermedades alimentarias relacionadas con el consumo de alimentos, se identifica la influencia de la zona urbana en la presencia de algunos casos de anorexia en las jóvenes habitantes locales, presentando características propias de la enfermedad relacionadas con la preocupación extrema por su aspecto físico, por encima del cuidado de la salud.

Es importante resaltar que la presencia del colegio Jaime Garzón en el territorio IV de la localidad permite concluir que hay afluencia constante de los y las jóvenes escolares en este territorio, por cuanto el colegio se constituye como el espacio social, cultural y deportivo para el desarrollo de múltiples actividades, involucrando a los miembros de las familias en general, teniendo en cuenta que el colegio Jaime Garzón es la única institución educativa del corregimiento que concentra todos los grados de escolaridad, acogiendo población de los territorios III y IV de la localidad; en este espacio físico se desarrollan múltiples actividades que convocan inter generacionalmente a los habitantes locales.

Los jóvenes del territorio IV se encuentran inmersos en la dinámica económica informal, la cual se constituye como la única alternativa ocupacional con que cuentan a primera mano; esto, dado a que la vocación productiva de la localidad es agropecuaria y por las características de monocultivo y de producción no existen mecanismos de contratación que promuevan la vinculación formal y aseguramiento al sistema general de riesgos profesionales.

Durante el año 2010 fueron caracterizados por el ámbito laboral 16 jóvenes trabajadores con edades comprendidas entre 10 y 17 años, habitantes de la localidad, de los cuales, 7 son hombres y 9 mujeres; la base de caracterización también arroja información frente a tres casos de estos 16 identificados que no asisten a ninguna institución educativa; la mayoría de estos jóvenes están en los grados de 7° a 10° y se evidencian relaciones armónicas entre los miembros de las familias; se observa también que 7 de estos jóvenes refieren participación en organizaciones deportivas y ninguno de ellos pertenecen a organizaciones artísticas. El 68,7% se encontraban desempeñando labores relacionadas con la agricultura y el 31,3% con el cuidado de animales. En este grupo de edad se presentaron 2 accidentes laborales relacionados con golpes y quemaduras.

También es importante señalar que las y los adolescentes adoptan de una manera prematura el rol de ser padres, a partir de patrones culturales y la ausencia de proyectos de vida que puedan ser desarrollados en la localidad, fortaleciendo la vinculación a labores informales debido al incremento de la necesidad de ingresos económicos, aspecto que influye en la calidad de vida de la población joven que habita el territorio local.

Con relación a los procesos educativos en la localidad de Sumapaz se identifican que reviste gran importancia, por cuanto condiciona las oportunidades laborales; se resalta que aunque se cuenta con infraestructura adecuada para el desarrollo de las actividades pedagógicas y se cuenta con servicio de rutas escolares que facilitan el acceso de todos los estudiantes a la educación primaria y media vocacional, se evidencian algunas dificultades frente a la orientación de los procesos educativos que es muchos casos no están acordes con la características y necesidades propias del territorio rural, lo que hace que la población se cuestione permanentemente frente a la importancia de culminar sus estudios de manera formal; además, posterior a la escuela no se cuenta con oportunidades laborales en el territorio, ni con opciones de educación superior que motiven la formación académica, razón por la cual la comunidad local organizada ha desarrollado ejercicios de ciudadanía activa, con la convocatoria al sector educativo y a la comunidad local e institucional a un Cabildo Abierto el pasado 12 de julio de 2010, para que la Secretaría de Educación Distrital resuelva la problemática más sentida de la población a este respecto.

También se identifica como limitante para el acceso a la educación de la población joven de la localidad, situaciones como el embarazo en adolescentes; se observa, que cuando existen dichos casos, las adolescentes abandonan el colegio motivadas por razones personales en algunos casos y en otros también por la presión de grupo; también se identifica que aunque esta situación no es común en las veredas del territorio IV, en algunos casos las niñas dejan de asistir al colegio para apoyar a las madres en los oficios domésticos y los jóvenes para apoyar las cosechas y los diferentes procesos productivos en lo local.

De acuerdo con el registro DANE la proporción de casos de personas en condición de discapacidad con relación al total de jóvenes de la localidad corresponde al 3,9% para los jóvenes y 4,5% para las jóvenes; con relación al territorio IV de la localidad, se observa que existen 6 jóvenes en condición de discapacidad que son habitantes de las veredas del territorio, en donde predominan las alteraciones del sistema nervioso que afectan el habla y el movimiento; con relación al acceso a servicio de educación, la mitad de la población joven en condición de discapacidad se encuentra desescolarizado a pesar de que en la localidad se cuenta con educación para adultos en ciclos especiales a su etapa de vida, observando que particularmente en el territorio la proporción es menor, por cuanto se ubica físicamente el colegio Jaime Garzón.

La multiplicación de patrones de violencia, mediante la adopción de conductas agresivas aprendidas se manifiesta en esta etapa principalmente en las relaciones sociales que los y las jóvenes inician con el grupo de pares, relaciones enmarcadas en la búsqueda de identidad y reconocimiento del otro como parte de la existencia de las personas. Respecto a la violencia por género, es altamente significativo el hecho de que el porcentaje de mujeres jóvenes en la población abordada es mayor que el porcentaje de hombres, con una relación de 2 a 1; se reportaron al Sivim 13 casos en el territorio IV durante el primer semestre de 2010, que constituyen el 100% de la notificación. Se observa que en conjunto con la etapa adultez para el periodo de tiempo revisado, es donde se concentra el mayor número de casos de violencia, principalmente violencia física y emocional, contrario a la situación observada el año anterior, en la cual se identificaba el territorio III con el mayor número de casos que afectaba principalmente a la población joven.

Culturalmente se sostienen imaginarios sociales frente al desarrollo de la personalidad de los y las jóvenes. La agudización de la adolescencia, y las dificultades para manifestar expresiones de afecto hacia los y las otros/as que contengan la necesidad de generar contacto físico son características propias de los y las habitantes del territorio y actúan como determinantes en el establecimiento de relaciones con los otros y las otras, generando relaciones frías e impersonales que afectan significativamente la formación integral de los y las jóvenes.

En términos generales los y las jóvenes se comunican e interactúan entre ellos, teniendo en cuenta los aspectos geográficos y de comunicación del territorio; no es factible la interacción con los y las jóvenes de Bogotá Urbana. Sin embargo en aspectos como la música y el vestuario entre otros, se tiene influencia de los y las jóvenes de Bogotá Urbana.

Frente a las actividades de esparcimiento y uso del tiempo libre se evidencia una subvaloración del uso apropiado de éste como herramienta que potencializa el desarrollo integral de los y las jóvenes de la localidad, que parte del no reconocimiento del derecho al ocio y al esparcimiento que tienen los y las jóvenes, a través de su vinculación en actividades deportivas, recreativas y culturales, entre otras de su interés; cabe mencionar que es evidente que en los ejercicios de planeación se desconocen las necesidades sentidas y expectativas de los y las jóvenes frente a sus intereses de ocio y esparcimiento para la generación de espacios físicos y la promoción de actividades que permitan el desarrollo integral del ser humano.

Los y las jóvenes del territorio IV tan solo cuentan con los escenarios deportivos generados en el Colegio Jaime Garzón y en las sedes educativas de las diferentes veredas que hacen parte del contexto escolar, como principales espacios para la práctica de los deportes; en el territorio se observa la conformación de escuelas deportivas de diferentes disciplinas como por ejemplo ciclismo, fútbol y baloncesto principalmente; sin embargo no se cuenta con suficientes espacios para el desarrollo de las actividades deportivas, razón por la cual, los jóvenes encuentran en el consumo de alcohol como actividades de esparcimiento.

Se observa una baja adherencia al programa de salud oral que obedece a los siguientes factores: falta de cooperación de algunos jóvenes, largas distancias de algunas casas, procesos de comunicación poco efectivos con los jóvenes, dificultad en la generación de prácticas protectoras como técnicas adecuadas de higiene oral, aspecto cultural de la población, desinterés de los jóvenes en el cuidado de su salud y en especial en la salud oral y la situación de orden público. Los índices de morbilidad en esta etapa del ciclo se manifiestan con enfermedad periodontal (50%) caries dental (25%).

No existen acciones dirigidas a la interacción con los jóvenes frente al tema de sexualidad; además existen barreras geográficas que afectan el acceso a servicios jurídicos y penales relacionados con este tema en especial frente a la necesidad de interdicciones. Aunque en el territorio IV existen espacios físicos como la sede local de la Comisaría de Familia y Centro de Servicios, no se adelantan acciones de continuidad frente a la educación frente al tema de la sexualidad con la población joven de la localidad. Lo anterior acentúa conductas como que en el contexto rural la sexualidad es reducida a la reproducción, situación que a la vez define las proyecciones de los y las jóvenes frente a su futuro. Limitar la sexualidad a la reproducción trae consigo la ausencia del reconocimiento del cuerpo como sujeto de placer, sumado a la subvaloración existente de los y las jóvenes del cuerpo, subvaloración impresa desde los esquemas culturales predominantes. La conformación de núcleos familiares a temprana edad, es una constante en el territorio local en general, observando que el promedio a partir del cual las mujeres y hombres inician este proceso está entre los 15 y 17 años.

El esquema cultural que se presenta orienta a la prolongación de concepciones culturales en las cuales las mujeres deben conformar su núcleo familiar a temprana edad, sumado a las limitadas oportunidades materiales y culturales para desarrollar proyectos de vida diversos; las mujeres jóvenes han recibido información de la cultura en la que se idealiza la maternidad y la ubican como el paso hacia un estatus de adultez, proyección que no podría presentarse fácilmente en su proyecto vital a partir de otras prácticas como estudiar o trabajar. Con relación a la oferta de servicios, se observa que es mínima y reducida a la planificación, en términos de regulación de la fecundidad, la cual se desarrolla en el marco de las consultas de promoción y prevención que desarrolla el hospital de forma individual en el CAMI Nazareth o en las jornadas de salud programadas en las veredas del territorio en forma bimensual, con las dificultades frente a la privacidad del joven para el uso de estos servicios, lo que puede estar condicionando el uso de los mismos. Con relación a las actividades promocionales colectivas, se presenta una oferta insuficiente frente a las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva identificadas en los y las jóvenes, sumado a la falta de formación específica de los/as profesionales para abordar la población en esta materia.

Durante el año 2009 se presentaron 12 gestantes, de las cuales 8 (66.6%) pertenecían a esta etapa de ciclo vital en el territorio IV. Dos presentaban edades entre 16 y 18 años y seis gestantes pertenecían al grupo de edad entre 19 y 26 años de edad; el mayor porcentaje de gestantes estaban aseguradas a Humana Vivir seguido de Solsalud. A diferencia de los otros territorios, el territorio IV presentó una mayor incidencia en gestantes primerizas (33.3%) indicando que en este territorio la gran mayoría de mujeres van a iniciar su vida de familia y madres⁸. Entre la problemáticas presentadas en las gestantes jóvenes se evidencia:

- Conflictos familiares a raíz de la gestación: son gestaciones no planeadas y esto no permite el adecuado desenvolvimiento de la materna en su medio.
- Débiles redes de apoyo familiar: en su gran mayoría las redes de apoyo son débiles debido a las lejanas distancias que se evidencian en la localidad; en el interior del hogar en ocasiones la dinámica es tenue y poco el dialogo, lo que no facilita el fortalecimiento de los vínculos.

- Falta de sensibilización frente el estado de gestación: algunas mujeres en estado de gestación son poco sensibles a su actualidad, hasta el momento en que presenta un signo de alarma que se convierte en urgencia, dejando atrás la prevención ya aconsejada.
- Embarazos no planeados: en la gran mayoría de los casos los embarazos son goles de la vida por falta de la planificación y cuidado a la hora de tener relaciones sexuales.
- Bajo ingreso económico: la actividad económica de la mayoría de gestantes es el ordeño y elaboración de quesos, además de la ayuda que se brinda en las actividades agrícolas propias del campo, sumándole la elaboración de comida para la familia y obreros.
- Importancia de hablar claro en el momento de la consulta; las mujeres sumapaceñas se caracterizan por ser poco habladoras, a lo cual en el momento de la consulta dificulta el conocimiento total del caso.

En los últimos años los y las jóvenes del territorio han evidenciado un interés particular por vincularse en escenarios de participación en los que tengan incidencia para la toma de decisiones. En la dinámica particular del territorio IV, con relación a los procesos participativos, se evidencia que los jóvenes se motivan a participar en las diferentes actividades existentes en lo local promovidas principalmente por la presencia del colegio Jaime Garzón en las veredas del territorio, identificando que la población participa en otros comités y redes sociales de origen temático que se desarrollan en lo local, como los diferentes consejos existentes, pero también se organizan en torno a la generación de proyectos productivos para la preservación ambiental del páramo como reserva natural de la humanidad, así como también de iniciativas de tipo turístico que fortalezca el reconocimiento e identidad frente a la localidad; sin embargo aun existen patrones culturales que subvaloran los roles de liderazgo asumidos por los y las jóvenes, restringiendo su autonomía a las decisiones concertadas por la población adulta.

Existen patrones culturales que ratifican la cultura asistencialista y poco preventiva de generación en generación, restringiendo aún más el uso de los servicios de salud por parte de los y las jóvenes de la localidad, quienes no consideran relevante hacer uso de los mismos, sin que exista una alteración significativa en su situación de salud, que comprometa su bienestar.

Como consecuencia, se cuenta con una oferta de servicios, establecida desde parámetros normativos, que no dan respuesta en su totalidad a las necesidades y características de los y las jóvenes que habitan el contexto rural de Sumapaz, priorizando la oferta de servicios orientados hacia acciones resolutivas; esto a su vez ha restringido la adherencia a las actividades de promoción y prevención y ha incrementado la fragilidad de las condiciones de calidad de vida y salud de los y las jóvenes; sin embargo con la implementación de estrategias como “servicios amigables” en el Distrito Capital se pretende mejorar las condiciones para la prestación de los servicios de salud de la comunidad rural respondiendo a las características y particularidades locales.

Aún cuando la ruta de la salud inter-veredal es una herramienta que responde a las necesidades de acceso de la población, pensada para facilitar la utilización de los servicios de salud en el territorio local del Sumapaz, para los y las jóvenes su uso se ve restringido porque en los horarios establecidos para la ruta de la salud, los jóvenes asisten a sus jornadas escolares cotidianas.

Las características de aseguramiento de los y las jóvenes fluctúan, constituyéndose en una barrera de acceso a los servicios de salud, en consideración a que constantemente se presentan transiciones entre regímenes por condiciones laborales temporales de los padres o madres.

3.4.3. Adultez

Los factores determinantes de la seguridad alimentaria y nutricional se enmarcan en la disponibilidad, acceso, consumo y aprovechamiento, que para el caso de la etapa de adultez, son los mayores incidentes en cada uno de estos determinantes.

Para poder definir las condiciones de inseguridad alimentaria en esta etapa, es necesario abordar problemáticas que aunque no nombran la alimentación en sus primeras líneas, se observa cómo se relacionan directamente y son causales de ésta. De esta manera, en esta etapa se encuentra que el mayor rol es el productivo/laboral, siendo la agricultura y la pecuaria las actividades productivas y ocupacionales que predominan en la localidad, teniendo en cuenta que Sumapaz es una localidad netamente rural y campesina y que el cultivo de papa se centra en la mayor actividad socioeconómica para los habitantes de la localidad; esto a su vez genera el uso indiscriminado de agroquímicos con el fin de aumentar la producción y esto ocasiona daños y riesgos de enfermedad no solo a las personas que los manipulan si no también a sus familias y al producto (la papa, la arveja, entre otros) que son consumidos posteriormente por sus propios habitantes; es decir, la calidad de los alimentos se ve afectada por el uso de los agroquímicos; además, posterior a la recolecta del producto se generan daños en el suelo y agotamiento en el recurso natural.

Respecto a la oportunidad de acceso a la alimentación en la etapa de adultez, Sumapaz evidencia una mayor problemática respecto otras localidades debido a sus condiciones socio-geográficas, que se convierten en una limitante potencial para acceder a la diversidad y variedad de alimentos. Particularmente para la población adulta que habita las veredas en cuestión, la disponibilidad de alimentos está menos limitada que para otros sectores de la localidad, puesto que en este territorio están las carreteras principales, situación que favorece que el vehículo de transporte de alimentos distribuya primero en esta zona y con más variedad y cantidad principalmente para las familias que habitan cerca de las carreteras; sin embargo, existen muchas situaciones que limitan la capacidad adquisitiva, teniendo en cuenta que los vehículos de expendio de alimentos, los comercializan con altos costos, teniendo en cuenta las grandes distancias que recorren para distribuir los alimentos. Dentro del territorio se identifica que las familias que habitan algunas veredas que no están ubicadas sobre la vía principal como las veredas de Sopas y Ánimas Bajas, presentan dificultades para acceder a los alimentos que distribuye el vehículo.

En el territorio IV se cuenta con dos expendios minoristas, seis restaurantes escolares, dos restaurantes particulares, una panadería, un expendio de carne, una cooperativa de fabricación de derivados lácteos y cuatro expendios de licor y abarrotes; comparativamente con el territorio III que hace parte del mismo corregimiento, este territorio está ubicado sobre la vía de acceso principal y por ello se cuenta con un número importante de expendios. Los restaurantes particulares identificados, son administrados por amas de casa, que preparan desayunos, almuerzos y comidas caseras por encargo, con las consecuencias para la salud derivadas de las prácticas de manipulación en algunos casos inadecuadas; el 100% de los expendios presentan concepto sanitario pendiente.

Frente a la alimentación, los patrones culturales continúan siendo un determinante marcado y predominante para la seguridad alimentaria y nutricional en la etapa de adultez, puesto que la actividad laboral de las familias del territorio se concentra en las labores del campo principalmente. Se prioriza el consumo de carbohidratos, no se consume frecuentemente alimentos como frutas y verduras y esta situación está relacionada con la alta predisposición para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad y la hipertensión. Estas enfermedades se observan principalmente en los adultos mayores, aunque cuentan con una alta cobertura de programas de complementación alimentaria orientadas a la familia, como el programa desarrollado por la Secretaría de Integración Social “Canasta Nutricional Complementaria Campesina”, que presenta una cobertura de 75 familias de las 144 pertenecientes a las veredas de este territorio.

Con respecto a la disponibilidad de alimentos, se evidencia que la mayor proporción de frutas cosechadas con mayor proporción son mora, papayuela, curuba y uchuva. Estas plantas se adaptan muy bien a alturas superiores a los 2.800 msnm.

Respecto al uso de los alimentos que se producen en la huerta, se observa que el 16% venden los alimentos que cosechan, el 4% utiliza los alimentos como trueque a cambio de otros alimentos o productos. Con un porcentaje menor, las familias utilizan los alimentos cosechados para regalarlos o donarlos a otras familias o vecinos. Ninguna de las familias utiliza los alimentos para el consumo animal.

Los alimentos de la huerta casera más utilizados por la población para la alimentación de todo el núcleo familiar son principalmente la papa, la cebolla, la arveja, las plantas aromáticas, la lechuga y las habas. Se debe recordar que la papa es un alimento que pertenece al primer vagón del tren de los alimentos (cereales, tubérculos, raíces y plátanos); como tal este vagón es la base de la alimentación promedio de la población colombiana, puesto que aporta una gran cantidad de energía. (Línea base proyecto de seguridad alimentaria y nutricional, 2009). El 60% de las familias utilizan el dinero generado de la venta de los productos de la huerta casera para poder comprar o adquirir otros alimentos necesarios para el hogar. (Línea base proyecto de seguridad alimentaria y nutricional, 2009)

El alimento que más compra la familia con el dinero generado en la huerta casera es de origen proteico; la carne ocupa el primer puesto en prioridad de la familia cuando se obtiene algún medio económico extra. Un cereal comparte un segundo lugar en importancia para la población en la compra de alimentos; el arroz constituye una fuente de energía bastante importante, además hace parte de la base de la alimentación promedio colombiana. Para representar el vagón dos y tres del tren de los alimentos se encuentran las verduras y frutas con un 11% de prioridad para las familias; se debe recordar la importancia de estos dos vagones en el aporte de vitaminas, minerales y fibra para la regulación de procesos metabólicos del organismo. (Línea base proyecto de seguridad alimentaria y nutricional, 2009)

El 58% de la población encuestada almacena sus alimentos producidos en la huerta casera en canastas o canastillas; el 24% tiene nevera y los almacena en este lugar, el 14% utiliza otros medios, por último el 4% utiliza la técnica al vacío para la conservación de los alimentos producidos. (Línea base proyecto de seguridad alimentaria y nutricional, 2009).

Por otro lado, se indagó la ayuda percibida por la comunidad respecto a los programas nutriciones que existen en la localidad; el 49% de la población manifiesta que el apoyo que ofrecen estos programas, sirve como ayuda para la alimentación familiar, el 35% sirve de ayuda a la economía familiar, el 9% ayuda a comprar otras necesidades del hogar y un 7% sirve para el consumo de frutas y verduras ya que en la localidad el acceso a estos alimentos es poco. (Línea base proyecto de seguridad alimentaria y nutricional, 2009).

El 63% de las familias de invierten mensualmente entre \$100.001 y \$ 200.000 pesos, el cual es el mismo valor que generan las familias mensualmente para todas sus necesidades. Con esto se puede indagar que lo que ganan en dinero las familias al mes, es lo que invierten en alimentación y muy poco en otras necesidades del hogar. El 35% (n=15) de las familias invierten menos de \$100.000 pesos al mes para la alimentación lo cual es un valor demasiado bajo si se tiene en cuenta que el promedio de integrantes de las familias del Proyecto de Seguridad Alimentaria y Nutricional es de cuatro personas. (Línea base proyecto de seguridad alimentaria y nutricional, 2009).

Respecto a la frecuencia de consumo, se observa que el 79% de las familias consumen los alimentos del primer vagón con una frecuencia diaria, mientras que el 19% lo hace de dos a tres veces por semana. El 2% consume el grupo uno de los alimentos una vez por semana. (Línea base proyecto de seguridad alimentaria y nutricional, 2009)

El 49% de las familias consumen verduras y hortalizas de dos a tres veces por semana; es importante resaltar que el consumo diario mínimo de verduras es de una a dos veces por día. El 28% consumen los alimentos del grupo dos diariamente. El 9% lo consumen ocasionalmente y el 7% una vez por semana. (Línea base proyecto de seguridad alimentaria y Nutricional, 2009). El 26% de las familias consumen frutas con una frecuencia de dos a tres veces por semana. Con un porcentaje del 16% se encuentra que las familias consumen las frutas una vez por semana y otro 16% en forma ocasional. Algunas de estas familias reciben frutas en la canasta por lo se les hace necesario el consumo regular (2 a 3 veces por semana) y no el consumo diario donde según las recomendaciones de las guías alimentarias para la población colombiana, el consumo de frutas debe de ser como mínimo de tres porciones por día. (Línea base proyecto de seguridad alimentaria y nutricional, 2009). El 37% de las familias consumen el grupo cuatro de los alimentos con una frecuencia de una vez al mes. El 16% lo consumen con una frecuencia ocasional. La frecuencia diaria y dos a tres veces por semana no se contempla en forma significativa de consumo dentro de la comunidad en estudio, puesto que los porcentajes son menores, lo cual significa que el consumo de carnes, huevos, leguminosas secas y mezclas vegetales no son consumidos a diario lo que lleva a pensar en una sub adecuación de proteínas de origen animal. (Línea base proyecto de seguridad alimentaria y nutricional, 2009). El 40% familias consumen lácteos y sus derivados diariamente. El 30% consumen los lácteos de dos a tres veces por semana. Cabe resaltar la importancia que tienen los lácteos en el crecimiento y desarrollo de los huesos de los niños y la prevención de la osteoporosis en los adultos, entre otros procesos metabólicos importantes que se llevan a cabo en el organismo. (Línea base proyecto de seguridad alimentaria y Nutricional, 2009).

El 91% de las familias consumen las grasas y aceites con una frecuencia diaria. Es claro que el consumo de este grupo de alimento se realiza cuando las familias utilizan los aceites en la preparación de los mismos diariamente. Sólo el 9% consumen el grupo 6 entre dos a tres veces por semana posiblemente dado por los recursos económicos o acceso al mismo. (Línea base proyecto de seguridad alimentaria y nutricional, 2009).

Respecto al aprovechamiento biológico e inocuidad, las preguntas realizadas se basaron principalmente sobre la presencia de animales dentro del lugar de los alimentos, el uso de filtros de agua, la higiene de los miembros de la familia, higiene de utensilios, superficies y estado general del lugar donde se preparan los alimentos, la limpieza general de la vivienda, de cómo obtienen el agua, si hierven el agua, el almacenamiento del agua, si tienen baño y lavamanos, cuantas personas usan el baño y la descripción de la recolección de basuras. (Línea base proyecto de seguridad alimentaria y nutricional, 2009).

La existencia de animales dentro del lugar de preparación de los alimentos arroja que el 95% de las familias tienen la presencia de algún animal en el lugar de preparación de los alimentos. (Línea base proyecto de seguridad alimentaria y nutricional, 2009). El 67% de las familias tienen la presencia de perros y el 33% de gatos. (Línea base proyecto de seguridad alimentaria y nutricional, 2009).

En cuanto a la higiene de los miembros de la familia se evaluó las condiciones de limpieza de la ropa, las manos, la cara, zapatos y otros aspectos a considerar que permitieran determinar si las personas llevaban prendas idóneas para la preparación de los alimentos. (Línea base proyecto de seguridad alimentaria y nutricional, 2009). El 95% de las familias tienen una adecuada limpieza en cuanto a los utensilios, superficies, estado general del lugar de preparación de los alimentos y limpieza general de la vivienda. Este criterio fue observado por los profesionales que realizaron la encuesta en la visita al hogar-(Línea base proyecto de seguridad alimentaria y nutricional, 2009).

El 56% de las familias no tiene lavamanos, el 44% si lo tiene. Este punto es de vital importancia ya que las personas que tienen lavamanos tienen un espacio para el lavado higiénico de las manos antes y después de realizar una actividad cuando se realiza el consumo de los alimentos. (Línea base proyecto de seguridad alimentaria y nutricional, 2009).

En cuanto al tema de Buenas Prácticas de Manipulación de Alimentos (BPM), las respuestas fueron las siguientes; en lo relacionado con la pregunta de si ¿La familia tiene conocimientos adecuados sobre el tema? El 100% de las familias tienen conocimientos adecuados sobre el tema ya que le ven su importancia al momento de preparar los alimentos.

En el territorio IV se observan 22 unidades de trabajo informal, las cuales están distribuidas proporcionalmente en las diferentes veredas que componen el territorio; de acuerdo con las familias que habitan las veredas, es importante señalar que en este territorio se ubica “Procamsu” que se define como una organización comunitaria en la que trabajan varias familias de la zona, con antecedentes importantes en el territorio frente a la generación de asociaciones para la producción de lácteos como Kumis y Yogurt, elaborados con insumos propios de la región a partir de frutos silvestres como el mortiño, la mora de monte y el agraz, participando con sus productos en representación de la localidad en diferentes ferias gastronómicas de tipo regional, distrital, nacional e internacional que ha generado reconocimiento en la población local. Según los datos de caracterización de las UTI (Unidades de trabajo informal) del territorio, caracterizadas durante el año 2009, los principales riesgos de las unidades son de tipo biológico y químico en 21 de las 22 unidades caracterizadas y solamente una unidad presenta riesgo por carga física y riesgo locativo. Las principales actividades económicas que desarrollan son, en su orden producción agrícola desarrollando actividades de agricultura y ganadería en 11 unidades; elaboración de productos alimenticios en 10 unidades; fabricación de productos textiles en 2 unidades y comercio de productos alimenticios en 1 unidad.

El promedio de antigüedad de las unidades corresponde a 9 años; sin embargo se observan valores extremos de entre 1 año y 30 años. Con relación al aseguramiento en salud solamente una unidad registra afiliación para sus empleados y solamente una unidad reporta hacer mantenimiento preventivo de los equipos que se utiliza.

El 100% de los agricultores están expuestos a agroquímicos durante su jornada laboral, esto se debe a que la utilización de estos aumenta la producción en el cultivo y disminuye el tiempo de cosecha lo cual favorece al agricultor en la oferta de su producto. Se ha establecido que sólo un 0.1 por ciento de la cantidad de plaguicidas aplicado llega a la plaga, mientras que el restante circula por el medio ambiente, contaminando posiblemente el suelo, agua y la biota. Quienes se encuentran expuestos a los efectos perjudiciales en salud son principalmente los ciclos adultos y persona mayor, ya que son ellos quienes realizan las actividades agrícolas en su mayoría. Si bien se han reportado casos de intoxicaciones agudas (mareo, visión borrosa, migraña, vómito, diarrea) luego de manipular estas sustancias, mediante encuestas domiciliarias, existe un sub registro de estas, debido a que las personas afectadas prefieren manejar el cuadro en sus hogares y no acudir al centro de salud.

Con relación a las enfermedades asociadas con las actividades económicas de las mujeres en la localidad y según el análisis comparativo del perfil epidemiológicos de la localidad, en los últimos 10 años, así como la revisión de las bases de producción del motivo de consulta más frecuente, indican una alta incidencia de enfermedades osteo musculares ocasionadas probablemente por los cambios bruscos de temperatura a que se someten principalmente las mujeres en oficios como la del ordeño manual de vacas de leche, así como la elaboración artesanal de queso y el manejo de cargas inadecuadas actividades que desarrolla el 85% de las familias que hacen parte del territorio local, según encuestas de caracterización que ha adelantado el hospital Nazareth en diferentes momentos.

Con relación a la oferta laboral en otras actividades diferentes a las agropecuarias es importante señalar que en este territorio y partiendo de la limitada oferta laboral local se observa que la población cuenta con “mayores” oportunidades laborales comparativamente con los otros territorios, por

cuanto en las 6 escuelas locales se cuenta con vigilancia y con la ecónoma de la cocinas y en el colegio Jaime Garzón se cuenta con dos turnos de vigilancia y con varias personas encargadas del restaurante escolar, dado el volumen de estudiantes que atiende, así como también monitores y conductores de las rutas de transporte del colegio y en general secretarías y auxiliares, lo que incrementa levemente la oferta de empleo; además, en épocas de obra de la malla vial de la carretera principal se vinculan como ayudantes de obra a los habitantes de esta área de la localidad.

A partir de lo anterior y la revisión específica del tema en diferentes procesos de caracterización adelantados con las familias locales, tanto por el hospital como por otras instituciones, se puede concluir que la contratación formal no es una opción laboral que proporcione estabilidad económica a las familias locales; las personas que se vinculan laboralmente presentan otras dificultades para el acceso a los servicios particularmente a los servicios de salud, al cambiar su afiliación al SGSSS.

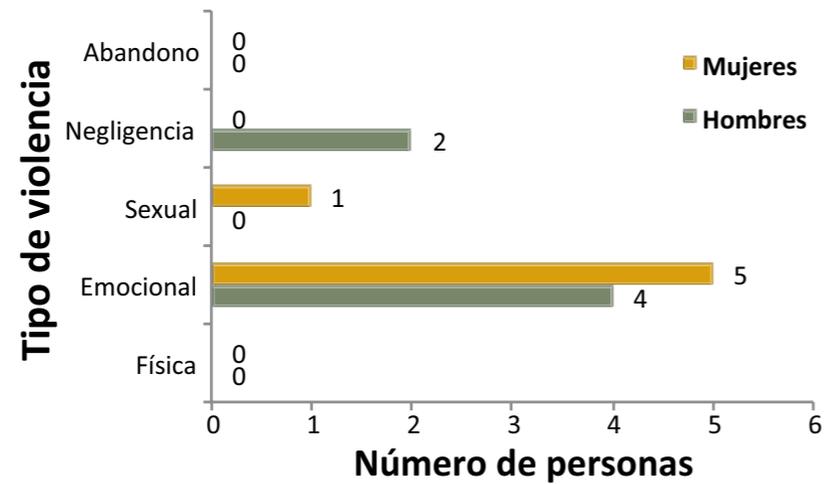
De acuerdo con el registro DANE, la proporción de casos de discapacidad que habitan las veredas que hacen parte del territorio IV con relación al total de adultos con discapacidad de la localidad, corresponde al 16,8%, que se distribuye el 50 % en mujeres y el 50% en hombres; comparativamente con los otros territorios de la localidad, es donde se ubica la menor proporción de casos de personas en condición de discapacidad.

Con relación a la población en situación de discapacidad se observa que el 100% de los casos identificados en el territorio IV presentan una afectación marcada sobre su capacidad laboral dado que la vinculación en las actividades económicas locales no es posible, teniendo en cuenta que la principal actividad económica de las familias es la agricultura.

Una de las problemáticas priorizadas que afectan en mayor medida el bienestar y salud de la población adulta principalmente de las mujeres de la localidad en general, es la violencia dada desde el contexto familiar y social. Lo anterior está definido en buena parte por las características culturales de la localidad, en donde prima el machismo del campesinado y la naturalización de las violencias como parte de la dinámica familiar; además genera condiciones de violencia social ya que las mujeres no se hacen visibles en espacios de participación, aunque son las mujeres quienes históricamente en la localidad le han dado vida a varias organizaciones.

De acuerdo con los datos suministrados por Sivim, el 92% de casos de violencia reportados están relacionados con agresión física, emocional, sexual y por descuido o abandono, lo cual se concluye porque durante el primer semestre de 2010 se notificaron en total en la localidad 13 casos, de los cuales 9 corresponden a los corregimientos Nazareth y Betania que son recogidos en los territorios III y IV, en los que predominan los casos de violencia emocional en el género femenino y en el grupo de edad de los adultos, en donde se concentra para este periodo la notificación de los eventos de violencia intrafamiliar. Durante el año 2009 fueron reportados por Sivim 12 casos de violencia, siendo el más prevalente la violencia de tipo emocional (75%) afectando principalmente al sexo femenino. No fueron reportados casos de violencia física en este territorio y fue el territorio IV el que presentó menos casos de violencia en la localidad de Sumapaz. (Gráfica 52).

Gráfica 52. Prevalencia de Violencias, territorio IV, Localidad 20 Sumapaz, 2009



Fuente: Base de datos Equipo Énfasis Salud Mental. Hospital Nazareth. 2009

En la localidad estos fenómenos de violencia suelen silenciarse pese a las acciones que las instituciones e incluso las mismas organizaciones sociales han adelantado para aumentar la denuncia; las presiones sociales logran mayor relevancia en la comunidad y en las mujeres quienes prefieren pasar por alto los episodios de violencia para evitar la ruptura de las relaciones con familiares y vecinos.

Es importante señalar que aunque en las veredas que conforman el territorio se desarrollan diferentes eventos “sociales” en los que participa la familia, los cuales usualmente se desarrollan en el centro de servicios de la Comisaría de Familia que funciona en la vereda de Santa Rosa o en el Colegio Jaime Garzón; las actividades de esparcimiento en beneficio de la salud mental de los habitantes limitan la participación de la mujer, por cuanto no se visibilizan sus necesidades en cuanto a actividades de esparcimiento; cotidianamente los hombres se concentran en el tabaco y el alcohol; los jóvenes y niños en los juegos y no se tienen en cuenta las necesidades de recreación de las mujeres que hacen parte de la comunidad. Aunque en el territorio hay una iniciativa organizativa relacionada con un grupo de teatro, no hay organizaciones culturales permanentes y aunque el territorio cuenta con más espacios deportivos y sociales comparativamente con otros territorios, estos no son suficientes para lograr el esparcimiento y condiciones adecuadas para la salud mental de la población.

En el territorio de Sumapaz, la conformación de núcleos familiares a temprana edad hace parte de las características demográficas de las mujeres jóvenes, es por ello que cuando llegan a la etapa adulta ya cuentan en la mayoría de los casos con 2, 3 y hasta más hijos, evidenciando por ellas mismas la necesidad de un método de anti concepción definitivo; sin embargo el acceso a este método se ve dificultado por las distancias frente al centro hospitalario que presta el servicio, que para Sumapaz es el hospital de Meissen, identificando barreras de acceso al servicio como las consultas por medicina especializada, se presenta como barrera de acceso para los métodos definitivos de planificación.

Otro determinante relevante en esta problemática que ha sido identificado a partir del desarrollo de las consultas de planificación familiar que se ofrecen en los centros de atención CAMI Nazareth y UPA San Juan, están relacionados con la presión que ejerce el compañero sentimental frente a la posibilidad de acceder a estos métodos. Algunos hombres e incluso mujeres determinadas/os por esquemas culturales, manifiestan no ver como opción la planificación dado que se desconfía de la integridad de las mujeres y las mujeres dan prioridad a la opinión del hombre sobre sus necesidades

como mujer y persona. Razón por la cual las familias promedio del territorio son numerosas en integrantes, presentándose casos de familias con hasta 12 hijos, con un promedio de cinco hijos como la mediana de número de integrantes de las familias de la localidad. Frente al tema de regulación de la fecundidad se observa que durante el año 2009, de 117 consultas de planificación atendidas, aproximadamente el 20% corresponden a familias ubicadas en las veredas del territorio IV, de las cuales la mayoría son consultas de primera vez, que fueron realizadas a mujeres y en donde se identifica que el método de planificación familiar que más se utiliza son los inyectables orales.

Aunque las condiciones geográficas frente a las distancias de las familias que componen este territorio en la mayoría de los casos no se constituyen como una limitante tan fuerte para el acceso a los servicios de salud, si lo son condiciones culturales comunes en casi toda la población habitante del territorio, limitando el uso continuo de los métodos de planificación familiar, sumado a factores como el plan de vida y las oportunidades laborales que se ofrecen, en las que la mujer tiene que conformar su hogar en edades tempranas de la vida y es una situación común y socialmente aceptada, por lo cual los embarazos a temprana edad no siempre se constituyen como un problema, como si lo es asumido por otras sociedades.

Durante el año 2009 se presentaron cuatro gestantes pertenecientes a esta etapa de ciclo de vida, con edades comprendidas entre los 19 y 26 años de edad y solamente una gestante presentaba edad superior a los 35 años, con tipo de aseguramiento subsidiado, afiliadas a Humana Vivir; la mayoría de estas gestantes presentaban más de dos embarazos anteriores.

Frente a las condiciones de acceso a los servicios de salud de la población local es importante señalar que en Sumapaz existen patrones culturales que condicionan el uso de los servicios de salud a la presencia de situaciones de enfermedad, quienes en ocasiones prefieren hacer uso de métodos alternativos de medicina, aún cuando impliquen un alto costo; esto sucede probablemente por creencias ancestrales que le dan mayor valor a la medicina no tradicional, así como a la estructuración de hábitos y rutinas poco saludables, en las cuales el auto-cuidado no tiene un lugar relevante para los adultos y adultas, quienes constantemente se ocupan del cuidado a otros u otras. Otra situación que se evidencia como un problema es la clasificación socioeconómica del SISBEN, que en la mayoría de los casos de las familias que habitan el territorio IV, no fue realizada a partir de la visita domiciliaria, con las consecuencias que se pueden inferir de la generación de información que no corresponde con la realidad del territorio local; también existe la dificultad de la afiliación al régimen contributivo de las personas que consiguen empleos temporales, generando barreras para la atención de la IPS locales y el Hospital Nazareth, por cuanto se afilian a EPS que no tienen convenio con el Hospital.

La participación de los y las adultas se encuentra condicionada por el factor tiempo, debido a que se priorizan las actividades propias del rol laboral como es la característica general de este ciclo vital; como consecuencia, en los escenarios de participación convocados y concertados intersectorialmente con la comunidad, se evidencia escasa representatividad de los adultos y adultas, con relación al posicionamiento de las necesidades propias de esta etapa de la vida.

En los últimos años y aproximadamente desde el año 2002, con la conformación autónoma del comité de mujeres, se ha evidenciado la participación organizada y activa de las mujeres adultas, logrando su presencia en múltiples espacios, donde la voz de la mujer adulta está siendo reconocida para la toma de decisiones como lo manifestó una integrante. “Nos hemos venido reconociendo como mujeres de Sumapaz, construyendo una identidad, una organización, una tradición, y supimos entonces que era tiempo de que nos uniéramos y empezáramos a vivir más cotidianamente nuestra experiencia organizativa, que habláramos de nuestras necesidades y reivindicaciones específicas. De nosotras, de nuestras historias de vida, de nuestros sueños, de nuestras experiencias, soledades, tristezas y alegrías, fortaleciendo cada vez más las formas organizativas de las mujeres”

A la fecha se tienen constituidos 19 comités veredales de mujeres funcionando normalmente en el territorio local; en el territorio IV se identifica la conformación y participación en los comités de las veredas de Santa Rosa y Taquecitos a 12 mujeres, Ánimas y Sopas a 14 mujeres y Auras a 12 mujeres; actualmente las mujeres de los distintos comités veredales, participan y deciden sobre los diferentes asuntos de interés que involucran a la comunidad en los diferentes espacios como Asojuntas, consejo local de cultura, COPACO entre otros espacios de participación y decisión.

Otro espacio de participación importante de mencionar es Asojuntas, que se reúne un domingo al mes en las diferentes veredas de la localidad y junto con el Sindicato Agrario de Sumapaz se constituyen como las organizaciones de carácter natural más fuertes y representativas de la dinámica de participativa de la localidad; dentro del territorio IV se identifican las juntas de acción comunal de las veredas de Santa Rosa y Taquecitos, Ánimas y Sopas y de la Vereda de Auras. El Sindicato Agrario por su parte, presenta más participación y representatividad de los habitantes de la localidad en los territorios I y II del corregimiento de San Juan.

Relacionado con los espacios de participación promovidos por la presencia institucional, como por ejemplo el consejo de discapacidad y el comité local de seguridad alimentaria y nutricional que se reúne mensualmente, se identifica la participación de aproximadamente cuatro personas en cada uno de los espacios, que representan las veredas de su territorio, identificando también que temas como el ambiental, la mesa de productividad y los asuntos relacionados con la salud mental de la población adulta no cuentan con representantes de la comunidad en los espacios de interlocución con las instituciones que trabajan frente al tema.

Se identifica también que aunque la localidad de Sumapaz ha sido caracterizada históricamente por la organización comunitaria, las veredas que hacen parte del territorio no siempre presentan iniciativas propias de organizarse y participar y se evidencian algunos conflictos generados por el individualismo frente a los recursos que se asignan, entre otros, situación que no favorece las formas organizativas ni el trabajo colectivo; también es evidente la alta presencia de instituciones y diversos sectores y comparativamente con otros periodos en la historia local, se están desarrollando múltiples acciones en el territorio; sin embargo, no se evidencia presencia constante, lo que dificulta que los procesos que se desarrollan tengan continuidad y permanencia en el tiempo.

3.4.4. Persona mayor

Entre las principales problemáticas que afectan la seguridad alimentaria y nutricional de las personas mayores de la localidad, se resalta de forma importante las dificultades de acceso a los alimentos enmarcadas por la baja capacidad adquisitiva que está condicionada por las pocas oportunidades laborales existentes para las personas mayores; adicionalmente hay un consumo insuficiente de alimentos balanceados nutricionalmente, que respondan a las necesidades específicas de la etapa, además de tener en cuenta que el deterioro en las estructuras biológicas característico, exige mantener una dieta específica relacionada particularmente con el aumento del consumo de frutas y verduras, que culturalmente no ha estado presente en ninguna etapa de ciclo vital de la población y que no es fácil de mantener en las condiciones socio geográficas del territorio local y particularmente las barreras culturales frente al tema alimentario, que en este grupo poblacional están presentes de forma más marcada en el adulto mayor.

Con relación a la población adulta mayor del territorio IV es importante resaltar que aunque se cuenta relativamente y en comparación con otros territorios con buenas vías de acceso que “privilegian” a los habitantes de este territorio, este grupo poblacional se encuentra afectado por otro tipo de limitantes en seguridad alimentaria y nutricional, relacionados con dependencia económica y en algunos casos funcional que presentan algunos adultos mayores en este territorio, que condicionan su situación alimentaria y nutricional y en general su calidad de vida. También se

resalta que no existe información sobre el estado nutricional de la población adulta mayor de la localidad, así como tampoco actividades promocionales específicas para este grupo poblacional que fomenten los hábitos de vida adecuados y el consumo de una alimentación adecuada teniendo en cuenta la alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles que se manifiestan de forma importante en la población en este grupo poblacional.

Con relación a la salud oral de la población adulta mayor se observa que la poca importancia que le dan a los hábitos higiénicos conlleva a que en esta etapa encontremos parcial o totalmente edéntulos, con las consecuencias para la salud y la alimentación que se generan en la población adulta y por esta razón no ven la necesidad de solicitar consulta odontológica; con relación a la población habitante del territorio IV, se pueden precisar la canalización de 34 adultos mayores para la colocación de prótesis dentales a partir del proyecto “Vereda Sana” financiado por el fondo de desarrollo local, con lo que se espera contribuir positivamente con la calidad de vida de la población de esta etapa vital.

Con relación a la situación de las enfermedades crónicas en la población adulta mayor del territorio IV, se observa que a la fecha se han identificado 57 personas distribuidas proporcionalmente en las veredas, de acuerdo con el número de familias que habitan cada vereda del territorio; con relación a la población nueva identificada, se observa que la proporción de pacientes nuevos identificada es una importante situación que puede presentarse probablemente por el aumento de la notificación y búsqueda activa en la población adulta mayor que pueda estar presentando el padecimiento o realmente por el incremento en los casos.

Con relación a las patologías que se presentan, principalmente se observa la hipertensión arterial, seguido de las dislipidemias, el EPOC y la obesidad principalmente, encontrando también que en varios casos la población sufre de dos o más alteraciones que dificultan su manejo y empeoran el pronóstico de la enfermedad.

Frente a la edad en que se presentan en la actualidad las enfermedades crónicas no transmisibles, se encuentra que en la vereda de Santa Rosa, los 11 casos que se tienen identificados presentan adherencia regular al programa, con un promedio de seis o más contactos en el año con los servicios de salud para el manejo de la enfermedad. Se observa que la edad promedio de los adultos mayores que presentan la enfermedad es de 55 años. En la vereda de Sopas se presentan cinco casos que corresponden al 100% de las familias de la vereda, en quienes se ha identificado que al año tienen entre cuatro y cinco controles y que la edad promedio de quienes se identificaron con la enfermedad es de 63 años. Con relación a lo encontrado en la vereda Auras, los 13 casos encontrados tienen una edad promedio de 61.9 años, los cuales asisten entre 4 y 5 veces al año a consultas de control de la enfermedad. Los 3 casos reportados en la vereda Palmas presentan más de seis contactos con los servicios de salud y en promedio la edad es de 48 años. En la vereda de Ánimas, los 13 casos identificados en promedio tienen 68 años y en la vereda Central se identifican solamente dos casos con un promedio de edad de 63 años. La situación de las enfermedades crónicas no transmisibles en general en la localidad de Sumapaz, es un problema que afecta más a la población adulta mayor, generando con ello consecuencias que en muchos casos originan procesos de discapacidad y limitaciones en la calidad de vida de este grupo poblacional de la comunidad.

De acuerdo con el registro DANE, la proporción de casos de discapacidad con relación al total de personas mayores de la localidad corresponde a 117, de los cuales el 55% son hombres y el 45% son mujeres; en este territorio los y las personas mayores en condición de discapacidad son 54; las alteraciones en estructuras y funciones más representativas se relacionan con el movimiento y el sistema cardiorrespiratorio y el habla principalmente; se evidencia también que existe una fuerte relación entre enfermedad crónica y discapacidad en esta etapa del ciclo, que asciende aproximadamente al 80%, debido a los estilos de vida no saludables y poca adherencia a procesos de cuidado de la salud, lo que incrementa el compromiso funcional.

Con relación a la población adulta mayor en condición de discapacidad en el territorio, se identificaron 22 personas que corresponden a 18,8% del total de personas con discapacidad identificadas en la localidad; como característica fundamental, en este grupo de población se observa compromiso psicosocial según refieren ellos mismos por las actividades a la que se ven expuestas, el abandono familiar y la insatisfacción de necesidades básicas que se originan por las condiciones económicas de los individuos con discapacidad y de sus núcleos familiares.

En la localidad las personas mayores siguen siendo parte de la fuerza de trabajo de una manera activa; esto dado a que son trabajadores y trabajadoras que la mayor parte de su vida se han movido en actividades agropecuarias y de elaboración artesanal de queso como principales actividades económicas de los habitantes locales que las personas desarrollan a lo largo de sus vidas, lo que no les ha propiciado el acceso al aseguramiento en cuanto a pensión.

La caracterización de condiciones de salud y trabajo del año 2008 muestra que la mayoría de la población adulta mayor trabajadora es de género masculino, encontrando que cerca del 40% de las unidades de trabajo informal del territorio IV es liderada por población adulta mayor. Este grupo poblacional identifica la condición del trabajo como un proceso cotidiano y regular en su vida, aunque algunos reconocen que la labor del campo es “pesada” para su edad. No en todos los casos es identificada como un problema; sin embargo situaciones como el aspecto económico si se manifiestan como dificultades importantes que afectan su calidad de vida y salud. La mayor parte de los adultos mayores del territorio recibe el subsidio de la Secretaría Distrital de Integración Social de \$70.000 pesos mensuales que tiene un objetivo y es suplir las necesidades alimentarias de la población, pero que genera inconvenientes para su manejo por cuanto exige que sea cobrado en el área urbana de la ciudad, por lo que la persona debe incurrir en gastos para su cobro. En la actualidad se identifican que pertenecen al proyecto de la vereda de Auras aproximadamente 21 personas, de la vereda de Santa Rosa 20 personas y de Ánimas y Sopas 15 personas que reciben su subsidio y participan mensualmente de las actividades de formación e integración que son desarrolladas en el marco del proyecto.

El ser humano en su desarrollo vital, se ha enfrentado a escasos saberes frente a su capacidad fisiológica y un esquema cultural que contiene conceptos estáticos, algunos de ellos erróneos, frente al sexo y la sexualidad cuando se llega a la vejez; particularmente en Sumapaz el campo relacional y afectivo se ve con mayor fuerza violentado en esta etapa cuando las posibilidades de afecto, expresión del sentir y del necesitar no se posibilita, resultado de las limitaciones emocionales con las cuales las personas mayores llegan y que han sido incorporadas en su estructural mental desde la primera etapa de la vida.

En lo que tiene que ver con la violencia intra familiar, se han reportado pocos episodios; aquellos identificados y a los que se les ha realizado seguimiento han evidenciado como primera causal de reporte la negligencia y el abandono por parte de los hijos/as, quienes en determinado momento cambian el hogar paterno y materno por sus núcleos familiares, dejando los padres y madres solos/as en las casas, las cuales usualmente se encuentran ubicadas a una hora de camino en promedio de la próxima finca. Esta situación de abandono ocasiona de acuerdo con los reportes entregados por Sivim que las personas mayores sufran de lesiones físicas (generalmente por golpe producto de caídas), dificultad en la adherencia a tratamientos de salud pues, no existen personas adultas que les hagan seguimiento al consumo de medicamentos, deteriorados hábitos de alimentación debido a la poca frecuencia con que consumen alimentos, argumentando que no hay a quien cocinarles y muy poco les da hambre y estados de depresión y baja autoestima que los expone a situaciones de vulnerabilidad, poniendo en riesgo su vida y su integridad mental y física.

La inestabilidad emocional, y la incertidumbre frente a las luchas por la tierra, teniendo en cuenta que Sumapaz se constituye en una de las más importantes reservas hídricas para el país,

son factores que afectan la estabilidad emocional de los y las mayores, generando sentimientos de incertidumbre que incrementan los estados de depresión a los cuales las personas mayores se exponen, siendo las otras etapas del ciclo quienes si cuentan con las posibilidades físicas e incluso económicas de trasladarse a otras localidades, desprotegiendo a los y las mayores, quienes además cuentan con un fuerte arraigo a la tierra y la lucha por su posesión y han expresado no querer trasladarse.

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

Aún cuando en las personas mayores se mantiene la priorización de los roles laborales, la disminución de la capacidad productiva, resultado del deterioro por el paso de los años, genera un incremento en la disponibilidad de “tiempo libre”, en el que demandan espacios de interacción con otros y otras, en los cuales ocasionalmente se vinculan a actividades organizativas y productivas, de su interés; dichos espacios congregan un sin número de personas mayores con quienes se ha promovido la práctica de la actividad física como herramienta para el mantenimiento de las condiciones de calidad de vida; la ausencia de actividad física, las jornadas extensas de trabajo, el consumo de bebidas alcohólicas constantes y el consumo excesivo de algunos alimentos, se relacionan directamente con la prevalencia de enfermedades cardiovasculares y con el aumentando del riesgo de presentar enfermedades osteomusculares y articulares que afectan el desempeño.

El uso del tiempo libre en las personas mayores se encuentra determinado por la no disponibilidad de espacios apropiados para la práctica de actividades de ocio y esparcimiento de su interés; sin embargo se resaltan las actividades que se desarrollan para este grupo poblacional relacionados con los centros de interés para las personas mayores que desarrolla la Secretaría de Integración Social en el territorio y que se concentran en la realización de encuentros en torno a intereses particulares de la población local; en el territorio IV se desarrollan 2 centros de interés en las veredas de Auras y en Santa Rosa, que agrupan la población adulta mayor de las veredas aledañas.

En Sumapaz, los procesos participativos se han centralizado históricamente en los saberes contruidos desde las experiencias de las personas mayores en el territorio, quienes con frecuencia son visibilizados como líderes vitalicios, por ser quienes vivenciaron las luchas por el territorio, lo cual les da autoridad y respeto por parte de las generaciones y son el grupo poblacional que representa importantes procesos organizativos y comunitarios, que se organizan por territorio y que se facilitan a partir de las reuniones de centros de interés que se realizan en el marco del proyecto de bonos para la población adulta mayor.

La presencia institucional insuficiente en el territorio por parte de los entes competentes, para garantizar los mecanismos de acceso asociados al aseguramiento de la población (ARS, Planeación, etc.), conlleva restricciones de acceso oportuno a servicios, medicamentos y tratamientos de acuerdo con sus necesidades, lo que termina por impactar negativamente sus condiciones de calidad de vida y salud. Esta situación se complejiza aún más si se tienen en cuenta las restricciones en la cobertura de medicamentos establecida en el POS para las personas mayores.

Las condiciones geográficas y las dinámicas socio – culturales de la localidad, se constituyen en restricciones para el acceso a servicios de mayor nivel de complejidad, demandados en mayor proporción por las personas mayores, en consideración a situaciones crónicas de enfermedad que requieren de tratamientos especializados.

Adicionalmente es importante mencionar que las fluctuaciones en la vinculación al sistema de salud determinan dificultades para acceder a otros beneficios otorgados por el estado para las personas mayores del distrito (bonos, subsidios, etc.), para lo cual se solicita como requisito pertenecer al régimen subsidiado.

Con relación al aseguramiento de la población adulta mayor habitante del territorio IV el 92% se encuentran afiliados a salud y con cuentan con IPS hospital Nazareth; el 8% no se encuentra afiliado.

3.4.5. Núcleos problemáticos territorio IV

Escasos resultados en ejercicios de construcción de alternativas para el desarrollo social en el territorio IV relacionado con débil cohesión social, trayendo como consecuencia retraso en el desarrollo de acciones en pro del mejoramiento de calidad de vida y salud de la población.

Las formas de participación de la comunidad de Sumapaz se encuentran enmarcadas en los ejercicios estructurados, ya sea de manera espontánea, es decir, por iniciativa de la misma o fomentadas por las instituciones, que desarrollan acciones en la localidad; existe una formación política de la comunidad, lo cual facilita la participación en diferentes escenarios que se organizan por grupos poblacionales, esta participación en el territorio IV no se encuentra con una formación sólida en la cual la participación de sus integrantes sea de manera activa.

Se evidencia una capacidad de argumentación poco estructurada, pérdida del interés frente a los procesos de movilización y restricción en la autonomía para convocar y congregarse; aspecto que se ha exacerbado hoy en día, generando el desconocimiento de los intereses colectivos de la etapa del ciclo vital y la priorización de los intereses individuales.

La situación descrita anteriormente se ha visto incrementada por la institucionalización de la participación, que ha generado condicionamientos para participar, asociados a la obtención de beneficios particulares, como bonos, mercados, etc. Finalmente, es importante mencionar que como factor determinante de los procesos participativos, se encuentra la percepción de temor e inseguridad que actualmente se presenta en el territorio.

La inseguridad alimentaria y nutricional está asociada a inadecuados hábitos de alimentación, reflejados en dificultades para el aprovechamiento biológico en menores de 10 años, en el territorio IV, trayendo como consecuencia desnutrición aguda en esta población.

Las condiciones de inseguridad alimentaria para los habitantes de la localidad, marcan un patrón cultural a lo largo de su ciclo vital, puesto que los patrones culturales para la alimentación son adquiridos desde la primera infancia, adicionando y reforzando los patrones inadecuados con la oferta alimentaria que existe en la localidad, es decir, se continúa priorizando el consumo de carbohidratos, desconociendo la importancia de consumir otra variedad de alimentos que favorezcan el desarrollo de habilidades y competencias necesarias para su desempeño ocupacional, enmarcado principalmente en el rol escolar; en este sentido, se ven seriamente afectados los procesos de aprendizaje y cognición, y en general su desarrollo biopsicosocial y el inicio de un rol laboral definido desde la cultura campesina del Sumapaz, que a su vez, con el inicio una capacidad adquisitiva, no priorizan dentro de sus necesidades vitales la adquisición de alimentos que les beneficien o aporten un adecuado estado nutricional.

Por otra parte, la oferta de acciones promocionales orientadas a la adquisición de hábitos de vida saludables está restringida para esta etapa del ciclo vital; esta situación no permite visibilizar las condiciones reales del estado nutricional de la población de la localidad; adicionalmente el abordaje desde lo institucional se ve limitado y no permite generar la sensibilización de estilos y hábitos de vida saludable, continuando con patrones alimentarios inadecuados a lo largo del ciclo vital.

Para poder definir las condiciones de inseguridad alimentaria, es necesario abordar problemáticas que, aunque no nombran la alimentación en sus primeras líneas, se relacionan directamente y son causantes de la inseguridad alimentaria. De esta manera, se refiere que siendo la agricultura y la pecuaria las actividades productivas y ocupacionales que predominan en la localidad, teniendo en cuenta que Sumapaz es una localidad netamente rural y campesina y que el cultivo de papa se centra en la mayor actividad socioeconómica para los habitantes de la localidad, esto a su vez genera el uso indiscriminado de agroquímicos con el fin de aumentar la producción y esto conlleva a ocasionar daños y riesgos de enfermedad, no solo a las personas que los manipulan, sino también a sus familias, al producto (la papa, la arveja, entre otros), que son consumidos posteriormente por sus propios habitantes; es decir, la calidad de los alimentos se ve afectada por el uso de los agroquímicos; además en la época post cosecha del producto, se generan daños en el suelo y agotamiento en el recurso natural, que es un factor determinante, puesto que Sumapaz es 100% rural y allí se ubica el páramo más grande del mundo.

Otras de las causas que se ve estrechamente relacionada con el factor de consumo, es que la producción agropecuaria está orientada a la comercialización y en menor proporción al autoconsumo; es decir, no son consumidores de su producto y si lo consumen es el de menor calidad; adicionalmente hay un consumo insuficiente de alimentos con aportes proteicos y esta condición se refleja en los índices elevados de desnutrición proteica en la etapa de adultez.

Respecto a la oportunidad de acceso a la alimentación, Sumapaz evidencia una mayor problemática respecto otras localidades debido a sus condiciones socio-geográficas, que se convierten en una limitante potencial para acceder a la diversidad y variedad de los alimentos.

Entre las consecuencias que afectan en mayor proporción la seguridad alimentaria, se encuentra la inestabilidad laboral que condiciona la capacidad adquisitiva y que se presenta con mayor fuerza en esta etapa, que como se ha mencionado anteriormente; es aquí donde el rol productivo es el de mayor predominancia, así que las condiciones laborales inciden en el acceso a los alimentos, ya que no hay oportunidades laborales estables y dignas que permitan adquirir otro tipo de alimentos adicionales a los que cultivan. Por otra parte, las distancias y las vías que caracterizan a la localidad, dificultan la comercialización de otros productos desde lo urbano a lo rural además de los problemas de orden público que limitan el paso hacia la localidad. Pero el desplazamiento desde y hacia la localidad no es la única restricción para acceder a la compra de alimentos, sino también las distancias inter-veredales, de una casa a la otra, a una vía principal o a uno de los tres centros poblados donde se concentra el poco comercio y que es de mayor costo; pueden ser recorridos aproximadamente de una hora a pie; además se debe tener en cuenta que en Sumapaz no existe un sistema de transporte que facilite estos desplazamientos.

Los patrones culturales continúan siendo un determinante marcado y es más predominante en la etapa de adultez, puesto que se prioriza el consumo de carbohidratos, no se consumen alimentos con carga proteica, hay un mayor incremento de obesidad en las mujeres adultas, también se incrementa la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas evitables; además hay una priorización del consumo de alimentos con importante valor nutricional hacia otros integrantes de la familia, pertenecientes a otras etapas del ciclo. Finalmente y en parte desde las acciones promocionales no es visible esta etapa del ciclo, lo que no permite registrar indicadores que referencien el estado nutricional de los y las adultas. Así mismo, las respuestas y acciones de sensibilización son restringidas a este grupo poblacional, además de no contemplar desde los niveles centrales y autoridades competentes del distrito, las condiciones de ruralidad para la formulación y ejecución de proyectos que respondan a las necesidades de este tipo de territorio

3.5 Núcleos Problemáticos Comunes a Toda la Localidad 20 Sumapaz.

Deterioro de las condiciones de salud ambiental, en los ámbitos de vida cotidiana en toda la población de los cuatro territorios trayendo como consecuencia alteraciones en salud y degradación del ecosistema

La deficiente y decreciente calidad del ambiente es responsable de alrededor del 25% de todas las enfermedades evitables del mundo actual, entre las que se encuentran las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas (IRA), la esquistosomiasis, igualmente otras enfermedades transmitidas por vectores y enfermedades respiratorias crónicas; a su vez las infecciones en los niños dependen en gran medida de las condiciones ambientales adversas. Bajo este contexto en particular se definen lineamientos técnico-políticos para el abordaje sectorial, intersectorial y comunitario de algunos de los determinantes socio ambientales más frecuentes en la localidad 20, lineamientos que se articulan e igualmente dan cumplimiento a compromisos internacionales, nacionales y distritales y locales donde cabe mencionar el plan de desarrollo local, con sus compromisos de un desarrollo sostenible y los objetivos del milenio.

Los principales determinantes asociados al tema de salud ambiental son los siguientes: abastecimiento de agua potable y saneamiento, la vivienda y el hábitat, contaminación del aire, cambio climático y salud, humo de tabaco y leña, productos químicos y riegos ocupacionales (seguridad vial). La alteración de dichos determinantes está relacionada con la presentación de enfermedades de tipo biológico y/o físico. Deficiente calidad del agua consumida por parte de los habitantes de la localidad de Sumapaz, quienes se abastecen en un alto porcentaje de acueductos comunitarios de difícil acceso y deficientes condiciones sanitarias, lo que ha generado impactos negativos en las condiciones de salud de niños y niñas, asociados a Enfermedad Diarreica Aguda, enfermedades por infección intestinal, parásitos o patologías similares. La dermatitis, asociada a la vez a la exposición a rayos ultra violetas, situación que se agrava se considera que la altura genera mayor exposición. En términos de abastecimiento de agua potable, ninguno de los acueductos presentes en los 4 territorios, cumple con los parámetros mínimos de calidad microbiológica y/o fisicoquímica. Existe una tendencia a que el ciclo vital infancia presente el mayor número de casos atribuibles a contaminación hídrica. Esto se debe a que el sistema inmunológico de los niños no está lo suficientemente desarrollado para confrontar las infecciones por consumo de agua contaminada. Por otra parte, se presume una resistencia inmunológica individual, ya que los habitantes de la localidad han consumido esta agua por muchos años.

En la localidad, el monocultivo de papa se ha constituido desde hace más de 100 años en la base de las relaciones comerciales, sociales, alimentarias y culturales de las familias del Sumapaz; lo cual, asociado a las características de producción de la localidad ha incidido en el uso indiscriminado de agroquímicos, convirtiéndose en un factor determinante para las condiciones de calidad de vida y salud, generando afectaciones asociadas a susceptibilidad de contaminación química. Las vías de acceso al interior de la localidad se encuentran en regular estado y existe déficit de señalización. No existen controles sobre la normatividad que regula límites de velocidad y estado general de los vehículos. Estos factores promueven la accidentalidad en la localidad.

Los agricultores están expuestos a agroquímicos durante su jornada laboral, esto se debe a que la utilización de estos aumenta la producción en el cultivo y disminuye el tiempo de cosecha lo cual favorece al agricultor en la oferta de su producto. Se ha establecido que sólo un 0.1 por ciento de la cantidad de plaguicidas aplicado llega a la plaga, mientras que el restante circula por el medio ambiente, contaminando posiblemente el suelo, agua y la biota. Quienes se encuentran expuestos a los efectos perjudiciales en salud son principalmente los ciclos adultos y persona mayor, ya que son ellos quienes realizan las actividades agrícolas en su mayoría. Si bien se han reportado casos de intoxicaciones agudas (mareo, visión borrosa, migraña, vómito, diarrea) luego de manipular estas sustancias, mediante

encuestas domiciliarias, se evidencia que existe un sub registro de estas, debido a que las personas afectadas prefieren manejar el cuadro en sus hogares y no acudir al centro de salud.

Un alto porcentaje de familias utilizan leña como fuente de combustible en el área de cocina. Esta situación trae como consecuencia la presentación de patologías respiratorias agudas y crónicas principalmente en mujeres adultas, niños y niñas, ya que son ellas quienes permanecen la mayor parte del tiempo en el área de preparación de alimentos, generando enfermedades crónicas.

Afectación de las personas por no tener un lugar en donde vivir y por las condiciones poco favorables en que viven las personas mayores, lo que aumenta la condición de fragilidad que repercute en la toma de decisiones, independencia y autonomía.

Dificultades en movilidad de acuerdo con las condiciones topográficas de la localidad, presentando accidentes por caídas.

Falta de conciencia en cuanto al manejo de residuos sólidos y cuidado del ambiente.

Insuficientes escenarios en la localidad de Sumapaz, para facilitar y promover el desarrollo integral de niños y niñas, a través del juego, la práctica de actividad física, la recreación y el deporte, lo cual conlleva a patrones culturales aislados e inadecuado desarrollo de actividades psicomotrices.

En la localidad existen 11 canchas múltiples ubicadas en las veredas de Betania, Peñaliza, Nazareth, Las Ánimas, Los Ríos, El Toldo, San Juan, Chorreras, Tunal Bajo, Capitolio y Nueva Granada. Además, se cuenta con 14 canchas recreativas escolares ubicadas en las escuelas de las veredas Tabaco, Betania, Raizal, Laguna Verde, Santa Rosa Alta y Baja, Taquecitos, Auras, Nazareth, Las Ánimas, Las Vegas, Santo Domingo, La Unión y Tunal Alto.

Los patrones culturales y de crianza, en los cuales han crecido los niños y las niñas Sumapaceños han contribuido al establecimiento de condiciones particulares para la práctica de la actividad física, le recreación y el deporte en las diferentes etapas del ciclo vital, encontrando que la mayoría de niños y niñas de la localidad crecen en ambientes privados que condicionan patrones de desarrollo particulares enmarcados en repertorios de habilidades, en los cuales se priorizan las motrices como resultado del requerimiento de desplazamientos prolongados y por terrenos irregulares, producto de la vinculación temprana al rol laboral. Lo anterior sumado a concepciones que ubican al juego como una actividad poco o nada productiva, en términos de desarrollo integral, razón por la cual tan solo se tiene acceso a actividades de tipo lúdico al entrar en contacto con el contexto escolar, aproximadamente entre los 3 – 5 años de edad. Lo anterior se relaciona directamente con la disponibilidad de escenarios locales apropiados y suficientes para el aprovechamiento por parte de los niños y niñas; los cuales se encuentran centralizados en el contexto escolar y en ocasiones representan riesgos para la integridad de los niños y niñas, lo que restringe aún más su utilización.

Como consecuencia se presentan dificultades de aprendizaje asociadas a restricciones en el control motor y a un repertorio insuficiente de habilidades cognitivas básicas para el aprendizaje; las cuales han sido identificadas como producto del trabajo adelantado en las escuelas, sin que se tengan datos que permitan visibilizar la magnitud de la situación.

La ubicación de algunos escenarios existentes para la práctica de actividad física, deporte y recreación en niños y niñas, se encuentra ubicados lejos de sus lugares de residencia, lo que demanda grandes desplazamientos que conllevan la exposición a múltiples riesgos asociados al tránsito por caminos de herradura, trochas y carreteras solitarias. La anterior situación se complejiza aún más si se tiene en cuenta que los padres y madres no suelen destinar tiempo para jugar con sus hijos e hijas, principalmente por las concepciones existentes en torno al juego como herramienta poco formativa y por las extenuantes jornadas laborales y por el poco tiempo dedicado a sus actividades de ocio y esparcimiento.

Las situaciones expuestas anteriormente se complejizan aún más por la falta de presencia institucional para dar respuesta a las necesidades de ocio y esparcimiento de la población Sumapaceña, en la medida en que dicha respuesta está centralizada en la adecuación de infraestructura para la práctica de deportes, sin que se oferten acciones promocionales que faciliten la interiorización de actividades para el uso del tiempo libre acordes al contexto rural.

4.

4. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA SOCIAL Y PROPUESTAS DE ACCIÓN

El Hospital Nazareth Empresa Social del Estado como único prestador de servicios de salud en la localidad ha diseñado estrategias de abordaje centradas en el usuario, aspecto que se resalta en una visión gerencial y en la implementación de un modelo denominado “Familia Sana, Comunidad Saludable, Entorno Natural”, que desde el año 2001 a profundizando en el análisis de los diferenciadores locales, para orientar la respuesta de la prestación de servicios de salud a las necesidades específicas de los Sumapaceños; diferenciadores que se amplían en el marco conceptual del presente documento.

Las necesidades diferenciales locales configuran la base para el diseño e implementación de la respuesta organizada, en la cual participa activamente el hospital como representante del sector salud, y más aun, como uno de los dos actores con permanencia constante en lo local, siendo el otro el sector educativo.

Es así como el hospital ha recorrido un camino de 9 años en el ajuste de sus alternativas de solución, generando una organización operativa centrada en la familia, no enfocada en un modelo familiar reduccionista, sino en el sentido amplio que ésta representa, como célula social contextualizada y reconociendo el individuo que la integra como sujeto activo y constructor de los procesos en todos los niveles de determinación de la salud, recogiendo los escenarios en el que se desenvuelve la vida cotidiana de las personas.

El proceso evolutivo de la respuesta específica se inicia con la alineación de la plataforma estratégica institucional, en la que se avizora el quehacer del hospital desde el aporte de comunidades saludables al mundo, en consonancia con posturas globales para la consolidación de la salud como derecho fundamental. Todo lo anterior con una fuerte base en la consolidación de unos sistemas integrados de calidad, que ejercen como elementos intrínsecos en todos los procesos y procedimientos misionales de prestación del servicio, tanto como testigos y monitores del desarrollo de los mismos.

Bajo este direccionamiento, el equipo de salud del hospital Nazareth, ha venido presentando a consideración de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, iniciativas diferenciales para la respuesta en salud local operadas a través del plan de atención básica, hoy plan de intervenciones colectivas, varias de las cuales han sido aprobadas y acompañadas por el área de salud pública de la SDS e incluso se han visto reflejadas posteriormente en lineamientos para la ciudad; como ejemplo se puede mencionar los Clubes de Niños y Niñas “Pequeños Guardianes en Salud” y “Jugar es Productivo” para el abordaje del trabajo infantil, la gestión y organización de equipos primarios y secundarios para el fortalecimiento de la estrategia AIEPI, la “Asesoría a iniciativas productivas para la promoción de la inclusión laboral de personas en situación de discapacidad” y la medición de la vulnerabilidad familiar mediante un instrumento desarrollado durante el año 2007.

Este abordaje diferencial cumple con las premisas de los referentes conceptuales como son atención primaria en salud renovada, funciones esenciales de salud pública, plan nacional de salud pública, plan de salud territorial de Bogotá, plan de desarrollo local, lineamientos del plan de intervenciones colectivas para Bogotá Urbana y las políticas públicas de salud; los cuales han sido revisados con el siguiente análisis:

- **Atención Primaria en salud renovada:**

En los últimos 25 años, se vienen fortaleciendo en el mundo iniciativas que propenden por el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de los pueblos. La declaración de ALMA ATA posicionó la atención primaria como el camino hacia la salud para todos; veinte años después, en septiembre de 2005 durante el cuadragésimo sexto (46) consejo directivo de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, se emite la Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria en Salud (APS), estableciendo la Renovación de la Atención Primaria en Salud en la Américas.

Entre los comentarios que justifican esta renovación, se ratifica que la familia y la comunidad deben ser consideradas como el foco primario de la planificación y la intervención social. Se hace énfasis en la necesidad de articular las acciones con los sistemas de calidad que conduzcan a la eficiencia y la efectividad. En el análisis realizado de factores identificados como barreras a la implementación efectiva de la APS, se describen la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud, la coordinación inadecuada entre las comunidades y las entidades locales, distritales y nacionales; entre otras razones por el predominio de programas verticales. El clima económico también se considera un factor limitante, mencionando que la inversión en el capital humano es fundamental y requiere especial atención, dado que la calidad de los servicios de salud, depende en gran medida de quienes trabajan en ellos. Se ratifica que el personal de la salud debe recibir entrenamiento en salud desde la perspectiva técnica y humanística; su desempeño se relaciona a su vez, con el entrenamiento y capacidad el ambiente laboral y las políticas de incentivo a nivel local y mundial.

“Los equipos de salud tienen un carácter funcional, posibilitando una reagrupación en distintas formas para dar respuesta a los diferentes problemas que afronta la comunidad. Dependiendo entonces la calidad de los servicios de salud en gran medida del desempeño de los recursos humanos y de cómo esos recursos se organicen para dar respuesta a las necesidades de la población. Por ello, los gobiernos que afrontan procesos de cambio en sus sistemas de salud deberán considerar la inversión en los recursos humanos como un aspecto fundamental para la mejora de los resultados de los servicios.”

“La adecuada capacitación de los profesionales para desempeñar óptimamente sus funciones y actividades depende, entre otras cosas, de que esa formación se haya realizado en centros donde la atención prestada sea de calidad y de que el entorno sea el más adecuado para el tipo de formación desarrollada (centro de atención primaria y hospital).”

El accionar del Hospital Nazareth responde claramente a los retos declarados en la estrategia APS, abordando la respuesta a necesidades, teniendo como eje central la familia. No podría ser diferente, porque entre los 2.508 habitantes, el ordenador invariable de la población es el núcleo familiar, como consecuencia lógica de la dispersión de las viviendas, que en un 87% se encuentran en área rural dispersa, a una distancia entre una y otra, calculada entre una y ocho horas de camino por vías de trocha, con un promedio de 3,5 horas. Esta condición hace que para cada individuo, la familia cobre un papel preponderante, ya que aunque interactúe en los ámbitos de vida cotidiana, centra su dinámica en el nicho familiar; un ejemplo de esta dinámica se evidencia en el contexto familiar en el que confluyen los roles productivos y las relaciones familiares. Esta condición de un número reducido de habitantes en un territorio extenso, hace que la comunidad participante en los diferentes espacios locales, provenga de las mismas familias intervenidas en el hogar; por lo que es imperativo disponer de estrategias que en la planificación de acciones comunitarias, den continuidad y fortalezcan la intervención ante lo que el hospital genera como componente estratégico la gestión integral de comunidades saludables dadas por gestión institucional, gestión intersectorial y movilización social y fortalecimiento de redes.

El Hospital ha tenido claridad en generar acciones articuladas a sistemas integrados de gestión de calidad y armonizar de tal manera las intervenciones, que minimicen los riesgos de segmentación y fragmentación de la respuesta, advertidos desde APS. Esta situación hace privilegiada a la población de Sumapaz en amplias coberturas e intervenciones de mantenimiento y continuidad, que aportaran a la ciudad en indicadores de impacto; en este sentido se requiere también la integralidad entre espacios intra e intersectoriales, para lograr la eficacia de las intervenciones, evitando la repetición de acciones y la atomización de actividades que generan agotamiento tanto institucional como comunitario.

Mediante el modelo de prestación de servicios ofrecido por el hospital de Nazareth la prestación de servicios elimina las barreras de acceso, de manera que resulta innovadora y exitosa a partir de la alineación de la configuración del SGSSS con el objetivo estratégico institucional de contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de las familias.

Es así, como entre la estructura metodológica del Hospital Nazareth ESE I Nivel, se ha implementado “Familia Sana, Comunidad Saludable, Entorno Natural”, modelo único por las connotaciones especiales de la localidad 20 del Sumapaz de Bogotá, y que ha trascendido fronteras, por su singularidad, propuestas innovadoras y su enfoque dirigido a la construcción participativa y equitativa del bienestar común y de condiciones de vida, orientadas hacia el cuidado de la familia y del medio ambiente.

Este modelo ha venido evolucionando desde un enfoque de riesgo hacia la aplicación de los elementos de la atención primaria en salud, bajo el enfoque de determinación social de la salud, expresado alrededor de la vulnerabilidad familiar y a través de la operación general por procesos, lo que constituye la base fundamental de la efectividad orientada hacia el mejoramiento de las condiciones de salud que contribuyen a la calidad de vida de las personas, a pesar de las características geográficas, culturales, políticas y de orden público locales.

El modelo está orientado al cuidado integral de la familia por medio de acciones de sensibilización, concertación y definición de estrategias de intervención que se adecuen a las necesidades propias de esta población, enmarcados en tres ejes de acción: Pedagógico, Ambiental y de Acciones en Salud.

4.1. Eje Pedagógico

Corresponde a las acciones que involucran el diálogo de saberes entre comunidad y equipo de salud orientado a la identificación de los medios para el mantenimiento de la salud, en los que se conjuguen positiva e inteligentemente las actitudes, conocimientos y prácticas populares para el cuidado de la salud y el abordaje a estados de enfermedad, con los lineamientos de acción en promoción de la salud y prevención de la enfermedad establecidos por el Ministerio de Protección Social y aplicados por el Hospital de Nazareth en su zona de influencia. En esta modalidad de estrategias se encuentra la realización de talleres educativos a nivel familiar con temática y metodología participativa e integradora de conocimientos y conceptos populares e institucionales, la elaboración de material didáctico con la comunidad y la compilación de algunos aspectos sobresalientes del saber popular sobre prácticas de cuidado de la salud como el uso de plantas medicinales.

4.2. Eje Ambiental

El eje ambiental es de suma importancia dadas las características de la localidad por ser el páramo más grande del mundo, tanto así que la llama “La fábrica de Agua”, y es por esto que el Hospital no solo se ha dedicado a las acciones en salud netamente, sino que también ha promovido la conservación ecológica, y el desarrollo de las políticas de ruralidad.

Se promueven las prácticas protectoras del entorno que provee los recursos para la vida del grupo familiar y la vivienda como ambiente saludable. El trabajo tiene características de inspección, vigilancia y control a factores de riesgo ambientales determinantes del estado de saneamiento básico, el control de enfermedades compartidas entre el hombre y los animales, el impacto de la industria en el ambiente y la seguridad alimentaria. Adicionalmente existe un gran componente de formación, comunicación e información ambiental, con el objeto de fomentar las prácticas humanas dirigidas a la conservación ambiental.

4.3. Eje de Acciones en Salud

Orientado a fomentar las prácticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad incluyendo el saber popular, estrechar el vínculo comunidad y servicios de salud y procurar la continuidad de las acciones del modelo mediante los programas de prevención y promoción pertenecientes los diferentes planes de beneficio, con una cobertura del 100%. Como resultado de lo anterior, se tiende a fortalecer el enfoque hacia un Hospital deshospitalizado, representado en la minimización de las acciones resolutivas a través de la construcción de la cultura en salud.

La organización de los equipos rompen el paradigma que la salud es solo cuestión de médicos, enfermeras y odontólogos sino que para abordar el problema de salud local, se debía pensar en equipos de salud compuestos por profesionales de medicina, enfermería, odontología, trabajo social, nutrición, ingenieros agrónomos, veterinarios, ingenieros ambientales, zootecnistas, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, terapeutas físicas, fonoaudiólogas, químico farmacéutico e incluso chef.

Este equipo no solo estaba destinado a prestar sus servicios a nivel institucional, sino a nivel de los ámbitos declarados desde la concepción inicial del modelo año 2001 a saber: institucional, extramural y domiciliario.

En el ámbito institucional se atiende la demanda de consulta externa de enfermería, medicina y odontología, se brindan todos los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se atienden las urgencias que se presenten y los partos de bajo riesgo de las maternas de la localidad, también se toman muestras de laboratorio y se aplica el programa ampliado de inmunización.

Las personas pueden llegar por demanda espontánea a solicitar la atención o por la citación a la familia a través del promotor o de algún miembro del equipo de salud. Los usuarios son trasladados mediante la ruta veredal desde su vereda al respectivo centro de atención siendo atendidos en todos los servicios y nuevamente se llevan a su vereda de origen.

En el ámbito extramural se realizan actividades cubriendo la localidad con acciones tales como: jornadas de salud programadas en cada una de las veredas, atención en las escuelas y colegios, atención a los trabajadores en sus cultivos y sitios de trabajo y espacios comunitarios.

El ámbito domiciliario representa una parte importante del modelo de prestación de servicios ya que significa llevar los servicios de salud a cada una de las casas de la localidad, estrategia puesta en marcha cuatro años antes de la estrategia distrital Salud a su Casa. El equipo de salud visita a las familias y ejecuta las acciones planteadas en el plan de cuidado familiar previamente concertadas; además el profesional o profesionales que visitan las familias realizan las canalizaciones que se requieran a los distintos servicios.

En el modelo “Familia Sana, Comunidad Saludable, Entorno Natural”, los énfasis se refieren a la organización de la respuesta basada en las necesidades y condiciones familiares según etapa del ciclo vital y ciclo familiar. Es así como se pueden especificar acciones particulares a cada condición encontrada.

Los énfasis son trabajo saludable, salud infantil, salud oral, discapacidad, crónicas y actividad física, salud sexual y reproductiva, seguridad alimentaria, salud ambiental y enfermedades transmisibles.

4.4. Respuestas desde los Énfasis

Acciones para mejorar la seguridad en el trabajo y disminuir enfermedades de origen laboral

Teniendo en cuenta que la localidad 20 de Sumapaz es 100% rural la actividad económica predominante es la agricultura y por ende teniendo en cuenta la adopción de inadecuadas prácticas agrícolas por parte de los trabajadores que la ejercen, esta es la causante de diferentes enfermedades y accidentes ocasionados por el trabajo debido a los riesgos laborales como el riesgo químico, ergonómico y de seguridad, por lo tanto existe el proyecto “Bienestar Ocupacional del Agricultor” y “Salud al Trabajo” con el fin de mejorar las condiciones de salud y trabajo de los agricultores y sus familias.

En este programa, el 68% de los trabajadores de la localidad que han participado en la consecución

de entornos de trabajo saludables han logrado implementar el 100% de las recomendaciones dadas, las cuales se enfocan al control y mitigación de los riesgos ergonómico, químico y condiciones de seguridad; el 32% restante no ha cumplido con la totalidad de las recomendaciones debido a limitaciones socioeconómicas que poseen para el desarrollo de las mismas.

La respuesta brindada desde este énfasis por etapa de ciclo de la vida se observa en la tabla 61.

4.4.1. Acciones para mejorar la salud infantil

El Hospital Nazareth ESE I Nivel de atención como Empresa Social del Estado y único ente representante de salud en la localidad de Sumapaz, se ha comprometido fielmente por mejorar las condiciones de salud que aportan a la calidad de vida de la población materno infantil, en el marco de estrategias propias que direccionan las metodologías de abordaje para la atención de salud de los niños, niñas y gestantes de la localidad

Teniendo como base el Modelo de Prestación de Servicios en Salud Familiar “Familia Sana, Comunidad Saludable, Entono Natural” el cual ha sido una experiencia exitosa a nivel rural y actualmente se encuentra certificado bajo la norma ISO 9001, y acreditado. En el marco de la propuesta PIC se estructuran acciones para el énfasis de salud infantil “Hacia una Infancia Feliz”, que responde a una de las principales necesidades identificadas en la población, al objetivo del modelo de tener familias sanas en la localidad 20 de Sumapaz y a mantener el índice de mortalidad en población infantil en cero, a partir del mejoramiento de las condiciones de acceso a los servicios para la población.

Tabla 61. Respuesta brindada desde énfasis por Etapa de ciclo vital. Localidad 20 Sumapaz. Hospital Nazareth

ETAPA DEL CICLO	ÉNFASIS	TEMA GENERADOR	RESPUESTA ACTUAL
INFANCIA	TRABAJO SALUDABLE	BIENESTAR EN EL TRABAJO, BIENESTAR PARA LOS NIÑOS Y NIÑAS	Frente a la intervención de trabajo infantil se ha venido implementando la propuesta diferencial para la localidad rural del Distrito “Clubes Pequeños Guardianes en Salud” para niños y niñas menores de 14 años en el que se promueve desde una perspectiva de derechos el reconocimiento y ejercicio de los mismos, la ejecución de roles ocupacionales acordes a su edad y como su nombre lo dice niños y niñas guardianes y velando por su salud y propia seguridad. Se cuenta con psicólogo para el desarrollo de acciones de salud mental con niños y niñas en peores formas de trabajo infantil y con trabajadores informales.
JUVENTUD		BIENESTAR EN EL TRABAJO, BIENESTAR PARA LOS Y LAS JOVENES	Clubes Jugar es Productivo” para adolescentes entre 15 y 17 años, cuyo objetivo es la promoción de la realización de actividades productivas bajo condiciones seguras, esto teniendo en cuenta que la agricultura está catalogada como una de las peores formas de trabajo infantil y que por arraigo y prácticas culturales no se puede erradicar. Se propone a las y los adolescentes realizar actividades dentro de los procesos productivos que no pongan en riesgo su salud y desarrollo integral
ADULTEZ		BIENESTAR EN EL TRABAJO, BIENESTAR PARA LOS Y LAS ADULTAS	En intervención con trabajadores informales en la localidad Sumapaz se ha implementado en el 2008 una propuesta de intervención diferencial, la cual se enmarca en la dinámica de operación del modelo de prestación de servicios del Hospital, intensificación que incluye, para el énfasis trabajo saludable, todas aquellas unidades que no han recibido procesos de asesoría frente a la promoción de entornos de trabajo saludables

Fuente: Énfasis equipo de Trabajo saludable Hospital Nazareth

Las acciones del énfasis mencionado se definen como el conjunto de interacciones en salud en el marco de los postulados del Modelo “Familia Sana, Comunidad Saludable, Entorno Natural” de manera integral e integradora, orientadas a garantizar la atención con calidad, calidez y amigabilidad a la población materna e infantil de la localidad 20 de Sumapaz, en el marco de las estrategias AIEPI - IAFI (Clínico, Comunitario y de gestión) - IAMI – componente ERA y el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

Los indicadores trazadores como son mortalidad materna, mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda EDA, Enfermedad Respiratoria Aguda ERA en menores de 5 años, al igual que sífilis congénita, presentan tasas en 0.0. Durante el 2009 ninguno de los centros reporta casos de infecciones intrahospitalarias, en parte por el bajo egreso hospitalario, así como por el cumplimiento de los protocolos y normas en la realización de procesos clínicos adoptadas.

En los últimos dos años se han presentado 3 muertes perinatales, registradas de la siguiente manera: en el 2008 (1) y en el 2009 (2); cabe resaltar que una gestante no era residente de la localidad y que acudió a la ESE de manera tardía.

A través del modelo de prestación de servicios, el hospital realiza seguimiento a las familias gestantes y cumple con las acciones de promoción y prevención dirigidas a dicha población en los diferentes ámbitos de acción (institucional, extramural y visita domiciliaria), priorizando las gestantes de alto riesgo para visita domiciliaria y a partir de la asignación de recursos como los dispuestos en esta vigencia para la promoción de la alimentación balanceada durante la gestación y la promoción de la lactancia materna y del código internacional de sucedáneos de la leche materna, dicho proceso de acompañamiento se fortalece realizándose de manera integral por los diferentes profesionales de diversos perfiles, entre quienes se encuentran: nutricionista, trabajadora social, psicólogo, médica, enfermera, entre otros; no obstante, en ocasiones las características socio culturales de la población, restringen el nivel de adherencia de algunas familias gestantes a los programas de control y seguimiento.

El eje pedagógico establece metodologías comunicativas de abordaje a la comunidad, que han permitido fortalecer el uso de los servicios de salud, el cuidado durante la gestación, la importancia del control prenatal, la identificación de signos de alarma y la estimulación temprana, entre otros.

En la tabla 62 se observa que aunque la localidad presenta una alta tasa de mortalidad perinatal y una alta proporción de embarazos en adolescentes, mantiene otros indicadores en cero.

Tabla 62. Indicadores trazadores en salud. Localidad 20 Sumapaz. 2009

INDICADOR TRAZADOR	Tasa/ por 100 habitantes 2008	Tasa/ por 100 habitantes 2009
Tasa de mortalidad materna	0.0	17.9 x1000 habitantes.
Tasa de mortalidad perinatal	18 x 1000 habitantes.	17.9 x1000 habitantes.
Tasa de sífilis congénita	0.0	0.0
Tasa de infecciones intra hospitalarias	0.0	0.0
Proporción de embarazos en adolescentes	28,8	11.5
Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años	0	0
Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años	0.0	0
Bajo peso al nacer	11.6	1.8

Fuente. Base de datos Siviigila Hospital Nazareth. 2009

De acuerdo con la información obtenida por el registro epidemiológico de la ESE, se evidencia que la tasa de mortalidad en la localidad de Sumapaz es baja, aspecto que se relaciona con las condiciones propias de la localidad, determinadas por el número de habitantes, las condiciones de vida que permiten mantener un seguimiento y monitoreo permanente a las condiciones de salud, el despliegue del modelo de prestación de servicios del Hospital Nazareth, el abordaje del 100% de las familias que habitan el territorio, lo que permite mantener actualizados los planes de cuidado familiar. Adicionalmente, el abordaje familiar facilita la implementación de acciones preventivas, las canalizaciones efectivas

y las acciones promocionales como componente básico para la educación en hábitos saludables, alimentación balanceada y adherencia a servicios de salud, entre otros, logrando integralidad en las diferentes acciones, promoviendo así el concepto de calidad de vida de la comunidad sumapaceña y disminuyendo los factores de riesgo asociados a la mortalidad por eventos en salud.

En la actualidad se identifica que estrategias como la ruta de la salud contribuyen con el mejoramiento de los indicadores de la atención materno infantil por cuanto contribuyen con la disminución de las barreras de acceso de la población materno infantil, aspecto que se ha evidenciado en escenarios en los cuales las familias gestantes manifiestan “que la ruta de la salud verdaderamente contribuye con el acceso a los centros de atención”, mitigando las dificultades de acceso geográfico.

Entre las primeras causas de consulta en menores de un año, se encuentra la asistencia para el control de rutina, seguida de consultas por rinofaringitis, diarrea, gastroenteritis y neumonía, con factores de riesgo asociados a inadecuados hábitos higiénicos presentes en la localidad, al consumo de agua no potable para la preparación de alimentos y a las condiciones climatológicas, asociadas a que el territorio se encuentra ubicado en alturas entre 3.400 y 4.320 msnm, afectando la estructura respiratoria de niños y niñas menores de 1 año, las inadecuadas condiciones de vivienda, exposición a sustancias tóxicas e inadecuado saneamiento ambiental.

En los niños y niñas menores de cinco años la principal causa de consulta es dada por el control de rutina al menor y examen médico general, seguido por rinofaringitis aguda, neumonía, diarrea y gastroenteritis. La causa más alta de morbilidad es la rinofaringitis con tasa de 81 por 100 menores de cinco años.

Se muestra la prevalencia de desnutrición aguda y crónica desde 1998 a 2005, observándose una tendencia leve a la disminución; sin embargo persisten los problemas nutricionales asociados al crecimiento.

En lo que respecta a salud oral, la población entre 5 y 14 años se ve afecta por gingivitis crónica (55 por 100 individuos entre 5-14 años), caries en la dentina con una tasa de morbilidad de 49 por 100 individuos entre 5-14 años; sin embargo la primera causa de consulta es por control de salud de rutina y examen médico general (19%).

La complejidad de los determinantes de la salud de los niños y las niñas, exige hacer todo lo indispensable para proteger y preservar el desarrollo de una vida plena en todos sus ámbitos y etapas, de acuerdo con la configuración individual, social y territorial de sus necesidades, dentro de las mejores condiciones posibles, es decir, garantizando calidad de vida y salud y que sea perdurable desde la gestación y durante todo el ciclo de la vida.

La apuesta fundamental durante esta vigencia se orienta a la articulación institucional de los énfasis que participan en de la ejecución de las estrategias IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia), IAFI (Instituciones Amigas de la Familia Gestante y la Infancia), AIEPI (Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia), ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda) y PAI (Plan Ampliado de Inmunización), que son el énfasis de infancia, el de seguridad alimentaria y nutricional, el del área institucional de calidad. Con ello se logra la ejecución de planes de mejoramiento para la atención de la población materno-infantil completamente articulados, que permitan la potenciación de los recursos asignados dentro del proceso.

4.4.2. Acciones para reducir el bajo peso al nacer

En los últimos tres años en la localidad 20 de Sumapaz se han notificado 9 casos de recién nacidos con bajo peso. Durante el año 2008 se presentaron cinco (5) casos de BPN representando

un 11.6%, debido a que se presentó un mayor número de gestantes adolescentes lo cual es un factor determinante para la incidencia de un BPN.

Las cinco gestantes que realizaron el curso de preparación de la maternidad y paternidad responsable recibieron una oportuna capacitación por parte del componente de seguridad alimentaria y nutricional del hospital en los siguientes temas:

- Código de sucedáneos de la leche materna.
- Importancia del curso de la preparación de la maternidad y paternidad responsable.
- Alimentación y nutrición durante la gestación.
- Ventajas y desventajas de la leche materna
- Estado nutricional de la madre lactante gestante.
- Derechos y deberes en salud.
- Lactancia materna en la primera hora de vida.
- Suplementación de micronutrientes.

Con la población de gestantes identificada se realizan acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por medio de la educación en temáticas relacionadas con la seguridad alimentaria y con aspectos nutricionales. Así mismo se sensibiliza frente a los adecuados hábitos y estilos de vida saludables.

En estas socializaciones se da a conocer los diferentes factores asociados a:

- Bajo peso al nacer.
- Bajo peso gestacional.
- Deficiencias nutricionales binomio madre- hijo.
- Restricción en el crecimiento intra-uterino.

Del total de nacidos vivos durante el año 2009, el 1.7% presentó bajo peso al nacer, disminuyendo notablemente este indicador con respecto al año anterior.

4.4.3. Acciones para mejorar la salud oral

En la ficha técnica para caracterización familiar en salud oral se evidencia que la mayoría de la población carece del uso de la seda dental, pues para ellos no es un hábito incluirla dentro de los elementos de higiene oral. Por otra parte se ve disminuida la frecuencia del cepillado en el transcurso del día, encontrando que la mayoría de la población solo realiza el cepillado de los dientes dos veces al día (en la mañana y en la noche). Un 50% de las familias caracterizadas para este trimestre es consciente de la importancia del acompañamiento a los niños menores de 10 años y la mayoría de las

familias realizan sus prácticas de higiene oral en un lugar poco adecuado (patio/lavadero), no cuentan con espejo, ni una correcta disposición de los elementos de higiene oral.

Luego de encontrar las necesidades en las caracterizaciones se desarrolla el plan casero que según el riesgo en el que se encuentra la familia; se debe hacer de la siguiente forma: un seguimiento al año a las familias con riesgo bajo, dos seguimientos al año a las familias con riesgo medio, y tres seguimientos al año si la familia se encuentra en riesgo alto.

Para la asistencia a los servicios de salud se hace énfasis en la importancia de asistir mínimo dos veces al año para las personas menores de 15 años y una vez al año para las personas mayores, con el objetivo de poder detectar enfermedades en etapa temprana y prevenir la aparición de las mismas. Para esto se dan opciones de acercamiento al equipo de salud oral, como es la ruta de la salud y las jornadas de salud.

Los seguimientos al plan casero contienen:

4.4.3.1. Educación en salud oral:

Se desarrollan en una modalidad de consejería familiar desde una perspectiva dialógica; previo a este proceso, fue necesario contextualizar al equipo de salud en temas diferentes a salud oral, para que el abordaje que se plantee pueda ser dado no solo con una mirada si no la salud oral vista desde las diferentes áreas de intervención en las familias. Teniendo en cuenta los actuales conocimientos de los sujetos, creencias frente a la salud oral, lo que consideran importante, el lenguaje, sus emociones, afectos todo aquello que sea significativo para ellos.

Los aspectos a tocar en cada uno de los núcleos familiares se escogen con cada una de las familias, ya que cada una de ellas presenta diferentes necesidades; para esto se consideró la presencia de niñas y niños en educación en higiene oral, salud nutricional, auto cuidado en general, presencia de mujeres gestantes, educación centrada en auto cuidado oral, aspectos nutricionales, señales de alarma, presencia de adultos mayores, consejería en cuidado de prótesis a los adultos mayores usuarios de estas y posibles enfermedades orales producto de su edad.

En este espacio se presentan constantes dificultades, ya que en el ámbito escolar se desarrollan múltiples actividades, no solo por parte del hospital sino por otros entes que también desempeñan actividades con los estudiantes, generando cancelación en algunas ocasiones de las actividades ya programadas, lo que hace que el cronograma se modifique.

4.4.3.2. Monitoreo a la práctica de cepillado:

El monitoreo a la práctica de cepillado a escolares se realiza con la valoración visual, en la cual se puede observar, con una sustancia reveladora de placa posterior al cepillado libre, si se está realizando adecuadamente la técnica de cepillado de los niños y niñas y el porcentaje de placa, tanto individual como colectivo de cada grado; después de cada monitoreo se realizó la socialización de resultados para concienciar a los escolares, docentes, directivos, padres y madres de familia de la importancia de una buena técnica cepillado.

4.4.3.3. Entrega de Cepillos dentales

A cada estudiante se le hace entrega de un cepillo de dientes. Con los docentes se concertó dejarlo en cada sede educativa, ya que ellos reciben desayuno, almuerzo y merienda en la institución, por lo tanto se acordó con los docentes que después de que ellos reciban sus alimentos deben desarrollar la práctica de cepillado con acompañamiento del docente, con el objetivo de crear en el niño el hábito del cepillado.

4.4.3.4. Actividades lúdico-educativas con los padres de familia

Para esta actividad se realizó una sopa de letras con una información sobre salud oral y hábitos de higiene. Esta actividad fue entregada a los estudiantes de las sedes educativas para que la realizaran junto con sus padres o adulto responsable. El objetivo de esta actividad es que los padres también tomen conciencia de que se debe hacer una buena higiene oral para poder preservar la salud oral, es importante que ellos tengan unas bases para poder orientar a sus hijos y corregirlos en el momento en que estén desempeñando mal las técnicas de higiene.

4.4.4. Seguridad alimentaria y nutricional

Desde el énfasis de seguridad alimentaria y nutricional se han brindado diferentes respuestas, las cuales están expuestas en la tabla 63, discriminadas por etapa de ciclo de vida.

4.4.5. Acciones para disminuir las enfermedades no transmisibles y discapacidades

En el abordaje de la actividad física en la localidad se observa una particularidad y es que por las condiciones rurales y geográficas la población en un alto porcentaje realiza actividades laborales que le obligan a mantener un estado físico aceptable, además de requerir de la caminata como principal medio de transporte.

Para el fortalecimiento de las acciones de inducción a la demanda a los servicios de promoción de la salud, prevención de los riesgos y atención de los daños se cuenta con el modelo de atención el cual contempla una visita bimensual por promotor de salud el cual fortalece el proceso y canaliza a los servicios para ser atendidos en los centros de atención o a nivel domiciliario.

Desde el énfasis de Condiciones Crónicas, el hospital cuenta con dos centros de atención, uno en el corregimiento de Nazareth (CAMI Nazareth) y otro en el de San Juan (UPA San Juan). Los dos centros de atención fueron caracterizados como Unidades Primarias Generadoras de Datos –UPGD- desde 1998 y reciben acompañamiento permanente, representado en capacitaciones y asistencia técnica periódicas, con el objetivo de obtener datos con calidad y oportunidad. Cada centro cuenta con dos médicos rurales y un médico contratista. Adicionalmente, el desarrollo de las condiciones crónicas se realiza a través del fortalecimiento de la identificación y notificación de eventos de interés en salud en los ámbitos de Vida Cotidiana, redes y comités, permitiendo que su análisis y evaluación den cuenta de la situación de salud de los usuarios con condición crónica.

Las dificultades geográficas, sociales, económicas y de carencia de infraestructuras de comunicación en zonas rurales dispersas plantean un reto en la atención oportuna de los pacientes. Por esta razón para el seguimiento oportuno de las personas con condiciones crónicas se debe contar con la participación activa de los equipos extra muros, salud a su casa para el seguimiento domiciliario en la comunidad e identificación de nuevos casos teniendo en cuenta los grupos de edad.

Tabla 63 respuesta brindada desde Énfasis Seguridad Alimentaria y Nutricional por etapa de ciclo vital. Localidad 20 Sumapaz.

ETAPA DEL CICLO	ÉNFASIS	TEMA GENERADOR	RESPUESTA ACTUAL
INFANCIA	SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	De la A a la Z la nutrición de niños y niñas sumapaceños también cuenta.	El modelo de prestación de servicios garantiza la atención del 100% de los niños menores de 10 años y las gestantes.
			La sensibilización frente a la importancia del cuidado del estado nutricional para la salud infantil al personal de salud del hospital encargado de la su control y notificación.
			Garantiza que al 100% de menores de 10 años y gestantes la administración del micro nutriente
			Actividades promocionales de la seguridad alimentaria y nutricional.
JUVENTUD			Proceso de Vigilancia nutricional centinela
			Restaurantes escolares.
			Formación en proyectos productivos en las escuelas.
ADULTEZ		Porque una producción sana genera una alimentación sana en nuestras familias sumapaceñas	Proyecto de Seguridad alimentaria y nutricional enmarcado en Nuestro Modelo de salud Familiar
			Educación y sensibilización frente al consumo saludable de alimentos y en manipulación y consumo del agua
PERSONA MAYOR		Recoger lo sembrado implica mejorar la nutrición de nuestras personas mayores	La inclusión de la Ruta de la Salud ha sido una fortaleza , en la disminución de las barreras de acceso de los menores y las gestantes a los centros de salud

Fuente: Equipo de trabajo Énfasis seguridad Alimentaria y Nutricional. Hospital de Nazareth.

La implementación, el seguimiento y el mejoramiento continuo de seguimientos a esta clase de pacientes permiten evidenciar los puntos críticos y tomar acciones de manera oportuna, identificando la población más vulnerable.

Las enfermedades crónicas son consideradas actualmente un importante problema de salud pública, que tiende a incrementar a medida que la población envejece y desarrolla factores de riesgos reconocidos como alimentación inadecuada, sedentarismo por la poca actividad física asociado a estilos de vida poco saludables.

El Hospital Nazareth a través de su modelo de prestación de servicio en salud familiar con enfoque de riesgo, busca consolidar la red primaria de apoyo la cual se constituye en el soporte de los pacientes crónicos de la localidad, ya que a medida que se trata la enfermedad, el grupo familiar adquiere conocimientos para el mejoramiento de la calidad de vida tanto a nivel individual como colectiva.

Las actividades que se realizan son: consulta médica, tratamiento y supervisión del estado de salud de la comunidad, seguridad alimentaria, seguimiento y visitas por parte de los grupos básicos, caracterización de la población susceptible y edad para el control de las enfermedades crónicas.

Otras actividades que se realizan son: asistencia técnica en el desarrollo y seguimiento del programa, análisis territorial y familiar. Respuesta ante las necesidades de los usuarios desde el enfoque de calidad de vida que redunde en la prevención de condiciones crónicas, además del seguimiento a personas que ya presentan una condición crónica como la hipertensión arterial, diabetes enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC, entre otras.

A través de los planes de cuidado familiar y del seguimiento individual se ha logrado influir sobre las causas particulares de la adherencia al tratamiento, fortalecimiento de grupos comunitarios en temas como la nutrición desde sus recursos y fortalecimiento de aptitudes para la preparación de alimentos sanos.

La influencia cultural de los usuarios presenta un gran reto para los profesionales que abordan a las familias, puesto que se requiere abordar desde sus creencias para lograr satisfacer las necesidades detectadas en cada individuo y familia; es por eso que en este programa los avances no se pueden determinar en el corto plazo.

Con el análisis de la vulnerabilidad familiar se demuestra la influencia de otros factores en la adherencia al tratamiento que permita una mayor especificidad en los resultados y en el abordaje.

La comunidad manifestó la necesidad de crear clubes de crónicos en los cuales se fortaleciera su respuesta en cada una de las situaciones; esta actividad se ha iniciado con la creación de pastilleros por parte de cada usuario con la asesoría y acompañamiento del hospital.

Análisis de los RIPS

- **Análisis cualitativo de los RIPS del periodo de enero a diciembre de 2009**

Para responder ante una de las necesidades y el fortalecimiento de los programas de condiciones crónicas, el hospital Nazareth registra la información teniendo en cuenta la resolución 03374/2000 registro individual de servicio (RIPS) respondiendo al conjunto de datos mínimo y básicos que la ESE utiliza para direccionar, regular y controlar los soportes de ventas de su servicio que en el desarrollo de esta respuesta concierne espacio para socializar al interior de la ESE para la toma de decisiones y fortalecimiento de sus programas.

- **Enfermedades de mayor prevalencia**

En una descripción más detallada la frecuencia de las actividades realizadas en general que se presentaron para el año 2009 se registran 2.760 consultas generales, de las cuales, 1.665 fueron atendidos en el CAMI Nazareth y 1.095 pertenecen a la UPA San Juan; además se detecta que de los 2.760 casos, 370 fueron consulta por primera vez; 160 de ellos por hipertensión arterial para pacientes mayores de 50 años, 22 casos de infección aguda de las vías respiratorias, 17 casos de artrosis, 11 casos de bronquitis aguda y 63 casos de infección en las vías urinarias.

Se coordinó con los profesionales de grupos funcionales de diferentes etapas, PDA y transversalidades como discapacidad, nutrición, gestión social, trabajo local, entre otros, en actividades que permitieron la construcción de una agenda estratégica para el primer trimestre, donde se socializó cada uno de los programas y se identificaron las bases de datos para el desarrollo de este programa.

En auditoria de historias clínicas se hizo revisión y seguimiento a 27 historias correspondientes al 10% de la atención prestada durante el trimestre a los usuarios y donde persisten el 3% de diligenciamiento inadecuado de historias clínicas, 2% espacios en blanco y 2,5% de diligenciamiento de historias clínicas incompleto, 4% letra ilegible.

Para el mejoramiento de estos hallazgos desde la dinamización del programa, se dictaron dos capacitaciones: registro de historias clínicas y diabetes mellitus e hipertensión, en los cuales adicionalmente se compromete al personal asistencial a dar cumplimiento del 100% en el plan de mejoramiento.

En la localidad de Sumapaz el Hospital Nazareth ha desarrollado intervenciones dirigidas a la atención de la población en situación de discapacidad desde el año 2002 hasta la fecha, gracias a los aportes de la Secretaría Distrital de Salud a través de la implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad y del Fondo de Desarrollo Local a través de la financiación de proyectos complementarios.

Durante la vigencia 2002 se llevaron a cabo asesorías domiciliarias orientadas a la promoción de la inclusión social y el ejercicio de los derechos de las personas en condición de discapacidad y sus familias, se desarrollan actividades para la conformación de grupos en el nivel comunitario; con estas actividades no solo se aborda a la persona quien presentaba la deficiencia y se orienta a los cuidadores y otros familiares que desearan obtener información para apoyar los procesos de discapacidad, los grupos conformados fueron *agentes de cambio y cuidando a cuidadores*.

Se promueve el desarrollo de acciones de inclusión social y la participación en el Consejo Local de Discapacidad que se desarrolla de manera simultánea con la Red del Buen Trato. Los proyectos UEL para esta vigencia se dirigen a la prevención y atención de la discapacidad mediante asesorías domiciliarias para la orientación a familias con niños y niñas entre 0 y 5 años en técnicas de estimulación adecuada, se implementa el Banco de Ayudas Técnicas y se desarrolla la Jornada Local de Discapacidad.

Para el año 2003 se continúan las acciones en el espacio familiar con asesorías domiciliarias a 68 familias, en las cuales se incluyó la evaluación de necesidad e implementación de ayudas técnicas son su correspondiente entrega y entrenamiento en su uso apropiado. Se continúan las asesorías de estimulación adecuada; la cobertura alcanzada es de 110 familias; cabe resaltar que durante esta vigencia, el avance se evidencia en la valoración de los niveles de desarrollo de los niños y niñas intervenidos encontrando que el 40% de la población presentaba algún tipo de retraso psicomotor; este factor hace evidente la necesidad de reforzar las acciones dirigidas a este ciclo vital ya que se observa el impacto negativo de esta situación sobre los procesos de escolarización.

En respuesta a las necesidades evidenciadas frente a la población infantil, la formulación de proyectos en el año 2004 hace especial énfasis en el acompañamiento al proceso de desarrollo a través de:

- Asesorías domiciliarias, en las cuales se realizó mayor acompañamiento a las familias para la modificación de hábitos que permitieran la creación de espacios de acercamiento a los niños y niñas, promoviendo el fortalecimiento del vínculo afectivo
- La creación de los Centros Comunitarios de Desarrollo de Habilidades (CCDH) o ludotecas que facilitaran el acceso de la población hasta los 12 años a medios lúdicos que facilitaran la adquisición y afianzamiento de habilidades para el desarrollo integral.

Por otra parte se continúa con las acciones de Banco de Ayudas Técnicas y asesorías domiciliarias para las personas identificadas en la localidad.

Durante el año 2005 se lleva a cabo la aplicación del Registro de Localización y Caracterización de las personas en condición de discapacidad, identificando 292 familias. Este proceso se considera de gran valor, ya que por primera vez se logró consolidar la información acerca de ubicación, problemáticas más frecuentes y condición de acceso a servicios, con lo cual se podrían orientar la formulación de proyectos que a futuro tendrían mayor validez en la solución de las necesidades prioritarias para la población.

Durante esta vigencia, a través de las acciones UEL, se continúa asesorando a las familias para la estimulación de niños menores de 5 años, se lleva a cabo la jornada de discapacidad en la vereda de Nazareth en la cual se hace entrega de las ayudas técnicas requeridas por la población y se logra dar cobertura al 100% de las necesidades identificadas. A través del Plan de Acciones Básicas (PAB) se realizan asesorías domiciliarias, conformación de grupos de cuidando a cuidadores, agentes de cambio y asesorías para la inclusión laboral en las 2 únicas unidades de trabajo formales en la localidad.

En la vigencia 2006 no se realiza ningún tipo de acción financiada con recursos del Fondo de Desarrollo Local, por lo cual se hace énfasis en las actividades propuestas en el PAB; se realizan asesorías a familias de personas en condición de discapacidad tanto de primera vez como de seguimiento; se conforman 2 grupos de cuidando a cuidadores, uno ubicado en el corregimiento de San Juan y otro en el corregimiento de Betania y se conforma un grupo de agentes de cambio en la Vereda de Nazareth. El Hospital Nazareth propone como acción especial la conformación de un grupo de personas, que adquirieran el carácter de organización, para el trabajo en defensa de los derechos vulnerados a las personas identificadas en la localidad, como resultado de este proceso se conforma el grupo “Nueva Esperanza” cuyos integrantes se constituyeron como líderes de la comunidad, con representación de la misma, en el Consejo Local de Discapacidad, el cual, para este momento se empezó a realizar en la localidad, con marcada dificultad para convocar a las instituciones pertinentes.

Este es el primer momento en que la comunidad, representada por sus líderes, inicia el empoderamiento para una participación más activa, en la formulación de respuestas a las problemáticas evidenciadas así como en la toma de decisiones.

El análisis de la información consolidada desde el año 2002 al 2006 permite tener una visión amplia de las necesidades prioritarias de la población, con lo cual se realiza la formulación de los proyectos UEL 2007, a través de los cuales se implementan acciones de prevención y atención de la discapacidad de acuerdo con cada ciclo vital; las acciones implementadas son:

- Educación a la Familia Gestante, dirigida a promover procesos de estimulación prenatal con la entrega de un kit de estimulación, una cartilla ilustrativa para el seguimiento del proceso en el hogar y 16 sesiones de intervención a dos grupos de madres de los tres corregimientos.
- Creciendo Feliz, en la que se realizó la identificación de 40 niños y niñas entre 0 y 5 años para la orientación a la familia en técnicas de estimulación multisensorial en los Centros Comunitarios de Desarrollo de Habilidades CCDH.
- Aprendiendo Feliz, en la cual se realiza la adquisición de baterías estandarizadas de valoración para la identificación de necesidades educativas especiales, la cobertura es

de 100 escolares quienes reciben intervención integral a cargo de terapia ocupacional, fonoaudiología y fisioterapia; se realiza seguimiento a cada escolar a nivel domiciliario con el fin de obtener mayor compromiso de los padres en la continuidad del proceso, se desarrollaron actividades de intervención indirecta con padres y docentes a través de talleres de identificación y manejo de las necesidades educativas en el aula de clase y el hogar.

- Vive Feliz Vive Bien, que contempló el desarrollo de talleres dirigidos a adultos mayores con y sin discapacidad, quienes adquirieron habilidades para el cuidado de la salud de acuerdo con las características propias de su ciclo vital, para el uso adecuado del tiempo libre y para la recuperación del rol productivo, obteniendo en esta última actividad el mayor logro de esta acción al identificar el marcado interés de los participantes por conformar unidades productivas.

De acuerdo con los datos obtenidos en la base DANE 2005-2007 se encuentran localizadas y caracterizadas 340 personas en condición de discapacidad en la localidad de Sumapaz, de las cuales el total de ellas han participado de alguna de las actividades de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad - RBC, en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.

4.4.6. Acciones para mejora la salud sexual y reproductiva

Las acciones promocionales realizadas en el ámbito familiar dirigidas a población femenina y que apuntan a disminuir embarazos en adolescentes de 10 a 14 años se centran específicamente en identificar factores de riesgo en torno a la vivencia de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, a través de los abordajes familiares realizados al 100% de las familias; a partir de lo anterior se estructuran estrategias comunicativas y se realiza su respectivo despliegue, con temáticas priorizadas, en torno a los derechos sexuales y reproductivos.

En las jóvenes de 10 a 14 años se realiza asesoría, por parte de enfermería en los abordajes familiares orientados por los promotores para tal fin; en el contexto familiar se propicia un espacio adecuado de privacidad para que la joven exponga libremente su situación y se puedan aclarar dudas respecto a la vivencia de su salud sexual.

Finalmente, las acciones del ámbito familiar para aportar a la reducción del embarazo en adolescentes, se articulan a las implementadas por la red social materno-infantil, en las cuales el equipo integral de salud se vincula y realiza acciones preventivas y promocionales.

Las acciones promocionales realizadas en el ámbito familiar dirigidas a población femenina y que apuntan a disminuir embarazos en adolescentes de 15 a 19 años, se centran específicamente en identificar factores de riesgo y patrones de conducta adoptados en torno a la vivencia de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, a través de los abordajes familiares realizados al 100% de las familias; a partir de dichos abordajes se estructuran e implementan acciones preventivas y promocionales, para el despliegue de información relacionada con: los derechos sexuales y reproductivos, métodos para la regulación de la fecundidad y portafolio de servicios institucional. Dichas acciones se implementan en los tres ámbitos del modelo, de acuerdo con las necesidades de la población; es así como, si a las y los jóvenes adolescentes se les dificulta desplazarse hacia los centros de salud, desde enfermería se realiza el abordaje, bien sea en su lugar de residencia, estudio o trabajo.

Durante el primer semestre de 2010 se desarrolló el proyecto financiando por el Fondo de Desarrollo Local de Sumapaz para detección de lesiones pre malignas y malignas ginecológicas, beneficiando a 123 mujeres entre los 40 y 50 años con mamografía, ecografía transvaginal y

valoraciones por especialista, sin discriminación de raza, ubicación geográfica ni régimen de aseguramiento.

Se detectaron 21 casos del total de las mujeres participantes que ameritaron remisión a instituciones de mayor complejidad donde están siendo tratadas de acuerdo con los hallazgos encontrados, recibiendo acompañamiento psicosocial permanente.

4.4.7. Acciones para mejorar la salud mental

Como avance, frente al desarrollo de acciones educativas para la promoción de la salud mental, es importante resaltar que año tras año se ha aumentado la cobertura para el desarrollo de estrategias de escucha e intervención frente a los eventos que ponen en riesgo la salud mental, pasando de 15 sedes educativas en el año 2008 a 24 en el 2010 para el desarrollo de estrategias como el buzón 106, el Fortalecimiento de Estrategias de Afrontamiento ante situaciones que ponen en riesgo la salud mental y colegios protectores y activos ante las violencias.

Según el sistema de registro y notificación de las violencias en la localidad de Sumapaz se observa que los casos han disminuido; sin embargo la cobertura de las acciones se ha incrementado partir del desarrollo de intervenciones prurimodales y psicosociales para las familias de la localidad.

Para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA), se encuentra que existe en la localidad un alto consumo de alcohol y cigarrillo, situación que se trabaja a través del abordaje de salud mental, proyectos en el ámbito escolar para su población objeto y el fortalecimiento de las redes como la Red del Buen Trato.

4.4.8. Acciones para disminuir enfermedades transmisibles y zoonosis

En resumen, las intervenciones realizadas desde el plan de intervenciones colectivas en la línea de enfermedades compartidas 2009 fueron:

- Manejo integral del accidente por agresión animal
- Vacunación antirrábica
- Control de la población canina (esterilización de caninos y felinos)
- Visita integral por vectores y roedores en interiores
- Control integrado de focos de artrópodos y roedores plaga en exteriores.
- Educación sanitaria, sensibilización a población en general sobre: manejo adecuado y responsable de los animales, haciendo énfasis en bienestar y tenencia responsable de animales. (espacio adecuado, alimentación, plan sanitario, recreación, aseo entre otras).
- Visita por tenencia inadecuada de animales.
- La cobertura acumulada de esterilizaciones caninas-felinas aumentó en un 67,23% en el periodo comprendido entre el 2008 y lo que va corrido del año 2010, realizando 77 esterilizaciones en el año 2008, 106 en el 2009 y logrando un acumulado de 235 en el año 2010.

- En cuanto a vacunación antirrábica, se tiene un aumento en las actividades acumuladas de 55,3%, iniciando con 900 caninos-felinos en el año 2008 y logrando un total de 2.215 caninos-felinos hasta el presente año.

4.4.9. Acciones mejorar la seguridad sanitaria y ambiental

Respuesta institucional

En consideración a que la localidad 20 de Sumapaz, se encuentra ubicada en el páramo más grande del mundo y es la única localidad netamente rural del distrito, el hospital, ha diseñado e implementado acciones tendientes a la protección del páramo, desde los enfoques promocionales y preventivos, a través de los cuales se abordan temáticas relacionadas con: el manejo adecuado de las fuentes de agua, fungicidas, residuos, utilización de combustibles y tenencia de animales, con el 100% de las familias que habitan el territorio. Dichas acciones se desarrollan de acuerdo con la estructura de la propuesta del énfasis de salud ambiental y tiene como propósito final la conservación del ecosistema, del entorno natural, como aspectos básicos para la generación y mantenimiento de condiciones que favorezcan las condiciones de salud y calidad de vida de la población Sumapaceña.

Durante el año 2009 y lo que va corrido del 2010 se socializó la política de salud ambiental en escenarios concertados a través de los diferentes contextos de gestión evidenciados en la dinámica social local.

En el contexto interinstitucional se trabajó en la Comisión Ambiental Local, Comité Local de Emergencias y Mesa de Ambiente y Ruralidad.

En el contexto comunitario se trabajó en varios espacios informales, en los centros de interés de persona mayor y con la red juvenil, apoyada desde el componente de gestión local de la ESE.

Finalmente, en el contexto institucional, se articula el proceso a las unidades de análisis territoriales, las reuniones de gestión local y salud pública, que se desarrollan en los escenarios de círculo de calidad, con una frecuencia diaria y COVE institucional.

La búsqueda de alternativas de solución, está enfocada a actividades de promoción y prevención. La problemática asociada a condiciones de infraestructura, operatividad o disposiciones legales, se trabaja mediante gestión integral. Tal es el caso de los acueductos comunitarios, cuya problemática es discutida en la mesa distrital del agua, donde participan las alcaldías locales y representantes de la EAAB, CAR, SDS y la SDA. (Tabla 64)

Tabla 64. Resumen de las intervenciones realizadas desde el plan de intervenciones colectivas en la línea de saneamiento básico 2009.

ACTIVIDADES	COMPONENTE DEL ÉNFASIS
Visitas IVC a establecimientos educativos y salones comunales, orientación del plan de emergencias escolares y asesoría técnica; plan de capacitación individual y plan concertado de mejoramiento de los establecimientos intervenidos.	VIGILANCIA SANITARIA, ENTORNOS SALUDABLES
Vivienda en riesgo, caracterización de las condiciones higiénicas sanitarias y del entorno en las viviendas, necesidades de reforzamiento, mejoramiento, adecuación y o reconstrucción de las mismas, plan de capacitación individual y plan concertado de mejoramiento de las viviendas intervenidas	VIGILANCIA SANITARIA, ENTORNOS SALUDABLES Y GESTIÓN INTEGRAL
IVC y monitoreo a la calidad del agua de los acueductos comunitarios.	VIGILANCIA SANITARIA
Mesas de trabajo con representantes de los acueductos.	
IVC a pozos de agua para consumo humano.	
Sensibilización a la comunidad escolar y familias de vivienda saludable sobre manejo adecuado del agua de consumo humano, potabilización casera, seguimiento a filtros, incluyendo lavado y desinfección de tanques, acueductos comunitarios.	VIGILANCIA SANITARIA, ENTORNOS SALUDABLES
Capacitación manejo integral de residuos sólidos, separación en la fuente, compostaje.	ENTORNOS SALUDABLES
Transferencia de tecnología en saneamiento básico alternativo (manejo residuos sólidos orgánicos)	ENTORNOS SALUDABLES, GESTIÓN INTEGRAL.

Fuente: Equipo de trabajo Énfasis salud ambiental. Hospital de Nazareth.

El énfasis de salud ambiental desarrolla una serie de actividades tendientes a controlar o corregir las problemáticas mencionadas; en muchos casos el alcance de las intervenciones no es suficiente para dar respuesta a todas las problemáticas identificadas en la localidad. Por este motivo se ha buscado fortalecer la gestión interinstitucional para generar convenios, alianzas estratégicas, programas o subsidios que permitan realizar mejoras estructurales a los establecimientos, así como de las condiciones de almacenamiento y transporte de alimentos.

Tabla 65. Resumen de las intervenciones realizadas desde el plan de intervenciones colectivas en la línea de seguridad alimentaria 2009

ACTIVIDADES	COMPONENTE DEL ÉNFASIS
Análisis fisicoquímico, microbiológicos y toxicológico de alimentos y bebidas alcohólicas y no alcohólicas	VIGILANCIA SANITARIA
Vigilancia sanitaria a panaderías, restaurantes particulares, comedores escolares, expendios de carne, expendios minoristas, expendios de licor y vehículos transportadores de alimentos.	VIGILANCIA SANITARIA
IVC a panaderías, restaurantes, tiendas, expendios de licor, expendios de carne, comedores escolares, plan de capacitación individual y plan concertado de mejoramiento de los establecimientos intervenidos.	VIGILANCIA SANITARIA
Sensibilización sobre el manejo adecuado de alimentos en establecimientos comerciales y población en general	VIGILANCIA SANITARIA
	ENTORNOS SALUDABLES (A. FAMILIAR – VIVIENDA SALUDABLE)
	DINAMIZACIÓN DEL ÉNFASIS (GESA y RESPONSABLE VIGILANCIA SANITARIA)

Fuente: Lineamientos diferenciadores énfasis de salud ambiental año 2009. Hospital Nazareth

Se evidencia una reducción en el número de muestras con concepto no aceptable, lo cual podría atribuirse a la mejora de las prácticas de manejo y almacenamiento de los productos en los expendios (Tabla 66).

Tabla 66. Comparativo de los resultados no aceptables para muestreos de alimentos años 2008-2009

Producto Muestreado	Resultados no aceptables. 2008	Resultados no aceptables. 2009
Harina de Trigo	0	0
Panela	0	0
Derivados lácteos	2	0
Leche Cruda	0	0
Bebidas alcohólicas	1	1
Sal de mesa	0	0
Mermeladas	0	0
Alimentos preparados	0	0
Total	3	3

Fuente: Consolidado de muestreos realizados énfasis salud ambiente, hospital Nazareth 2008 y 2009.

En la localidad, la alta vocación agrícola hace que sus habitantes recurran a técnicas que eleven sus niveles de producción y disminuyan los tiempos de cosecha, como lo es la aplicación de productos agroquímicos; tal situación genera que un gran número de la población que labora en estas actividades se encuentre expuesta a los efectos tóxicos de estas sustancias. Entre las etapas de ciclo vital que se encuentran expuestas a los efectos perjudiciales en salud se encuentran las de adulto y persona mayor, ya que son ellos quienes asumen las responsabilidades dentro de la familia.

Los reportes de intoxicaciones agudas relacionadas con la manipulación de estas sustancias, evidencian la aparición entre otros de los siguientes síntomas (mareo, visión borrosa, migraña,

vómito, diarrea); con base en las encuestas domiciliarias practicadas a la población agricultora; a pesar de ello existe un sub registro de estas, debido a que las personas afectadas prefieren manejar el cuadro en sus hogares y no acudir al centro de salud.

Es por este motivo que el Hospital Nazareth consideró de suma importancia la formulación de un proyecto especial denominado Sistemas Productivos Saludables, que hace parte del componente del plan integral de entornos saludables, cuyo eje estratégico consiste en la sensibilización y asesoramiento a las familias de vocación agrícola adscritas, para que paulatinamente supriman la utilización de sustancias agroquímicas altamente tóxicas y sean reemplazadas por alternativas orgánicas que generen menos impacto en el medio ambiente y su salud. También hace parte del proyecto el fomento para la introducción de plantas aromáticas y medicinales dentro de las huertas caseras, con el propósito de rescatar saberes ancestrales y la gran variedad de alternativas que ofrece la naturaleza. Existen 30 familias adscritas al proyecto.

Por lo general las bodegas de agroquímicos corresponden a pequeñas construcciones en madera, ubicadas al borde de carretera donde de los agricultores almacenan la cosecha de papa, las semillas a utilizar para la próxima siembra y los productos para fumigación y fertilización de los cultivos. Dichas construcciones no cumplen con gran parte de las exigencias higiénico sanitarias de señalización, salud ocupacional y elementos de seguridad.

Tabla 67. Resumen de las intervenciones realizadas desde el plan de intervenciones colectivas en la línea de industria y ambiente 2009.

ACTIVIDADES	COMPONENTE DEL ÉNFASIS
Ejecución de proyectos especiales de prevención integral en salud ambiental, mediante los que se presta asesoría al sector productivo, fortalecimiento de las unidades productivas e inclusión de bancos de propagación que aporten al mejoramiento del ecosistema.	ENTORNOS SALUDABLES (SISTEMAS PRODUCTIVOS SALUDABLES)
Construcción de herramientas pedagógicas y participativas, rescatando el saber popular de la comunidad y uniéndolo al desarrollo de alternativas técnicas, identificando su relación con un entorno saludable.	
Vigilancia sanitaria a bodegas de almacenamiento de agroquímicos plan de capacitación individual y plan concertado de mejoramiento de las bodegas intervenidas.	VIGILANCIA SANITARIA
Sensibilización y asesoría a industriales y trabajadores en el manejo seguro de sustancias químicas, planes de emergencia	

Fuente: Lineamientos diferenciadores énfasis de salud ambiental año 2009. Hospital Nazareth

Ofrecer una respuesta integral a las necesidades y expectativas en salud ambiental de la localidad 20 Sumapaz, partiendo de los diferenciadores identificados como territorio rural; buscando armonizar lineamientos nacionales, distritales y locales, políticas de ordenamiento ambiental territorial y los componentes de vigilancia sanitaria, entornos saludables y GESA, contribuyendo así al mejoramiento de los determinantes de calidad de vida y salud.

En la respuesta institucional local en la línea de saneamiento básico, teniendo como tema generador la calidad de agua para consumo humano con controles en acueductos comunitarios y pozos de agua se han realizado las actividades descritas en la tabla 68.

Tabla 68. Respuesta institucional a calidad de agua. Localidad 20 Sumapaz 2009

ACTIVIDADES	COMPONENTE DE LA TRANSVERSALIDAD	Necesidad de Cobertura	Cobertura Actual
IVC y monitoreo a la calidad del agua de los acueductos comunitarios.	VIGILANCIA SANITARIA	14 acueductos	14 acueductos
Mesas de trabajo representantes acueductos.	VIGILANCIA SANITARIA	14 acueductos	14 acueductos
IVC en y pozos de agua para consumo humano.	VIGILANCIA SANITARIA	55 pozos	25 pozos
Sensibilización a comunidad escolar y familias de vivienda saludable sobre manejo adecuado del agua de consumo humano, potabilización casera, seguimiento a filtros, incluyendo lavado y desinfección de tanques, acueductos comunitarios.	VIGILANCIA SANITARIA	48 capacitaciones /año	12 capacitaciones /año
	PIES (A. ESCOLAR – PAESA)	27 escuelas	27 escuelas
	PIES (A. FAMILIAR – VIVIENDA SALUDABLE)	120 familias	30 familias
	DINAMIZACIÓN DEL ÉNFASIS (GESA y RESPONSABLE VIGILANCIA SANITARIA)	4 socializaciones en mesas o consejos locales/año	4 socializaciones en mesas o consejos locales/año

Fuente: Equipo de trabajo Énfasis salud ambiental. Hospital de Nazareth.

Las acciones realizadas desde el tema de disposición final de residuos se evidencian en la tabla 69.

Tabla 69. Respuesta institucional a disposición final de residuos. Localidad 20 Sumapaz 2009

ACTIVIDADES	COMPONENTE DE LA TRANSVERSALIDAD	Necesidad de Cobertura	Cobertura Actual
Capacitación manejo integral de residuos sólidos, separación en la fuente, compostaje.	PIES (A. ESCOLAR – PAESA) ,	27 escuelas	27 escuelas
	PIES (A. FAMILIAR-VIVIENDA SALUDABLE)	120 familias	30 familias
	PIES (SISTEMAS PRODUCTIVOS SALUDABLES)	120 familias	30 familias
Transferencia de tecnología en saneamiento básico alternativo (manejo residuos sólidos orgánicos)	PIES (A. ESCOLAR – PAESA)	27 escuelas	27 escuelas
	PIES (A. FAMILIAR-VIVIENDA SALUDABLE)	120 familias	30 familias
	PIES (SISTEMAS PRODUCTIVOS SALUDABLES)	120 familias	30 familias
	DINAMIZACIÓN DEL ÉNFASIS (GESA y RESPONSABLE VIGILANCIA SANITARIA)	2 socializaciones en mesas o consejos locales/año	2 socializaciones en mesas o consejos locales/año

Fuente: Equipo de trabajo Énfasis salud ambiental.

Tema generador de condiciones higiénico sanitarias inadecuadas en edificaciones/ establecimientos educativos, salones comunales y vivienda en riesgo; la respuesta ofrecida se demuestra en la tabla 70.

Tabla 70. Respuestas institucionales a Condiciones higiénicas sanitarias en establecimientos.
Localidad 20 Sumapaz 2009

ACTIVIDADES	COMPONENTE DE TRANSVERSALIDAD	Necesidad de Cobertura	Cobertura Actual
Visitas IVC a establecimientos educativos y salones comunales orientación del plan de emergencias escolares y asesoría técnica, plan de capacitación individual y plan concertado de mejoramiento de los establecimientos intervenidos.	VIGILANCIA SANITARIA	27 escuelas	27 escuelas
	PIES (A. ESCOLAR – PAESA)	27 escuelas	27 escuelas
Vivienda en riesgo, caracterización de las condiciones higiénicas sanitarias y del entorno en las viviendas necesidades de reforzamiento, mejoramiento, adecuación y o reconstrucción de las mismas, plan de capacitación individual y plan concertado de mejoramiento de las viviendas intervenidas	VIGILANCIA SANITARIA	50 viviendas	20 viviendas
	PIES (A. FAMILIAR – VIVIENDA SALUDABLE)	120 familias	30 familias
	DINAMIZACIÓN DEL ÉNFASIS (GESA y RESPONSABLE)	6 canalizaciones en mesas o consejos locales/año	6 canalizaciones en mesas o consejos locales/año

Fuente: Equipo de trabajo Énfasis salud ambiental. Hospital de Nazareth.

En la línea de industria y ambiente, el tema generador de producción más limpia se ha realizado las siguientes acciones (tabla 71).

Tabla 71. Respuesta institucional a línea industria y ambiente. Localidad 20 Sumapaz 2009

ACTIVIDADES	COMPONENTE DE TRANSVERSALIDAD	Necesidad de Cobertura	Cobertura Actual
Ejecución de proyectos especiales de prevención integral en salud ambiental, mediante los que se presta asesoría al sector productivo, fortalecimiento de las unidades productivas e inclusión de bancos de propagación que aporten al mejoramiento del ecosistema.	PIES (SISTEMAS PRODUCTIVOS SALUDABLES)	120 familias	30 familias
Construir herramientas pedagógicas y participativas, rescatando el saber popular de la comunidad y uniéndolo al desarrollo de alternativas técnicas, identificando su relación con un entorno saludable.	PIES (SISTEMAS PRODUCTIVOS SALUDABLES)	3 Sesiones de construcción/año	3 Sesiones de construcción/año
	DINAMIZACIÓN DEL ÉNFASIS (GESA y RESPONSABLE VIGILANCIA SANITARIA)		
Vigilancia sanitaria a bodegas de almacenamiento de agroquímicos plan de capacitación individual y plan concertado de mejoramiento de las bodegas intervenidas.	VIGILANCIA SANITARIA	30 Bodegas	15 Bodegas
Sensibilización y asesoría a industriales y trabajadores en el manejo seguro de sustancias químicas, planes de emergencia	VIGILANCIA SANITARIA	9 capacitaciones/año	9 capacitaciones/año
Sensibilización y asesoría a las familias, comunidad escolar y a la comunidad en general relacionada con los efectos perjudiciales del humo sobre la salud, así como los efectos de deterioro sobre el ecosistema como consecuencia de la deforestación.	VIGILANCIA SANITARIA	32 capacitaciones/año	16 capacitaciones/año
	PIES (SISTEMAS PRODUCTIVOS SALUDABLES)	120 familias	30 familias
	PIES (A. ESCOLAR-PAESA)	27 escuelas	27 escuelas
Sensibilización y asesoría a las familias, comunidad escolar y a la comunidad en general relacionada con los peligros implicados en exposición solar indiscriminada	VIGILANCIA SANITARIA	32 capacitaciones/año	16 capacitaciones/año
	PIES (A. FAMILIAR – VIVIENDA SALUDABLE)	120 familias	30 familias
	PIES (A. ESCOLAR-PAESA)	27 escuelas	27 escuelas
Elaboración de Talleres para la fabricación de Sombreros y bloqueadores solares con materiales y plantas medicinales presentes en la granja, sensibilización frente a los estigmas de la moda y la belleza.	PIES (SISTEMAS PRODUCTIVOS SALUDABLES)	120 familias	30 familias
	DINAMIZACIÓN DEL ÉNFASIS (GESA y RESPONSABLE VIGILANCIA SANITARIA)	Formulación de 2 talleres/año	Formulación de 2 talleres/año

Fuente: Equipo de trabajo Énfasis salud ambiental. Hospital de Nazareth

4.4.10. Gestión transectorial

- Facilitar la articulación de las líneas de intervención con diferentes instituciones con el fin de construir planes de acción concertados con las diferentes redes institucionales en cabeza de la Comisión Ambiental Local (CAL). Fortalecer la participación comunitaria en escenarios como la mesa local de ambiente y ruralidad donde se pueda promover la inclusión de líderes comunitarios en los procesos transectoriales. Así mismo se participará en otros espacios de gestión cuyo objetivo permita el posicionamiento de temas relacionados con el énfasis: Mesa Distrital de Salud Ambiental, Mesa Distrital del Agua, Comité Local de Emergencias y mesa de Abordaje Territorial.
- El posicionamiento de estas temáticas referentes al énfasis y a la política sectorial de salud ambiental se realizará mediante el aprovechamiento de dichos espacios logrando el fortalecimiento de las alianzas estratégicas sectoriales como base para la construcción integral de la respuesta.

4.4.11. Movilización y fortalecimiento de redes sociales

- Con el fin de garantizar el fortalecimiento de la organización social y participación comunitaria en la gestión de la línea de intervención de la política de salud ambiental, fortalecer la implementación de la estrategia atención primaria ambiental – APA, promoción de acciones divulgación y comunicación.
- Gestión de Diseño del modelo de educación para el énfasis de salud ambiental en el contexto rural, que permita gestión, promoción y prevención con la comunidad en general frente a temas de educación en salud ambiental, en articulación con las diferentes mesas y consejos que cuenten con activa participación comunitaria.

4.5. Organizaciones Comunitarias

Con relación a las acciones de fortalecimiento de los grupos comunitarios, se ha avanzado en la creación de estrategias de abordaje a las familias Sumapaceñas para fortalecer procesos de participación y exigibilidad de sus derechos como ciudadanos y ciudadanas del distrito. Es así que se desarrolla la “Escuela de Ciudadanía” en la que, a partir del desarrollo de actividades de movilización social se resalta la participación en los escenarios colectivos con que cuenta la localidad tanto en espacios de organización de origen comunitario como en los que son promovidos por las diferentes instituciones que hacen presencia en lo local

En la actualidad se tienen caracterizadas 8 organizaciones comunitarias de tipo productivo, 2 organizaciones sociales, una organización juvenil, 1 organización en defensa del medio ambiente, 11 organizaciones promovidas por la Secretaría Distrital de Integración Social y 15 organizaciones promovidas por el Hospital Nazareth a partir de las diferentes líneas de intervención que desarrolla.

Algunos espacios de participación son:

- **Consejo Local de Gobierno:** Presidido por la señora Alcaldesa y funciona en la Sede Administrativa.
- **Consejo Local de Planeación:** Presidido por la señora Alcaldesa y funciona en la Sede Administrativa.

- **Consejo Local de Política Social:** Presidido por la señora Alcaldesa y funciona en la Sede Administrativa.
- **Alcaldía en contacto con la comunidad:** Presidido por la señora Alcaldesa y funciona de forma itinerante cada quince días en diferente vereda.
- **Junta de Ferias:** Sesiona en épocas en que se avecinan eventos feriales y es presidido por un habitante de la localidad, elegido para un periodo definido.
- **Comité Local de Emergencias:** Sesiona una vez al mes, en el último viernes de cada mes; en él tienen asiento el representante de la administración local, representantes de Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial MAVDT – EUSPNN, Corporación Autónoma Regional CAR y de las entidades distritales que hacen presencia en la Localidad.

Existen Subcomités, como los de Seguridad Alimentaria, Mujer y Géneros, Discapacitados, Adultos Mayores, etc.,

Principales Organizaciones Locales

- Sindicato Agrario; Red Ambiental; ASOJUNTAS; Juntas de Acueductos Veredales; Fundación Oro Azul; Fundación El Roble; Fundación Fusungá; Junta de Ferias y Exposiciones; Juntas de Acción Comunal.

4.5.1. Consejo de Consejos

En vista de esta situación, la Alcaldía Local de Sumapaz, en cabeza de la Doctora Reinere de los Ángeles Castillo, diseñó junto con su equipo de planeación una estrategia denominada Consejo de Consejos; espacio donde convergen todas las mesas, redes, comisiones y consejos 4 veces al año, en diferentes veredas de la localidad. La administración local brinda todo el apoyo logístico necesario para convocar y movilizar a miembros de la comunidad hacia el espacio definido para tal fin. Entre las mesas incluidas en la estrategia, la de ambiente y ruralidad se ha constituido como la mejor alternativa para involucrar a líderes interesados en hacer aportes relacionados con salud y ambiente. El Hospital Nazareth, a través del referente GESA, participa de manera permanente en dicho espacio y tiene como propósito lograr la integración de la Mesa Distrital de Salud Ambiental así como foros, talleres y conversatorios con la mesa de ambiente y ruralidad. Esto requiere de voluntad por parte de las secretarías técnicas en los espacios de gestión de la salud ambiental urbanos, para movilizarse a la localidad en las fechas establecidas para el desarrollo del consejo de consejos. De esta manera se lograría la vinculación de líderes comunitarios así como de monitores ambientales comunitarios en representación de la localidad de Sumapaz en procesos distritales que lo requieren.

4.5.2. Actores involucrados en el proceso de respuesta intersectorial

- **Alcaldía Local:** Se delegan los funcionarios para participar en redes consejos y comités, de tal manera que se toman decisiones en cuanto a procesos de programas, se cuenta con el apoyo a nivel logístico sede, transporte; genera espacios de encuentros comunitarios, dirige el Consejo Local de Gobierno, entre las metas de la alcaldía está mejorar la imagen de localidad. (Aliado)
- **Fondo de Desarrollo Local:** Desarrolla acciones por medio de la ULATA Unidad Local de Acciones Técnicas y Ambientales, con asociación con diferentes instituciones, unión de los

proyectos especiales, características de la comunidad; ofrece todos los servicios y asesoría técnicas en temas agropecuarios y ambientales. Planificación del territorio organizaciones ambientales. Servicios ambientales y en salud, teniendo en cuenta la calidad de vida y las características culturales.

- **SISL:** Tiene una función asistencial, es decir organiza la entrega canasta familiar, alimentaría para escolares y niños, programas con persona mayor. Salidas y paseos, seguridad alimentaria y nutricional. Se busca proceso en cuanto a la nutrición de las familias teniendo en cuenta las etapas del ciclo vital.
- **Dama:** FDLS, DAMA generan construcción por el territorio clave de Sumapaz por su recurso hídrico y por el páramo más grande cuidado de la nación, fuentes de negociación a nivel ambiental.
- **Agroredes:** Organiza la comunidad en función de fomentar la empresa organizada. Genera el abastecimiento a nivel local y luego sí hacia Bogotá Urbana, comercialización.
- **Comisaría de familia:** Seguimiento y atención de los casos de la red del buen trato; la Comisaría no tiene sede en la localidad, la comparte con Usme.
- **Ejército Nacional:** Se encarga de propiciar la seguridad y el orden.
- **Unidad Ejecutiva de Servicios Públicos:** Propicia espacios de concertación frente al desarrollo de condiciones básicas de la localidad.
- **Acueducto:** Técnico recursos económicos funcionarios delegados brindan herramientas (aliado potencial).
- **ETB:** Soportando el sistema de comunicaciones de los centros de atención.
- **Misión Bogotá:** Tiene programas desde la dirección Alcaldía Mayor.
- **Secretaría de Integración Social:** Proyecto de canasta familiar donde se direcciona a través del Hospital de Nazareth
- **Parques Nacionales:** Genera programas de cuidado del parque, proyectos especiales, cultura de conservación.
- **Fiscalía:** Interviene en situación de seguridad.
- **Personería:** Dirige acciones en los centros poblados de la comunidad.
- **Contraloría:** Su actuar es pasivo dado que han realizado acercamientos pero sin definiciones efectivas.

4.6. Redes de Apoyo por Etapa de Ciclo Vital

4.6.1. Infancia y juventud

La identificación de las redes de apoyo con las cuales cuentan los niños, niñas, adolescentes y gestantes en la Localidad 20 de Sumapaz se constituye en una herramienta determinante para facilitar el ejercicio de sus deberes y derechos en el marco de la política pública de infancia y adolescencia, adoptada para el Distrito Capital.

Adicionalmente en el marco de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud se resalta la importancia de reconocer y vincular las estructuras organizativas existentes en los territorios como un mecanismo para garantizar la participación, en la vía de la garantía de los derechos de las poblaciones. Lo que implica la articulación del estado y las comunidades para la formulación e implementación de respuestas integrales que permitan la satisfacción de las necesidades reales de las comunidades.

El aspecto anteriormente mencionado recobra gran importancia en la medida en que los niños, niñas, adolescentes y mujeres en etapa de gestación no han sido vinculados históricamente en los procesos de participación de la localidad, restringiendo los mecanismos para la exigibilidad de sus derechos a la representación ejercida por otras organizaciones.

El reconocimiento, análisis y la construcción de las redes sociales para la Etapa del Ciclo Vital Infancia, permite fortalecer la articulación de esfuerzos entre los sectores, las instituciones y la comunidad en torno a la generación de espacios de participación que favorezcan la movilización social y el ejercicio de los derechos por parte de los niños, niñas, adolescentes y mujeres gestantes y la construcción conjunta de respuestas integrales, que a partir de la comprensión de las especificidades de la dinámica social y del abordaje de las principales problemáticas de la población infantil del Sumapaz.

La reciente introducción de la perspectiva de derechos, reconoce a niños y niñas como sujetos de derechos, lo que implica que ellos y ellas sean actores activos de participación dentro de los espacios sociales en los cuales interactúan habitualmente, en Sumapaz los espacios principales son: la familia, la escuela y la vereda.

Reconocer a los niños y niñas del Sumapaz como sujetos de derechos desde que nacen, implica priorizar sus necesidades ante cualquier circunstancia social, política, económica y familiar, en beneficio de su desarrollo integral. El marco normativo ha generado adelantos en materia de participación de niños y niñas, en los contextos mundial, nacional y local; sin embargo, en los niños y niñas de esta localidad falta apropiación del mismo, puesto que aunque los infantes participan en diferentes reuniones comunitarias no se identifica una correlación de este proceso.

La principal materialización de dicho desconocimiento se da en torno a los mecanismos de participación y reconocimiento de niños y niñas como sujetos de derechos, frente a lo cual es importante mencionar que el ejercicio de su autonomía se ha centrado en las percepciones de los adultos y adultas, quienes han asumido un rol protagónico en los espacios estructurados para la toma de decisiones relacionadas con la garantía de sus derechos; entre estos, es importante mencionar el Consejo Tutelar, constituido principalmente por mujeres adultas (madres de familia), quienes se ocupan de priorizar las necesidades de los y las niñas con el fin de dar respuesta.

La participación de niños y niñas en la localidad de Sumapaz está sujeta a la asistencia a los eventos con sus padres y madres, así como la vinculación en actividades lúdicas - recreativas y/o culturales, básicamente focalizadas en el contexto escolar; lo cual limita el posicionamiento de la participación como sujetos activos (niños y niñas) en el conocimiento y exigibilidad de derecho.

A finales del 2008 se genera el espacio de Consejo de Consejos en la localidad de Sumapaz, en el cual se cuenta con la participación de la mesa de niños y niñas, donde los infantes presentan sus opiniones frente a los temas que se tratan a nivel general. Lo anterior permite iniciar un proceso de participación organizada de forma comunitaria para niños y niñas de la localidad.

Las características de los y las jóvenes en Sumpaz se encuentran mediada por patrones culturales que priorizan la adopción del rol laboral a temprana edad; esta situación ha dado como herramienta formativa por parte de los padres y como apoyo para ellos en el ejercicio de las labores propias del campo.

En términos generales los y las jóvenes de Sumapaz se comunican e interactúan entre ellos, teniendo en cuenta los aspectos geográficos y de comunicación de la localidad; no es factible la interacción con los y las jóvenes de Bogotá Urbana, sin embargo en aspectos como la música, vestuario entre otros se tiene influencia de los y las jóvenes de Bogotá Urbana.

En los últimos años los y las jóvenes de la localidad han evidenciado un interés particular por vincularse en escenarios de participación en los que tengan incidencia para la toma de decisiones; existen patrones culturales que subvaloran los roles de liderazgo asumidos por los y las jóvenes de la localidad, restringiendo su autonomía a las decisiones concertadas por los adultos y las adultas, En relación con lo anterior, los y las jóvenes del Sumapaz que tiene acceso a mecanismos de formación política para la participación y deciden vincularse a dichos escenarios, poseen un mayor grado de acceso a oportunidades educativas en el contexto urbano, lo que ha incrementado el desplazamiento de los líderes y lideresas juveniles hacia Bogotá Urbana o hacia otros destinos, viéndose obligados a abandonar procesos organizativos locales, los cuales se ven eventualmente truncados por las debilidades existentes para identificar y potenciar nuevos liderazgos desde ejercicios autónomos; generando pérdida del interés por parte de los y las jóvenes frente a los procesos organizativos y de la continuidad de los mismos.

Un factor adicional, que complejiza los ejercicios organizativos y de movilización en los y las jóvenes de la localidad es la visibilización de la participación juvenil como un factor que expone a los y las jóvenes hacia señalamientos por la expresión libre de sus ideas, como consecuencia de condiciones de inseguridad en el territorio, sumada a la demanda de grandes distancias para vincularse a espacios de participación institucionales o comunitarios, lo que incrementa el debilitamiento de procesos organizativos locales. Según percepciones en los y las jóvenes en espacios locales.

Es importante mencionar que dentro de las organizaciones juveniles que evidencian interés por apoyar los procesos de movilización de los niños y niñas se encuentran identificadas: Red agroambiental Oro Azul, Consejo local de juventud, Organización Juvenil - agua, cañiza y romero.

4.6.2. Adulthood

La participación de los y las adultas se encuentra condicionada por el factor tiempo debido a que se priorizan las actividades propias del rol laboral como es la característica general de este ciclo vital; como consecuencia en los escenarios de participación convocados y concertados intersectorialmente con la comunidad se evidencia escasa representatividad de los adultos y adultas, con relación al posicionamiento de las necesidades propias de esta etapa de la vida.

Como otro factor determinante para los procesos participativos de los adultos y las adultas en el Sumapaz, se encuentra que existe poca rotación de liderazgos en escenarios de participación comunitaria e institucional, lo que conlleva a la monopolización de la autonomía y la incidencia en la toma de decisión, generando como consecuencia la pérdida de interés por parte de los adultos y adultas que eventualmente no se vinculan a dichos escenarios, delegando la exigibilidad de sus derechos a terceros.

En los últimos años se ha evidenciado la participación organizada y activa de las mujeres adultas en este proceso en su etapa inicial, por lo cual necesita el apoyo normativo e institucional para la consolidación, fortalecimiento y permanencia a través de los años, es de resaltar que la voz de la mujer adulta está siendo reconocida para la toma de decisiones. Situación que es nueva y positiva para una localidad netamente campesina.

Aunque existen espacios de participación liderados y motivados por la comunidad, los cuales inciden en el desarrollo de la localidad, de igual manera existen otros espacios con gran incidencia de las instituciones al punto que algunos grupos dependen de la iniciativa y formación de actores externos los cuales direccionan las ideas de acuerdo con las expectativas propias de su misión, lo cual pone en riesgo la participación autónoma debido a que la comunidad se acostumbra a adquirir beneficios por su participación social y no se evidencia como un derecho.

4.6.3. Persona mayor

En Sumapaz, los procesos participativos se han centralizado históricamente en los saberes construidos desde las experiencias de las personas mayores en el territorio, quienes con frecuencia son visibilizados como líderes vitalicios, por ser quienes vivenciaron las luchas por el territorio, lo cual les da autoridad y respeto por parte de las generaciones.

Sin embargo se evidencia ausencia de formación política para la participación en escenarios de toma de decisiones, lo que ha restringido su incidencia política, generando a la vez pérdida del interés por participar en los espacios propios del ciclo persona mayor y sub – valoración frente a los procesos de intercambio de saberes inter-generacionales.

Las dinámicas sociales en las que se han estructurado históricamente los roles de liderazgo de las personas mayores han condicionado sus responsabilidades, enmarcadas principalmente en la lucha por el territorio y por condiciones mínimas de habitabilidad y seguridad en el territorio, haciendo invisibles las demás dimensiones en las que se movilizan sus derechos como ciudadanos.

Como consecuencia, se evidencia una capacidad de argumentación poco estructurada, pérdida del interés frente a los procesos de movilización en las personas mayores y restricción en la autonomía para convocar y congregarse, aspecto que se ha exacerbado hoy en día, generando el desconocimiento de los intereses colectivos de la etapa del ciclo vital y la priorización de los intereses individuales. Esta situación se ha visto incrementada por la institucionalización de la participación, que ha generado condicionamientos para participar, asociados a la obtención de beneficios particulares, como bonos, mercados, etc. Finalmente es importante mencionar que como factor determinante de los procesos participativos, se encuentra la percepción de temor e inseguridad que actualmente tiene las personas mayores en el territorio.

A continuación se relacionan actores que ayudan a dar respuesta a problemática presentada en esta etapa de ciclo de la vida:

Alcaldía Local: Se delegan los funcionarios para participar en redes consejos y comités, de tal manera que se toman decisiones en cuanto a procesos de programas, se cuenta con el apoyo a nivel logístico sede, transporte, genera espacios de encuentros comunitarios, dirige de consejo local de gobierno, metas de la alcaldía es cambiar la mejorar la imagen de localidad.

Fondo de Desarrollo Local: Desarrolla acciones por medio de la ULATA unidad local de acciones técnicas y ambientales con asociación con diferentes instituciones, unión los proyectos especiales, características de la comunidad ofrece todos los servicios y asesoría técnicas en temas agropecuarios ambientales. Planificación del territorio organizaciones ambientales. Servicios ambientales, salud teniendo en cuenta la calidad de vida y las características culturales.

SISL: Tiene una función asistencial, es decir organiza la entrega canasta familiar, alimentaría para escolares y niños, programas con persona mayor. Salidas y paseos, SAN se busca proceso en cuanto a la nutrición de las familias teniendo en cuenta las etapas del ciclo vital.

Dama: FDLS, DAMA generan construcción por el territorio clave de Sumapaz por sus recursos hídricos y por el páramo más grande y cuidado de la nación, fuentes de negociación a nivel ambiental.

Agroredes: Organiza la comunidad en función de fomentar la empresa organizada. Genera el abastecimiento a nivel local y luego si hacia Bogotá Urbana, comercialización.

Comisaría de Familia: Seguimiento y atención de los casos de la red del buen trato, comisaría no tiene sede en la localidad la comparte con Usme.

Ejército Nacional: Se encarga de propiciar la seguridad y el orden.

Unidad Ejecutiva de Servicios Públicos: Propicia espacios de concertación frente al desarrollo de condiciones básicas de la localidad.

Acueducto: Técnico recursos económicos funcionarios delegados brindan herramientas.

ETB: Soportando el sistema de comunicaciones de los centros de atención.

Misión Bogotá: Tiene programas desde la dirección de la Alcaldía mayor.

Secretaría de Integración Social: Proyecto de canasta familiar donde se direcciona a través del hospital.

Secretaría de Integración Social: Proyecto de canasta familiar donde se direcciona a través del Hospital.

Parques Nacionales: Genera programas de cuidados del parque, proyectos especiales, cultura de conservación.

Fiscalía: Interviene en situación de seguridad

Personería: Dirige acciones en los centros poblados la comunidad pone sus quejas, establecer orden.

Contraloría: Su actuar es pasivo dado que se han realizado acercamientos *pero sin definiciones efectivas.*

4.7. Propuestas de Respuestas Integrales

Tabla 72 – Propuesta de respuestas integrales

TERRITORIO DE GESTIÓN SOCIAL INTEGRAL	NUCLEOS PROBLEMATICOS	PROPUESTAS INTEGRALES
TERRITORIO I	Fragilidad Social en el territorio I relacionada con condiciones geográficas que dificultan el acceso a la entrega de servicios a cargo del Estado afectado a todas las etapas del ciclo vital.	Gestión intersectorial para fortalecer canales e incentivar la creación de medios que permitan disminuir las barreras evidenciadas logrando el acceso a los servicios.
TERRITORIO II	Inadecuadas practicas productivas relacionadas con la demanda y expectativa de crecimiento económico; trayendo como consecuencia infraestructura inadecuada de establecimientos presentes en este territorio y aumento de economía informal, afectando principalmente población económicamente activa.	Fortalecer el proceso de vigilancia sanitaria y generar alianzas estratégicas con Instituciones que actúan y hacen presencia en el territorio con el fin de lograr líneas de crédito dirigido a los representantes legales de los establecimientos que permita la adecuación teniendo en cuenta la legislación sanitaria vigente.
TERRITORIO III	Débiles prácticas para el cuidado de la salud y entorno relacionados con la respuesta superficial e intermitente de la población del territorio frente a acciones desarrolladas para mejorar su calidad de vida.	Brindar estrategias locales que permitan fortalecer el proceso de co-responsabilidad en los habitantes con el fin de mejorar su calidad de vida.
	Patrones Culturales que generan comportamientos inadecuados impactando negativamente en la salud mental de los individuos habitantes del territorio condiciendo a situaciones de violencia.	Desarrollar procesos de promoción a toda la población Sumapaceña, permitiendo establecer diagnósticos familiares con una categoría de vulnerabilidad la cual definirá el Número de intervenciones a desarrollar de acuerdo con la problemática identificada permitiendo un abordaje integral.
	Adopción de roles laborales en condiciones no seguras que afectan a niños y niñas del territorio interfiriendo en su desarrollo biopsicosocial.	Fortalecer los Club Jugar es Productivo donde se trabaja con adolescentes entre 15 y 17 años. Club Pequeños Guardianes en Salud, donde se trabaja con niños y niñas entre los 7 y los 14 años. Para incluirlos se tiene en cuenta la vulneración de los derechos de estos niños en cuanto al derecho a la salud cuando el desarrollo de actividades no acorde a su edad les afecta su salud e impide su desarrollo integral. Derecho a la educación, cuando estos se retiran del estudio por desarrollar actividades laborales y a la recreación, cuando en su tiempo libre no pueden realizar actividades de diversión por que los obligan a trabajar. En estos clubes se desarrollan actividades encaminadas a la prevención y erradicación del trabajo infantil como: talleres de derechos, trabajo protegido, mi cuerpo familia y sociedad, talleres con padres, talleres con docentes y con comunidad en general para sensibilización, talleres de protección al medio ambiente, proyecto de vida, y creación de empresas con jóvenes entre los 15 a 17 años quienes con un permiso pueden desarrollar actividades productivas, según ley 1098.

TERRITORIO DE GESTIÓN SOCIAL INTEGRAL	NUCLEOS PROBLEMATICOS	PROPUESTAS INTEGRALES
TERRITORIO IV	Escasos resultados en ejercicios de construcción de alternativas para el desarrollo social en el territorio relacionado con débil cohesión social trayendo como consecuencia retraso en el desarrollo de acciones en pro del mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población.	Fortalecer los procesos de participación permitiendo la construcción y garantía en el cumplimiento de acciones propuestas.
	Inseguridad alimentaria y nutricional asociada a inadecuados hábitos de alimentación reflejados en dificultades para el aprovechamiento biológico en menores de 10 años , en el territorio trayendo como consecuencia desnutrición aguda en esta población.	Brindar estrategias de intervención desde todos los sectores permitiendo fortalecer los hábitos alimenticios de la comunidad, buscando el aprovechamiento de recursos.
TERRITORIO I – II – III - IV	Deterioro de las condiciones de salud ambiental, en los ámbitos de vida cotidiana en toda la población de los cuatro territorios trayendo como consecuencia alteraciones en salud y pérdida del ecosistema.	Generar alianzas transectoriales para la formulación y ejecución de proyectos orientados al mejoramiento de los determinantes socio-ambientales que inciden sobre la salud de los habitantes enfocados principalmente a prácticas conservacionistas de los recursos.
	Insuficientes escenarios en la localidad de Sumapaz, para facilitar y promover el desarrollo integral de niños y niñas, a través del juego, la práctica de actividad física, la recreación y/o el deporte lo cual conlleva a patrones culturales aislados e inadecuado desarrollo de actividades psicomotrices.	Fomentar espacios culturales y recreativos que permitan desarrollar estrategias manifestadas en la construcción de la política pública de deporte, recreación y actividad física teniendo en cuenta el contexto rural.

Fuente: Hospital Nazareth ESE

Las propuestas de intervención han sido concertadas a través de diferentes espacios Locales con los diferentes sectores e Instituciones de la Localidad con el fin de brindar acciones integrales a las comunidades de acuerdo con cada uno de los núcleos problemáticos construidos y aprobados anteriormente con el fin de afectar positivamente los determinantes de calidad de vida y salud de la población de Sumapaz teniendo en cuenta su contexto rural, en el marco del modelo de prestación de servicios “Familia sana, Comunidad saludable, Entorno natural”. Por lo anterior se requiere establecer dos equipos de salud pública, uno ubicado en territorios y otro en la zona urbana.

El equipo ubicado en la zona urbana se denomina *Equipo de gestión de la salud pública* y el equipo ubicado en territorio se denomina *Equipo integral de salud pública*.

El equipo de gestión de la salud pública tiene la misión de facilitar, coordinar y articular los procesos a nivel local, a través de una gestión con actores intra e interinstitucionales, estableciendo la línea técnica entre la normativa distrital, la institucional y contexto local; a este proceso se ha denominado *dinamización*, y quienes la ejecutan se denominan *dinamizadores*. Dicha dinamización se establece para: la gestión de comunidades saludables, los énfasis y la evaluación y análisis, elementos referidos en el texto de referente operativo de este documento.

El equipo dinamizador, se constituye en el principal ordenador de respuestas integrales a partir del conocimiento local; un ejemplo de esto es la entrega de servicios a la población en condición de discapacidad, en el cual el perfil que dinamiza tiene la mirada integradora de la oferta suministrada por los diferentes planes de beneficios y de las necesidades reales de la población, generando así procesos eficientes.

La conformación del equipo de gestión de la salud pública incluye el alto nivel directivo de la institución bajo el liderazgo de la gerencia, quien interactúa continuamente con el equipo de líderes de los procesos misionales institucionales y el equipo de dinamizadores. Esta organización es un amplio proceso que el hospital ha venido asumiendo en forma activa a través de la acción ordenada desde el nivel gerencial, con interacción y retroalimentación continua en los niveles institucionales subsiguientes como son las subgerencias, oficinas asesoras, líderes de proceso, dinamizadores y equipos integrales territoriales.

El quehacer de este equipo es la dinamización de la gestión social integral, concebida como una herramienta para facilitar canales de comunicación asertivos y eficientes entre: los equipos integrales de salud y la comunidad; la comunidad y el Hospital; el Hospital y otros sectores; con el ánimo de generar respuestas a las necesidades de la comunidad del Sumapaz, articulándose con los referentes conceptuales y políticos de nivel local y distrital.

El equipo integral de la salud pública: Tienen su sede y vivienda en cada una de las unidades de atención, realizando acciones por territorio. Están conformados interdisciplinariamente según la generación de alternativas de solución concertadas con las comunidades y corresponde a los siguientes perfiles: médico, enfermera, odontólogo, trabajadora social, promotores de salud, auxiliares de enfermería, terapeutas ocupacionales, físicas y de lenguaje, ingenieros ambientales, agrónomos, médico veterinario, nutricionistas, los cuales varían según necesidades identificadas.

- Territorio IV: Escasos resultados en ejercicios de construcción de alternativas para el desarrollo social en el territorio IV relacionado con débil cohesión social, trayendo como consecuencia retraso en el desarrollo de acciones en pro del mejoramiento de calidad de vida y salud de la población.

CONCLUSIONES

El diagnóstico local con participación social de la Localidad de Sumapaz, 2009 – 2010 es un documento que brinda información actualizada acerca de la situación de salud y calidad de vida de los y las pobladores/as de la localidad rural del Distrito Capital. Su importancia radica en brindar un conocimiento veraz, confiable y participativo sobre las dinámicas poblacionales, las características ambientales, los aspectos socio-económicos y sociales de esta localidad.

Este diagnóstico se focaliza en los cuatro territorios que componen la localidad. Brinda información general y territorial, teniendo en cuenta los distintos énfasis y etapas de ciclo de vida, en el marco del modelo de atención “Familia sana, Comunidad Saludable, Entorno Natural”.

A partir de la identificación de ciertas problemáticas específicas que afectan la calidad de vida y salud, se desarrolla un proceso de concertación, articulación y trabajo intersectorial con el propósito de poder posicionar políticamente aquellos problemas sentidos por la comunidad a los que se les debe dar una intervención y respuesta integrales con la participación de todos los sectores. Estos problemas, o núcleos problemáticos se consolidan en un documento que se llama “Agenda Local”.

Podemos mencionar de manera general los núcleos problemáticos identificados:

- Territorio I: Fragilidad social en el territorio I relacionada con condiciones geográficas que dificultan el acceso y la entrega de servicios a cargo del estado afectando a todas las etapas del ciclo de la vital.
- Territorio II: Inadecuadas prácticas productivas relacionadas con la demanda y expectativa de crecimiento económico en el territorio II trayendo como consecuencia infraestructura inadecuada de establecimientos presentes en este territorio y aumento de la economía informal, afectando principalmente a la población económicamente activa.
- Territorio III: Débiles prácticas para el cuidado de la salud y entorno relacionados con la respuesta superficial e intermitente de la población del territorio III frente a acciones desarrolladas para mejorar su calidad de vida. Patrones culturales que generan comportamientos inadecuados impactando negativamente en la salud mental de los individuos habitantes del territorio III conduciendo a situaciones de violencia.

www.saludcapital.gov.co