

Documento Análisis de condiciones de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad

SUMAPAZ 2016



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Contenido

Introducción.....	8
3.4 Objetivo General	9
3.5 Objetivos Específicos	10
Capítulo I. Caracterización de los contextos territorial y demográfico	11
1.1 Contexto Territorial.....	11
1.2. Estructura Demográfica.....	17
CAPÍTULO 2: ANALISIS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (DETERMINANTES)	26
2.1 Dimensión Salud Ambiental	26
2.1.1. Medio Ambiente y Recursos Naturales en la Localidad de Sumapaz.....	26
2.1.2. Calidad de Aire en la localidad de Sumapaz	27
2.1.3. Áreas de Riesgo y Amenaza (inundaciones, incendios, movimientos de masa) de la localidad de Sumapaz).....	28
2.1.4. Actividades productivas y de autoconsumo	29
2.1.5. Clasificación y delimitación del territorio	33
2.2 Dimensión Ambiente Construido	33
2.2.1 Acceso y calidad de servicios públicos.....	33
2.2.2 Saneamiento Básico.....	34
2.2.3 Espacio Público	35
2.2.4 Transporte y Movilidad	35
2.2.5 Hogares y Vivienda.....	36
2.3 Dimensión Social	37
2.3.1 Educación y escolaridad	37
2.3.2 Recreación y Deporte	37
2.3.3 Cultura	38
2.3.4 Salud	38
2.3.5 Bienestar y Protección Social	40
2.3.6 Infraestructura de seguridad y justicia	41

2.3.7	Estrato socioeconómico.....	41
2.3.8	Pobreza, NBI, IDH, relación de dependencia, pobreza e indigencia	42
2.4	Dimensión Económica.....	43
2.4.1	Principales actividades económicas y desempleo	43
2.4.2	Coeficiente de Gini	45
2.4.3	Ingresos y Gastos de los hogares	46
2.4.4	Infraestructura de desarrollo económico agrario, distribución, transformación y comercialización	47
2.4.5	Infraestructura de desarrollo económico industrial o empresarial.....	48
2.4.6	Acceso a canastas SAN	48
2.5	Dimensión Política-administrativa	49
2.5.1	Espacios de participación comunitaria presentes en el municipio	49
2.5.2	Acciones institucionales o interinstitucionales para el fortalecimiento de la situación en salud en la localidad	50
CAPÍTULO 3: MORTALIDAD Y MORBILIDAD		51
3.1	Mortalidad	51
3.1.1	Mortalidad por Grandes Causas.....	51
3.1.2	Mortalidad subgrupos específicos, Grandes Causas 6/67.....	52
3.2	Mortalidad infantil y en la niñez	56
3.2.1.	Mortalidad materno - infantil y en la niñez	57
3.3	Análisis estructura de morbilidad	58
3.2.1.	Descripción de la morbilidad por momento de curso de vida, según agrupación 6/67, Localidad Sumapaz.....	66
3.4	Descripción de la Oferta.....	72
3.5	Eventos De Vigilancia En Salud Pública	74
3.5.1	Eventos De Vigilancia En Salud Pública.....	74
3.6	Análisis general de la morbilidad e identificación de prioridades de morbilidad .	87
CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DIFERENCIAL DE POBLACIONES		90
4.1	Relación de Población, Territorio, Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud poblaciones diferenciales.....	91

4.2	Contexto Demográfico.....	94
4.3	Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud de poblaciones diferenciales- Localidad de Sumapaz	96
4.4	Análisis de Situación de Salud para las poblaciones.	98
4.5	Campesino del Sumapaz	101
4.6	Localización de la población campesina identificada	101
3.5.2.	Relación de Población y Territorio población campesina en Sumapaz,	103
4.7	Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud de poblacion campesina localidad de Sumapaz.....	103
3.5.4.	Análisis de Situación de Salud poblacion campesina.....	105
CAPÍTULO 5: ACCIONES EN SALUD PÚBLICA.....		108
5.1	Espacio educativo	108
5.2	Espacio Trabajo	110
CAPITULO 6. ANALISIS Y SINTESIS.....		114
6.1	Metodología	114
6.2	Nodos.....	116
6.2.1	Momento de identificar	116
6.2.2	Momento de comprender.....	120
6.3	Validación de contenidos	126
6.4	Análisis de respuesta	126
6.5	Recomendaciones.....	127
6.6	Ventajas	127
6.7	Oportunidades.....	127
6.8	Nodos transformados	129
Conclusiones.....		130
Bibliografía		132
ANEXOS		134
Primeras 10 causas de morbilidad por consulta externa grupo etáreo de 29 a 59 años, USS Sumapaz, 2016.....		140

Primeras 10 causas de morbilidad por consulta externa grupo etáreo de 60 años o más, USS Sumapaz, 2016.....	141
Causas de morbilidad atendidas en hospitalización por grupo etáreo	142
Causas de morbilidad por hospitalización grupo etáreo de 18 a 28 años, USS Sumapaz, 2016	142
Causas de morbilidad por hospitalización grupo etáreo de 29 a 59 años, USS Sumapaz, 2016	142
Causas de morbilidad por hospitalización grupo etáreo de 60 años o más, USS Sumapaz, 2016	143
Causas de morbilidad atendida por urgencias, USS Sumapaz, 2016.....	143
Metodología	145

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 Localización y estructura territorial, Localidad Sumapaz, 2016.....	12
Mapa 2 . Mapa Accesibilidad. Localidad Sumapaz. 2016	13
Mapa 3 Relieve, fuentes hídricas y zonas de riesgo. Localidad Sumapaz. 2016	16
Mapa 4. Identificación del riesgo. Localidad de Sumapaz 2016.....	31
Mapa 5. Oferta en salud. Localidad de Sumapaz 2016.....	73
Mapa 6 Ubicación de la Población con discapacidad, localidad Sumapaz	92
Mapa 7 Distribución por vereda de los campesinos de la localidad 20 de Sumapaz. Bogotá D.C 2016.	102
Mapa 8. Configuración actual del territorio	124
Mapa 9. Configuración deseada del territorio.....	128

LISTA DE GRAFICAS

Gráfico 1 Pirámide poblacional, Localidad de Sumapaz, Subred Sur E.S.E., año 2005, 2010 y 2016.....	19
Gráfico 2 Total Nacidos vivos, Localidad de Sumapaz, Subred Sur E.S.E.	22
Gráfico 3 Nacimientos según edad de la madre, Localidad Sumapaz, Subred Sur E.S.E. 2010 – 2016	23
Gráfico 4 Tasas general de fecundidad – Tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años de edad y de 15 a 19 años de edad, Localidad de Sumapaz, Subred Sur E.S.E. 2010 – 2016.	25
Gráfico 5 Tasa de Mortalidad general, Localidad de Sumapaz 2004- 2014.....	51

Gráfico 6 Factor de riesgo asociado y Sistema corporal afectado, SIVISTRA Nodo rural, Localidad Sumapaz 2012 – 2015	106
---	-----

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de la Población por grupos quinquenales de edad según sexo, Localidad de Sumapaz, Subred Sur E.S.E., año 2016.	17
Tabla 2 Población por momentos del Curso de Vida, Localidad de Sumapaz, Subred Sur E.S.E., año 2005-2016	18
Tabla 3 Indicadores Demográficos, Localidad de Sumapaz, Subred Sur E.S.E., año 2005 – 2010 – 2016	19
Tabla 4 Indicadores de interés, Localidad de Sumapaz, Subred Sur E.S.E.,	21
Tabla 5 Índice de masculinidad por grupos de edad, Localidad de Sumapaz Subred Sur E.S.E., año 2016	21
Tabla 6 Distribución variables de interés en nacidos vivos de mujeres de 10 a 19 años, Localidad de Usme, Subred Sur E.S.E., 2012 – 2016.....	24
Tabla 7. Mortalidad por grandes Causas Localidad Sumapaz, 2004-2014.	52
Tabla 8. Proporción mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio de acuerdo a grupos específicos, Localidad de Sumapaz 2004-2014.	53
Tabla 9 Tendencia de tasas grupos específicos mortalidad enfermedades del sistema circulatorio, Localidad Sumapaz 2004- 2014.....	53
Tabla 10 Proporción mortalidad por Neoplasias de acuerdo a la causa Localidad de Sumapaz 2004-2014.	54
Tabla 11 Proporción mortalidad por causas externas de acuerdo a la causa, Localidad de Sumapaz 2004-2014.	55
Tabla 12 Proporción de número de muertes en la infancia y la niñez por subgrupo de edad, Localidad de Sumapaz 2004-2014.....	56
Tabla 13 Comportamiento de la mortalidad evitable, Localidad Sumapaz	57
Tabla 14. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de consulta externa, localidad Sumapaz, Subred Sur, años 2015 y 2016.....	58
Tabla 15. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de urgencias, localidad Sumapaz, Subred Sur, años 2015 y 2016.....	59
Tabla 16. Proporción grandes causas de morbilidad, por Servicio de Consultas según agrupación de la lista 6/67, localidad Sumapaz, Subred Sur, período 2012 a 2016.	63
Tabla 17. Proporción de grandes causas de morbilidad, por Servicio de Hospitalización según agrupación de la lista 6/67, localidad Sumapaz, Subred Sur, período 2012 a 2016.	64
Tabla 18. Proporción de Grandes causas de morbilidad, por Servicio de Urgencias según agrupación de la lista 6/67, localidad Sumapaz, Subred Sur,	65

Tabla 19. Proporción grandes causas de morbilidad, por Sexo Hombre según agrupación de la lista 6/67, localidad Sumapaz, Subred Sur, período 2012 a 2016.	65
Tabla 20. Grandes causas de morbilidad, por Sexo Mujer según agrupación de la lista 6/67, localidad Sumapaz, Subred Sur, período 2012 a 2016.	66
Gráfico 21. Proporción grandes causas de morbilidad según agrupación de la lista 6/67 por momento de curso de vida, localidad Sumapaz, 2016	67
Tabla 22. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida primera infancia, según agrupación de la lista 6/67, localidad Sumapaz, Subred Sur, período 2012 a 2016	68
Tabla 23. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida infancia, según agrupación de la lista 6/67, localidad Sumapaz, Subred Sur, período 2012 a 2016	69
Tabla 24. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida adolescencia, según agrupación de la lista 6/67, localidad Sumapaz, Subred Sur, período 2012 a 2016	69
Tabla 25. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida juventud, según agrupación de la lista 6/67, localidad Sumapaz, Subred Sur, período 2012 a 2016	70
Tabla 26. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida adultez, según agrupación de la lista 6/67, localidad Sumapaz, Subred Sur, período 2012 a 2016	71
Tabla 27. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida vejez, según agrupación de la lista 6/67, localidad Sumapaz, Subred Sur, período 2012 a 2016	71
Tabla 28 Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016	74
Tabla 29 Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés que notifican al SIVIGILA, según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Localidad de Sumapaz, 2016	75
Tabla 30 Cuadro resumen de la distribución de eventos colectivos de interés (ETA, varicela, morbilidad por IRA y EDA), según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016	77
Tabla 31 Cuadro resumen de la distribución eventos de interés de los subsistemas de SIVIGILA DC, según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016	78
Tabla 32 Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés de los subsistemas de SIVIGILA DC, según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, Localidad de Sumpaz, 2016	79
Tabla 33 Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por categoría, Bogotá, años 2012 - 2016.	83

Tabla 34 Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por categoría, Bogotá, años 2012 - 2016.	84
Tabla 35 Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por momento del curso de vida, Bogotá, años 2012 - 2016.	85
Tabla 36 Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por momento del curso de vida, Bogotá, años 2012 - 2016.	86
Tabla 37. Poblaciones Diferenciales Localidad de Sumapaz	94
Tabla 38 distribución poblacion con discapacidad por sexo y momento del curso de vida, Sumapaz 2004-2016	95
Tabla 39 Población Víctima del Conflicto Armado por Sexo y Grupo Etario, Localidad Sumapaz; 1 septiembre 2010 – 1 de diciembre 2017.	96
Tabla 40 Población con discapacidad, según alteraciones permanentes y sexo, Localidad de Sumapaz, Subred Sur E.S.E., año 2004- 2016	99
Tabla 41. Eventos de Notificación en Poblaciones diferenciales, según Subsistemas de Vigilancia en Salud Pública, años de 2015-2016	100
Tabla 42 Notificaciones e investigaciones de eventos de Accidente de trabajo y enfermedad laboral (ATEL), Localidad 20 Sumapaz, vigencia 2013 – 2015.....	106
Tabla 43 Indicadores respuesta integrada de Estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del autocuidado y gestión del riesgo en salud, localidad de Sumapaz, abril a diciembre 2017.	112
Tabla 1. Matriz de tensiones	117

Introducción

El análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad ACCVSyE se enmarca en la perspectiva del Plan de Intervenciones Colectivas de la Secretaría Distrital de Salud, el cual se constituye en pieza fundamental de gobernanza dado que aporta a los *“procesos de generación de conocimiento que sintetiza las relaciones entre las condiciones, la calidad de vida, la salud y la enfermedad en la población en los territorios para orientar la toma de decisiones, la planeación distrital, local e institucional, con la participación de los diferentes actores”* (1).

El presente documento ACCVSyE, p brindar elementos en relación al estado de calidad de vida de la población; de igual forma se espera avanzar en las definiciones conceptuales que propongan nuevos abordajes, así como la identificación de nuevas fuentes de información que permitan complementar el análisis.(2)

Los capítulos y temas que aborda el documento de ACCVSyE son los siguientes; el primero describe la caracterización de los contextos territorial (localización, extensión territorial, división política administrativa, límites geográficos, zonas de riesgo, entre otras), poblacional (población rural, urbana, hogares por vivienda, poblaciones diferenciales), indicadores de estructura demográfica (población masculina, femenina, grupos quinquenales, población por curso de vida, razón hombre mujer, índice de infancia, juventud, envejecimiento, dependencia y Friz) y dinámica demográfica (densidad poblacional, tasa de crecimiento natural, tasa bruta de natalidad y mortalidad y tasas generales y específicas de fecundidad) de la localidad de Sumapaz.

El capítulo II describe aspectos relacionados análisis de calidad de vida y salud (determinantes) se encuentra organizado por dimensiones (salud ambiental, ambiente construido, aspecto social, económico y político administrativa).

El tercer capítulo presenta aspectos relacionados con la Morbi-Mortalidad. Con relación a la mortalidad describe el comportamiento de la mortalidad general y su incidencia por sexo a escala de subred sur y localidades; a continuación se describe la mortalidad por grandes causas con relación a la 6/67 del periodo 2012 a 2014 y se realiza un análisis frente a la mortalidad específica por subgrupos (enfermedades del sistema circulatorio, neoplasias, causas externas, enfermedades infecciosas); otras mortalidades referenciadas en el documento son la materno-infantil y la niñez para el periodo 2010-2015. Como anexos de sistematización en la información cuantitativa se diligencio los anexos 11, 12,15 y16 del ministerio de Salud, organizados por subred y localidad.

Con relación a la Morbilidad se describen aspectos de análisis en la prestación de servicios, a partir de información de RIPS entregada por la SDS, donde relaciona los registros individuales de prestación de servicios - RIPS por Subred, Localidad y UPZ, de igual forma describe las 10 primeras causas de morbilidad por servicios y momentos del curso de vida.

De igual manera se realizó una distribución de la notificación por los grupos de eventos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). (Inmunoprevenibles, zoonosis, factores de riesgo ambiental, micro bacterias, enfermedades transmisibles y no transmisibles entre otros); organizado por grupos de eventos según corresponde a las dimensiones del Plan Decenal de Salud pública, y se construye un proceso de priorización con el método Hanlon (Anexo 13), y se construye el documento de análisis frente al comportamiento de la mortalidad y morbilidad para la subred sur.

El capítulo IV describe da a conocer el contexto territorial, demográfico, determinantes sociales y condiciones de salud y enfermedad de poblaciones diferenciales asentadas en la localidad. El capítulo V contiene acciones de intervención desde Salud pública, realizadas en el marco de la vigencia del año 2017 por parte de los espacios de vida cotidiana de vivienda, educativo, espacio público y trabajo que hacen parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.

El capítulo VI tiene como fin analizar y sintetizar la información recopilada en los capítulos anteriores. El capítulo se organiza en cinco partes; la primera parte se describe la metodología utilizada para el presente ejercicio. Posteriormente, se hace la descripción de los nodos obtenidos mediante el análisis socio-epidemiológico y geográfico de las tensiones identificadas con PASE; en la tercera parte, se habla acerca de la validación de la información recopilada a nivel sectorial e intersectorial. De esa articulación se realiza el análisis de la respuesta obtenida en los espacios, procesos y/o componentes. Finalmente, se dan las valoraciones finales del territorio y las recomendaciones para la agenda.

Objetivo General

Contar con un documento que brinde información útil y actualizada que contribuya para la toma de decisiones relacionada con el comportamiento de la población residente en la localidad de Sumapaz, en cuanto a densidad poblacional y su distribución territorial, análisis y síntesis del comportamiento de la relación salud - enfermedad, variables que permitan analizar dicha relación, así como las acciones realizadas para su prevención, atención y/o mitigación.

Objetivos Específicos

- Realizar procesos análisis de tipo cuantitativo, cualitativo y espacial con diferentes actores, que contribuya al conocimiento de contexto territorial, demográfico, condiciones de vida y determinantes que inciden en la salud de la población de Sumapaz
- Identificar el comportamiento de la mortalidad general, mortalidad por grandes causas, mortalidad materno infantil y en la niñez; teniendo en cuenta las dimensiones del Plan Decenal de Salud y los momentos de curso de vida en la población de Sumapaz.
- Analizar el comportamiento de la morbilidad en la población de Sumapaz a partir de la información relacionada con los Registros Individuales de Prestación de Servicios - RIPS; descripción de la Oferta de servicios de salud, eventos del sistema de Vigilancia con el fin de Establecer las principales prioridades en Salud.
- Actualizar y priorizar condiciones y situaciones de calidad de vida, salud y enfermedad en las poblaciones diferenciales y de inclusión social de la localidad de Sumapaz.
- Realizar procesos análisis de tipo cuantitativo, cualitativo y espacial de las poblaciones diferenciales y de situación o condición, que contribuye al reconocimiento del contexto territorial, demográfico, condiciones de vida y determinantes que inciden en la salud de la población.
- Dar a conocer las acciones en salud pública, a partir de la ubicación espacio-temporal en la localidad, la respuesta de intervención dada a situaciones o riesgos en salud, que inciden en la calidad de vida de la población de Sumapaz
- Monitorear las desigualdades en salud en la Localidad de Sumapaz con el fin de proporcionar información útil que aporte a la orientación de las políticas, programas y prácticas de reducción de la inequidad en salud.

Capítulo I. Caracterización de los contextos territorial y demográfico

1.1 Contexto Territorial

La localidad de Sumapaz se encuentra ubicada en la cordillera oriental sobre el macizo andino del mismo nombre y hace parte del sistema de páramos regional del centro del país al extremo sur del perímetro urbano de Bogotá. Limita al norte con la localidad de Usme; al oriente con los municipios de Uña y Gutiérrez (Cundinamarca) y el municipio de Cubarral (Meta); por el sur con los municipios de La Uribe (Meta) y Colombia (Huila) y al occidente con los municipios de Cabrera, Pasca, Arbeláez, Pasca y San Bernardo.

La localidad tiene una extensión total de 78.095,35 hectáreas (ha), caracterizadas como suelo rural (3). Su área representa el 47,7 % del total del Distrito Capital y el 64,3% del total de área rural de Bogotá. El territorio está dividido por dos Unidades de Planeación Rural: UPR Río Blanco conformada por dos corregimientos (Betania y Nazareth) y 15 veredas, y UPR Río Sumapaz con un corregimiento (San Juan) y 14 veredas (mapa 1).

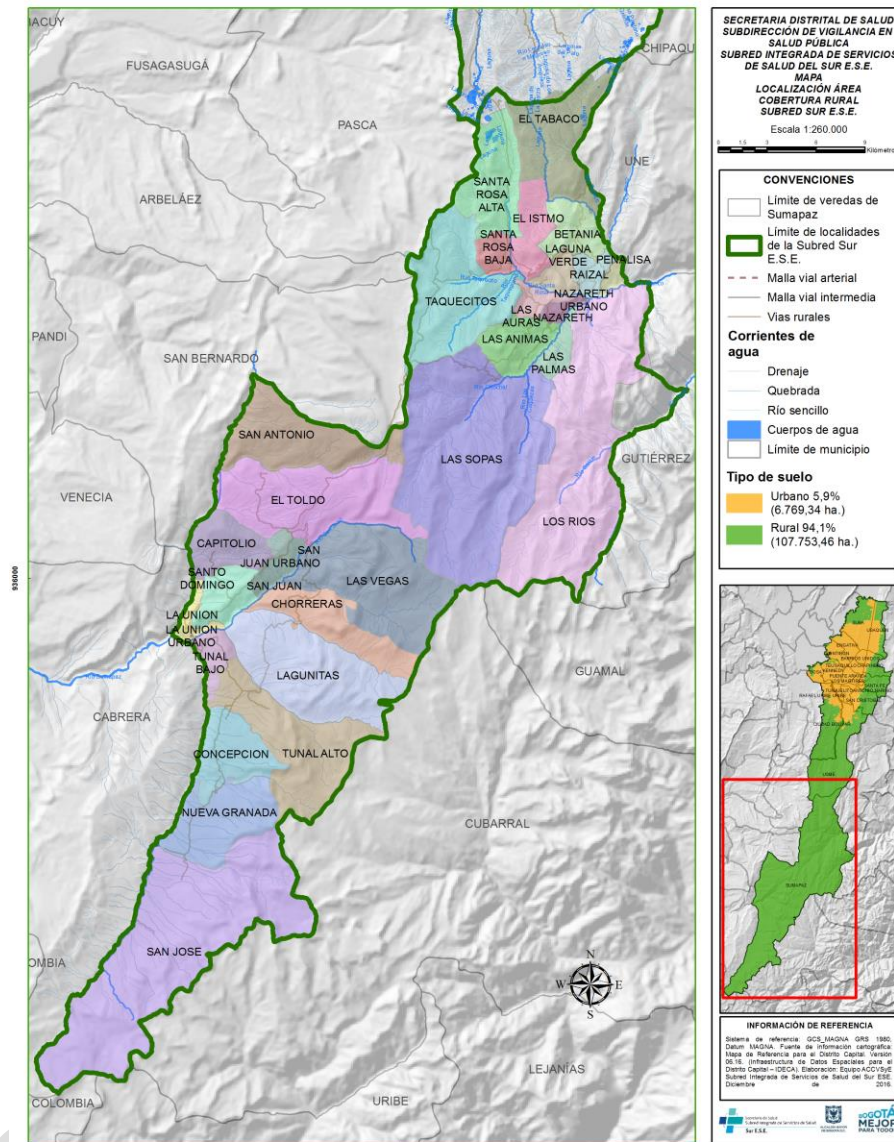
La localidad se encuentra entre los 2.600 y los 4.150 metros de altura sobre el nivel del mar (msnm), tiene zonas de clima cálido, templado y frío, con una media mensual de 16 °C, temperaturas máximas hasta los 23 °C y a partir de los 3.000 msnm temperaturas inferiores a los 9 °C, y con una humedad relativa del 81,0 %, el clima es predominantemente húmedo y frío, con bajas temperaturas casi todo el año, permitiendo un desarrollo y mineralización de los suelos, con la consecuente acumulación de materia orgánica. Los periodos más lluviosos corresponden a los meses de mayo, junio y julio (4).

El relieve se caracteriza por la presencia de laderas con influencia de coluvios; en las subcuencas de Santa Rosa y el Chochal se presentan valles altos y estrechos con morrenas laterales en las laderas de las montañas, y en las partes escarpadas del flanco occidental las pendientes son menos pronunciadas.

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

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

Mapa 1 Localización y estructura territorial, Localidad Sumapaz, 2016



Fuente: IDECA, 2016.

En cuanto a la accesibilidad geográfica la localidad de Sumapaz está ubicada a 31 Km del área urbana de Bogotá, gran parte de las vías se encuentran sin pavimentar debido a legislaciones de preservación del páramo. La estructura vial está compuesta por redes primarias, que comunican la localidad con el Distrito urbano y las secundarias que comunican las veredas, conformando el anillo vial que conecta desde la vereda Santa Rosa, a tres corregimientos y llega hasta el municipio de Cabrera. Son 100 km,

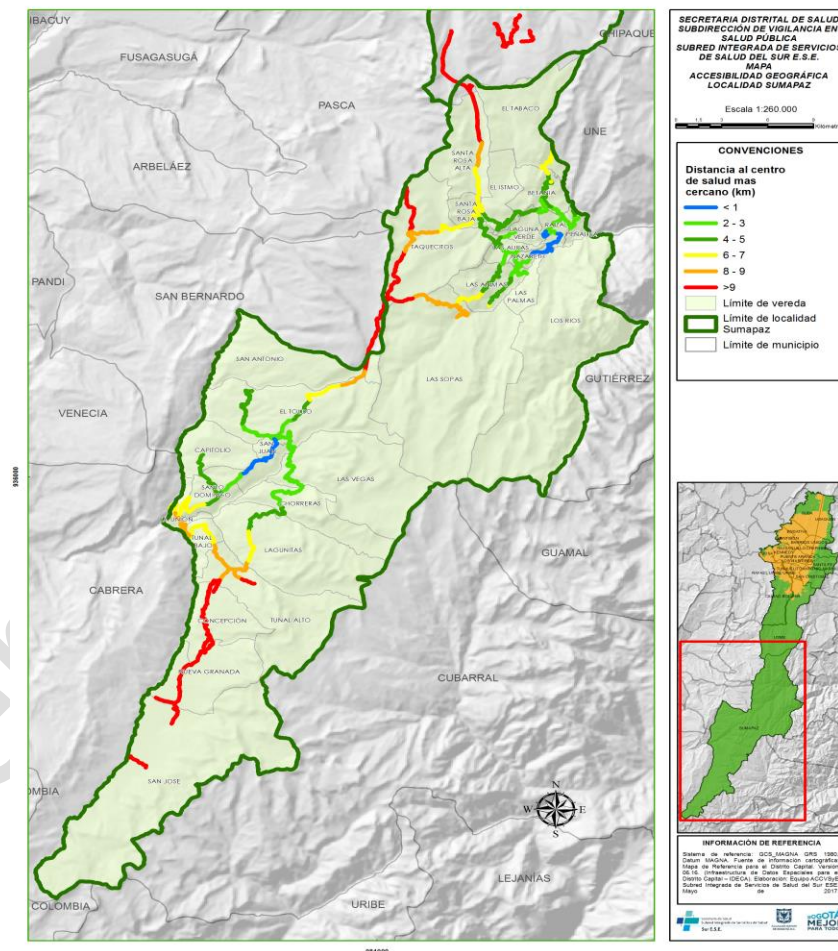
Trasversal 44 No 51 B -16 Sur Barrio Venecia
Código postal:
Tel.: 4853551 -4853574
www.subredsur.gov.co

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

aproximado de vías y una red de caminos irregulares (238,3 km) y caminos de herradura. Cada vereda es distante a su centro poblado, con desplazamientos de dos a ocho horas de camino por carretera destapada y senderos de herradura.

El acceso de la población a los centros de salud es limitado por las distancias que tienen que recorrer los habitantes de la localidad; el mapa de acceso a los centros de salud permite identificar que los habitantes de las veredas de San Juan y Nazareth recorren aproximadamente un kilómetro hasta el centro de salud más cercano; a medida que la población se dispersa en la localidad, los habitantes recorren más de nueve kilómetros por vías destapadas para acceder a los servicios de salud, como el caso de la población de las veredas San José, Nueva Granada, Concepción y Taquecitos (mapa 2).

Mapa 2 . Mapa Accesibilidad. Localidad Sumapaz. 2016



Fuente: IDECA, 2016.

Trasversal 44 No 51 B -16 Sur Barrio Venecia
Código postal:
Tel.: 4853551 -4853574
www.subredsur.gov.co

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

De acuerdo al plan de Ordenamiento Territorial, donde se realizó una planificación teniendo como eje central cada una de las fincas y como contexto la cuenca y la localidad, se determinan áreas para la producción sostenible de alta capacidad ubicadas en la vereda de Auras, Animas, quebrada Brillante y quebrada Naveta. Los riesgos presentes en el territorio, en la UPR Río Blanco se asocian a la complejidad geológica de la cuenca, con variedad de rocas, pendientes fuertes y múltiples fallas cruzadas. Los fenómenos de remoción en masa se dan en el fondo del valle del río Chochal.

De acuerdo con la Alcaldía Local, se identifican en el territorio riesgos asociados a: 1) las áreas rurales y naturales como los deslizamientos, sismos, incendios forestales, deforestación, desertificación, contaminación ambiental e inundaciones; 2) las zonas aluviales como lo es la contaminación del agua; 3) al sector de la construcción, como lo son el colapso estructural, los incendios y las explosiones; 4) a las redes, en cuanto a los sismos, deslizamientos, accidentes de tránsito, deficiencia en las comunicaciones y riesgos generados por líneas de alta tensión eléctrica (1). Estos procesos, junto con las inadecuadas prácticas agrícolas y el uso de pesticidas han afectado el paisaje y transformación del territorio, ocasionando pérdida de la biodiversidad, deterioro y agotamiento de fuentes de agua y suelo. Por otra parte, se han sometido áreas para ganadería, sin una planeación sistemática de conservación que preserve las zonas boscosas naturales, ocasionando compactación de los suelos por el movimiento de los animales (2).

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

En la localidad se han implementado zonas para ganadería, sin una planeación sistemática de conservación que preserve las zonas boscosas naturales en las veredas Las Animas, Las Auras, Laguna Verde, Betania, Raizal y Rosa Baja; ocasionando compactación de los suelos por el movimiento de los animales.

En áreas de semi-páramo y páramo, en las veredas Betania, Nazareth, Ánimas Bajas y Animas Altas, Las Auras y Sopas, se ha producido cambio en el uso del suelo por talas para leña, pastos intensivos y áreas de rastrojo, generando deforestación. Por otra parte, se presentan zonas susceptibles a incendios forestales (4).

Las veredas Los Ríos y Betania se han evidenciado áreas de amenazas naturales debido a la conformación geológica, generando áreas susceptibles a fenómenos de remoción en masa (mapa 3). Otro factor de riesgo se relaciona con las inadecuadas prácticas agrícolas, la utilización de agroquímicos y el uso de pesticidas que afectan el ciclo ecológico

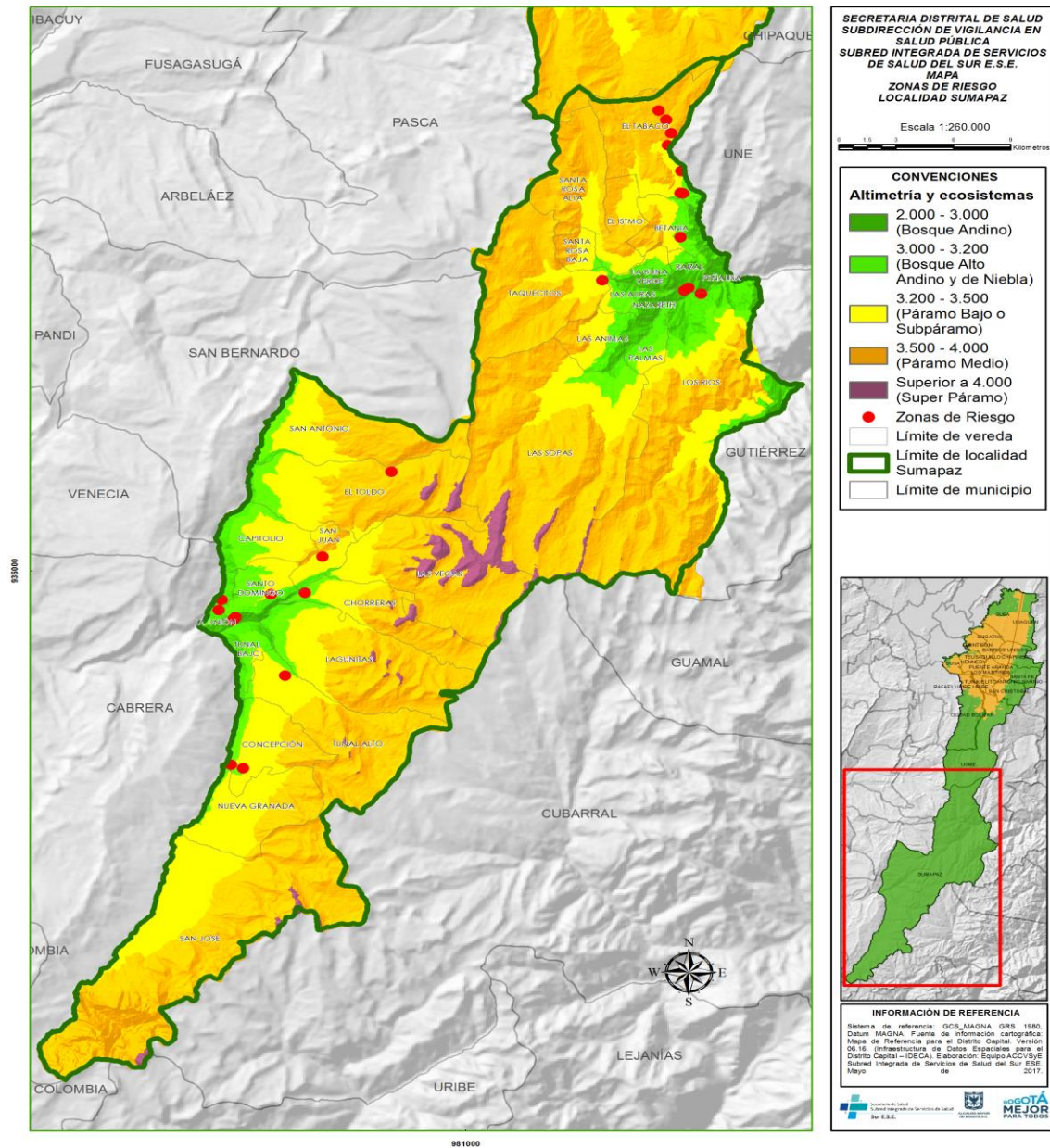
conformado por la vegetación nativa, principalmente en las veredas de Ríos, Santa Rosa, Taquecitos, Las Auras, Laguna Verde, Betania y Animas.

Sumapaz tiene un total de 673 viviendas (5) de las cuales el 68 % son casas de una planta y el 32 % de los hogares habitan en viviendas tipo cuarto; en cuanto a los materiales de la vivienda el 55,8 % son en ladrillo y bloque y el 44,2% presentan otros materiales como bahareque, madera burda, tabla, tablón, guadua, caña, esterilla, vegetales, etc. frente al material del piso 92,4% presentan pisos cemento, gravilla, madera burda, tierra o arena; el 7,6% en baldosa, vinilo o tableta (5)

De acuerdo a servicios público, presenta cobertura total del servicio de energía eléctrica, sin embargo la electricidad está sometida a cortes permanentes, con una duración de tres a cuatro días, en especial en las veredas ubicadas en el corregimiento de San Juan y la vereda Auras en Nazareth, en cuanto a gas natural, no hay cubrimiento, ni redes proyectadas este servicio por ello muchos de los hogares poseen estufas de leña y a gas (sin eliminación adecuada de humo); el alcantarillado es prácticamente inexistente, solo cuentan con este servicio parte de las veredas Santa Rosa y Las Auras y los cuatro centros poblados, en el resto de la localidad el servicio de alcantarillado es nulo. Sobre el servicio de recolección de residuos, es prestado por la Alcaldía Local a través de volquetas dispuestas mensualmente (recolectan todos los residuos ubicados sobre la vía de acceso principal a las veredas y lo que encuentra depositado en los módulos de almacenamiento temporal, la cobertura estimada por secretaria de hábitat es del 40,88%, en los lugares que no tienen este servicio disponen las basuras de diferentes formas, el 34,75% realiza quema de las basuras, el 15,06% entierra los desechos, el 9,31% los aprovecha de diferentes formas (compostaje, reciclaje, reutilización o alimentación animal).(6)

La población rural se caracteriza por estar compuesta mayoritariamente por familias estratificadas principalmente como 1 y 2, las cuales son de tipo nucleares y extensas (7) de carácter patriarcal en las cuales se observa la sobrevivencia de algunos elementos propios del machismo tradicional campesino, pero es importante anotar que aunque algunos de estos elementos se siguen manifestando, la mujer cada vez adquiere un papel más importante en la estructura organizativa de la finca como unidad de producción, ya que en algunos casos participa de manera activa en la toma de decisiones y en la inversión de capitales para el desarrollo de las actividades productivas así como en la administración de ésta.

Mapa 3 Relieve, fuentes hídricas y zonas de riesgo. Localidad Sumapaz. 2016



Fuente: IDECA, 2016.

Trasversal 44 No 51 B -16 Sur Barrio Venecia
Código postal:
Tel.: 4853551 -4853574
www.subredsur.gov.co

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

1.2. Estructura Demográfica

A partir de la implementación del instrumento Riesgo Familiar Total (RFT 3-55), en la vigencia septiembre 2016 a marzo 2017, se logró caracterizar al 100% de la población; lo cual permitió reconocer que Sumapaz cuenta con 609 familias y una población de 2.692 habitantes, de los cuales el 64,3%(1.731) reside en la UPR Rio Sumapaz y el 35,7% (961) en la UPR Rio Blanco para el año 2016.

El comportamiento poblacional, entre los años 2005 al 2016, evidencia un incremento de la población pasando de 2.176 habitantes a 2.692; esta información no es armónica con los datos poblacionales estimados por las proyecciones DANE para el año 2016.

De acuerdo a estructura poblacional el 51,4% (1.383) hombres y el 48,6% (1.309) mujeres; según la distribución de la población por quinquenios de edad del año 2016, las mayores proporciones se ubican en los grupos de 15 a 19 años (10,9%), 10 a 14 años (8,4%), el 7,9% corresponde a los grupos de 0 a 4 años y de 45 a 49 años, respecto al sexo y la edad por grupos quinquenales, se observa prevalencia de hombres respecto a las mujeres hasta los 24 años; a partir de los 25 años el comportamiento es inverso.

Tabla 1 Distribución de la Población por grupos quinquenales de edad según sexo, Localidad de Sumapaz, Subred Sur E.S.E., año 2016.

Quinquenios	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
0-4	114	8,2	98	7,5	212	7,9
5-9	112	8,1	93	7,1	205	7,6
10-14	125	9,0	102	7,8	227	8,4
15-19	133	9,6	160	12,2	293	10,9
20-24	93	6,7	80	6,1	173	6,4
25-29	89	6,4	99	7,6	188	7,0
30-34	91	6,6	88	6,7	179	6,6
35-39	79	5,7	94	7,2	173	6,4
40-44	81	5,9	82	6,3	163	6,1
45-49	102	7,4	111	8,5	213	7,9
50-54	75	5,4	88	6,7	163	6,1
55-59	77	5,6	61	4,7	138	5,1
60-64	56	4,0	44	3,4	100	3,7
65-69	53	3,8	30	2,3	83	3,1
70-74	49	3,5	34	2,6	83	3,1
75-79	36	2,6	20	1,5	56	2,1
80 y más	18	1,3	25	1,9	43	1,6
Total	1383	51,4	1309	48,6	2692	100

Fuente: Base de datos poblacional 2016.USS Nazareth- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

El comportamiento comparativo de momentos de curso de vida entre los periodos 2005 al 2016, se observa una reducción significativa en la Infancia del 44,9% pasando de 461 a 254 niños y niñas; desde la adolescencia hasta la vejez se observa un acrecimiento de la población, dado al proceso inmigratorio de algunas familias por actividades laborales en la localidad.

Para el año 2016 se estima que el 55,5% de la población de Sumapaz, se encuentra en las etapas de Juventud y Adulthood, lo cual aporta en la económica de la localidad, sin embargo no se puede desconocer que existe población menor de 15 años y mayor de 64 años que es económicamente productiva.

Aseguramiento y poblaciones diferenciales

Con relación a la cobertura del sistema general de seguridad social en salud de la población Sumapaceña en el año 2016, prevalece la afiliación al régimen subsidiado con el 59,8%, seguido del 28,3% contributivo y en menor proporción se encuentra la población vinculada 9,8%, sin afiliación el 2,2% y en el régimen especial un 0,2%.(8)

En Sumapaz se han identificado personas del grupo étnico indígenas procedentes del cauca, no se ha identificado población étnica Afrodescendiente. Con relación a grupos por condición y o situación se identificó población víctima del conflicto armado y discapacidad

Tabla 2 Población por momentos del Curso de Vida, Localidad de Sumapaz, Subred Sur E.S.E., año 2005-2016

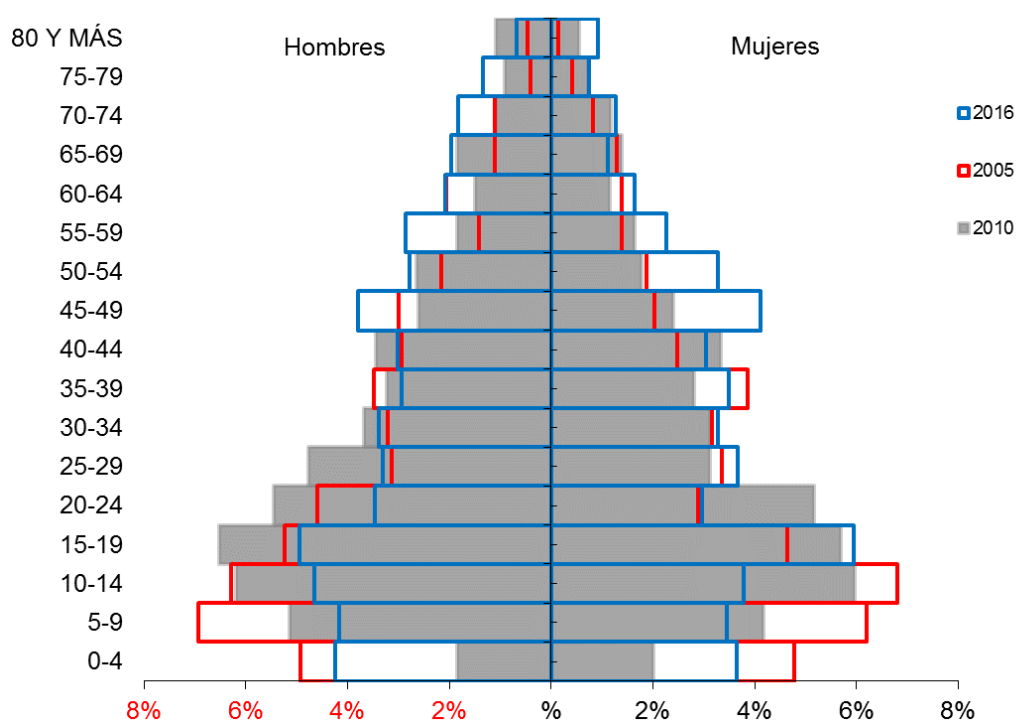
Momentos del Curso de Vida	2005		2016	
	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Primera infancia	261	12,0	255	9,5
Infancia	461	21,2	254	9,4
Adolescencia	208	9,6	325	12,1
Juventud	289	13,3	432	16,0
Adulthood	757	34,8	1061	39,4
Vejez	200	9,2	365	13,6
Total	2176	100	2692	100

Fuente: Base de datos poblacional 2016.USS Nazareth- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La pirámide poblacional de Sumapaz presenta un perfil estacionario, con un estrechamiento en su base dado por la disminución de la natalidad y la mortalidad entre el 2005 y 2016, así mismo se observa una reducción poblacional en los grupos de edad de 0 a 14 años especialmente en las mujeres y un aumento en la población a partir de los 70 años. Grafico 1.

Para el año 2016 se observa una disminución de la población entre los 20 y 24 años, este fenómeno es más marcado en hombres que en mujeres, puede asociarse al acceso en la educación formal y a esquemas culturales que obligan a los jóvenes a buscar trabajo en las ciudades cercanas.(9). En el 2016 la población atraviesa por un proceso de transición demográfico representando una población madura, donde el índice de friz paso de 189,5 a 128,7

Gráfico 1 Pirámide poblacional, Localidad de Sumapaz, Subred Sur E.S.E., año 2005, 2010 y 2016.



Fuente: Base de datos poblacional 2016.USS Nazareth- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La población estimada para el año 2016 presenta un incremento de 516 habitantes en contraste con la población del 2005, la relación hombre-mujer, es de 105,7 hombres por cada 100 mujeres para el año 2016, sin embargo se evidencia a través del tiempo un leve descenso en comparación con el año 2005.

Tabla 3 Indicadores Demográficos, Localidad de Sumapaz, Subred Sur E.S.E., año 2005 – 2010 – 2016

Índice Demográfico	Año		
	2005	2010	2016
Población total	2176	2878	2692
Población Masculina	1142	1547	1383
Población femenina	1034	1331	1309
Relación hombres: mujer	110,4	116,2	105,7
Razón niños:mujer	43	15	30
Índice de infancia	35,9	25,3	23,9
Índice de juventud	23,9	30,8	24,3
Índice de vejez	9,2	11,4	13,6
Índice de envejecimiento	26	45	57
Índice demográfico de dependencia	71	52	51
Índice de dependencia infantil	61,6	38,4	36,1
Índice de dependencia mayores	9,9	13,3	14,9
Índice de Friz	189,5	152,5	128,7

Fuente: Base de datos poblacional 2016.USS Nazareth- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Se observa un descenso de la razón niño: mujer entre el 2005 al 2016, pasando de 43 a 30 niños y niñas de 0 a 4 años por cada 100 mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años, un factor incidente se relacionan con las medidas de control de la natalidad y planificación familiar implementadas en la localidad.

En cuanto a los índices de infancia, juventud y vejez se observan importantes diferencias; en primera instancia en infancia evidencia una marcada reducción de 35,9 niños menores de 15 años en 2005 a 23,9 en 2016 con relación a cada 100 personas, confirmando la información registrada en la pirámide poblacional. En cuando a juventud es el único de los 4 indicadores mencionados que no presenta cambios en los últimos años, permaneciendo en 24 jóvenes de 15 a 29 años por cada 100 personas.

El índice de envejecimiento se duplico a través del tiempo, pasando de 26 a 57 personas mayores por cada 100 personas menores de 15 años (2005 -2016). El bajo índice de población en vejez reportado en el 2005 con respecto al 2015, se puede relacionar con los periodos de violencia que dieron lugar en la región del Sumapaz entre los años 60 y 90; esta transformación generó desplazamientos forzados y muertes violentas, especialmente en jóvenes y adultos que pretendían hacer valer sus derechos y sus propiedades, siendo éstas sus principales fuentes de sustento.(10)

El índice de dependencia mide la necesidad de soporte social de la población adulta mayor y de la población infantil por parte de la población económicamente activa, evidenciándose una disminución consistente en los últimos años, pasando de 71 en 2005 a 51 en 2016; lo anterior indica que la localidad de Sumapaz cuenta con una gran parte de población activamente económica que podría ser una ventana de oportunidad denominada bono demográfico, que aumenta la posibilidad de acumulación de capital y crecimiento económico

Tabla 4 Indicadores de interés, Localidad de Sumapaz, Subred Sur E.S.E., año 2010 – 2016.

Índice Demográfico		Año						
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Tasa bruta de natalidad local		12,2	9,7	10,1	13,6	11,1	11,1	9,7
Tasa bruta de mortalidad		4,9	3,1	3,8	2,5	4,5	0,9	1,5
Tasa de crecimiento anual		7,3	6,6	6,3	11,1	6,6	10,2	8,2
Tasa global de fecundidad		4,7	2,4	7,8	6,3	5,3	4,6	3,6
Tasa general de fecundidad		23,7	12,2	38,8	30,7	25,7	22,8	18,2
Tasa específica de fecundidad por grupos de edad	10 a 14 años	0	0,0	0,0	5,8	8,2	0,0	0,0
	15 a 19 años	42,7	43,5	59,7	90,9	60,4	14,8	22,6
	20 a 24 años	100,7	24,8	166,7	111,1	85,5	63,6	86,0
	25 a 29 años	66,7	11,4	72,5	63,8	56,6	114,6	67,4
	30 a 34 años	11,1	48,2	153,8	65,6	70,4	111,1	76,9
	35 a 39 años	61,7	0,0	38,5	94,4	26,0	51,3	25,3
	40 a 44 años	10,4	20,0	0,0	11,4	28,6	11,6	0,0
	45 a 49 años	0	0,0	0,0	0,0	11,5	0,0	0,0
50 a 54 años		0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Proyecciones Poblacionales DANE- Censo 2005. Secretaría de Planeación Distrital. 2015 – Bases poblacionales 2016 UPSS Nazareth - Bases de datos preliminares RUAF ND – Secretaría Distrital de Salud.

De acuerdo a la tabla de indicadores de interés la localidad de Sumapaz se encuentra en un proceso de transición demográfica, representado por la disminución del crecimiento vegetativo pasando de 10,2 (2015) a 8,2 por cada 1000 habitantes; el descenso de la tasa general de fecundidad (11,6) y de la tasa bruta de mortalidad entre el 2010 al 2016.

Así mismo se encuentra en una etapa incipiente del proceso de envejecimiento, caracterizado por el descenso de la tasa de natalidad; la reducción de la tasa global de fecundidad pasando de 4,7 a 3,6, reduciéndose a 1,1 hijos por mujer y la disminución de la tasa general de fecundidad. Con relación a la tasa específica de fecundidad por grupos de edad para el año 2016, las mayores tasas se ubican en el grupo de mujeres de 20 a 29 años, seguido de las mujeres de 30-34 años. En la población de 15 a 19 años y de 35-39; se observa una disminución en la tasa de fecundidad a través del tiempo.

Respecto a la mortalidad general por sexo en el periodo 2012 a 2014 se identificó una tendencia a la disminución en hombres, pasando de nueve muertes en el 2012 a cuatro fallecimientos en 2014, mientras que en las mujeres la tendencia es a aumentar de tres casos en 2012 y cinco casos en 2014.

Tabla 5 Índice de masculinidad por grupos de edad, Localidad de Sumapaz Subred Sur E.S.E., año 2016

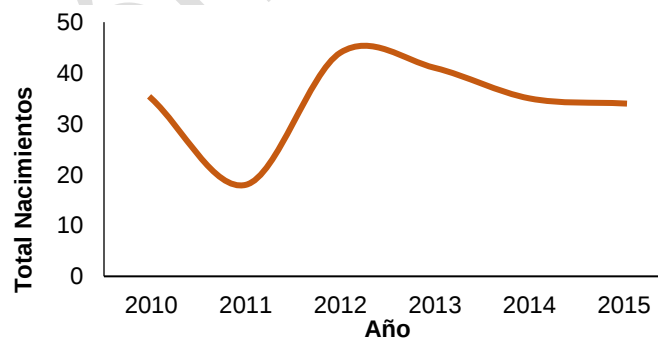
Quinquenios	Hombres	Mujeres	Razón de masculinidad
0-4	114	98	116,3
5-9	112	93	120,4

10-14	125	102	122,5
15-19	133	160	83,1
20-24	93	80	116,3
25-29	89	99	89,9
30-34	91	88	103,4
35-39	79	94	84,0
40-44	81	82	98,8
45-49	102	111	91,9
50-54	75	88	85,2
55-59	77	61	126,2
60-64	56	44	127,3
65-69	53	30	176,7
70-74	49	34	144,1
75-79	36	20	180,0
80 y más	18	25	72,0

Fuente: Proyecciones Poblacionales DANE- Censo 2005. Secretaría de Planeación Distrital. 2015 – Bases poblacionales 2016 UPSS Nazareth - Bases de datos preliminares RUAF ND – Secretaria Distrital de Salud.

Entre el 2010 al 2016 en la localidad de Sumapaz, se presentó un total de 233 nacimientos; el menor número de nacidos vivos ocurrió en el año 2011 (18), el cual aumento para el año 2012 a 44 nacimientos, a partir del 2013 a 2015 el comportamiento es estable, con leve descenso; un factor incidente es la efectividad de las acciones de promoción y educación en relación al control de la fecundidad implementadas a la población de la localidad.

**Gráfico 2 Total Nacidos vivos, Localidad de Sumapaz, Subred Sur E.S.E.
2010 – 2016**



FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND, actualizado 2014 el 14 de junio del 2015. Preliminares 2015-2016

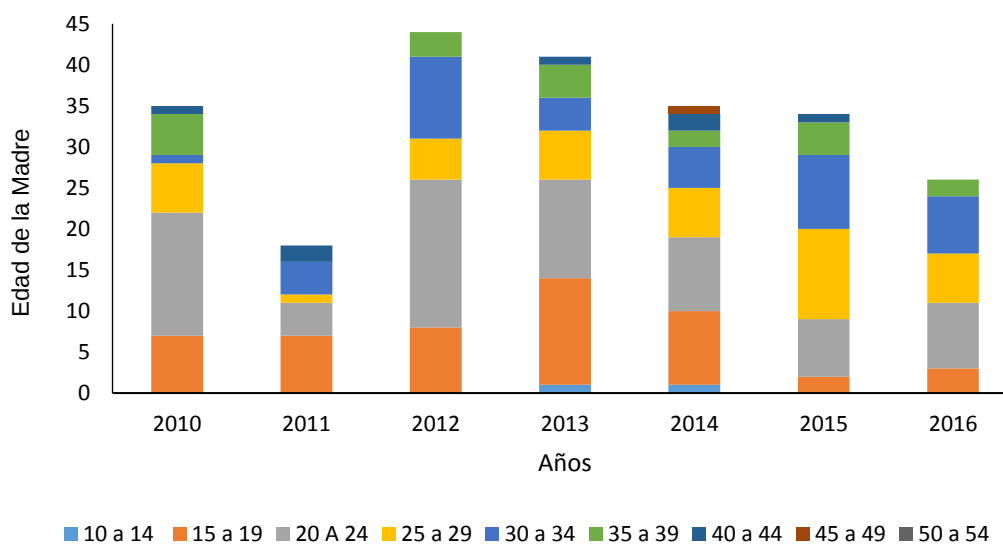
Entre el año 2013 y 2014 en Sumapaz se presentaron dos nacimientos en mujeres de 10 a 14 años, comportamiento que descendió para el 2015 y el 2016 donde no se registran datos de nacimiento para este grupo de edad. Con relación a las mujeres entre 15 a 19

años, se presenta la mayor proporción de nacimientos en el 2011, la cual se encuentra en descenso para el 2016.

De acuerdo a la edad de la madre entre el 2010-2016 para el grupo de 10 a 14 años la tendencia es decreciente en los años analizados se presentaron dos casos entre 2013 (1) y el 2014 (1) respectivamente. El grupo de mujeres de 15 a 19 años representan el 21% del total de los nacimientos, el comportamiento es acreciente entre el 2010 al 2013, a partir del año 2014 se observa una importante disminución en la incidencia de casos.

Las edades de la madre de mayor peso en los diferentes años se dan entre los 20 y 24 años, aportando al 31,3% del total de los nacimientos, presentan un comportamiento estable. Las mujeres entre 25 y 29 presentan un comportamiento estable en los últimos años presentando leves variaciones, caso diferente ocurre con las mujeres de 30 a 39 que, aunque en los primeros años de los datos observados presentaban un comportamiento estable, han incrementado su peso porcentual en los dos últimos años.

Gráfico 3 Nacimientos según edad de la madre, Localidad Sumapaz, Subred Sur E.S.E. 2010 – 2016



FUENTE: Certificado de Nacido Vivo, Bases de datos SDS y RUAF ND-Sistema de estadísticas vitales

Como es de esperarse a partir de los 40 años la cantidad de casos se disminuye significativamente aportando las mujeres entre 40 y 44 años, datos entre 5,7% y 2,9%, siendo el dato más alto para el año 2010.

Tabla 6 Distribución variables de interés en nacidos vivos de mujeres de 10 a 19 años, Localidad de Usme, Subred Sur E.S.E., 2012 – 2016

Categorías		10 a 14 años					15 a 19 años				
		2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Etnias	NINGUNO DE LOS ANTERIORES	0	1	1	0	0	8	13	9	2	3
	TOTAL	0	1	1	0	0	8	13	9	2	3
Sexo	HOMBRES	0	1	1	0	0	6	9	6	2	1
	MUJERES	0	0	0	0	0	2	4	3	0	2
	TOTAL	0	1	1	0	0	8	13	9	2	3
Aseguramiento	CONTRIBUTIVO	0		0	0	0	0	1	1	2	1
	SUBSIDIADO	0	1	0	0	0	6	8	5	0	1
	NO ASEGURADO	0		1	0	0	2	4	3	0	1
	TOTAL	0	1	1	0	0	8	13	9	2	3
Nivel Educativo	BÁSICA PRIMARIA	0		1	0	0	1	0	0	0	0
	BÁSICA SECUNDARIA	0	1	0	0	0	1	6	5	1	0
	MEDIA ACADÉMICA O CLÁSICA	0	0	0	0	0	6	7	3	1	3
	SIN INFORMACIÓN	0	0	0	0	0	0		1		
	TOTAL	0	1	1	0	0	8	13	9	2	3
Estado Conyugal de la madre	NO ESTÁ CASADA Y LLEVA MENOS DE DOS AÑOS VIVIENDO CON SU PAREJA	0		1	0	0	1	0	1	0	2
	NO ESTÁ CASADA Y LLEVA MENOS DE DOS AÑOS VIVIENDO CON SU PAREJA	0	0	0	0	0	4	12	5	0	0
	ESTÁ SOLTERA	0	1		0	0	3	1	3	2	1
	TOTAL	0	1	1	0	0	8	13	9	2	3

Fuente: Base de datos aplicativo web RUAF_ND, datos preliminares, ajustado 18/04/2017 (Corte 17-04-2017)

Entre los años 2012 al 2016 se presentaron 37 nacimientos en madres entre los 10 y 19 años, de acuerdo al sexo, la mayor proporción de nacimientos se da en hombres 37% que en mujeres. En relación al sistema general de seguridad social en salud predomina el régimen subsidiado 56,8%, seguido de población no asegurada en un 29,7% y en tercer lugar la población contributiva con 13,5%.

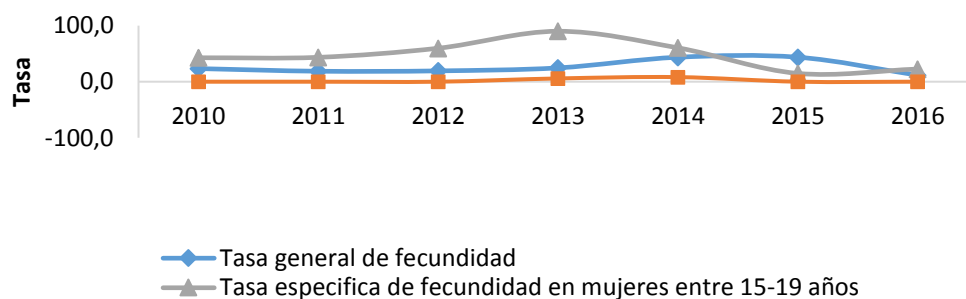
La población tiene un nivel educativo de 54,1% en media académica, el 37,8% culminó básica secundaria. En menor proporción el 5,4% contaba con básica primaria y el 2,7% no brindó información al respecto. Con relación al estado conyugal de la madre, la mayoría de las mujeres no están casadas y llevan menos de dos años viviendo con su pareja 56,8% y el 29,7% son madres solteras.

Fecundidad

Como se describió anteriormente, la localidad de Sumapaz a través del tiempo presenta una tasa general de fecundidad decreciente, este comportamiento se encuentra determinado por el acceso a la educación, adherencia a los programas de promoción de la salud y detección de la enfermedad de los servicios de salud prestados a la comunidad.

En cuanto a la tasa de fecundidad en las mujeres de 15 a 19 años se observa que para el año 2010 era de 25,6 y para el año 2016 la tasa es de 18,8 por cada 1000 mujeres entre los 15 a los 19 años de edad; a partir del año 2013 se observa un comportamiento decreciente de la fecundidad para este grupo de edad. Con relación a la fecundidad en mujeres de 10-14 años, se observa un leve aumento entre los años 2013 y 2014 dado por el nacimiento de dos niños.

Gráfico 4 Tasas general de fecundidad – Tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años de edad y de 15 a 19 años de edad, Localidad de Sumapaz, Subred Sur E.S.E. 2010 – 2016.



FUENTE: USS Nazareth. Base Poblacional 2016. Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- actualizado 2014 el 14 de junio del 2015

CAPÍTULO 2: ANALISIS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (DETERMINANTES)

La calidad de vida, como concepto polisémico, se refiere a un estado de bienestar individual que esta mediado por el entorno social, económico y ambiental de los mismos. La forma en la que mide la calidad de vida, ha tenido variaciones en el tiempo y en el contexto.

Al realizarse análisis de la calidad de vida y salud de una población, puede dar como resultado, la verificación de las desigualdades sociales de la salud presentes, pues la calidad de vida puede ser la consecuencia de la distribución desigual de los ingresos, los bienes y servicios, limitaciones al acceso a atención en salud, educación, condiciones de trabajo adecuadas, vivienda, ocio y diversión, por lo tanto a continuación se realiza un análisis de la calidad de vida y salud de la cada una de las localidades que conforman la red sur, el ejercicio se realizara a partir de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), el cual abarca aquellos aspectos que inciden directamente en la salud de la población.

2.1 Dimensión Salud Ambiental

Esta dimensión busca, favorecer y promover la calidad de vida y salud de la población, de las presentes y futuras generaciones, y materializar el derecho a un ambiente sano, a través de la transformación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales.

2.1.1. Medio Ambiente y Recursos Naturales en la Localidad de Sumapaz

La localidad 20 de Sumapaz se caracteriza por su ecosistema ambiental de páramo, siendo esta localidad uno de los mayores generadores de agua en el país. Su población posee tradición campesina que ha luchado por la conservación de su territorio a través de las reservas forestales y evitar el ecoturismo, por lo que se reconoce un gran sentido de organización social y política en su comunidad.

Sumapaz aunque cuenta con gran diversidad de fauna y flora, y aunque ostenta el título como el páramo mejor preservado del país, en la actualidad se encuentra en riesgo debido a que se está extendiendo las áreas de cultivo generando reducción de áreas protegidas.

La localidad de Sumapaz además es una fuente hídrica importante del país, contando con 1.128 kilómetros de ríos y quebradas que hacen parte de las cuencas de los ríos Magdalena y Orinoco. De las 78.096 has de la localidad de Sumapaz, se distribuyen en 35.928 has de pajonal, 25.017 has de frailejón y pajonal, 5.402 has de bosque natural, 1.856 has de turbera y 106 has de lagunas, lo que hace que Sumapaz sea un ecosistema imperante para el ciclo del agua.

Partiendo de lo anterior, en estudios de la Alcaldía de Sumapaz y organismos Ambientales, se ha encontrado que la deforestación ha generado problemáticas en las fuentes hídricas, pues el desprendimiento de partículas de los suelos deforestados, que causan eutrofización, aumentan además la cantidad de sólidos en el agua, turbiedad y alteran el cauce de los ríos, esto producto de la principal actividad económica de la región: la agricultura.

También se ha encontrado que una de las principales fuentes de contaminación hídrica en localidad es la inadecuada disposición de residuos sólidos y el vertimiento de aguas residuales. Otra fuente problemas ambientales de 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.

2.1.2. Calidad de Aire en la localidad de Sumapaz

La localidad de Sumapaz predomina una densidad poblacional mínima (tres habitantes por kilómetro cuadrado), se encuentra en zona de reserva natural que comprende el 50% de su territorio, lo que de alguna forma revela que los niveles de contaminación atmosférica son los menores del Distrito. Sin embargo, la SDS a través de la medición de la calidad de aire, revela que en la actualidad debido a los incendios forestales que se dan esporádicamente por la presencia de material vegetativo de fácil combustión pajonales, chuscales están causando la generación y acumulación de CO₂.

Una de las principales fuentes estacionarias de contaminación atmosférica se relacionan con las viviendas, debido al consumo de madera como combustible para cocinar y, como fuentes móviles, que no representan un número significativo, se encuentran los vehículos pesados que funcionan con combustible diésel, que generan gases, material particulado (PM₁₀) y otras sustancias, además de polvo y partículas por su movilización.

La contaminación del aire se presenta como un riesgo para la salud humana, dado que diferentes tipos de partículas contenidas en el ambiente aumenta la carga de morbilidad asociada a enfermedades pulmonares obstructivas crónica (EPOC), neoplasias y

neumopatías (como el asma). Sin embargo las prácticas locales en torno a las formas de preparar alimentos, la formas en que manejan los cultivos y las mismas prácticas de autocuidado son determinantes en el proceso salud - enfermedad asociado a calidad del aire, desde la vivienda hasta los espacios de producción económica.

2.1.3. Áreas de Riesgo y Amenaza (inundaciones, incendios, movimientos de masa) de la localidad de Sumapaz)

La localidad de Sumapaz cuenta con importantes problemas ambientales asociados a sus recursos disponibles. Las áreas afectadas en la localidad están expuestas a riesgos por incendios forestales, contaminación de suelos, aguas superficiales y subterráneas y riesgos de salubridad por el vertimiento de aguas servidas en quebradas y arroyos. Asimismo, en cuanto está enmarcada en un ambiente sismo tectónico de continua actividad histórica sísmica (compuesta por la Zona de Subducción del Pacífico, la falla de Romeral y el sistema de falla de Piedemonte Llanero (Falla de Guacaramo o Frontral de la Cordillera Orienta), y de otras fallas próximas y tangenciales como las fallas de Salinas, Bucaramanga y Bogotá, que presentan un riesgo constante de actividad sísmica en la localidad.

La zona rural de Sumapaz presenta una alta susceptibilidad a los incendios forestales por la configuración del relieve predominante: cadenas montañosas con altas pendientes y escarpadas geoformas; periodos secos prolongados (entre enero, marzo y julio) en los que se presentan escasas precipitaciones, baja humedad relativa así como incrementos de la temperatura, la radiación solar, el brillo solar y vientos fríos con alto poder desencante. En resumidas cuentas, basta un pequeño foco de calor (un rayo, una chispa, un rabo de botella, una cerilla) para desencadenar un fuerte incendio.

Por la distribución de las UPR, hay cuestiones particulares que determinan las áreas de riesgo. Para la UPR Río Blanco, de acuerdo con el Plan de Ordenamiento y Manejo de Cuencas Hidrográficas (POMCA), se han identificado tres niveles de amenaza de deslizamiento siendo el de mayor participación el nivel bajo de amenaza con 22.258 Hectáreas (Ha) que equivalen al 62%, amenaza media de 8.767 Ha que son el 24% y amenaza alta con 1.626 Ha que son el 5% del total del territorio. De acuerdo a los usos definidos para el suelo rural para esta UPR se detectó que el mayor porcentaje de amenaza alta por deslizamiento se encuentra en zonas de alta fragilidad (40%) y manejo especial (40%). Las áreas de amenaza media por deslizamientos se localizaron en zonas de alta fragilidad (47%) y en Áreas Protegidas (50%).

En la UPR Río Sumapaz, de acuerdo con la información del POMCA, se tienen identificados tres niveles de amenaza por deslizamientos y dos niveles para amenaza por inundación. A nivel de áreas la de mayor participación es el nivel medio de amenaza por

deslizamiento con 17.878 ha que equivalen al 42%, seguido de amenaza alta de deslizamiento con 13.509 ha que son el 32%, continua la amenaza baja por deslizamientos con 6.698 ha que abarcan el 16% del territorio, sigue la amenaza media por inundación con 2.252 Ha que equivalen al 5% y por último las zonas de amenaza alta por inundación que son 126 ha que no alcanzan a ser ni el 1% del área total de la UPR. El 4% del territorio no cuenta con información sobre amenazas.

Para la UPR del Río Sumapaz el mayor porcentaje de amenaza alta por deslizamientos se encuentra en zonas de alta fragilidad (42%) y Áreas Protegidas (53%). Las áreas de amenaza media por deslizamientos se localizan en zonas de alta fragilidad (23%), Áreas Protegidas (67%), manejo especial (8%) y alta capacidad (2%). Las áreas de amenaza baja se hallan en zonas de alta fragilidad (14%) y Áreas Protegidas (84%). En cuanto a la amenaza alta de inundación esta se ubica en un 100% en Áreas Protegidas. La amenaza media de inundación abarca zonas de alta fragilidad (14%) y Áreas Protegidas (84%). Según esta información del POMCA el centro poblado de San Juan se ubica en una zona de amenaza alta por deslizamientos.

2.1.4. Actividades productivas y de autoconsumo

La presencia institucional de entidades de investigación, capacitación y transferencia de tecnología en la región es casi nula, lo cual no es concordante con la ubicación geográfica de la zona ubicada a 20 kilómetros del área urbana de Bogotá, esta condición genera que los procesos de producción impacten de forma importante la oferta ambiental de la región, la cual es depositaria de importantes áreas de manejo especial (11).

En agricultura, el principal cultivo en extensión de producción es el de la papa, basado en la preparación de terreno con tractor y retobo y labores culturales a base de productos químicos, ambas actividades generan impactos de degradación y contaminación de suelos. Le sigue en orden de importancia el cultivo de arveja, la cual desde el punto de vista de proceso de producción mantiene las mismas características que el cultivo de la papa. Este producto, es más exigente en demanda de insumos e infraestructura para su producción por lo tanto, es más una actividad de medianos productores de que de familias campesinas (11)

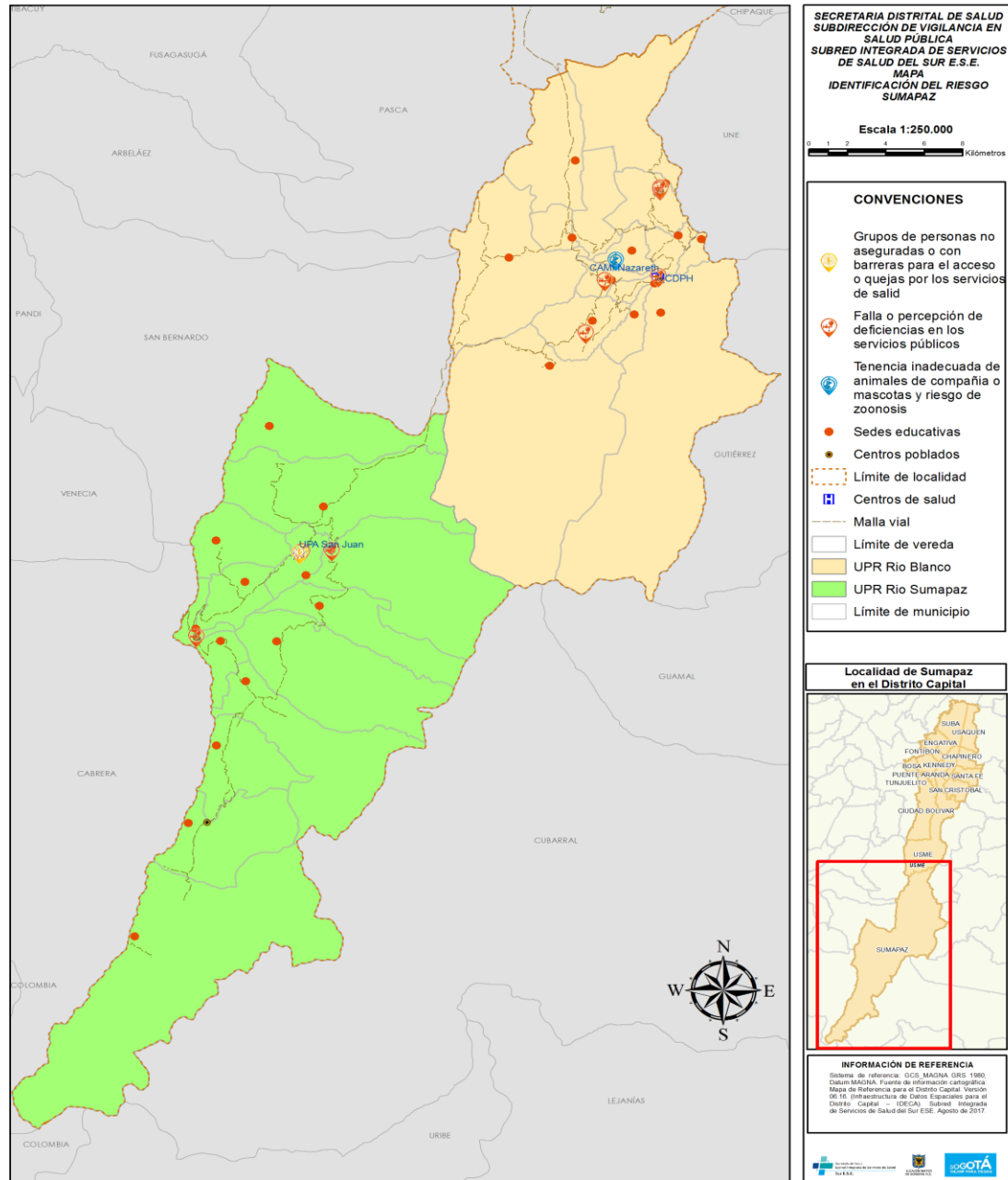


Fuente: Encuentro con comunidad, Hospital Nazareth.

La distribución de las actividades de los campesinos de la localidad de Sumapaz permite evidenciar que cerca del 53.6 % se dedican a actividades del sector agropecuario, mientras que el 45.2 % se dedica al hogar en tareas de la economía familiar y de subsistencia. El 1.0 % de los campesinos identificados se dedican a otras actividades relacionadas como lo son la piscicultura, la producción de lácteos, oficios varios e independiente. Al ser localidad netamente rural se esperaría que la actividad agropecuaria tuviera mayor participación en las actividades del campo; desde el grupo focal de la Escuela de Gestores en Seguridad Alimentaria y Nutricional de 2015, se identificaron algunos factores que influyen el comportamiento del sector, como los siguientes:

- Disminución de la producción agrícola y aumento de la producción pecuaria.
- Relación costo beneficio de algunos productos que impactan negativamente en el productor.
- Condiciones de empleabilidad formal, como el caso de celadores, conductores, obreros de carretera y de colegios, monitores de ruta escolar y cocineros, que generan abandono parcial o completo de la huerta y de la agricultura como medio de manutención.

Mapa 4. Identificación del riesgo. Localidad de Sumapaz 2016.



FUENTE: IDECA, 2016.

- Migración de jóvenes de la localidad a otras regiones del departamento, abandonando actividades propias del campo.
- Los bonos alimentarios ocasionaron pérdida de la cultura de producción para el autoconsumo, generando situaciones de asistencialismo en la población de la localidad.
- Limitación edafoclimática para la producción de alimentos que cumplan el requerimiento calórico/nutricional de la población.
- Débiles incentivos institucionales y voluntad política para fortalecer buenas prácticas de producción campesina.
- Débiles hábitos en consumo responsable en áreas urbanas que impactan en la producción campesina alternativa.

Tabla 6. Actividades según rol en la familia campesina. Localidad de Sumapaz 2015

Hombre	Mujer
Cultivadores, como toda la vida. Obreros. Carga de cosecha. Antes: el día que el hombre se iba dejaba tareas a la familia.	Criar hijos. Ordeñar vacas. Cuido de gallinas. La huerta es responsabilidad de la mujer. Oficio y limpieza del hogar. El agua la recoge la mujer. La leña la recoge la mujer. Algunas mujeres trabajan en actividades de los hombres. Antes: cuando el hombre no estaba se dedicaba a tejer o remendar.

Fuente: Grupo focal. Vereda Las Vegas. Corregimiento San Juan. 2015

En Sumapaz, la comunidad ha referido a lo largo de la historia actividades con enfoque de género que en gran parte han atribuido a la cultura machista, éstas se han ido transformando con la llegada de instituciones del estado a la localidad, cambiando elementos de la cultura a partir de sus diferentes intervenciones tanto a nivel social, como a nivel ambiental.

“Las mujeres son quienes más dedican tiempo al cuidado de los hijos, el arreglo de la casa, la cocina para el hogar y los trabajadores...antes ellas no participaban en la arriería o en la agricultura, como lo hacen todavía en su mayoría los hombres, ahora uno ya ve mujeres que colaboran en esas labores, eso empezó desde que mejoraron las carreteras,

antes arriar los animales o llevar las cargas de las cosechas hasta las bodegas, eran los hombres los que lo hacían porque era todo en monte, mucha fuerza y mucho esfuerzo, con la carretera es más fácil transportar”. (12).

Junto con ello se evidencia una reciente participación activa por parte de las mujeres en contextos de toma de decisiones comunitarias, permitiendo que lo decidido refleje de forma más clara los intereses de la comunidad.

“Acá hay comité de mujeres, las mujeres de Sumapaz se han empoderado para exigir sus derechos, aquí todos tenemos derecho a opinar, las mujeres podemos participar en reuniones...eso al comienzo les molestaba a los hombres pero se fueron acostumbrando que ya uno sale a las reuniones”. (12).

2.1.5. Clasificación y delimitación del territorio

La localidad de Sumapaz es la única localidad netamente rural en el Distrito Capital, con 78.095,35 hectáreas (ha). Para la UPR Rio Sumapaz, el 11,6 % de la población vive en los centros poblados de San Juan, La Unión y Granada. Este último centro poblado fue reglamentado en el 2014 por la Secretaria Distrital de Planeación; y en la UPR Rio Blanco el 9,8% de la población vive en los centros poblados de Betania y Nazareth. Estos se caracterizan por concentrar servicios sociales, asistenciales y administrativos para la población que habita las veredas.

2.2 Dimensión Ambiente Construido

El ambiente construido puede definirse como aquellos espacios que han sido transformados por la humanidad con el fin de valerse de ellos para saciar alguna necesidad específica. En este sentido, la sociedad, en su conjunto, ha dado respuestas mediante la creación de soluciones a estas necesidades. Es así que pone a disposición de la comunidad el acceso a servicios públicos, saneamiento básico (manejo de aguas negras y basuras), crea espacio público, brinda transporte público y vías, y, por supuesto, brinda un techo, una vivienda para habitar sea individual o familiarmente. En este apartado exponemos cómo se da esto en la localidad de Sumapaz.

2.2.1 Acceso y calidad de servicios públicos

La localidad de Sumapaz tiene una deficiencia en la cobertura de servicios públicos, el servicio de acueducto se presta a través de 14 acueductos veredales que abastecen las veredas Betania, Raizal, Peñaliza, Istmo, Tabaco, Laguna Verde, Los Ríos, Las Palmas, Auras, Nazareth, Las Animas, Santa Rosa, Taquecitos, San Antonio, El Toldo, Santo Domingo, Capitolio, La Unión, Juan, Las Vegas y Chorreras, entre otras. Estos acueductos

logran dar una cobertura del 74,3% a la localidad de Sumapaz, el resto de la población se abastece de nacederos de agua o aljibes, ríos, desagües, aguas lluvias y quebradas, que en épocas de verano se secan.

El servicio de alcantarillado está disponible únicamente en los centros poblados y en las escuelas, con pozos sépticos para la disposición. Es de considerar que ninguno de estos recursos es apto para el consumo humano (13) y que para el 2015, de los 14 acueductos cinco son Inviabiles Sanitariamente, cinco tienen un riesgo alto y cuatro se encuentran sin riesgo.

Las zonas rurales de Bogotá cuentan con un cubrimiento de 96% (14) del servicio de energía eléctrica. Sumapaz, no cuenta con servicio público de gas natural, y el acceso al gas propano y butano se dificulta por el costo de transporte desde la Bogotá urbana (13). Según los grupos focales realizados para el documento de análisis diferencial la comunidad refiere:

“En la casa tenemos estufa de leña y de gas, pero usamos la de leña porque no tiene costo” (12).

“Tenemos de leña y de gas, pero solo usamos de gas en el día que es cuando se necesitan las cosas más rápido, pero el resto del día usamos la de leña porque además ayuda a mantener caliente la casa”. (12)

“Uso de leña por facilidad, por costumbre porque los alimentos quedan mejor y porque es más económico. Prefiero gastar esa plata en otras cosas que se necesiten”. (12)

Los residuos sólidos y las basuras generados en la zona rural por las practicas agropecuarias, donde el volumen de frascos y bolsas de insecticidas, fungicidas y abonos no tienen un acopio adecuado, que en algunos casos se arrojan en las laderas y rondas de los cuerpos de agua, otros realizan quemas generando compactación de estos materiales generando degradación del suelo. Se requiere de acciones intersectoriales para dar respuesta a la situación (11).

2.2.2 Saneamiento Básico

El saneamiento básico, como extensión de los demás servicios públicos en la localidad, funciona de una forma diferente al resto de las localidades. Como hemos aseverado previamente, la localidad es preeminentemente la ruralidad, por lo cual el manejo de las basuras, a diferencia del área urbana, cambia sustancialmente. En la localidad de Sumapaz, la alcaldía local presta el servicio de recolección por su cuenta, destinando 2 volquetas/mes para que recorra 2 veces/mes las veredas y recolecten los residuos que la

comunidad deja ya sea en los módulos verdes o casetas de acopio colectivo instaladas, sobre las vías principales y/o en las escuelas rurales y asistencia técnica en el manejo de los residuos sólidos, los cuales son llevados al Relleno Sanitario Doña Juana.

El alcantarillado es una condición propia de los centros poblados. En la UPR Río Sumapaz cuenta con el servicio de alcantarillado en los centros poblados de San Juan, La Unión (corregimiento de San Juan) y Santa Ana (vereda de Santo Domingo, corregimiento de San Juan). En el Centro Poblado de Betania tiene alcantarillado el cual funciona combinado aguas negras y lluvias. Dichas aguas residuales llegan hasta un pozo séptico. En tiempos de lluvia se rebosa. Existe un sumidero lateral al final de la vía pavimentada, de desagüe de aguas lluvias, el cual se conecta al alcantarillado sanitario.

Los servicios sanitarios en las viviendas dispersas se caracterizan por la existencia de inodoros secos y letrinas, en un porcentaje alto de viviendas. Aún predomina en forma significativa los hábitos sanitarios a campo abierto. Las redes de conducción están conformadas por tuberías de gres y cemento. Existe un problema en la concesión de aguas con la CAR, por tal motivo no se ha extendido la red.

En el centro poblado de Nazareth para el manejo de aguas servidas cuenta con un sistema de alcantarillado, el cual tiene una cobertura para toda la población del mismo. Posterior a las redes de conducción las aguas servidas son recogidas en un pozo de inspección comunal aledaño a la escuela, ubicado a cincuenta metros del río Ánimas. El servicio prestado es malo debido a que se presentan malos olores en el pozo de inspección; cuando es época de invierno se rebosa e inunda el sector, representando una grave amenaza contra la salud de los pobladores.

2.2.3 Espacio Público

En el territorio se encuentran pocos elementos del Sistema de Espacio Público Construido. Aun así se considera que este territorio, debido a sus cualidades ambientales y paisajísticas tiene mucho potencial para la conformación de espacios públicos con características propias. Los centros poblados carecen de parques para la concentración de público; cuentan con un solo espacio donde se encuentra una cancha múltiple rodeada de equipamientos como la iglesia, el salón comunal y la Corregiduría. Algunos suelen contar con un parque infantil.

2.2.4 Transporte y Movilidad

La estructura vial del territorio de la localidad está compuesta por una red vial de 527,5 kilómetros (km); cerca del 90,2% de esta red vial está clasificada como vías rurales, que son carreteras destapadas irregulares y senderos de herradura, factor que dificulta la

movilidad; cerca del 9,8% del resto de la red vial se clasifica como vías arteriales, locales e intermedias que se localizan próximas al límite urbano rural, por lo que la función de conectar de manera eficiente las zonas rurales y urbanas no se presenta en el territorio. La estructura vial comunica las zonas rurales de las localidades de Ciudad Bolívar, Sumapaz y Usme con los municipios de Soacha, Chipaque, Pasca, Uña, San Bernardo y Cabrera. Gran parte de las vías se encuentran sin pavimentar debido a legislaciones de preservación del páramo y de las zonas de reserva ambiental.

La accesibilidad a los centros de salud también se encuentra limitada por las distancias que tienen que recorrer los habitantes de la ruralidad; los habitantes de las veredas de San Juan, Nazareth, La Unión de Usme y La Regadera recorren aproximadamente un kilómetro hasta el centro de salud más cercano; mientras que a medida que la población se dispersa en el territorio, los habitantes recorren más de nueve kilómetros por vías terciarias y/o caminos de herradura para acceder a los servicios de salud, como el caso de los habitantes de las veredas San José, Nueva Granada, Concepción y Taquecitos.

Teniendo en cuenta las variables relacionadas con la localidad de Sumapaz en cuanto movilidad, se puede observar que tan solo el 9,8% de la malla vial, el restante 90,2% se trata de vías rurales, destapadas, de herradura genera dificultades en el traslado de la comunidad que reside en la zona para el acceso a servicios de salud especialmente atención de urgencias y especializada, trabajo diferente al realizado en la vivienda, educación y demás servicios que requieran afectando la calidad de vida, así como posibles implicaciones en la salud física y mental.

2.2.5 Hogares y Vivienda

Sumapaz tiene un total de 673 viviendas de las cuales el 68 % son casas de una planta y el 32 % de los hogares habitan en viviendas tipo cuarto; en cuanto a los materiales de la vivienda el 55,8 % son en ladrillo y bloque y el 44,2% presentan otros materiales como bahareque, madera burda, tabla, tablón, guadua, caña, esterilla, vegetales, etc. frente al material del piso 92,4% presentan pisos de cemento, gravilla, madera burda, tierra o arena; el 7,6% en baldosa, vinilo o tableta

Según el documento de caracterización socioeconómica de la encuesta SISBEN III de diciembre 2016 las viviendas encuestadas en cuanto a la tenencia de la vivienda 30% en arriendo, 8% propia pagando, 40% propia pagada y 22% otra condición (Datos aproximados).

2.3 Dimensión Social

2.3.1 Educación y escolaridad

En el año 2015 la Población en Edad Escolar de la localidad fue de 1.767 niños, niñas y adolescentes de los cuales solamente 868 se encontraban vinculados a un establecimiento educativo (matrículas oficiales). No obstante, en el mismo año se encuentra que la tasa de deserción de la localidad estaba en 3,2 la cual es una cifra importante para la población de Sumapaz.

La localidad de Sumapaz cuenta con dos Instituciones Educativas Distritales: el Colegio campestre Jaime Garzón, el cual cuenta con 13 sedes y el Colegio Gimnasio del Campo Juan de la Cruz Varela con 14 sedes. Desde el primer semestre del año 2016 hace presencia en la localidad el programa PEAMA (Programa Especial de Admisión y Movilidad Académica) de la Universidad Nacional, el cual busca garantizar el acceso a la educación superior y la permanencia en ella de los bachilleres de la región de Sumapaz. La iniciativa presta los programas de enfermería, ingeniería agrícola, ingeniería agronómica, medicina veterinaria y zootecnia pero no hay colegios privados.

Según la base de la Encuesta de Situación de Salud 2015 de la E.S.E Hospital Nazareth el 35.4 % (n=204) de la población encuestada cuenta con educación primaria incompleta, seguido de educación primaria completa con un 19.96% (n=115) y ningún tipo de nivel educativo con un 13.9 %. En cuanto a educación superior la Universidad Nacional de Colombia hace presencia en el territorio con programas profesionales enfocados al desarrollo del campo y la salud en los siguientes programas académicos: enfermería, ingeniería agronómica, medicina veterinaria, zootecnia e ingeniería agrícola.

2.3.2 Recreación y Deporte

La localidad de Sumapaz se encuentra ubicada en el Parque Nacional Natural Sumapaz, configurado como zona protegida de páramo. Dentro de este parque se encuentra el parque Chaquen el cual es un centro de esparcimiento temático donde se da a conocer la cultura Sumapaceña. En lo relacionado con infraestructura para actividades deportivas y recreativas las opciones son limitadas, sólo se cuenta con canchas múltiples en los centros poblados y algunos centros educativos cuentan con canchas de baloncesto y micro fútbol a los que acuden en fines de semana los niños y jóvenes.

2.3.3 Cultura

La localidad de Sumapaz tiene un déficit en cuanto a organizaciones culturales y sociales, el Consejo Local de Arte, Cultura y Patrimonio de Sumapaz se reúne con baja participación de organizaciones de base social. Actualmente se cuenta con pocos escenarios culturales y recreo deportivos en las cabeceras municipales de San Juan y Nazaret, no hay ninguna infraestructura que funcione como casa de la cultura, las únicas actividades de este tipo que se adelantan en la localidad se desarrollan en el Parque Temático Chaquen donde las muestras artísticas y de diversidad son de frecuente realización.

En artes, sobresale la gran cantidad de agrupaciones de música de cuerda (al menos 10), conformadas por habitantes de las veredas, pese a no contar con procesos de formación musical formal. En el área del arte dramático se registra una agrupación de mujeres (Las Frailejonas), y la danza se han consolidado en torno a los colegios locales (Jaime Garzón y, desde hace dos años, en el Juan de la Cruz Varela). En total, la localidad cuenta 29 organizaciones culturales, recreativas y deportivas. De ellas, el 51,7% desarrolla actividades en cultura democrática, el 13,7% actividades en arte en general y 7% actividades en arte dramático y danza. Dichas organizaciones están distribuidas en todo el territorio de la localidad de Sumapaz.

2.3.4 Salud

La localidad de Sumapaz tiene tres Unidades de Servicios de Salud: USS Nazareth, USS San Juan y el Centro de Desarrollo de Potencial Humano CDPH. Las dos primeras cuentan con atención de primer nivel y prestan servicios de urgencias. El último adelanta acciones de atención en salud mental que presta servicios a ciudadanos con estas problemáticas y que no cuentan con redes de apoyo familiares.

Para el acceso a servicios con especialistas, la comunidad de la localidad debe trasladarse a la Bogotá urbana, lo que representan un gasto importante en términos de transporte e incluso de hospedaje para quienes no alcanzan a desarrollar todas sus actividades en un día y deben pernoctar en Bogotá.

En cuanto al tipo de aseguramiento al sistema general de salud y seguridad social (SGSSS) el 48,0 % (n=1154) de los habitantes de la localidad de Sumapaz se encuentra afiliado al régimen subsidiado, asociado a actividades productivas de carácter informal propias de la ruralidad, en el régimen contributivo se encuentra el 33,0% (n=810) de la población, y sin afiliación el 19% que corresponde a 491 habitantes.

La comunidad en la localidad de Sumapaz concibe la salud de una forma integral, emociones-cuerpo-ambiente hacen parte de este enfoque sistémico, tienden a enfocar su

atención en el cuerpo, concibiendo la salud como sinónimo de ausencia de enfermedad, y hacen especial énfasis en la ausencia del dolor. Los problemas más frecuentes en temas de salud, se encuentran relacionados con las barreras de acceso a la salud, especialmente con las geográficas ya que las unidades de atención en salud están dispersas y adelantan acciones de baja complejidad. Para el caso de las personas pertenecientes al régimen contributivo, en el territorio de la localidad no hay IPS privadas, lo que representa una gran barrera de acceso para la población afiliada.

Otra de las principales barreras encontradas es la alta rotación de personal asistencial en los USS. Sumado a los anterior, la población de la localidad, no cuenta con prácticas culturales relacionadas con el cuidado de la salud, pues solo consultan al médico cuando tienen algún dolor o presentan molestias y si se tiene en cuenta la labor principal de la zona, agrícola, es común encontrar dificultades de espalda o en miembros inferiores y superiores debido al descornamiento de higiene postural o de mecanismos de protección del cuerpo.

Como principales determinantes que afectan la salud se refieren aspectos asociados a la atención en salud, el consumo de SPA, el estado de ánimo, factores climáticos y ambientales, las prácticas productivas propias del campo. A éstos le siguen los factores culturales y las barreras de acceso en la alimentación.

“A los que somos contributivos nos toca pagar o viajar hasta Bogotá...Y además las citas en Bogotá son muy demoradas a veces ni las dan, toca esperar meses o hasta años ¿y si uno se muere esperando que?” (12).

“Influye la rabia, estar estresado y de mal genio, los vicios, las malas posturas, los ejercicios repetitivos” (12).

“El campo hace que uno sea rudo, verraco, disimula el dolor para poder mandar el animal y que no se la monte, si yo voy al médico es porque ya me siento muy mal y nada de lo que he tomado me ha funcionado, eso puede ser malo porque si ya llego grave o algo” (12).

Un concepto de salud construido a partir del contacto con la comunidad de la UPR Río Tunjuelo, se establece como el bienestar físico, biológico, mental y espiritual, de la persona, así como el contar con condiciones ambientales adecuadas, sin contaminación de ningún tipo. Esta concepción de salud en la actualidad se ve afectada para los habitantes de forma generalizada por tres fenómenos concretos: El Relleno Sanitario Doña Juana, El Parque Minero Industrial y la Operación Nuevo Usme.

Es recurrente que se vea afectada la tranquilidad de la población, fruto de los fenómenos mencionados, en donde además de los procesos de contaminación y enfermedad que pueden generar, se ven como amenazas frente a la constitución del espacio rural, estableciéndose como peligros frente a la existencia a futuro de hogares campesinos en las veredas que habitan actualmente, ya que los tres son percibidos como proyectos que buscan expandirse a futuro y que no cuentan con restricciones por parte del gobierno para ello.

“A veces también sale es el olor, por ejemplo cuando llueve mucho, aquí alcanza a llegar el olor de la Juana, pero no es constante, pero si, el olor es terrible, todo el mundo se ha quejado de ese olor, últimamente.” (15)

“Ahora por ejemplo lo del Relleno Sanitario, ellos dicen que a Pasquilla no nos afecta, pero realmente sí nos afecta, porque los olores alcanzan a llegar hasta acá, y ahora la proliferación de mosco también está llegando. Por otra parte lo que a uno no lo deja estar tranquilo son las decisiones que toma el gobierno ante los predios que uno tiene, que uno no sabe de aquí a unos años si sí realmente le dejarán seguir trabajando o qué va a ser de la vida de uno.” (16)

2.3.5 Bienestar y Protección Social

Con relación a los programas de Secretaría de Integración Social tiene una cobertura del 9,7% (n=187) puntos de atención, como Atención integral a personas con discapacidad, sus familias y cuidadores "cerrando brechas" (4); alimentando capacidades desarrollo de habilidades y apoyo alimentario para superar condiciones de vulnerabilidad (38); desarrollo integral de la primera infancia (121); relaciones democráticas libres de violencias para y con las familias-comisarías (6); atención integral para personas mayores (5); fortalecimiento de la gestión local para el desarrollo humano (3); protección integral y desarrollo de capacidades de niños, niñas y adolescentes" (3) y jóvenes activando su ciudadanía.

La localidad de Sumapaz está ubicada a 31 Km del área urbana de Bogotá, gran parte de las vías se encuentran sin pavimentar debido a legislaciones de preservación del páramo. Al no contar con todas las vías pavimentadas y presentar tramos con bloqueos por riesgo de remoción en masa y derrumbes, se ven afectadas las dinámicas económicas y sociales de la población de la localidad. Cada vereda es distante a su centro poblado, con desplazamientos que pueden durar de dos a ocho horas de camino por carretera destapada y senderos de herradura, lo que dificulta la movilidad, por lo cual la población se ve en la necesidad de realizar desplazamientos a pie o en caballo. Estas condiciones hacen que la oferta de servicios de bienestar y protección social sea dispersa y no esté

concentrada, en el caso de la Secretaría de Integración Social se encuentra ubicada en la localidad de Usme.

2.3.6 Infraestructura de seguridad y justicia

En cuanto a la seguridad y justicia, en la localidad dada su ubicación estratégica se encuentra una base militar, cuyo objetivo es proteger la entrada sur de la ciudad de Bogotá y mitigar el conflicto armado que se presentó en la zona. Se cuenta con una comisaría de familia y una sede de la personería, sin embargo esta se encuentra en la localidad de Puente Aranda, al igual que la Alcaldía Local, lo cual dificulta el acceso a algunos servicios y la articulación de las instituciones.

2.3.7 Estrato socioeconómico

De acuerdo con la base de datos de encuestados de SISBEN III (corte mayo 2015) en cuanto a la cantidad de unidades de vivienda por estrato, en la localidad de Sumapaz predomina el estrato 1 con el 82,41% (567 viviendas). De acuerdo a los hogares encuestados se encontraron 93 viviendas sin clasificación de estrato que representan el 13,52% (una vivienda se clasifica sin estrato cuando en los recibos de servicios públicos no se indique el estrato o cuando la vivienda no tenga por lo menos un servicio público domiciliario legal).

La densidad poblacional es de 3.46 habitantes /Km², lo que indica una población dispersa geográficamente, relacionado con las actividades económicas que demandan grandes extensiones de suelo. La localidad de Sumapaz tiene un total de 694 viviendas de autoconstrucción, de las cuales el 64,1 % son casas de una planta y el 35,9 % tienen un solo cuarto; en cuanto a los materiales de la vivienda el 55,3 % son en ladrillo y bloque, el 32,3 % son en madera burda y un 12,4% son de materiales de bareque, zinc y tapia pisada. En la localidad de Sumapaz el número de personas por hogar es de 3.3.



Fuente: Encuentro con comunidad, Hospital Nazareth.

El campesinado de la localidad de Sumapaz comparte diferentes elementos en el momento de hacer una definición del campesino, tales como su relación con la tierra y el trabajo, así como la relación conflictiva con la parte urbana de Bogotá.

En relación con los elementos propios que caracterizan al campesino, se hace mención a la relación de éste con el páramo, su conocimiento sobre el mismo y la forma en que el clima, la tierra y el agua determinan las dinámicas de la población. Un elemento característico para las zonas rurales de la Subred Sur, son los antecedentes históricos con que cuenta la localidad de Sumapaz en el marco del conflicto armado, situación que ha generado fuertes impactos en el desarrollo de las relaciones de la población tanto con las instituciones, como entre los habitantes.

2.3.8 Pobreza, NBI, IDH, relación de dependencia, pobreza e indigencia

La relación de dependencia (indicador que mide el cociente de la suma de la población menor de 15 años más la población mayor de 64 años y la población entre los 15 y los 64 años de edad considerados potencialmente activos, en el año 2005, en la localidad de Sumapaz tuvo 67 personas dependientes demográficamente por cada 100 personas en edades activas, esta relación ha ido disminuyendo hacia 2011, pasando a 61 personas dependientes por cada 100 personas en edades activas.

La distribución de las actividades de los campesinos evidencia que cerca del 53.6 % se dedica a actividades del sector agropecuario, 45.2 % al hogar en tareas de la economía

familiar y de subsistencia y el 1.0 % a otras actividades relacionadas como lo son la piscicultura, la producción de lácteos, oficios varios e independiente. En el territorio de Sumapaz se presentan algunos problemas para la producción agrícola como la disminución de la producción agrícola y el aumento de la producción pecuaria. La migración de jóvenes de la localidad a otras regiones del departamento, abandonando actividades propias del campo es una situación arraigada debido a que estos no cuentan con las oportunidades para emplearse y acceder a trabajos que correspondan a sus intereses.

Por otra parte, los bonos alimentarios han ocasionado una pérdida de la cultura de producción para el autoconsumo, igualmente se ha perdido toda una cultura gastronómica en torno al cultivo de ciertos productos como algunas variedades de papa, maíz y cebada que ya no hacen parte de la dieta del poblador Sumapaceño.

2.4 Dimensión Económica

La economía es una de las dimensiones más importantes para los seres humanos dado que provee los recursos necesarios para su subsistencia. En esta dimensión se expondrán las actividades económicas en las que se desempeñan los Sumapaceños, la desigualdad que existe en la localidad, la infraestructura que tienen respecto al desarrollo agropecuario y el crecimiento agro-empresarial y las ayudas que provee el distrito en favor de reducir la pobreza, la desigualdad y la inequidad.

2.4.1 Principales actividades económicas y desempleo

Con relación a actividades económicas, durante los meses de septiembre a diciembre del año 2016, se identificaron 98 unidades de trabajo informal (UTIS) en la localidad, de las cuales el 58,2% desarrollaban actividades de apoyo a la agricultura y 40,8% apoyo a la ganadería.

Teniendo en cuenta el diagnóstico local 2014, donde se registró información de las Unidades de Trabajo Informal - UTIS del Hospital Nazareth, en el año 2012 se encontró que de 120 trabajadores a los cuales se les realizó seguimiento, el 99% no contaban con ningún tipo de contrato ni vinculación laboral. El 57% de los trabajadores consideraban que su actividad laboral afectaba su salud y lo relacionaban con el levantamiento de cargas, posturas inadecuadas o forzadas, movimientos repetitivos y exposición a contaminantes químicos y biológicos. En la población trabajadora caracterizada con relación a la sintomatología se evidenció que el dolor de espalda es el más sentido tanto en las actividades agrícolas como en las de elaboración de queso artesanal con un porcentaje de 67% asociado al riesgo en carga física como adopción de posturas incorrectas que aumentan las curvas fisiológicas de la espalda y posturas mantenidas

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

Teniendo en cuenta la información suministrada frente al subsistema SIVISTRA, se ha evidenciado que los desórdenes relacionados con el trabajo impactan de manera importante la calidad de vida de los trabajadores. La situación es aún más difícil si se tiene en cuenta que son trabajadores del sector informal de la economía para quienes no hay programas o acciones estructuradas de promoción de la salud y prevención de enfermedades laborales, que provengan de las mismas unidades de trabajo o por iniciativa de los propios empleadores o trabajadores. Como lo señala el informe de la II ENCSST, estas alteraciones pueden llegar a ser altamente incapacitantes si no se intervienen desde su inicio. Particularmente al tratarse de trabajadores informales, es mayor la preocupación ya que esta población no cuenta con el aseguramiento en riesgos laborales para facilitar su intervención temprana, por lo tanto se encuentran con mayores posibilidades de presentar incapacidades permanentes. En general durante el proceso llevado a cabo desde el nodo rural de SIVISTRA se ha logrado socializar las características principales del subsistema y la ruta de la inclusión, para su plena identificación, promoviendo así un incremento paulatino en las notificaciones de eventos.

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

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

Específicamente en lo relacionado con el sistema corporal más afectado (osteomuscular con un 70%) se resalta que es coherente con los hallazgos previos del subsistema SIVISTRA a nivel distrital, encontrándose que en los trabajadores de la economía informal durante el 2013 el sistema osteomuscular fue identificado en un 89,8% del total de los casos de enfermedad laboral investigados. Los desórdenes Osteomusculares relacionados con el trabajo fueron la constante encontrada en el Distrito. Estos resultados son además similares a los hallazgos de la II Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (IENCST), en la cual se encontró que entre los años 2009 y 2012, las lesiones musculo esqueléticas reconocidas en los trabajadores afiliados al sistema representaron de un 87% a 89%. Por otra parte las condiciones específicas de las actividades del sector agrícola generan este tipo de alteraciones. Además del tipo de posturas que asume el trabajador, los movimientos repetitivos, el levantamiento y manejo cargas con peso excesivo y la fuerza requerida también pueden influir en el incremento de los síntomas, diversas condiciones del ambiente físico como las bajas temperaturas en la zona de páramo.

De acuerdo a lo anterior se puede inferir que en la localidad la población desarrolla actividades propias del campo, de las cuales el 58,2% desarrollaban actividades de apoyo a la agricultura y 40,8% apoyo a la ganadería. lo cual puede afectar la salud, educación y calidad de vida y así mismo puede afectar a todos los cursos de vida es especial a la población infantil y persona mayor por ser cursos de vida económicamente dependientes y también afectar todas las dimensiones prioritarias y transversales, en especial la dimensión de ámbito laboral.

2.4.2 Coeficiente de Gini

El Coeficiente de Gini es un indicador que permite medir la desigualdad del ingreso en una sociedad. La medición varía en una escala de 0 a 1: el valor de "0" indica una situación ideal, es decir una distribución equitativa del ingreso, en la que todos los individuos o familias de una sociedad adquieren el mismo ingreso; un valor de 1 indica que los ingresos se concentran en unos pocos hogares o individuos y refleja una situación de inequidad. Para la interpretación del coeficiente existen 3 parametros, entre (0 – 0,30): es el reflejo de una distribución equitativa del ingreso; entre (0,40 – 0,60): puede expresar situaciones de desigualdad y valores superiores a 0,60 expresan una distribución gravemente inequitativa del ingreso.

Para Bogotá el Coeficiente de GINI durante el año 2014 fue de 0.504 al comparar con el 2007 (0.511) se observa reducción para el último año analizado. Para Sumapaz este indicador no fue estimado para 2014. Teniendo en cuenta el diagnostico local 2014: los altos niveles de concentración de la propiedad de la tierra a partir de los años noventa

muestra una tendencia evidente a la disminución de la participación de la pequeña y mediana propiedad, y un incremento importante en la gran propiedad, lo cual está relacionado con la desigualdad estructural en la propiedad rural, donde según el Instituto Geográfico Agustín Codazzi para el año 2012 el coeficiente GINI nacional se encontraba en 0,86 el cual incrementó un poco más del 1,0 % entre el 2000 y 2010. Para la localidad de Sumapaz el coeficiente de GINI en el 2010 fue de 0,78 y para el año 2013 0,86.

Para la medición de la pobreza y la cuantificación de la situación socioeconómica de los habitantes de la localidad existen diferentes metodologías. la medición de pobreza del Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), que define la pobreza como la situación en la que los hogares no cuentan con los recursos suficientes para cubrir sus necesidades básicas permanentemente. Según la Secretaria Distrital del Hábitat (2010) los datos estimados de hogares en situación de pobreza según NBI son: el 57,9% de los hogares de la localidad se encuentran en situación de pobreza, es decir, tienen carencia de una necesidad básica, y el 6,5% de los hogares se encuentra en situación de pobreza extrema.

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

De acuerdo a lo anterior se puede inferir que en el distrito y en la localidad existen desigualdades en el ingreso económico, situación que afecta negativamente a la población menos favorecida en diversos aspectos como lo son: salud, educación y calidad de vida, además puede afectar a todos los cursos de vida en todas las dimensiones prioritarias y transversales, en especial la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional.

2.4.3 Ingresos y Gastos de los hogares

Los ingresos de las familias provienen de la actividades económicas del comercio y las actividades más usuales en las fincas, la cuales son la actividad agrícola y la cría de

especies menores. La distribución de las actividades de los campesinos de la localidad de Sumapaz permite evidenciar que cerca del 53.6 % se dedican a actividades del sector agropecuario, mientras que el 45.2 % se dedica al hogar en tareas de la economía familiar y de subsistencia. El 1.0 % de los campesinos identificados se dedican a otras actividades relacionadas como lo son la piscicultura, la producción de lácteos, oficios varios e independiente.

2.4.4 Infraestructura de desarrollo económico agrario, distribución, transformación y comercialización

Un área significativa del territorio de la localidad de Sumapaz fue declarada como Parque Nacional Natural de Sumapaz, por medio del artículo 1 del Decreto 2811 de 1974 del Gobierno Nacional. Esta zona se delimitó de manera especial por parte del Ministerio de Agricultura, previo concepto favorable de la Academia Colombiana de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales. Gracias a lo anterior se prohibió la adjudicación de baldíos, la venta de tierras, la caza, la pesca, y toda actividad industrial, ganadera o agrícola, distinta a la del turismo o aquellas que el Gobierno Nacional considerara convenientes para la conservación y embellecimiento de la zona.

Las actividades más usuales en las fincas de Sumapaz son la ganadería, combinada "...con la actividad agrícola y la cría de especies menores.", ya que en el distrito, éstas son las tres localidades que tienen más áreas destinadas para cultivos agrícolas, con 119 para Sumapaz.

Actualmente no se cuenta con información oficial del nivel de ingresos de la localidad debido a que gran parte de la población son trabajadores informales; sin embargo, durante el proceso de territorialización que se realiza anualmente por parte del Hospital Nazareth, se identifica que una familia puede contar con ingresos de menos de un salario mínimo legal vigente. De igual manera, no hay información disponible para la localidad de tasa de ocupación y de desempleo, así como nivel de endeudamiento. Teniendo en cuenta el diagnóstico local 2014 en relación con la pobreza humana, se identificó que para el 2012 el Índice de Pobreza Humana (IPH) es de 0.33, influenciado por el índice de calidad de vida, y éste a su vez, asociado al acceso a agua potable, los servicios de salud y la desnutrición crónica. Frente al Índice de Desarrollo Humano (IDH) para el 2012 se estimaba en 0,64, notoriamente menor frente a Bogotá urbana en el mismo año, que es de 0,88. Al realizar un análisis de cada componente, se identifica que el Índice de Ingresos (0,33) es el factor que incide negativamente, pues los otros dos componentes, Índice de Esperanza de vida (0,77) e Índice de nivel educativo (0,81) son superiores al IDH.

Por otra parte se identificó que para los ciclos vitales de adultez y vejez se encuentra la hipertensión esencial primaria como la primera causa de morbilidad, la cual se encuentra

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

De acuerdo a lo anterior se puede inferir que el Índice de Pobreza Humana (IPH), influenciado por el índice de calidad de vida y éste a su vez asociado al acceso a agua potable, los servicios de salud y la desnutrición crónica, puede afectar a todos los cursos de vida, es especial a la persona mayor por ser cursos de vida económicamente dependientes y también afectar todas las dimensiones prioritarias y transversales, en especial la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional.

2.4.5 Infraestructura de desarrollo económico industrial o empresarial

De acuerdo con los resultados del Censo 2005 del DANE, el total de hogares particulares censados en Sumapaz corresponde a 1.440; de los cuales 40 (2,8%) tiene alguna actividad económica. Este resultado es inferior al de Bogotá 4,2%.

De los 43 establecimientos económicos censados en el 2005 en la localidad de Sumapaz, 8 (18,6%) se dedican a industria, 17 (39,5%) a comercio, 9 (20,9%) a servicios y 3 (7,0%) a otras actividades. 40 (93,0%) se encuentran ubicados en viviendas y 3 (7,0%) están ubicados de manera independiente de los cuales se desconoce la actividad económica.

En la localidad Sumapaz el sector económico comercio, es el que presenta el mayor porcentaje con el 39.5%, seguido de servicios con el 20.9%, de los cuales el 93% se encuentran ubicados en las viviendas, donde el mayor porcentaje de la población presenta vinculaciones laborales de forma ocasional, comportándose de esta forma como un determinante negativo.

2.4.6 Acceso a canastas SAN

De acuerdo a la Encuesta Multipropósito en la localidad, el 31.7% de los jefes de hogar perciben una mejoría en las condiciones de alimentación de los miembros del hogar, en

el año 2011 respecto del año 2007, debido al mejoramiento de los ingresos. El 11% de los jefes de hogar reportaron que las condiciones de alimentación de los miembros del hogar empeoraron, por la baja en los ingresos o una pérdida económica importante y el aumento de los precios de los bienes y servicios que consume el hogar.

En la localidad se observa que los hogares que presentan seguridad alimentaria representan el 45.2%, siendo mayor que el porcentaje para Bogotá, y los hogares con inseguridad alimentaria corresponde al 54,8%, siendo mayor que el porcentaje reportado por Bogotá, lo cual se encuentra estrechamente relacionado, con los ingresos mensuales recibidos por las familias, de acuerdo al tipo de empleo que desempeñen, ya sea formal o informal y a la continuidad del mismo.

El 31.7% de los jefes de hogar perciben una mejoría en las condiciones de alimentación de los miembros del hogar, en el año 2011 respecto del año 2007, debido al mejoramiento de los ingresos. El 11% de los jefes de hogar reportaron que las condiciones de alimentación de los miembros del hogar empeoraron, por la baja en los ingresos o una pérdida económica importante y el aumento de los precios de los bienes y servicios que consume el hogar

2.5 Dimensión Política-administrativa

La dimensión política-administrativa se compone de las instituciones con las que cuenta la localidad para la participación ciudadana.

2.5.1 Espacios de participación comunitaria presentes en el municipio

Los elementos que diferencian a los campesinos de la ruralidad en relación a la participación comunitaria son el abandono estatal, que da paso a la exigencia de que los planes, proyectos y programas sean pensados a partir de los territorios rurales, y que no sigan siendo excluidos por no tener la misma concentración demográfica que las zonas urbanas.

Por su parte, el campesinado de la localidad de Sumapaz comparte diferentes elementos en el momento de hacer una definición del campesino, tales como su relación con la tierra y el trabajo, así como la relación conflictiva con la parte urbana de Bogotá.

En relación con los elementos propios que caracterizan al campesino, se hace mención a la relación de éste con el páramo, su conocimiento sobre el mismo y la forma en que el clima, la tierra y el agua determinan las dinámicas de la población:

Un elemento característico para las zonas rurales de la Subred Sur, son los antecedentes históricos con que cuenta la localidad de Sumapaz en el marco del conflicto armado,

situación que ha generado fuertes impactos en el desarrollo de las relaciones de la población tanto con las instituciones, como entre los habitantes

Sumapaz más del 60% de la población de la localidad tiene alguna relación con el trabajo de organizaciones sociales y comunitarias, que mantiene los procesos de identidad campesina resistiéndose a caer en la atomización e individualización y apatía de la vida urbana.

Es importante plantear que para las poblaciones campesinas este aspecto constituye una riqueza que bien podría calificarse como capital cultural y un elemento de identificación muy relevante.

2.5.2 Acciones institucionales o interinstitucionales para el fortalecimiento de la situación en salud en la localidad

En la vigencia 2016 dentro de las acciones del PIC en Sumapaz se realizaron las siguientes acciones:

- Grupos de multiplicadores en prácticas saludables: Comprende el desarrollo de módulos de formación a cargo de un grupo interdisciplinario (medico alternativo, enfermera, terapeuta, ambiental, psicólogo, odontólogo, nutricionista), los cuales de acuerdo a sus competencias desarrollaran las temáticas.
- Formación de Escuelas de Gestores en Medicina Tradicional y alternativa: incluye acciones colectivas para comunidad teniendo en cuenta la cultura, orientadas hacia el empoderamiento en prácticas ancestrales, tradicionales y alternativas para el cuidado de la salud
- Fortalecimiento de redes de base comunitaria: Se promueve este proceso en los dos corregimientos de San Juan - Nazareth y Betania; se organiza el talento humano de acuerdo a perfiles que permitan dar respuesta a las necesidades en salud e intereses de la comunidad. Las redes conformadas son: red discapacidad grupo de personas diversamente hábiles de Sumapaz, red discapacidad nueva esperanza, red ambiental corregimientos Nazareth Betania, red crónicas red san juan, red crónicas Nazareth grupo de formación en terapias alternativas.
- Encuentros interlocales de salud rural; Para fortalecer el proceso comunitario y organizativo de la zona rural del distrito, se han planteado dos “encuentros inter locales de salud rural”, con el propósito de que las mismas comunidades puedan socializar y manifestar sus inquietudes, necesidades y propuestas en torno a la Salud Publica.

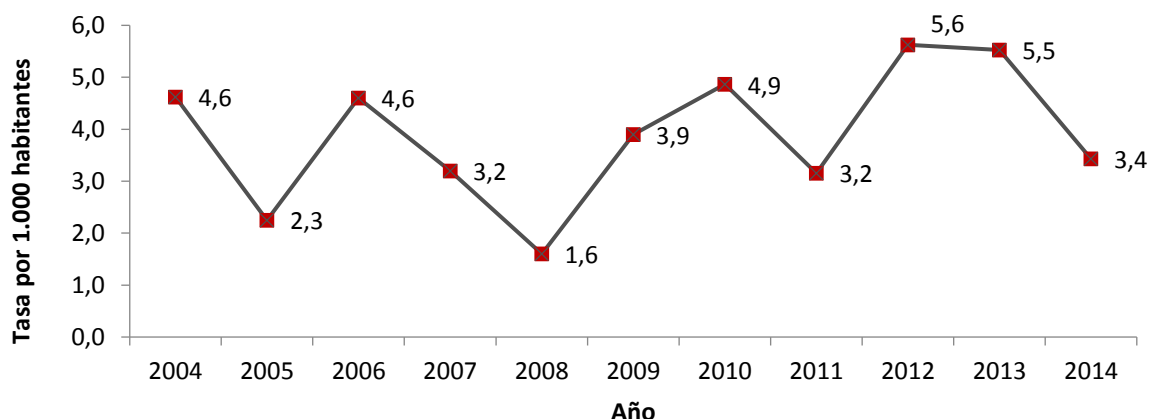
CAPÍTULO 3: MORTALIDAD Y MORBILIDAD

3.1 Mortalidad

La localidad de Sumapaz durante el periodo 2004 a 2014 registró en promedio 10 defunciones anuales, con una desviación estándar de 3,5 presentando un comportamiento irregular en los periodos analizados, en el 2012 presenta la mayor la tasa de mortalidad, sin embargo la mayor prevalencia de muerte (15) ocurren en el 2013. De acuerdo los reportes de Secretaria Distrital de Salud en la localidad 20 de Sumapaz se han presentado 110 mortalidades (2004 a 2014). La tendencia en la tasa es decreciente pasando de 4,6 a 3,4 por 1.000 habitantes.

La mortalidad por sexo y grupos quinquenales se describe a partir del año 2012; dado que las fuentes entregadas por secretaria de salud en los periodos 2004 a 2011 no cuentan con estas variables para el análisis.

Gráfico 5 Tasa de Mortalidad general, Localidad de Sumapaz 2004- 2014.



Fuente: 1998-2007: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. 2008-2010: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE - RUAF.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Defunciones: base de datos DANE-RUAF, nacimientos y defunciones. Sistema de Estadísticas Vitales, Secretaria Distrital de Salud. Publicación DANE: 2012: octubre 31 del 2014, 2013: julio 30 del 2015 y 2014: junio 30 del 2016. Dato de población: Base de datos poblacional. Hospital Nazareth 2004-2014.

3.1.1 Mortalidad por Grandes Causas

Entre el periodo 2012 al 2014 en Sumapaz se identificaron 36 defunciones, los grupos quinquenales con mayor afectación en la mortalidad, es la población mayor de 80 y más años con 24,3% (9 casos), seguido del grupo de 75 a 79 años en un 18,9% (7 casos) y el

8,1% (3 casos) se ubica en los grupos de 65a 69 años y de 0a 4 años respectivamente. De acuerdo al sexo evidencia que la mayor proporción se encuentra en hombres (72,2%) y el 27,8% en mujeres. El comportamiento de la tendencia de acuerdo a la razón hombre mujer, evidencio que por cada mujer hay tres hombres que fallecen, de lo cual se puede inferir que la mortalidad en hombres entre 2012-2014 se encuentra en aumento. La principal causa de muerte está asociada a enfermedades del sistema circulatorio, seguido de neoplasias y las demás causas.

Tabla 7. Mortalidad por grandes Causas Localidad Sumapaz, 2004-2014.

Grandes Causas	2004- 2007		2008-2011		2012-2014		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
signos y síntomas mal definidos	0	0,0	0	0,0	1	2,8	1	0,9
Afecciones periodo perinatal	1	2,9	1	2,6	1	2,8	3	2,8
Enfermedades transmisibles	0	0,0	0	0,0	3	8,3	3	2,8
Causas externas	11	32,4	10	25,6	6	16,7	27	24,8
Neoplasias	6	17,6	5	12,8	8	22,2	19	17,4
Las demás causas	8	23,5	14	35,9	8	22,2	30	27,5
Enfermedades sistema circulatorio	8	23,5	9	23,1	9	25,0	26	23,9
Total	34	100	39	100	36	100	109	100

Fuente: 1998-2007: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. 2008-2010: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE - RUAF.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Defunciones: base de datos DANE-RUAF, nacimientos y defunciones. Sistema de Estadísticas Vitales, Secretaria Distrital de Salud. Publicación DANE: 2012: octubre 31 del 2014, 2013: julio 30 del 2015 y 2014: junio 30 del 2016. Dato de población: Base de datos poblacional. Hospital Nazareth 2004-2014.

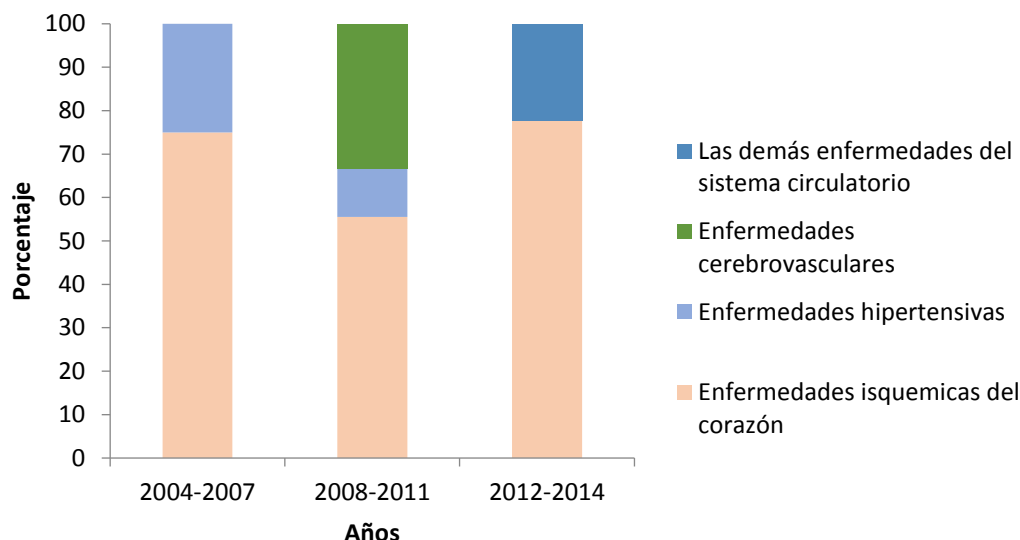
3.1.2 Mortalidad subgrupos específicos, Grandes Causas 6/67

Enfermedades del Sistema Circulatorio

El grupo de enfermedades del sistema circulatorio fueron la principal causa de muerte entre el 2004 a 2014 en Sumapaz, se presentaron 26 defunciones. La principal causa se relaciona con las enfermedades isquémicas del corazón, la mayor prevalencia se presenta en el periodo 2012-2014 (77,8%). Respecto a las enfermedades hipertensivas fueron la segunda causa de muerte para el periodo 2004- 2007 y la tercera en los años 2008-2011. Mientras que las enfermedades vasculares fueron la tercera causa en el 2008-2011.

De las nueve defunciones presentadas en el periodo 2012- 2014, respecto al sexo, las defunciones predominan en los hombres, con una relación de 1 mujer por 8 hombres.

Tabla 8. Proporción mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio de acuerdo a grupos específicos, Localidad de Sumapaz 2004-2014.



Fuente: 1998-2007: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. 2008-2010: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE - RUAF.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Defunciones: base de datos DANE-RUAF, nacimientos y defunciones. Sistema de Estadísticas Vitales, Secretaria Distrital de Salud. Publicación DANE: 2012: octubre 31 del 2014, 2013: julio 30 del 2015 y 2014: junio 30 del 2016. Dato de población: Base de datos poblacional. Hospital Nazareth 2004-2014.

El comportamiento en la tendencia de acuerdo a las tasas por 1.000 habitantes refleja que la causa por enfermedades isquémicas del corazón es irregular y constante entre los años. Sin embargo llama la atención el comportamiento de las enfermedades hipertensivas, las cuales están relacionadas al proceso de envejecimiento de la población de Sumapaz, lo cual representa una importante transferencia de riqueza cultural transgeneracional y una gran inversión en salud asociado a las enfermedades crónicas presentes en esta población.

Otros factores incidente es el estilo de vida de la población, caracterizado por sedentarismo, poco ejercicio físico, alto consumo de carbohidratos y bajo consumo de frutas y hortalizas que conduce a obesidad.

Tabla 9 Tendencia de tasas grupos específicos mortalidad enfermedades del sistema circulatorio, Localidad Sumapaz 2004- 2014.

Grupos Específicos	Variables	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	Tasa	0,8	0,9	0,0	0,8	0,4	0,3	0,7	0,4	0,5	1,8	0,4

Enfermedades isquémicas del corazón	Tendencia		↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘
Enfermedades hipertensivas	Tasa	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0
	Tendencia		↗	↗	↘	-	-	-	↗	↘	-	-
Enfermedades cerebrovasculares	Tasa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0
	Tendencia		-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	-	-
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	Tasa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,4
	Tendencia		-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗

Fuente: 1998-2007: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. 2008-2010: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE - RUAF.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Defunciones: base de datos DANE-RUAF, nacimientos y defunciones. Sistema de Estadísticas Vitales, Secretaría Distrital de Salud. Publicación DANE: 2012: octubre 31 del 2014, 2013: julio 30 del 2015 y 2014: junio 30 del 2016. Dato de población: Base de datos poblacional. Hospital Nazareth 2004-2014.

Neoplasias

Las neoplasias han sido la segunda causa de muerte en la población de Sumapaz, entre 2004 -2014 se presentaron 19 fallecimientos; las dos principales causas fueron el tumor maligno del estómago y tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas; la mayor proporción de muerte se presentó entre 2012-2014 con 47,4%.

Tabla 10 Proporción mortalidad por Neoplasias de acuerdo a la causa Localidad de Sumapaz 2004-2014.

Causa específica	2004-2007		2008-2011		2012-2014		Total	
Tumor maligno del estómago	3	50	1	25	2	22,2	6	31,6
Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano	1	16,7	0	0	0	0	1	5,26
Tumor maligno de la laringe	1	16,7	0	0	0	0	1	5,26
Tumor maligno de la mama de la mujer	0	0	1	25	0	0	1	5,26
Tumor maligno de otras partes del útero	0	0	1	25	0	0	1	5,26
Tumor maligno de la tiroides y de otras glándulas endocrinas	0	0	1	25	0	0	1	5,26
Tumores malignos del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	1	16,7	0	0	0	0	1	5,26
Tumor maligno de la próstata	0	0	0	0	1	11,1	1	5,26
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	0	0	0	0	1	11,1	1	5,26

Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	0	0	0	0	3	33,3	3	15,8
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	0	0	0	0	1	11,1	1	5,26
Tumor maligno del cuello del útero	0	0	0	0	1	11,1	1	5,26
Total	6	100	4	100	9	100	19	100

Fuente: 1998-2007: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. 2008-2010: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE - RUAF.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Defunciones: base de datos DANE-RUAF, nacimientos y defunciones. Sistema de Estadísticas Vitales, Secretaría Distrital de Salud. Publicación DANE: 2012: octubre 31 del 2014, 2013: julio 30 del 2015 y 2014: junio 30 del 2016. Dato de población: Base de datos poblacional. Hospital Nazareth 2004-2014.

El cáncer puede estar asociado a riesgo químico por la exposición prolongada a agroquímicos en el ámbito laboral y en menor medida durante el consumo de alimentos. El potencial genotóxico es un factor de riesgo principal para los efectos a largo plazo. (17) Uno de los factores predisponentes en el tema del riesgo agroquímicos en Sumapaz es el lugar de almacenamiento y disposición de los productos, aunque encuentra fuera de la vivienda, esté no cumple con normas de seguridad y minimización del riesgo químico, dado que en este mismo espacio se utiliza para la selección y empaque de los alimentos cosechados.

El acceso a los servicios de salud y la capacidad económica de la población, se convierten en factores determinantes en el cuidado de la salud, la localidad cuenta con dos centros de atención que no cuentan con el nivel de complejidad que se requiere, lo que genera barreras de accesibilidad geográfica y económica en la población que permita un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Causas Externas

Tabla 11 Proporción mortalidad por causas externas de acuerdo a la causa, Localidad de Sumapaz 2004-2014.

Causa	2004-2007		2008-2011		2012-2014		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Resto de causas	7	63,6	8	80	0	0	15	55,6
Agresiones (homicidios) y secuelas	2	18,2	0	0	2	33,3	4	14,8
Accidentes de transporte de motor	1	9,09	1	10	0	0	2	7,4
Caídas		0	1	10	1	16,7	2	7,4
Eventos de intención no determinada	0	0	0	0	2	33,3	2	7,4

Otros accidentes de transporte terrestre	1	9,09	0	0	0	0	1	3,7
Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios)	0	0	0	0	1	16,7	1	3,7
Total	11	100	10	100	6	100	27	100

Fuente: 1998-2007: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. 2008-2010: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE - RUAF.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Defunciones: base de datos DANE-RUAF, nacimientos y defunciones. Sistema de Estadísticas Vitales, Secretaría Distrital de Salud. Publicación DANE: 2012: octubre 31 del 2014, 2013: julio 30 del 2015 y 2014: junio 30 del 2016. Dato de población: Base de datos poblacional. Hospital Nazareth 2004-2014

En la localidad de Sumapaz entre los años 2004-2014 ocurrieron 27 defunciones por lesiones de causa externa; las dos primeras causas son el resto de causas y agresiones (homicidios) respectivamente. Para el periodo 2012-2014, refleja que la mortalidad es mayor en hombres (5) respecto a la mujeres (1). Las principales causas son las agresiones y los eventos de intención no determinada con 33,3% respectivamente.

3.2 Mortalidad infantil y en la niñez

A continuación se dan a conocer las causas de muerte para el grupo de menores de un año y de uno a cuatro años, definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS para el periodo 2004- 2014.

Mortalidad en menores de un año, en Sumapaz entre 2004- 2014 se presentaron 4 muertes, donde las afecciones del periodo perinatal presentaron la mayor proporción; seguido de neumonía y Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento con un 25% respectivamente.

Respecto a la mortalidad en menores de 1 a 4 años entre los años 2004- 2014 se presentaron 3 fallecimientos las causas se relacionan con Accidentes de transporte de motor, Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio y Resto de causas

Tabla 12 Proporción de número de muertes en la infancia y la niñez por subgrupo de edad, Localidad de Sumapaz 2004-2014.

Edad	Causa	2004-2007		2008-2011		2012-2014		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Menor de 1 año	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1	50,0	0	0,0	1	100	2	50,0
	Neumonía	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0
	Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	0	0,0	1	100	0	0,0	1	25,0
	Total	2	100	1	100	1	1,00	4	100

1- 4 años	Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	33,3
	Accidentes de transporte de motor	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3
	Resto de causas	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	33,3
	Total	2	100	0	0,0	1	100,0	3	100

Fuente: 1998-2007: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. 2008-2010: Certificado de defunción.-Bases de datos DANE - RUAF.-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Defunciones: base de datos DANE-RUAF, nacimientos y defunciones. Sistema de Estadísticas Vitales, Secretaría Distrital de Salud. Publicación DANE: 2012: octubre 31 del 2014, 2013: julio 30 del 2015 y 2014: junio 30 del 2016.

3.2.1. Mortalidad materno - infantil y en la niñez

En el 2016 en la localidad no se presentaron casos en los indicadores de mortalidad evitable. El análisis de la tendencia de la tasa de mortalidad perinatal entre los años 2007 y 2015 muestra un incremento del 191,1%, en la tasa de mortalidad pasando de 19,6 a 57,1. En la mortalidad Infantil la tendencia es acreciente en un 47 donde la tasa paso de 20,0 a 29,4. Mientras que la tasa de la mortalidad en la niñez presento una reducción en la tasa del 50% entre los años 2007- 2012.

**Tabla 13 Comportamiento de la mortalidad evitable, Localidad Sumapaz
2007- 2014.**

Causa de muerte	Referencia Bogotá. 2016	Referencia Sumapaz. 2016	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2014	2015	2016
Razón de mortalidad materna	24,50	0,00	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad perinatal	13,20	0,00	↘	↗	↘	↗	↘	↘	-	↗	↘	-
Tasa de mortalidad infantil	9,10	0,00	↘	↗	↘	-	↗	↘	-	↗	↘	-
Tasa de mortalidad en la niñez	17,20	0,00	↘	↗	↘	-	↗	↘	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	4,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0,50	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0,70	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad por Neumonía en menores de cinco años	8,90	0,00	↘	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: 2010-2014 Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.-Finales. 2015-2016: Bases de datos SDS-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.-preliminares (Año 2015 ajustado marzo 2016 y 2016 ajustado enero 23 2017)

3.3 Análisis estructura de morbilidad

Análisis de las primeras diez causas de morbilidad general según los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), Localidad Sumapaz, años 2015 y 2016

Descripción General de la Morbilidad por Servicio de Atención Localidad Sumapaz

La información descrita en este apartado da a conocer una descripción general de la morbilidad por servicio de atención, de acuerdo a las primeras 10 causas. La fuente de esta información son los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaria Distrital de Salud.

Consulta Externa

En la localidad Sumapaz en el servicio de consulta externa, la 5 primeras causas de consulta para los años 2015 y 2016, son las mismas, de la siguiente forma: la primera fue la hipertensión esencial primaria, la segunda fue la caries de la dentina, la tercera causa fue la rinosfarinitis aguda, la cuarta causa fue la gingivitis crónica, y la quinta causa fue la infección de vías urinarias, sitio no especificado, con respecto a la consulta de la Subred Sur para los mismos años. En el año 2016 la novena causa de consulta, diabetes mellitus insulino dependiente y la décima, diabetes mellitus no insulino dependiente, no se encuentran en las 10 primeras causas de consulta en el año 2015.

Tabla 14. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de consulta externa, localidad Sumapaz, Subred Sur, años 2015 y 2016.

Causas	2015			2016		
	Sumapaz	%	Subred Sur	Sumapaz	%	Subred Sur
Hipertensión Esencial (primaria)	217	0,7	31.321	131	0,9	14.948
Caries de la Dentina	158	0,3	49.457	84	0,3	26.604
Rinosfarinitis Aguda	139	1,1	12.652	52	0,7	7.970
Gingivitis Crónica	91	0,4	22.261	31	0,5	5.725
Infección de Vías Urinarias; sitio no especificado	69	0,9	7.625	27	0,6	4.610
Lumbago no especificado	31	0,4	8.138	21	0,4	4.765
Dolor en Articulación	35	0,5	7.470	10	0,2	4.164
Hipotiroidismo; no especificado	14	0,2	6.360	7	0,2	4.018

Diabetes Mellitus Insulinodependiente; sin mención de complicación	*	*	*	5	0,4	1.229
Diabetes Mellitus no Insulinodependiente; sin mención de complicación	*	*	*	2	0,1	1.897

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Urgencias

En la localidad Sumapaz en el servicio de urgencias, las 2 primeras causas para los años 2015 y 2016, fueron las mismas, de la siguiente forma: la primera fue la amigdalitis aguda, no especificada, la segunda fue la infección de vías urinarias, sitio no especificado. La tercera causa en el año 2016 fue la rinofaringitis aguda, comparado con el año 2015, donde fue la hipertensión esencial primaria. La cuarta causa en urgencias para los años 2015 y 2016 fue la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso. En el año 2016 la quinta causa de urgencias, pulpitis, la séptima, lumbago, no especificado, la novena, bronquiolitis aguda, no especificada y la décima, otitis media, no especificada, no se encuentran en las 10 primeras causas de urgencias en el año 2015.

Tabla 15. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de urgencias, localidad Sumapaz, Subred Sur, años 2015 y 2016.

Año	2015			2016		
	Sumapaz	%	Subred Sur	Sumapaz	%	Subred Sur
Amigdalitis Aguda; no especificada	25	1,0	2508	13	0,9	1487
Infección de Vías Urinarias; sitio no especificado	12	0,5	2543	11	0,6	1884
Rinofaringitis Aguda	4	0,1	2755	9	0,5	1905
Diarrea y Gastroenteritis de Presunto Origen Infeccioso	6	0,3	2326	4	0,4	903
Pulpitis	*	*	*	4	0,4	890
Hipertensión Esencial (primaria)	11	1,0	1121	3	0,8	393
Lumbago no especificado	*	*	*	2	0,3	681
Bronquitis Aguda; no especificada	2	0,4	507	2	0,5	428
Bronquiolitis Aguda; no especificada	*	*	*	2	0,2	1003
Otitis Media; no especificada	*	*	*	2	0,4	480

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Descripción de las diez primeras causas de morbilidad según sexo, Localidad Sumapaz

A continuación se presenta una descripción de la morbilidad por sexo, de acuerdo a las primeras 10 causas, de atención. La fuente de esta información son los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaria Distrital de Salud.

En la localidad Sumapaz, en el sexo hombre, para el año 2016, el primer diagnóstico de consulta, fue la hipertensión esencial primaria con 58 consultas, que representan el 1,1%, de la consulta de la Subred (5313); el segundo diagnóstico fue la caries de la dentina con 38 consultas, el 0,4% de la consulta de la Subred (10733); el tercer diagnóstico fue la rinofaringitis aguda con 25 consultas, el 0,6% de la consulta de la Subred (4276); el cuarto diagnóstico fue la periodontitis crónica con 18 consultas, el 100% de la consulta de la Subred (18); el quinto diagnóstico fue la hipercolesterolemia pura con 14 consultas, el 1,2% de la consulta de la Subred (1170); el sexto diagnóstico fue el lumbago no especificado con 14 consultas, el 0,7% de la consulta de la Subred (2101); el séptimo diagnóstico fue la amigdalitis aguda con 13 consultas, el 3,0% de la consulta de la Subred (438); el octavo diagnóstico es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica con 10 consultas, el 100% de la consulta de la Subred (10); el noveno diagnóstico es la infección de vías urinarias con 9 consultas, el 0,8% de la consulta de la Subred (1066) y el décimo diagnóstico es otros tipos de hipertensión secundaria con 9 consultas, el 100% de la consulta de la Subred (9).

Los diagnósticos que presentan la mayor proporción de consultas, con respecto a la Subred Sur son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, otros tipos de hipertensión secundaria, la periodontitis crónica, la amigdalitis aguda y la hipertensión esencial primaria, prevaleciendo las enfermedades crónicas.

Con relación a las primeras causas de morbilidad de las mujeres, en el año 2016 se identificaron 16537 mujeres en la localidad, lo cual permitió identificar que la hipertensión esencial primaria fue la causa más frecuente con una representación del 0,7% del total de casos presentados en la Subred Sur, seguido se ubican: caries de la dentina (0,3%), rinofaringitis aguda (0,6%), infección de vías urinarias sitio no especificado (0,5%), infección de vías urinarias sitio no especificado (0,5%), gingivitis crónica (0,6%), hipercolesterolemia pura (0,7%), otros tipos de hipertensión secundaria (100%), vaginitis aguda (1,4%), amigdalitis aguda no especificada (3,4%) y dispepsia funcional (100%). Es importante mencionar que el orden descrito de las causas es de acuerdo al orden presentado en la localidad para el año 2016.

Análisis de las primeras diez causas de morbilidad general, en consulta externa, urgencias y hospitalización, según momento de curso de vida, Localidad de Sumapaz, año 2016

Respecto a las diez primeras causas de morbilidad, según los momentos de lo curso de vida, en el año 2016 se identificaron 8 niños y niñas menores de un año, siendo la rinofaringitis aguda, la causa más frecuente con 87,5%, seguido se ubicó bronquiolitis aguda no especificada (12,5%), es importante mencionar que solo se presentaron los dos diagnósticos mencionados. De acuerdo a lo anterior se puede observar que son las enfermedades respiratorias afectan con mayor frecuencia a los menores de un año. Al comparar con las primeras diez primeras causas del año 2015 (17 niños y niñas) y Subred Sur 2016 (1218 niños y niñas), se observó que rinofaringitis y bronquiolitis aguda, fueron las patologías que más afectaron a esta población.

Para el momento de curso de vida infancia, se identificaron en los registros de las primeras diez causas 40 niños y niñas entre 1 y 5 años, las causas de morbilidad más frecuentes son las siguientes: amigdalitis aguda no especificada con 30%, rinofaringitis aguda (27,5%), caries de la dentina (12,5%), bronquiolitis aguda; no especificada (10%), infección de vías urinarias sitio no especificado (7,5%), rinitis alérgica no especificada (5%), otitis media no especificada (5,0%) y gingivitis crónica (2,5%). Teniendo en cuenta lo anterior, las enfermedades respiratorias afectan frecuentemente a esta población (77,5%), sin embargo, en comparación con los menores de un año la afectación ocurre en una menor proporción; es importante mencionar que en este curso de vida se observa que un porcentaje importante de niños presentaron caries de la dentina. En relación al año 2015 en la localidad (86 niños y niñas) y al año 2016 en la subred (12808 niños y niñas), se observó que coinciden la mayoría de causas, a excepción de rinitis alérgica e hipermetropía, debido a que solo se identificaron en la localidad para el año 2016.

Respecto al momento de curso de vida infancia escolar, se contó con información de 30 niños y niñas entre 6 y 11 años, permitiendo identificar que la caries de la dentina, fue la causa más frecuente con 33,3%, seguido se están: rinofaringitis aguda (30%), amigdalitis aguda no especificada (13,3%), parasitosis intestinal sin otra especificación (6,7%), gingivitis crónica (3,3%), rinitis alérgica no especificada (3,3%), %, infección de vías urinarias sitio no especificado (3,3%) y gingivitis aguda (3,3%), es importante mencionar que solo se presentaron nueve causas. Por lo anterior se puede inferir que el 50%, es decir la mitad de los niños del curso en mención, identificados dentro de las primeras diez causas, presentaron enfermedades respiratorias, siendo esta la enfermedad que más afecta a este curso de vida, seguido están las enfermedades de la cavidad bucal (40%) y las enfermedades gastrointestinales (6,7%). En el análisis comparativo entre la localidad para el año 2016, 2015 y Subred Sur 2016, se observó que la caries ocupó el primer lugar.

En relación al momento de curso de vida adolescencia, 33 adolescentes, siendo la caries de la dentina, la causa más frecuente con 27,3%, seguido se ubican: gingivitis aguda (18,2%), rinofaringitis aguda (15,2%), gingivitis crónica (9,1%), infección de vías urinarias sitio no especificado (9,1%), amigdalitis aguda no especificada (6,1%), parasitosis intestinal sin otra especificación (6,1%), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (3,0%), lumbago no especificado (3,0%) y migraña no especificada (3,0%). Con relación a lo anterior descrito se observa que los problemas de la cavidad bucal afectan la mayoría la población de este curso de vida (54,5%). Al comparar con la localidad para el año 2016, 2015 y Subred Sur 2016 se observó que la caries ocupó el primer lugar, es importante mencionar que existen coincidencias en la mayoría de los primeros diez diagnósticos, a excepción lumbago y migraña, siendo las afecciones de la cavidad oral las que más afectan este curso de vida.

En el momento de curso de vida juventud, se identificaron 50 jóvenes, respecto a las primeras causas de morbilidad en consulta externa, para este curso de vida, se evidenciaron las siguientes: caries de la dentina (26%), seguido se ubican: gingivitis crónica (20%), infección de vías urinarias sitio no especificado (14%), amigdalitis aguda no especificada (12%), vaginitis aguda (10%), rinofaringitis aguda (6%), lumbago no especificado (4%), dolor en articulación (4%), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (2%) y por último migraña no especificada (2%). En el análisis comparativo con el año 2015, 2016 y Subred Sur 2016 se evidenció que los problemas de la cavidad oral son las patologías más frecuentes.

En el momento de curso de vida adultez, se identificaron un total de 188 adultos, las causas de morbilidad que afectan con mayor frecuencia este curso de vida son: hipertensión esencial primaria (35,1%), caries de la dentina (22,9%), rinofaringitis aguda (10,1%), infección de vías urinarias sitio no especificado (9,0%), gingivitis crónica (7,4%), lumbago no especificado (5,3%), hiperlipidemia mixta (4,3%), dolor en articulación (3,2%), hipotiroidismo no especificado (1,6%), finalmente diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (1,1%). Al comparar el año 2016 con el año 2015 en la localidad existen diferencias en las primeras diez causas debido a que en el año 2015 se presentó el diagnóstico de pulpitis, en el año 2016 esta patología no se encontró dentro de las primeras causas del 2016; por otra parte, se observó similitud entre nueve diagnósticos del año 2016 en la localidad y la Subred 2016, a excepción de diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso presentado en la localidad.

Para el momento de curso de vida vejez, se observó 128 personas mayores, lo cual permitió identificar las siguientes primeras diez causas: hipertensión esencial primaria (60,9%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada (10,2%), lumbago no especificado (7,0%), infección de vías urinarias sitio no especificado (5,5%), hipotiroidismo no especificado (4,7%), caries de la dentina (4,7%), %, dolor en articulación (1,6%),

hiperlipidemia mixta (1,6%) y diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación (0,8%). Al comparar con el año 2015, 2016 en la localidad y Subred 2016, se observó las causas que afectan con mayor frecuencia esta población y que persisten en este curso de vida son: hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, lumbago, hiperplasia de la próstata e infección de vías urinarias.

Morbilidad atendida de la población perteneciente al régimen contributivo, subsidiado, vinculado y particular, atendida en las instituciones de la localidad, según agrupación de causas por lista 6/67

La información descrita en este apartado da a conocer la morbilidad de la población perteneciente al régimen contributivo, subsidiado, vinculado y particular, atendida en las instituciones de la localidad, de acuerdo a agrupación de causas por lista 6/67 por servicio de atención, sexo y momentos de curso de vida en comparación a la Subred Sur Integrada de Servicios de Salud. La fuente de información son los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS) de los años 2012 a 2016.

Consultas

En el período de tiempo del año 2012 al año 2016, la primera causa de consulta, en la localidad Sumapaz, son todas las demás enfermedades, la segunda causa de consulta, son síntomas, signos y afecciones mal definidas, y la tercera causa son las enfermedades transmisibles, como se describen a continuación:

Tabla 16. Proporción grandes causas de morbilidad, por Servicio de Consultas según agrupación de la lista 6/67, localidad Sumapaz, Subred Sur, período 2012 a 2016.

Consultas	Sumapaz		Subred Sur	Sumapaz		Subred Sur	Sumapaz		Subred Sur	Sumapaz		Subred Sur	Sumapaz		Subred Sur
Causas según agrupación 6/67	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016
Afecciones originadas en período perinatal	1	0,1	1882	0	0	1346	1	0,1	1802	1	0,1	728	0	0	489
Cáncer	6	0,1	6121	2	0,1	3351	9	0,1	7794	10	0,2	4136	7	0,3	2411
Causas externas	0	0,0	278	0	0	226	1	0,2	660	0	0	459	1	0,6	177
Enfermedades Cardiovasculares	101	0,2	45704	181	0,7	25188	294	0,6	52502	240	0,6	38646	152	0,8	19851
Enfermedades transmisibles	204	0,3	62573	230	0,8	27754	342	0,5	66480	236	0,5	43187	133	0,6	24126
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	642	0,3	187360	567	0,5	107331	778	0,3	239233	577	0,3	170616	404	0,4	106613
Todas las demás enfermedades	701	0,2	299156	779	0,5	157902	1087	0,3	371284	855	0,3	261405	546	0,3	159711

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Hospitalizaciones

En el período de tiempo del año 2012 al año 2016, la primera causa de hospitalizaciones, en la localidad Sumapaz, son todas las demás enfermedades, la segunda causa son los síntomas, signos y afecciones mal definidas. Con respecto a la tercera causa de hospitalizaciones, se observa que en el año 2013 se presentaron 2 casos por enfermedades transmisibles, como se describen a continuación:

Tabla 17. Proporción de grandes causas de morbilidad, por Servicio de Hospitalización según agrupación de la lista 6/67, localidad Sumapaz, Subred Sur, período 2012 a 2016.

Hospitalizaciones	Sumapaz		Subred Sur	Sumapaz		Subred Sur	Sumapaz		Subred Sur	Sumapaz		Subred Sur	Sumapaz		Subred Sur
Causas según agrupación 6/67	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016
Afecciones originadas en período perinatal	0	0,0	1104	1	0,2	650	0	0	790	0	0	342	0	0	214
Cáncer	0	0,0	650	3	0,8	384	1	0,2	635	0	0	147	0	0	70
Causas externas	0	0,0	49	0	0	39	0	0	23	0	0	23	0	0	20
Enfermedades Cardiovasculares	0	0,0	1804	3	0,3	880	2	0,1	1482	0	0	508	0	0	216
Enfermedades transmisibles	0	0,0	3984	2	0,1	2456	0	0	3332	0	0	1661	0	0	959
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	1	0,1	1011	6	0,5	1138	0	0	2968	0	0	1064	0	0	639
Todas las demás enfermedades	17	0,1	21576	32	0,2	13177	104	0,6	17877	14	0,2	8475	1	0	4904

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Urgencias

En el período de tiempo del año 2012 al año 2016, la primera causa de urgencias, en la localidad Sumapaz, son todas las demás enfermedades, la segunda causa son síntomas, signos y afecciones mal definidas, y la tercera causa son las enfermedades transmisibles.

Tabla 18. Proporción de Grandes causas de morbilidad, por Servicio de Urgencias según agrupación de la lista 6/67, localidad Sumapaz, Subred Sur, período 2012 a 2016.

Urgencias	Sumapaz		Subred Sur	Sumapaz		Subred Sur	Sumapaz		Subred Sur	Sumapaz		Subred Sur	Sumapaz		Subred Sur
Causas según agrupación 6/67	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016
Afecciones originadas en período perinatal	2	0,1	1356	1	0,1	764	1	0,1	737	0	0	207	0	0	89
Cáncer	2	0,5	371	1	0,4	232	1	0,3	321	0	0	198	0	0	135
Causas externas	2	0,7	271	0	0	197	0	0	327	2	0,6	361	2	0,9	230
Enfermedades Cardiovasculares	9	0,3	3563	7	0,4	1928	26	0,7	3496	21	1,1	1843	8	0,9	859
Enfermedades transmisibles	49	0,2	23911	65	0,4	16694	68	0,3	23040	57	0,4	14224	39	0,4	9151
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	48	0,1	33185	101	0,4	23811	94	0,3	31097	89	0,6	15200	68	0,6	11312
Todas las demás enfermedades	197	0,3	68255	201	0,4	44953	269	0,4	66942	159	0,4	40617	128	0,5	27523

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Descripción de la morbilidad por sexo, según agrupación 6/67, Localidad Sumapaz

A continuación se presenta una descripción de la morbilidad por sexo, de acuerdo a las 7 primeras causas, por la agrupación 6/67. La fuente de esta información son los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

En el período de tiempo del año 2012 al año 2015, la primera causa de consulta, en la localidad Sumapaz, en el sexo hombre, son todas las demás enfermedades, la segunda causa, son síntomas, signos y afecciones mal definidas y como tercera causa, se observan las enfermedades transmisibles.

Tabla 19. Proporción grandes causas de morbilidad, por Sexo Hombre según agrupación de la lista 6/67, localidad Sumapaz, Subred Sur, período 2012 a 2016.

Hombre	Sumapaz		Subred Sur	Sumapaz		Subred Sur	Sumapaz		Subred Sur	Sumapaz		Subred Sur	Sumapaz		Subred Sur
Causas según agrupación 6/67	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016
Afecciones originadas en período perinatal	2	0,1	1458	1	0,1	1051	2	0,2	1252	1	0,2	483	0	0	303
Cáncer	3	0,2	1605	2	0,2	1063	7	0,3	2219	5	0,4	1184	3	0,4	695
Causas externas	1	0,4	251	0	0	200	1	0,3	387	2	0,6	347	1	0,6	178
Enfermedades Cardiovasculares	52	0,3	15742	92	1	9121	12	0,1	18853	16	0,1	13276	21	0,3	7259

Enfermedades transmisibles	107	0,3	37166	131	0,7	19986	170	0,4	38694	126	0,5	24136	71	0,5	14104
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	322	0,4	71825	283	0,7	43477	358	0,4	92741	227	0,4	62470	192	0,5	39035
Todas las demás enfermedades	388	0,3	131804	450	0,6	75452	613	0,4	166852	415	0,4	114755	291	0,4	69944

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

En el período de tiempo del año 2012 a 2016, la primera causa de consulta, en la localidad Sumapaz, en el sexo mujer, son todas las demás enfermedades, la segunda causa, son síntomas, signos y afecciones mal definidas y la tercera son las enfermedades transmisibles.

Tabla 20. Grandes causas de morbilidad, por Sexo Mujer según agrupación de la lista 6/67, localidad Sumapaz, Subred Sur, período 2012 a 2016.

Mujer	Sumapaz		Subred Sur	Sumapaz		Subred Sur	Sumapaz		Subred Sur	Sumapaz		Subred Sur	Sumapaz		Subred Sur
Causas según agrupación 6/67	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016
Afecciones originadas en período perinatal	1	0,1	1581	1	0,1	986	1	0,1	1327	0	0	446	0	0	268
Cáncer	5	0,1	4961	2	0,1	2675	6	0,1	6101	5	0,2	3077	4	0,2	1809
Causas externas	1	0,4	268	0	0	202	0	0	571	0	0	430	1	0,5	211
Enfermedades Cardiovasculares	53	0,2	32284	94	0,5	17673	7	0	36176	15	0,1	26281	12	0,1	13388
Enfermedades transmisibles	126	0,3	45273	147	0,6	22942	224	0,5	48005	154	0,5	31169	94	0,5	18303
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	348	0,3	135930	346	0,4	79268	485	0,3	166550	418	0,4	118703	265	0,3	76446
Todas las demás enfermedades	422	0,2	209402	457	0,4	115226	643	0,3	247029	533	0,3	172622	339	0,3	111199

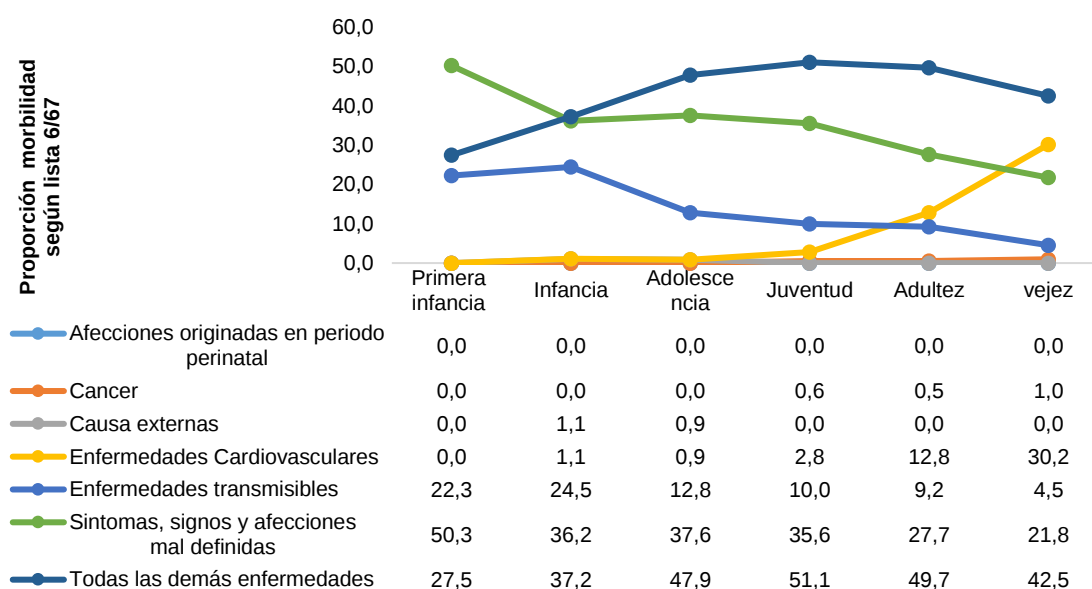
Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

3.2.1. Descripción de la morbilidad por momento de curso de vida, según agrupación 6/67, Localidad Sumapaz

Respecto a los momentos de curso de vida, se observó que el 32,9% de las personas que fueron atendidos en las Unidades de Servicios de Salud que están ubicadas en la localidad pertenecían al curso adultez (29 a 59 años); 12,5% primera infancia (0 a 5 años); 10,9% juventud (18 a 28 años); 7,9% infancia (6 a 11 años); 14,9% vejez (60 y más años) y 8,3% eran adolescentes (12 a 17 años).

En la gráfica se observa que las enfermedades transmisibles están presentes en todos los momentos de curso de vida, afectando con mayor frecuencia la primera infancia, se evidencia que con el aumento de la edad este evento va disminuyendo; en relación al grupo de enfermedades cardiovasculares la mayor proporción ocurrió en la vejez y en segundo lugar en adultez; para el grupo de causas externas se identificó que afecta los momentos de infancia y adolescencia; respecto a las neoplasias (cáncer) se observó que las enfermedades relacionadas con este grupo afectan la adultez y vejez; es importante mencionar que no se identificaron afecciones originadas en el periodo perinatal.

Gráfico 21. Proporción grandes causas de morbilidad según agrupación de la lista 6/67 por momento de curso de vida, localidad Sumapaz, 2016



Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

A continuación se describe el comportamiento de la morbilidad de la población atendida en las Unidades de Servicios de Salud que están ubicadas en la localidad, según la agrupación de la lista 6/67, los momentos de curso de vida, comparado con la Subred Sur, en el periodo 2012 a 2016:

Tabla 22. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida primera infancia, según agrupación de la lista 6/67, localidad Sumapaz, Subred Sur, período 2012 a 2016

Causas según agrupación 6/67		Sumapaz					Subred Sur				
		2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Menores de 1 año	Afecciones originadas en periodo perinatal	2,7	2,6	2,5	0,0	0,0	8,5	8,6	7,8	4,4	11,5
	Cáncer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
	Causa externas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Enfermedades Cardiovasculares	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,2	0,1	0,1	0,2
	Enfermedades transmisibles	26,8	27,3	22,2	26,5	25,0	30,4	28,4	24,2	24,1	33,7
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	52,7	50,6	60,5	57,8	63,9	34,7	37,1	47,3	52,0	30,6
	Todas las demás enfermedades	17,9	19,5	14,8	15,7	11,1	26,0	25,5	20,4	19,2	24,0
De 1 a 5 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,4	0,3	0,1	0,4
	Cáncer	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
	Causa externas	0,4	0,0	0,0	0,5	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	Enfermedades Cardiovasculares	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
	Enfermedades transmisibles	23,2	34,0	22,9	28,5	21,7	24,8	24,4	21,8	19,5	21,4
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	49,4	41,1	46,1	39,4	47,1	40,9	41,7	44,2	47,2	45,2
	Todas las demás enfermedades	27,0	24,9	30,7	31,7	31,2	33,5	33,0	33,3	32,9	32,6
De 0 a 5 años	Afecciones originadas en periodo perinatal	0,9	0,7	0,6	0,0	0,0	2,2	2,5	1,8	0,9	1,1
	Cáncer	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
	Causa externas	0,3	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	Enfermedades Cardiovasculares	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
	Enfermedades transmisibles	24,3	32,2	22,7	28,0	22,3	26,1	25,4	22,3	20,3	22,2
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	50,4	43,7	49,3	44,4	50,3	39,5	40,6	44,8	48,0	44,3
	Todas las demás enfermedades	24,1	23,4	27,1	27,3	27,5	31,8	31,1	30,7	30,4	32,1

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Para el momento de curso de vida primera infancia, en el período de 2012 a 2016 se identificó que 1489 niños y niñas que fueron atendidos en las Unidades de Servicios de Salud que están ubicadas en la localidad. Según la agrupación de grandes causas 6/67 de morbilidad, se encontró que la mayoría de las personas que consultaron presentaban síntomas, signos y afecciones mal definidas, en segundo lugar, se ubica las enfermedades transmisibles, en tercer lugar, está el grupo de todas las demás enfermedades, seguido se ubican las afecciones originadas en el periodo perinatal, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y las causas externas.

Al analizar el comportamiento de la morbilidad en relación a la Subred Sur se observa que, para el grupo de síntomas, signos y afecciones mal definidas, la tendencia muestra una proporción de casos mayor en la localidad. Para las enfermedades transmisibles la tendencia es inferior a la Subred Sur. Respecto a las afecciones originadas en el periodo perinatal se observó aumento de las proporciones en los años 2013 y 2015 para la localidad.

Tabla 23. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida infancia, según agrupación de la lista 6/67, localidad Sumapaz, Subred Sur, período 2012 a 2016

Causas según agrupación 6/67	Sumapaz					Subred Sur				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2
Cáncer	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2
Causa externas	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Enfermedades Cardiovasculares	0,0	0,0	0,3	0,6	1,1	0,4	0,2	0,3	0,2	0,2
Enfermedades transmisibles	16,1	21,1	23,4	25,4	24,5	17,0	15,6	14,3	12,3	13,8
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	40,6	38,0	34,2	33,5	36,2	35,7	36,8	36,5	36,5	38,0
Todas las demás enfermedades	43,2	41,0	42,1	39,9	37,2	46,5	46,9	48,5	50,6	47,3

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

En relación al momento de curso de vida infancia, se identificó que 941 niños y niñas, según la agrupación de grandes causas 6/67 de morbilidad, se encontró que la mayoría de las personas que consultaron presentaban enfermedades del grupo de todas las demás enfermedades, en segundo lugar, se ubica síntomas, signos y afecciones mal definidas, en tercer lugar, las enfermedades transmisibles, seguido se ubican las enfermedades cardiovasculares, causas externas, cáncer y las afecciones originadas en el periodo perinatal.

Al analizar el comportamiento de la morbilidad se observa un comportamiento similar para el período evaluado en el grupo de enfermedades de síntomas, signos y afecciones mal definidas, en relación a la Subred Sur. En el grupo de todas las demás enfermedades, la localidad presenta una tendencia de proporción de casos inferior a la de la Subred Sur. Con relación a las enfermedades transmisibles, la tendencia es más alta en la localidad que en la Subred Sur y muestra además una tendencia al aumento hasta el año 2015, para el año 2016, se observa disminución.

Tabla 24. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida adolescencia, según agrupación de la lista 6/67, localidad Sumapaz, Subred Sur, período 2012 a 2016

Causas según agrupación 6/67	Sumapaz					Subred Sur				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Cáncer	0,6	0,0	0,3	0,0	0,0	0,4	0,5	0,5	0,3	0,4
Causa externas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Enfermedades Cardiovasculares	0,0	0,0	1,0	0,5	0,9	0,9	0,6	0,6	0,5	0,4
Enfermedades transmisibles	8,9	16,0	15,0	12,5	12,8	11,4	9,6	9,4	8,6	8,6
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	40,5	33,0	39,7	38,9	37,6	34,0	36,5	36,1	36,5	37,4
Todas las demás enfermedades	50,0	51,1	44,0	48,1	47,9	53,1	52,6	53,2	53,9	53,0

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Respecto al momento de curso de vida adolescencia, se identificó que 988 adolescentes, la mayoría de las personas que consultaron presentaban enfermedades relacionadas con todas las demás enfermedades, en segundo lugar, se ubica el grupo Síntomas, signos y afecciones mal definidas, en tercer lugar, las enfermedades transmisibles, seguido se ubican las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las causas externas y afecciones originadas en el periodo perinatal.

Al analizar el comportamiento de la morbilidad del grupo de afecciones originadas en el periodo perinatal se observa un comportamiento similar para el período evaluado, en relación a la Subred Sur. Con relación a las enfermedades transmisibles, la tendencia es más alta en la localidad que en la Subred Sur, sin embargo, muestra una tendencia a disminuir hasta el año 2015, para el año 2016 se observa un comportamiento estable.

Tabla 25. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida juventud, según agrupación de la lista 6/67, localidad Sumapaz, Subred Sur, período 2012 a 2016

Causas según agrupación 6/67	Sumapaz					Subred Sur				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0
Cáncer	0,5	0,3	0,0	0,4	0,6	0,6	0,5	0,6	0,4	0,4
Causa externas	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Enfermedades Cardiovasculares	0,0	0,0	2,3	2,0	2,8	1,5	1,2	1,1	0,9	1,1
Enfermedades transmisibles	9,7	11,0	11,1	8,3	10,0	8,4	7,3	8,0	7,8	6,7
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	36,6	37,1	36,5	38,3	35,6	35,0	36,7	36,0	37,0	38,1
Todas las demás enfermedades	53,2	51,5	50,0	50,2	51,1	54,3	54,1	54,2	53,5	53,5

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Con relación al momento de curso de vida juventud, se identificó que 1290 jóvenes según la agrupación de grandes causas 6/67 de morbilidad, se encontró que la mayoría de las personas que consultaron presentaban enfermedades del grupo de todas las demás enfermedades, en segundo lugar, se ubica síntomas, signos y afecciones mal definidas, en tercer lugar, las enfermedades transmisibles, seguido se ubican las enfermedades cardiovasculares, causas externas, cáncer y las afecciones originadas en el periodo perinatal. Al analizar el comportamiento de la morbilidad se observa un comportamiento similar para el período evaluado, en relación a la Subred Sur.

Para el año 2016 según la agrupación 6/67, se presentó la siguiente distribución porcentual: todas las demás enfermedades 51,1%; síntomas, signos y afecciones mal definidas 35,6%; enfermedades transmisibles 10%; enfermedades cardiovasculares 2,8%; cáncer 0,6%; no se presentaron casos en afecciones originadas en período perinatal y causas externas.

Tabla 26. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida adultez, según agrupación de la lista 6/67, localidad Sumapaz, Subred Sur, período 2012 a 2016

Causas según agrupación 6/67	Sumapaz					Subred Sur				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cáncer	0,6	0,1	0,6	0,6	0,5	1,8	1,7	1,8	1,4	1,2
Causa externas	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Enfermedades Cardiovasculares	6,1	9,2	12,0	11,8	12,8	9,3	8,4	8,1	8,2	7,1
Enfermedades transmisibles	10,5	10,1	10,7	10,2	9,2	7,6	6,5	7,5	7,2	6,0
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	30,9	28,5	25,9	26,0	27,7	24,6	26,1	25,4	25,0	27,2
Todas las demás enfermedades	51,7	52,0	50,7	51,4	49,7	56,7	57,0	57,1	58,0	58,2

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

Respecto al momento de curso de vida adultez, se identificó que 3911 adultos fueron atendidos en las Unidades de Servicios de Salud que están ubicadas en la localidad. En el período de 2012 a 2016 según la agrupación de grandes causas 6/67 de morbilidad, se encontró que la mayoría de las personas que consultaron presentaban enfermedades del grupo de todas las demás enfermedades, en segundo lugar, se ubica síntomas, signos y afecciones mal definidas, en tercer lugar, las enfermedades cardiovasculares, seguido se ubican las enfermedades transmisibles, cáncer, causas externas, en las afecciones originadas en el periodo perinatal no se presentaron casos.

Al analizar el comportamiento de la morbilidad se observa un comportamiento similar para las enfermedades cardiovasculares, transmisibles, cáncer, causas externas el período evaluado y las afecciones del período perinatal en relación a la Subred Sur. Para el grupo de todas las enfermedades la tendencia de la proporción de los casos es mayor en la Subred Sur, en relación a los síntomas, signos y afecciones mal definidas la tendencia es mayor para la localidad.

Tabla 27. Proporción grandes causas de morbilidad momento de curso de vida vejez, según agrupación de la lista 6/67, localidad Sumapaz, Subred Sur, período 2012 a 2016

Causas según agrupación 6/67	Sumapaz					Subred Sur				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
Afecciones originadas en periodo perinatal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cáncer	0,8	0,6	0,6	0,7	1,0	1,3	1,6	1,4	0,9	0,8
Causa externas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Enfermedades Cardiovasculares	25,7	36,5	35,1	36,2	30,2	29,2	29,7	29,5	32,7	20,8
Enfermedades transmisibles	6,4	4,7	9,8	7,1	4,5	5,1	3,9	4,7	4,9	4,5

Síntomas, signos y afecciones mal definidas	28,5	17,6	12,9	17,5	21,8	17,3	18,0	17,1	16,1	22,8
Todas las demás enfermedades	38,6	40,6	41,6	38,4	42,5	47,0	46,7	47,2	45,4	51,0

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de los años 2012, 2013, 2014, 2015 y 2016, por Subred y Localidad, entregados por la Secretaría Distrital de Salud.

En el momento de curso de vida vejez, se identificó que 1771 adultos fueron atendidos en las Unidades de Servicios de Salud que están ubicadas en la localidad. En el período de 2012 a 2016 según la agrupación de grandes causas 6/67 de morbilidad, se encontró que la mayoría de las personas que consultaron presentaban enfermedades del grupo de todas las demás enfermedades, en segundo lugar, se ubica síntomas, signos y afecciones mal definidas, en tercer lugar, las enfermedades cardiovasculares, seguido se ubican las enfermedades transmisibles, cáncer, causas externas, en las afecciones originadas en el periodo perinatal no se presentaron casos.

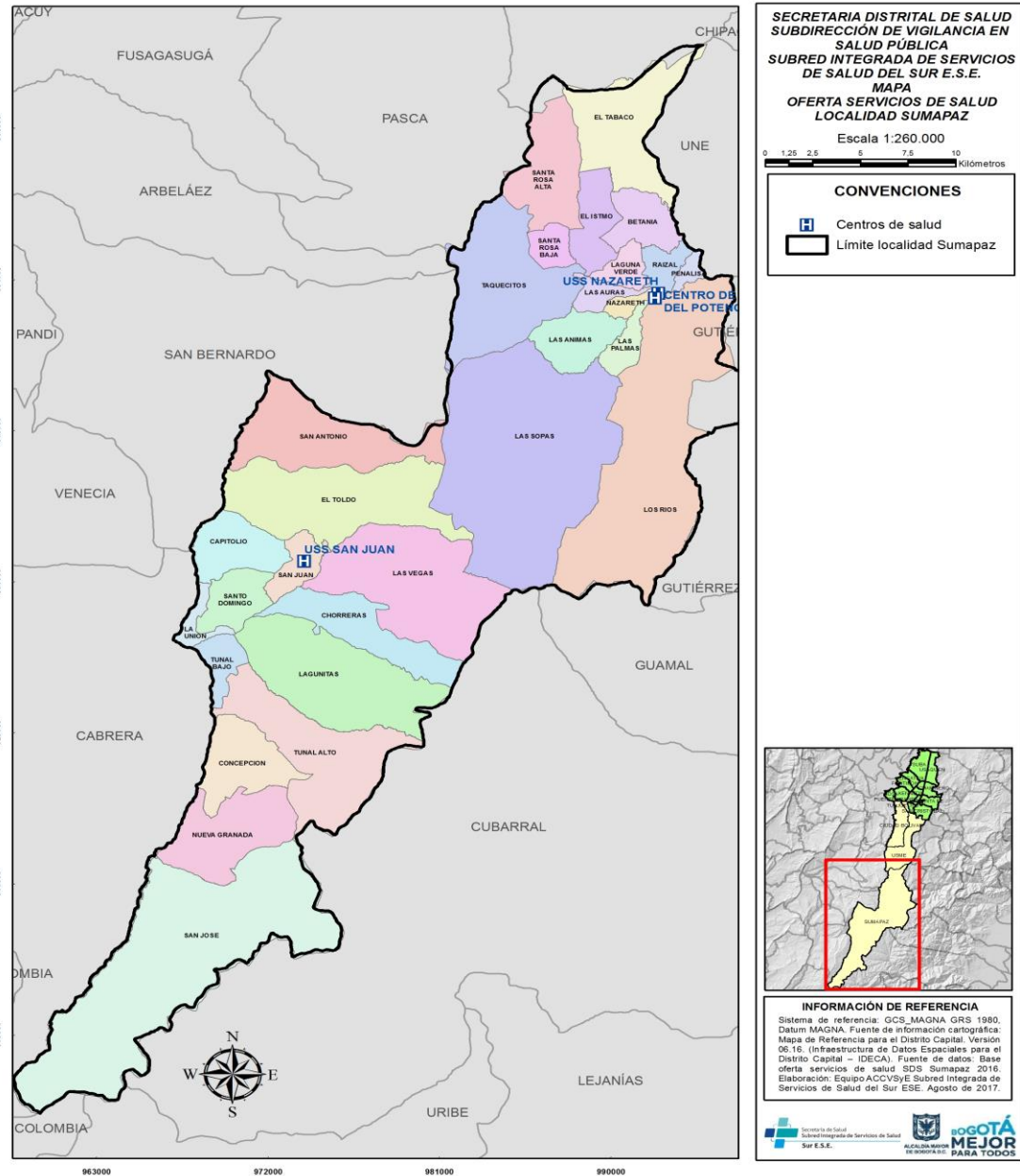
Al analizar el comportamiento de la morbilidad se observa un comportamiento similar para el período evaluado, para los grupos de todas las demás enfermedades y las enfermedades transmisibles, en relación a la Subred Sur.

Para el año 2016 según la agrupación 6/67, se presentó la siguiente distribución porcentual: todas las demás enfermedades 42,5%; síntomas, signos y afecciones mal definidas 21,8%; enfermedades cardiovasculares 30,2%; enfermedades transmisibles 4,5%; cáncer 1,0%; en causas externas y afecciones originadas en período perinatal no se presentaron casos.

3.4 Descripción de la Oferta

El contexto de la localidad de Sumapaz es distinto al del resto de las localidades de la Subred Sur por ser netamente rural. En esta se encuentran dos Unidades de Servicio de Salud (USS): USS Nazareth que atiende a la población de la UPR Rio Blanco y de municipios cercanos del oriente de la localidad como Une y Gutiérrez, y USS San Juan que atiende a la población de la UPR Rio Sumapaz, del municipio de Cabrera y de las veredas aledañas del departamento del Meta, municipio de La Uribe; además, la localidad cuenta con el Centro de Desarrollo del Potencial Humano (CDPH), localizado en la vereda Nazareth de la UPR Rio Blanco, en donde se atiende a población con enfermedad mental. Por las características propias del territorio y frente al tema de salud, la Subred Sur ESE es la única institución que hace presencia, pese a que existe población en el régimen contributivo.

Mapa 5. Oferta en salud. Localidad de Sumapaz 2016.



Fuente: IDECA 2016; Portafolio de Servicios de Salud, Subred Sur ESE. 2016

3.5 Eventos De Vigilancia En Salud Pública

3.5.1 Eventos De Vigilancia En Salud Pública

1.1.1.1. Eventos individuales de interés en Salud Pública SIVIGILA

Para el año 2016 el componente de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública, a través del aplicativo SIVIGILA, herramienta alimentada por las diferentes UPGD adscritas al distrito capital en la totalidad de las localidades, realizó un registro de 110.674 casos de diferentes subsistemas (Transmisibles, Salud Sexual y Reproductiva, Crónicos, SISVAN, SISVECOS, SISVESO y SIVELCE), registrando información en 60 eventos de interés en residentes del distrito capital.

Dicha información se encuentra a continuación en una tabla resumen, tomando como base las diferentes dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, donde se distribuye la notificación de los eventos de interés, para realizar análisis del comportamiento de los mismos.

Es importante mencionar que teniendo en cuenta las características propias de la localidad y su condición puramente rural, el número de notificación es reducido y algunos de los eventos y dimensiones no cuentan con casos registrados.

Tabla 28 Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016

Dimensiones plan decenal de salud pública 2012 - 2021	Bogotá	%	Subred	%	Ciudad Bolívar	%	Usme	%	Tunjuelito	%	Sumapaz	%
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	65001	58,7	10282	54,4	5523	51,0	3276	60,0	1465	57,2	18	48,6
Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	12056	10,9	1855	9,8	938	8,7	569	10,4	341	13,3	7	18,9
Convivencia Social y Salud Mental	19147	17,3	4756	25,2	3342	30,8	1021	18,7	393	15,3	0	0
Salud Ambiental	7901	7,1	721	3,8	316	2,9	193	3,5	200	7,8	12	32,4
Seguridad Alimentaria y Nutricional	5011	4,5	1027	5,4	593	5,5	302	5,5	132	5,2	0	0
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	1558	1,4	260	1,4	128	1,2	102	1,9	30	1,2	0	0
Total	110674	100	18901	100	10840	100	5463	100	2561	100	37	100

Fuente: Base de datos SIVIGILA Secretaría Distrital de Salud 2016.

Específicamente en la Subred Sur, se cuenta con información de 50 eventos de interés en salud pública, para un total de 18.901 casos registrados, lo que representa un 17.07% de la notificación del distrito. Al observar el comportamiento puntual de la localidad de Sumapaz, se cuenta con tan solo 37 registros, distribuido en 13 eventos, lo que representa un 0.03% de la notificación del distrito y un 0.20% de la Subred Sur

Dichos eventos se relacionan a 3 de las 6 dimensiones contempladas, hecho relacionado con la poca densidad poblacional de la localidad, así como unas condiciones socioculturales propias de la zona que favorecen la no ocurrencia de eventos de salud mental, sumado a un posible subregistro de eventos, la dinámica de dichas condiciones afecta la notificación de eventos en la localidad.

Tabla 29 Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés que notifican al SIVIGILA, según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Localidad de Sumapaz, 2016

Proporción de notificación por grupo de eventos	Grupo de eventos por dimensión del PDSP 2012 - 2021					
	Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos	Convivencia Social y Salud Mental	Salud Ambiental	Seguridad Alimentaria y Nutricional	Vida saludable y Condiciones No Transmisibles
Frente al distrito	0,03	0,06	0	0,15	0	0
UPR Rio Blanco frente a la localidad	50	42,86	0	16,67	0	0
UPR Rio Sumapaz frente a la localidad	33,33	57,14	0	83,33	0	0
Casos sin UPR frente a la localidad	16,67	0	0	0	0	0

Fuente: Base de datos SIVIGILA Secretaría Distrital de Salud 2016.

A continuación se realizara un breve resumen del comportamiento puntual de la localidad de Sumapaz en los diferentes eventos incluidos en las dimensiones del Plan Decenal de Salud Publica 2012 – 2021, en lo posible, de forma comparativa con la subred y el distrito.

1.1.1.2. Vida Saludable y enfermedades transmisibles

En esta dimensión se cuenta con 14 eventos notificados en 2016 de los cuales trasmisibles aporta 7 casos distribuidos en 3 varicelas, 3 parotiditis y 1 sarampión, 5 eventos zoonóticos de Vigilancia Integrada de Rabia Humana y 2 eventos transmitidos por vectores, con 1 caso de malaria y 1 de Chikungunya, La mayor presencia de eventos zoonóticos se relacionan

con la costumbre de uso de animales, en su mayoría perros, para el cuidado de las fincas, sumado a las dificultades por distancias para la aplicación de vacunas y esterilización.

La localidad aporta al distrito con relación a esta dimensión un 0.03%, así como el 0.18% a la Subred Sur, en cuanto a la distribución por UPR Rio Blanco cuenta con el 50% de los casos, Rio Sumapaz con el 33.33% y el restante 16.67% no pudo ser ubicada específicamente.

1.1.1.3. Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos

En esta dimensión se observan 9 eventos, los cuales se pueden agrupar entre transmisibles (Hepatitis B, C y Coinfección B – D, Sífilis Gestacional y Congénita, VIH/SIDA y Muerte por SIDA, Síndrome de rubeola congénita) y no transmisibles (Morbilidad Materna Extrema, Mortalidad Materna, Mortalidad Perinatal y Neonatal y Defectos Congénitos).

Se cuenta con 7 casos registrados en esta dimensión en 5 eventos, la agrupación de casos frente al distrito, aporta el 0.06% y frente a la Subred Sur el 0.38%, en cuanto a la distribución interna la UPR Rio Blanco 42.95% y Rio Sumapaz el restante 57.14%.

Los eventos incluyen VIH/SIDA y Muerte por SIDA y Síndrome de rubeola congénita con un caso cada uno, además 3 casos de morbilidad materna extrema y 1 caso de mortalidad perinatal y defectos congénitos, lo anterior refleja las dificultades vistas en la comunidad que reside en este sector al requerir un seguimiento médico, teniendo en cuenta, las distancias, la oferta de servicios y los factores socioculturales y económicos, que inciden de manera directa o indirecta.

Es importante tener en cuenta que la baja cantidad de casos notificados se relaciona con un baja densidad poblacional, pero los casos que se presentan en esta localidad se agravan teniendo en cuenta dificultades para el acceso a centros de salud, en especial en el régimen contributivo y de servicios especializados, así como el traslado de los usuarios que incide en el inicio de controles prenatales, problemas de aseguramiento, traslados, dificultades para la adherencia a tratamientos, barreras de acceso, así como las características propias de los residentes de estos sectores como el bajo nivel educativo, las dificultades económicas, practicas relacionadas con el cuidado de la salud sexual y reproductiva, proyecto de vida y factores familiares como machismo, violencia intrafamiliar, entre otros.

1.1.1.4. Salud Ambiental

La salud ambiental incluye únicamente 2 eventos para registrar, intoxicaciones y enfermedad transmitidas por alimentos, las cuales cuentan con 7901 casos en el distrito, 12 (0.15%) de ellos, se presentaron en la localidad de Sumapaz, al compararse con la Subred aporta, el 1.66%.

Se observan 2 casos de intoxicación en la UPZ Rio Blanco y 10 casos de ETA en la UPZ Rio Sumapaz estos datos posiblemente relacionado a un subregistro del evento, debido a factores como el desplazamiento de los residentes de la localidad, en especial del régimen contributivo al contar con los centros de salud lejos de su residencia, prefieren no consultar y dar manejo en casa del evento.

Las dimensiones de Convivencia Social y Salud Mental, Seguridad Alimentaria y Nutricional y Vida saludable y Condiciones No Transmisibles no cuentan con información en la localidad de Sumapaz

1.1.1.5. Eventos colectivos de interés en Salud Pública (Brotes y morbilidad)

A continuación se realiza una revisión del comportamiento de algunos de los eventos colectivos de más interés relaciona con los registros realizados en el distrito, incluyendo brotes de ETA y Varicela, así como las morbilidad por IRA y EDA, para lo cual se tomó como fuente la información oficial de urgencias y emergencias del año 2016 con relación a los brotes y las salidas de SIVIGILA para las morbilidades.

Tabla 30 Cuadro resumen de la distribución de eventos colectivos de interés (ETA, varicela, morbilidad por IRA y EDA), según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016

Dimensiones plan decenal de salud pública 2012 - 2021	Bogotá	%	Subred	%	Ciudad Bolívar	%	Usme	%	Tunjuelito	%	Sumapaz	%
Salud Ambiental	153	9,5	13	3,0	7	2,9	2	1,6	3	5,4	1	100
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	1460	90,5	414	97,0	236	97,1	125	98,4	53	94,6	0	0
Total	1613	100	427	100	243	100	127	100	56	100	1	100

Fuente: Bases oficiales Urgencias y Emergencias SDS. Años 2012-2016.

Con relación a los brotes registrados Específicamente en la Subred Sur, se cuenta con información de 4 eventos de interés en salud pública (Brotes de varicela, ETA y morbilidad

por IRA y EDA), para un total de 427 casos registrados, lo que representa un 26.47% de la notificación del distrito. Al observar el comportamiento específico de la localidad de Sumapaz, se cuenta con solamente 1 evento relacionado con un brote de ETA, el cual hace parte de la dimensión de vida saludable y enfermedades transmisibles, lo que representan el 0.06% del dato distrital y el 0.23% en la Subred, hecho relacionado posiblemente al manejo de estos eventos en casa dependiendo de la gravedad de la sintomatología y el desplazamiento a las instituciones de salud.

La dimensión de salud ambiental donde se incluye los brotes de Varicela, IRA (Infección Respiratoria Aguda) y EDA (Enfermedad Diarreica Aguda), no cuenta con casos registrados en la localidad de Sumapaz.

1.1.1.6. Eventos individuales de interés en Salud Pública SIVIGILA DC (SISVAN, VESPA, SIVELCE, SISVECOS, SIVIM, Discapacidad, SISVESO y SIVISTRA)

A continuación se realiza una revisión del comportamiento de los procesos de vigilancia en salud pública que ingresan la información en diferentes herramientas diferentes al SIVIGILA, desde las dimensiones de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Convivencia Social y Salud Mental y Vida saludable y Condiciones No Transmisibles, con el fin de conocer su comportamiento al interior de las localidades, así como su representación a nivel distrital y en la Subred Sur.

Dichas herramientas de captura de información, son diversas según el subsistema, hecho que dificulta la consolidación de la misma y requiere un manejo diferencial, en consecuencia, el subsistema SISVAN utiliza la herramienta EPI-INFO, SIVIM, SISVECOS, SIVELCE y VESPA, procesos relacionados con la salud mental, utiliza el SIVIGILA DC vía web, por su parte el proceso de Discapacidad utiliza el aplicativo en línea para la localización y caracterización de personas con discapacidad (RLCPD), para finalizar, SISVESO y SIVISTRA manejan ACCES, pero adicionalmente este último subsistema utiliza el aplicativo de EXCEL.

Tabla 31 Cuadro resumen de la distribución eventos de interés de los subsistemas de SIVIGILA DC, según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016

Dimensiones plan decenal de salud pública 2012 - 2021	Bogotá	%	Subred	%	Ciudad Bolívar	%	Usme	%	Tunjuelito	%	Sumapaz	%
Seguridad Alimentaria y Nutricional	89304	36,14	11655	25,07	4992	22,27	3411	23,71	3208	37,16	44	4,16

Convivencia Social y Salud Mental	892 88	36 ,1 3	197 61	42 ,5 1	10802	48 ,2 0	68 51	47 ,6 3	1865	21 ,6 1	243	22 ,9 7
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	685 25	27 ,7 3	150 70	32 ,4 2	6618	29 ,5 3	41 22	28 ,6 6	3559	41 ,2 3	771	72 ,8 7
Total	247 117	10 0	464 86	10 0	22412	10 0	14 38 4	10 0	8632	10 0	1058	10 0

Fuente: Base de datos VSP Secretaría Distrital de Salud 2016.

Los eventos de interés registrados en herramientas diferentes al SIVIGILA con relación a evento de seguridad alimentaria y nutricional, salud mental, discapacidad, salud oral y salud laboral, reportan 247.117 registros en la ciudad de Bogotá, de los cuales el 18.81% (46.486 casos) corresponden a la Subred Sur. Específicamente la localidad de Sumapaz aporta 1.058 casos, lo que corresponde al 0.42% del distrito y al 2.27% de la Subred Sur.

Tabla 32 Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés de los subsistemas de SIVIGILA DC, según las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, Localidad de Sumpaz, 2016

Proporción de notificación por grupo de eventos	Grupo de eventos subsistemas SIVIGILA DC, agrupados por dimensión del PDSP 2012 - 2021		
	Seguridad Alimentaria y Nutricional SISVAN	Convivencia Social y Salud Mental SIVIM SISVECOS SIVELCE VESPA	Vida saludable y Condiciones No Transmisibles Discapacidad SISVESO SIVISTRA
Frente al distrito	0,05	0,27	1,13
UPR Rio Blanco frente a la localidad	0	3,29	1,17
UPR Rio Sumapaz frente a la localidad	0	8,23	91,05
Casos sin UPR frente a la localidad	100	88,48	7,78

Fuente: Base de datos VSP Secretaría Distrital de Salud 2016.

1.1.1.7. Seguridad Alimentaria y Nutricional

En cuanto la dimensión de seguridad alimentaria y nutricional relacionada con el subsistema SISVAN (Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional), se toman los eventos relacionados con la desnutrición y exceso de peso de la información de menores, gestantes y escolares de 5 a 17 años, así como el bajo peso al nacer, en general dichos eventos aportan el 0.05% del dato distrital, específicamente la desnutrición y exceso de peso aportan datos cercanos al general con 0.03% y 0.06%, con 8 y 34 casos respectivamente. En cuanto el bajo peso al nacer la localidad de Sumapaz no cuenta con

registros. Lo anterior se relaciona con factores ya mencionados como lo económicos y socioculturales, asociado a deficientes hábitos alimenticio.

Con relación a la distribución de los eventos por las diferentes UPR, no se cuenta con información puntual

1.1.1.8. Convivencia Social y Salud Mental

En esta dimensión se incluyen eventos de interés relacionados con violencia, conducta suicida, lesiones de causa externa y consumo de sustancias psicoactivas (SPA), donde se cuenta con 89.288 registros a nivel distrital de los cuales la localidad aporta 243 lo que representa 0.27%, con relación a la Subred Sur, Sumapaz aporta el 1.35% de los 19761 casos registrados.

El subsistema SIVIM (Sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual) registra información de violencia sexual, maltrato infantil y violencia intrafamiliar. En primera instancia se puede observar que de los 5.041 casos registrados por violencia sexual, la localidad de Sumapaz aporta 3 (0.06%), en cuanto a la Subred Sur (1.237 Casos), el peso porcentual es de 0.24%.

La violencia intrafamiliar registra 11123 y el maltrato infantil 14627 casos en el distrito, de los cuales la localidad de Sumapaz aporta 68 (0.61%) y 62 (0.42%) casos respectivamente. El peso de estos eventos frente a la Subred Sur es levemente mayor en la violencia intrafamiliar, teniendo en cuenta que de los 2.588 aporta el 2.63%, mientras que de los 3.840 casos el maltrato infantil el peso es de 1.61%

Lo anterior refleja, al menos en parte, las dificultades que se presentan a nivel intrafamiliar en la comunidad residente en Usme, factores ya mencionados como el hacinamiento, pautas de crianza, nivel educativo, estrategias de afrontamiento, intolerancia, sumado a dificultades económicas, necesidades básicas insatisfechas, así como factores socioculturales, como machismos, de proyecto de vida, no uso de métodos de regulación de la fecundidad, así como las características de la localidad, entre otros, se relaciona de una u otra manera con la alta incidencia de este tipo de eventos, problemática que se incrementa al tener en cuenta las dificultades para el acceso a atención psicológica en atención preventiva y resolutiva.

La conducta Suicida, la cual es abordada por el subsistema SISVECOS, registra en la ciudad 11.665 casos de ideación, amenaza e intento suicida, así como el suicidio consumado, la localidad de Sumapaz aporta 20 casos, lo que representa un 0.17%, así como el 0.70% de la Subred Sur.

Según los datos registrados por SISVECOS (Sistema de Vigilancia epidemiológica de la Conducta Suicida), en la localidad no se cuenta con casos de suicidio consumado, pero se registran 22 casos de ideación así como 3 casos de amenaza y 3 de intento suicida. Lo anterior refleja las dificultades en cuanto la salud mental en la localidad, además de compartir problemáticas mencionadas anteriormente, se incluyen factores como la falta de oportunidades y el proyecto de vida relacionadas con este evento.

SIVELCE (Sistema de vigilancia epidemiológica de las lesiones de causa externa), registra las lesiones de causa externa intencionales y no intencionales o accidentales en la ciudad, durante el año 2016 se registraron 44.353 casos de los cuales la localidad de Sumapaz aporta 82 casos (0.18%), así como el 0.98% en la Subred, es importante mencionar que estos eventos se registran en los servicios de urgencias cuando el evento representa un riesgo y requiere algún tipo de asistencia médica.

Las lesiones intencionales, relacionadas principalmente con la riñas y delincuencia común, aportan el 28.37% (9.801 casos) de la totalidad de las lesiones en la ciudad, es importante mencionar que los 14 casos registrados se dan en los traslados de la población rural a la las zonas urbanas para el acceso a servicios o compra de mercancía

Por último, el sistema relacionado con el registro de personas con uso abusivo de sustancias psicoactivas VESPA (Sistema de vigilancia epidemiológica al consumo de sustancias psicoactivas), no registra casos de residentes en esta localidad, hecho que posiblemente no refleja la situación real del evento, ya que solo se registra los casos que acceden a una institución de atención especializada en este tipo de eventos.

1.1.1.9. Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles

Por último, en esta dimensión se incluye el registro de personas con discapacidad, salud oral y laboral, registrando 68.525 casos en el distrito, de los cuales Sumapaz aporta 771 lo que representa el 1.12% frente al distrito y el 5.11% en la Subred

Con relación al registro de personas con discapacidad, la capital hizo dicho proceso con 17.369 personas, de estas, 12 (0.70%) residen en la localidad, porcentaje más bajo al visto con relación a la salud oral y salud laboral donde de los 46.747 y 4.409 casos registrados, la localidad aporta el 1.50% (704 casos) y el 1.25% (55 casos) respectivamente. Al comparar con la Subred se puede observar que para discapacidad el peso es de 0.34%, en salud Oral del 6.55% y en salud laboral el 6.21%.

El proceso de registro de personas con discapacidad se realiza en las diferentes localidades a demanda, aunque teniendo en cuenta la dinámica rural de la localidad no se cuenta con meta establecida, dicho proceso se realiza mediante las socialización en

diferentes espacios de la importancia del registro para conocer la situación actual de esta población, así como los beneficios a los que se puede acceder.

Por su parte la Salud Oral registra información mediante el formato de captura SISVESO (Sistema de vigilancia epidemiológica de la salud oral), el cual parte de una meta establecida para las diferentes centros de atención que se ubican en la localidad, con el cual se toma una muestra donde se registren los 6 eventos de interés incluidos en la ficha (Gingivitis, periodontitis, caries cavitacional, lesión mancha blanca, lesión mancha café y fluorosis) con el fin de conocer el comportamiento al interior de las localidades y a nivel distrital,

Para finalizar, SIVISTRA (Sistema de vigilancia epidemiológica ocupacional de las y los trabajadores de la economía informal), registra los casos de accidentes o enfermedades posiblemente relacionados con la ocupación, con el fin de contar con un perfil epidemiológico y su asociación con las condiciones de trabajo en el que se desempeña la población trabajadora del sector informal de la economía en el distrito capital, mediante análisis de información y visitas domiciliarias.

1.1.1.10. Otros subsistemas incluidos en la vigilancia epidemiológica de la salud pública (EEVV y VCSP)

Dentro del proceso de la vigilancia se encuentran procesos transversales como el proceso de Análisis Demográfico y Estadísticas Vitales (EEVV) y vigilancia comunitaria en la salud pública (VCSP).

El proceso de EEVV se encarga del registro de información de los hechos vitales que se presenten en las diferentes localidades, donde por medio de un certificado de nacimiento y uno de defunción, donde se registra diversa información sociodemográfica, así como de salud, la cual permite conocer el contexto del evento, así como proporcionar una fuente de información útil y confiable relacionada con cuantos nacimientos se dan, así como los fallecimiento y sus principales factores asociados, contando con la posibilidad de hacer distribuciones por motivo de fallecimiento, edad, sexo, lugar de ocurrencia, lugar de residencia, nivel educativo, entre otros, en tiempo real, mediante la herramienta de Registro Único de Afiliación (RUAF).

Por su parte el proceso de VCSP se asume desde un enfoque epidemiológico crítico comunitario y social, cuyo propósito es identificar situaciones socioculturales, ambientales y económicas en la comunidad, que afectan la salud y que pueden relacionarse con la causa que promueve la aparición de eventos patológicos de interés en salud pública. A través del reconocimiento de las problemáticas acumuladas y la lectura de las necesidades comunales, se contribuye en la mejora de la respuesta social e institucional

a las situaciones que afecten la salud en las localidades, mediante la herramienta de registro EXCEL e informes de donde se consolida el análisis de los eventos.

1.1.1.11. Eventos precursores

Los eventos precursores se entienden como aquellos que tienen una relación predisponente y pueden asociarse a otras complicaciones en la salud, en consecuencia la diabetes mellitus se considera como una de los principales precursores de la enfermedad renal crónica junto a la hipertensión arterial, hecho que genera una alta carga en la morbilidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, se realizara un breve análisis de la diabetes mellitus, entendida como una enfermedad crónica donde el cuerpo no puede regular el azúcar en la sangre, mediante la producción de insulina por el páncreas.

Se realiza una revisión de los 50 diagnósticos relacionados con la diabetes mellitus según los códigos CIE 10 asociados (E100-E109 diabetes mellitus insulino dependiente y E110 a E149 diabetes mellitus No insulino dependiente), por diferentes variables de interés teniendo en cuenta la localidad de ubicación del centro de atención, en consecuencia la información registrada se ve afectada en localidades como Usme, donde la oferta institucional en salud es reducida, siendo además en su mayoría para el régimen subsidiado, factor que no permite conocer la situación real de la población residente en la localidad.

Tabla 33 Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por categoría, Bogotá, años 2012 - 2016.

Diabetes Mellitus	año	Atenciones	Individuos
No insulino dependiente	2012	222.517	78.642
	2013	189.815	71.030
	2014	219.154	83.388
	2015	138.330	60.513
	2016	124.732	58.173
Total No insulino dependiente		894.548	
Insulino dependiente	2012	120.070	30.866
	2013	113.854	32.122
	2014	152.744	39.212
	2015	97.573	32.231
	2016	97.860	31.802
Total Insulino dependiente		582.101	

Total atenciones	1.476.649
-------------------------	------------------

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017)

Es importante mencionar que los individuos no pueden sumarse teniendo en cuenta que un individuo puede ser atendido en diferentes redes, prestadores, localidades o por diagnósticos diversos en un mismo periodo, teniendo en cuenta lo anterior, los individuos serán tomados únicamente como un dato de referencia, a diferencia de las atenciones que si pueden ser sujeto de suma.

Tomando los datos mencionados se puede observar una importante disminución de las consultas relacionadas con este evento, pasando de 342.587 consultas en 2012 a 222.592 en 2016, lo que representa una reducción del 35% en estas consultas en los últimos 5 años.

En cuanto las personas atendidas, teniendo en cuenta la salvedad realizada, se observa una disminución año a año, exceptuando el 2014, donde se presentaron los datos más altos del periodo revisado, iniciando en el 2012 con 109.508 pacientes dato mucho mayor al visto en 2016 con 89.975, según los datos observados.

Dichos datos pueden estar relacionado a procesos de prevención primaria antes de la ocurrencia del evento, con acciones como mejores hábitos alimentarios, dieta, ejercicio para afectar el sobrepeso y/o sedentarismo, en resumen, hábitos de vida saludable, sumado a una prevención secundaria una vez se ha detectado la enfermedad, relacionado nuevamente a hábitos de vida saludable, adherencia al tratamiento, para su control, retardar su progreso y prevenir posibles complicaciones agudas o crónicas.

Tabla 34 Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por categoría, Bogotá, años 2012 - 2016.

año	Hombre			Mujer			Total atenciones
	Atenciones	%	Individuos	Atenciones	%	Individuos	
2012	152.608	44,5	41.073	189.979	55,5	51.786	342.587
2013	139.818	46,0	40.413	163.851	54,0	48.022	303.669
2014	169.778	45,7	46.967	202.120	54,3	57.442	371.898
2015	111.900	47,4	37.841	124.003	52,6	43.934	235.903
2016	91.798	41,2	33.081	130.794	58,8	49.060	222.592
Total	665.902	45,1		810.747	54,9		1.476.649

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de

recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017)

En el distrito capital se puede observar, aunque de manera irregular, una relación mayor en cuanto las atenciones por sexo en mujeres, dato posiblemente relacionado a una mayor cultura de prevención, adherencia a tratamientos y en general, asistencia a controles médicos en la mujer.

Tabla 35 Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por momento del curso de vida, Bogotá, años 2012 - 2016.

Momento curso de vida	2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	Atenciones	Individuos	Atenciones	Individuos	Atenciones	Individuos	Atenciones	Individuos	Atenciones	Individuos	Atenciones	%
Menores de 1 año	76	57	57	33	18	12	23	11	1	1	175	0,0
De 1 a 5 años	557	185	358	140	431	140	250	78	210	85	1.806	0,1
De 6 a 11 años	1.212	394	1.037	250	1.328	318	991	275	686	209	5.254	0,4
De 12 a 17 años	2.636	658	2.053	486	2.593	559	1.710	458	1.043	326	10.035	0,7
De 18 a 28 años	6.287	1.606	5.679	1.449	6.951	1.860	5.251	1.497	3.844	1.301	28.012	1,9
De 29 a 59 años	134.791	36.353	115.895	33.761	138.623	39.749	95.222	32.441	77.526	28.293	562.057	38,1
De 60 y más años	197.028	54.370	178.590	52.809	221.954	62.471	132.456	47.573	139.282	49.363	869.310	58,9
Totales	342.587		303.669		371.898		235.903		222.592		1.476.649	100,0

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017)

Como es de esperarse, teniendo en cuenta las características del evento, en el distrito capital la mayoría de atenciones se dan en adultos mayores de 60 años, seguido por los adultos entre 28 y 59 años, entre ambos grupos de edad aportan el 96.9%, cabe resaltar el 2% de atenciones que se dan en jóvenes de 18 a 28 años lo que evidencia una posible la necesidad, de un seguimiento permanente, por gran parte de la vida para esta población, situación similar a la presentada en los menores de edad, a pesar de tener el menor peso porcentual de atenciones.

Tabla 36 Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por momento del curso de vida, Bogotá, años 2012 - 2016.

año	Consultas			Hospitalizaciones			Urgencias			Total Atenciones
	Atenciones	%	Individuos	Atenciones	%	Individuos	Atenciones	%	Individuos	
2012	324.016	94,6	90.196	5.237	1,5	3.602	13.334	3,9	7.152	342.587
2013	285.736	94,1	85.496	4.246	1,4	2.982	13.687	4,5	7.255	303.669
2014	348.098	93,6	100.676	6.566	1,8	4.689	17.234	4,6	10.038	371.898
2015	220.937	93,7	79.620	3.536	1,5	2.709	11.430	4,8	6.569	235.903
2016	213.286	95,8	76.949	1.973	0,9	1.670	7.333	3,3	4.703	222.592
Total	1.392.073	94,3		21.558	1,5		63.018	4,3		1.476.649

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2017, población vinculada, desplazada y atenciones no pos. (Datos reportados por las ESE red adscrita, IPS red complementaria e IPS red urgencias, validado por la SDS y con corte de recepción 31 de julio de 2017). Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 30 de abril de 2017)

En los servicios de consulta externa se dan la inmensa mayoría de atenciones de este evento, hecho muy relacionado a seguimientos de prevención y controles, pero es importante mencionar un importante porcentaje de atenciones por urgencias, que pueden relacionarse a mala adherencia a los tratamientos, deficiencia en los controles o en malos hábitos, de los cuales un porcentaje termina en hospitalizaciones, datos que por fortuna tienden a la disminución en los últimos años.

Al analizar el comportamiento puntual de las atenciones realizadas en los centros de atención en salud ubicados en la localidad de Sumapaz, se puede observar comportamientos dispares a los datos distritales en cuanto su distribución, pero es de aclarar que la información obtenida, teniendo en cuenta que la localidad cuenta con un limitada oferta institucional en salud, únicamente pública, sumado a que cerca del 33% de la población residente en la localidad se encuentra adscrita al régimen contributivo, afecta los datos, reflejado en una baja proporción de atenciones y casos registrados para Sumapaz del evento de diabetes mellitus.

En consecuencia, del 1.476.649 atenciones registradas entre los años 2012 a 2016, la localidad de Sumapaz cuenta con 136 atenciones lo cual aporta tan solo el 0.01%, de las atenciones del distrito. Los usuarios registrados variaron en los últimos años, iniciando con 4, 10, 12, 9 y 9 para el año 2016, representando un comportamiento relativamente estable a excepción del año 2012 que presento el dato más bajo del periodo.

En cuanto la distribución por sexo, la localidad de Sumapaz muestra una relación diferentes al dato distrital con dato mucho mayor de atención en mujeres (91.2%) que en mujeres (8.8%). Igualmente la distribución por momento de curso de vida difiere, reflejando que los adultos entre 29 y 59 años con un 55,1% y los mayores de 60 con un 20,7% aportan en conjunto el 80.9% dato muy por debajo al visto en el distrito, en especial

en los mayores de 60 años, asociado al curso infancia de 6 a 11 años aporta un 15.4%, lo cual puede estar relacionado con un solo caso que cuente con un seguimiento permanente.

Para finalizar las atenciones por los diferentes servicios igualmente difieren a los vistos en el distrito con un 90.4% de atención por consulta externa, un 8,8% en urgencias y el restante 0.7% en hospitalización, el alto dato en atenciones de urgencias, pueden relacionarse con las dificultades de acceso y las atenciones en el momento de curso de vida infancia.

Los anteriores datos reflejan el comportamiento similar del distrito relacionado con una disminución de atenciones año a año, relacionado posiblemente a los factores ya mencionados, en cuanto estilo de vida saludable, ejercicio, hábitos alimentarios, entre otros, con el fin de prevenir el evento, controlarlo si ya se presenta y reducir el riesgo de otras complicaciones.

Por tanto, es necesario analizar las diferencias existentes entre las prevalencias de hipertensión arterial y diabetes mellitus con respecto a una unidad de referencia, el análisis se debe realizar calculando razón de tasas e intervalos de confianza al 95%. Dentro de la información que se entregará para el análisis a nivel local, se dispondrá la consulta de los RIPS por individuo único, por tanto, su análisis incluirá describir el incremento porcentual durante el periodo de información.

Adicionalmente, se debe describir la tendencia de cada evento a través del tiempo y desagregar el análisis por las variables que causan gradiente como el sexo, régimen de afiliación.

3.6 Análisis general de la morbilidad e identificación de prioridades de morbilidad

¿Cuáles son las principales causas de morbilidad general?

Las principales causas de morbilidad general en la localidad de Sumapaz para el año 2016 fueron la hipertensión esencial primaria, caries de la dentina, rinofaringitis, gingivitis crónica, infección de vías urinarias, lumbago no especificado, dolor en articulación, hipotiroidismo no especificado y diabetes mellitus.

¿Cuáles son los principales factores condicionantes o factores de riesgo de los principales problemas de salud antes mencionados?

Respecto a las enfermedades del sistema respiratorio, es importante tener en cuenta que la causalidad de dichas enfermedades tiene una gran relación con el clima al que está expuesto el individuo, siendo los periodos de bajas temperaturas y lluvias factores de riesgo, que aumentan la incidencia en estos eventos. Así mismo, al ser una localidad

netamente rural, la población se encuentra expuesta continuamente a factores ambientales como son la presencia de ácaros del polvo, especialmente en aquellas veredas que aún no cuentan con carreteras pavimentadas; polen, el hollín por su tradicional forma de cocinar y el pelaje de los animales tanto domésticos como de cría; los cuales pueden generar alergias que dan paso a éste tipo de infecciones.

Adicionalmente, en el caso de la dermatitis, el uso continuo de botas de goma y de plaguicidas en el trabajo agrícola, también constituyen determinantes que brindan un marco explicativo a la aparición de dichas problemáticas, considerando su toxicidad.

Para las enfermedades infecciosas intestinales, las cuales suelen propagarse a través de alimentos contaminados o agua de bebida, de persona a persona, como resultado de la falta de agua potable. En la localidad de Sumapaz se tienen dificultades con el suministro de agua apta para el consumo humano, teniendo en cuenta que el agua presenta coliformes fecales, residuos de productos agroquímicos, que son lavados y arrastrados hasta las fuentes de agua superficiales o infiltrados hasta las subterráneas por los regímenes de lluvias, los cuales generan procesos de eutrofización y posteriormente alteraciones en la demanda bioquímica de oxígeno y alteración del pH. 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.

Para los ciclos vitales de adultez y vejez se encuentra la hipertensión esencial primaria como la primera causa de morbilidad, la cual se encuentra relacionada con modos y estilos de vida no saludables identificados en la localidad tales como falencias en la adopción de un régimen alimentario equilibrado, teniendo en cuenta que hay dificultad en el acceso a verduras y frutas variadas, y se tiende al alto consumo de carbohidratos, siendo éste grupo de alimentos los de más fácil acceso en la localidad. De igual forma, se ha identificado un alto consumo de alcohol en éstas etapas, sedentarismo y falta de ejercicio físico.

Determinantes sociales de la salud, como los ingresos, la seguridad en el trabajo, la educación y la vivienda, influyen en la aparición de hipertensión. Por ejemplo, la informalidad laboral de la localidad, el desempleo y los niveles de pobreza repercuten en los niveles de estrés que, a su vez, influyen en la tensión arterial alta. Por último, el riesgo de hipertensión aumenta con la edad, por el endurecimiento de las arterias, motivo por el cual es en el momento de curso de vida vejez donde mayor morbilidad se presenta.

En el ciclo vital vejez se presenta en morbilidad artrosis y artritis. Los factores que pueden facilitar la aparición o empeorar la evolución de estas enfermedades están relacionados con las condiciones de vida y de trabajo y las conductas de salud con ellas relacionadas.

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

Así mismo se presenta una alta prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la cual se ha relacionado con la exposición a la contaminación ambiental por productos de combustión de biomasa, combustible para cocinar teniendo en cuenta que la mayoría continúa cocinando con leña. La exposición a productos químicos como los empleados en la agricultura y las infecciones respiratorias frecuentes en la infancia representan igualmente factores de riesgo para la aparición de la enfermedad.

¿Cuáles son las discapacidades de mayor prevalencia en la población?

Teniendo en cuenta el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2015, se encuentra que en la localidad de Sumapaz, prevale la alteración del sistema nervioso con el 55% (n=231), le sigue Movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas como la principal con el 44% (n=182) de los registros, le sigue auditivas 14% (n=58), Voz y habla con 10 (n=43). El comportamiento de acuerdo al sexo, se encuentra que las alteraciones de movimiento del cuerpo, alteraciones del sistema nervioso y visual, son más prevalentes en hombres que en mujeres.

La población de Sumapaz con discapacidad presenta problemáticas que van desde la movilidad dentro del territorio y hasta en el acceso a servicios especializados. Algunas personas con discapacidad deben ser movilizados en “chinchorros” por la comunidad desde veredas lejanas a puntos de atención en salud, estos traslados en ocasiones se tardan alrededor de 3 horas o dependiendo de los caminos interveredales.

Por otro lado, para la atención especializada de la población, deben hacer el traslado a Bogotá urbana, pues en la localidad no hay Unidades de servicios de salud especializada. Lo anterior genera gastos adicionales a los cuidadores de las personas con discapacidad.

¿Cómo es la oferta y demanda de servicios de salud en la Subred?

La prevalencia de la población Sumapaceña, en términos de afiliación al SGSSS, es al régimen subsidiado (59,8%), seguido por el contributivo (28,3%), la población vinculada (9,8%), sin afiliación (2,2%) y el régimen especial (0,2%). Esto proporciona la demanda de la localidad en servicios de salud.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur proporciona a los usuarios del régimen contributivo servicios de baja complejidad, en la que se apoya en las USS de especializadas para atender la demanda en media y alta complejidad. Haciendo especial atención en cuidados materno-perinatales, detección tempranas de cáncer, alteraciones del joven y del adulto, control familiar y urgencias en las USS Nazareth y San Juan. Como elementos diferenciales de la localidad, destaca el servicio de Ecoterapia y el Parque Temático Chaquen en el que se realiza tratamientos para pacientes con problemáticas en salud mental mediante técnicas alternativas de tratamiento. Al mismo tiempo, Chaquen genera apropiaciones culturales en la comunidad campesina en la recuperación de especies nativas y su cultivo, y en la preservación del ambiente y la sostenibilidad alimentaria de la localidad.

No obstante, tanto los afiliados al régimen contributivo como al régimen subsidiado tienen dificultades de acceso a servicios de baja, media y alta complejidad. Para poder cubrir sus demandas con especialistas deben trasladarse a la zona urbana en la que deben o bien deben costearse un lugar para quedarse o apoyarse en sus redes de apoyo y todos los costos que este traslado suscite.

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DIFERENCIAL DE POBLACIONES

La construcción del presente documento de Análisis de situación en salud de poblaciones diferenciales y de inclusión social se realizó desde un proceso metodológico que incluye tres momentos; el primero fue el reconocimiento de fuentes de información cuantitativa bases de datos de APS, bases de alta consejería para las víctimas, VI Censo Caracterización de la Población Habitante de Calle en el Distrito Capital, censo de Censo General 2005 DANE., Base SISPI Diciembre 2014 y bases censal poblaciones étnicas, datos registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad, 2004-2015; la cual fue procesada en tablas de frecuencia y pirámides poblacionales, con apoyo del programa Microsoft Excel 2007 y Redatam+SP, CEPAL/CELADE 2007(para datos DANE).

Con relación a la información cualitativa se revisaron y consultaron documentos Nacionales como Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), Serie de Proyecciones poblacionales 2005-2015 DANE, ASIS Diferencial a nivel Nacional. Desde lo distrital se tomó en cuenta documento línea base y diagnóstico para la elaboración de perfil epidemiológico de poblaciones especiales, VI Censo Caracterización de la Población Habitante de Calle en el Distrito Capital, línea base para la política de etnias en el Distrito Capital. Documentos generados desde subred sur (Local) se tuvo consulto diagnósticos locales con participación social 2014-2015, boletines de poblaciones diferenciales del Programa Territorios Saludables, informes finales del equipo de Gestión de políticas y

programa, diagnósticos rápidos y documento análisis de situación de salud población diferencial 2015.

En el segundo momento se conformó la mesa de poblaciones diferenciales la cual se constituyó con profesionales de gobernanza 1y 2, programas y representantes de espacios de vida cotidiana (Trabajo, Familiar, Educativo y Espacio Público); quienes a partir de la experiencia de trabajo con poblaciones diferenciales y de inclusión, aportan desde su quehacer profesional en la construcción del documento. El tercer momento es la fase de análisis y consolidación de la información y elaboración del documento con desagregación cada grupo diferencial y de inclusión social a partir de la descripción del contexto demográfico, y territorial.

4.1 Relación de Población, Territorio, Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud poblaciones diferenciales

La relación entre población y territorio nos indican las prácticas arraigadas de una comunidad frente a su cotidianidad localizada. Muestran, de forma particular, cómo sus prácticas determinan sus conductas y cómo estas conductas, en el caso puntual en salud, determinan su bienestar o enfermedad. Pero también nos muestra de sus adscripciones, sus sensaciones frente al lugar que habitan definen sus vidas.

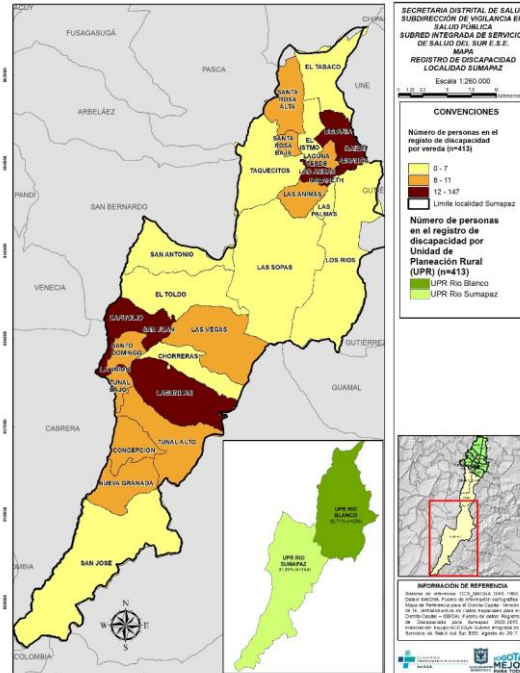
En este caso puntual es claro que hay una diferenciación marcada entre Sumapaz y el resto de la ciudad debido a los contrastes propios de las dinámicas urbano-rurales. La localidad 20, entabla, al tiempo, una relación con el resto de la ciudad (comercial, económica, etc.) que se diferencia por dar continuidad a tradiciones que condicionan las situaciones de salud que afectan a su población.

Se puede aseverar que la mayoría de casos de discapacidad de esta localidad pueden deberse al trabajo agrícola y la división sexual del trabajo. Las cifras proporcionadas por el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (2004-2015) nos indican que, tanto en hombres como en mujeres, padecen discapacidades de movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas. El 22.3% en el caso de los hombres y el 44.1% para las mujeres nos indican que estos oficios pueden tener una relación determinante en favor de este fenómeno. Los hombres de la localidad están normalmente vinculados a labores manuales-agrícolas mientras que las mujeres lo están a labores domésticas o relacionadas con estas. En su texto *“El ‘Gallinazo’ en la Escuela. Violencia doméstica y construcción social de la masculinidad al pie del páramo de Sumapaz”*, Santiago Álvarez expone cómo desde tempranas edades los roles de género se marcan en la localidad mediante distintos mecanismos sociales de construcción tanto de masculinidad como de feminidad. Expone así que, “desde temprano, a los hombres se les

enseña a hacer trabajo duro afuera del hogar, en los campos. Los hijos varones de los campesinos frecuentemente abandonan la escuela a los 9 o 10 años, que es cuando su trabajo rural es considerado valioso para la economía del hogar. Las niñas, en cambio, ayudan en la casa pero siguen frecuentando la escuela. En este sentido, es paradójico que una ideología que privilegia el vigor y la capacidad masculina de realizar tareas duras ocasione que las mujeres tengan una mayor escolarización que los hombres en las áreas rurales. Las niñas trabajan en el ámbito doméstico cocinando y limpiando. Un hombre nunca cocinará si hay una mujer que lo haga por él. Es más, una mujer no dejará que un hombre ponga tan sólo un pie en la cocina. Los hombres sólo preparan ocasionalmente asados afuera en una fiesta de comensalidad entre amigos” (18).

Por otra parte, la latencia del conflicto armado colombiano en la región, expresada en la histórica presencia de grupos armados ilegales y legales, explica una causal de la discapacidad con porcentajes más altos: alteraciones del sistema nervioso. En este sentido, un informe de Médico Sin Fronteras(19) realizado sobre un estudio en Tumaco y Buenaventura indica que las personas que han sido víctimas o han sido expuestas a alguna situación relacionada con las violencias del conflicto armado tienen un claro impacto en su salud física y mental.

Mapa 6 Ubicación de la Población con discapacidad, localidad Sumapaz



Estas personas desarrollan condiciones como depresión, ansiedad, trastornos mentales (esquizofrenia, psicosis infantil, trastorno afectivo bipolar) y estrés postraumático, entre otros. Aseveran que las situaciones y necesidades de las personas atendidas por estos no pueden ser extrapolables al resto del país, empero pueden considerarse una aproximación confiable a la realidad que se vive tanto en zonas rurales como urbanas de muchos departamentos de Colombia(19)

Esto, como las actividades agrícolas por antonomasia para ambos sexos, pueden ser explicaciones viables a los porcentajes estadísticamente más relevantes dentro de la condición de discapacidad de la localidad: Ambos indicadores, entre hombres y mujeres, son las condiciones de discapacidad más altas de Sumapaz y de su relación con el territorio.

Por otra parte se identificó que el 74,0% de la población registrada, actualmente residen en la localidad, de los cuales el 22,0% pertenecen al Centro Potencial del Desarrollo Humano (CDPH). En este punto es necesario indicar que esta población no hace parte de la dinámica y comportamiento de la población de la Localidad debido a que pertenecen a otras localidades y se encuentran institucionalizados.

La población en condición de discapacidad tiene formas de participación ciudadana relevantes .A nivel intersectorial se cuenta con el Consejo Local de Discapacidad, creado a partir de la Política pública de Discapacidad Distrital Decreto 470 de 2007, que es la principal instancia del Sistema Distrital de Discapacidad en Sumapaz, donde se reúnen los delegados de las instituciones con los representantes de este grupo poblacional, quienes son PCD o sus cuidadores.

La región de Sumapaz históricamente ha estado marcada por el conflicto armado al ser un espacio de disputa tanto por grupos al margen de la ley como por grupos paramilitares por su cercanía al Sur y al Oriente de Colombia. Sumapaz, tanto de la localidad como el resto de la provincia, tuvo una gran presencia de grupos guerrilleros en los años 90, (frentes 51 y 52 de las FARC) quienes en su permanencia hicieron hechos victimizantes en contra de la población (extorsiones a comerciantes, amenazas a líderes políticos, secuestros, homicidios a civiles y a la fuerza pública, atentados terroristas (bombas en los cascos urbanos), quema de buses, etc.)(20)

Ante el escenario del post-acuerdo, aún persisten los riesgos por la presencia de viejos y nuevos grupos armados por el control territorial del corredor del Sumapaz que podrían generar hechos de victimización y revictimización (21). Dos de los tres corredores identificados por el Observatorio Distrital de Víctimas, se encuentran en Sumapaz (Corredor San Cristóbal-Usme-Sumapaz; Corredor Usme-Sumapaz-Ciudad Bolívar-Altos

de Cazúca-Bosa). Al respecto la Consultoría de Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES) asevera que

“en Bogotá existen fuertes expresiones de conflicto armado urbano, que hay presencia de grupos armados ilegales en zonas periféricas y marginales y que persisten graves vulneraciones contra los derechos humanos de la población que la llevan a desplazarse intraurbanamente, de un barrio a otro o de una localidad a otra. Las afectaciones más preocupantes son el reclutamiento forzado, la vinculación y utilización ilegales de niños, niñas y jóvenes y el despliegue de repertorios de violencia e intimidación- amenazas, persecuciones, desapariciones y asesinatos- en contra de los líderes y lideresas sociales, integrantes de juntas de acción comunal, líderes de población en situación de desplazamiento y defensores y defensoras de derechos humanos” (22)

4.2 Contexto Demográfico

Tabla 37. Poblaciones Diferenciales Localidad de Sumapaz

Poblaciones Diferenciales		hombre	Mujer	Total	%
grupos étnicos	indígenas	5	9	14	100
	Total	5	9	14	100
Poblaciones por condición y/o situación	Discapacidad	228	223	451	65,4
	Víctimas del Conflicto Armado	99	140	239	34,6
Total		327	363	690	100

Fuente: Indígenas: Censo General 2005 - Información Básica - DANE – Colombia Procesado con Redatam + SP, CEPAL/CELADE 2007. Fecha de extracción 18/06/2017. Discapacidad: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2016; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. *PCD: Población con discapacidad. Víctimas del conflicto armado: Alta Consejería para la Víctimas. Cifras Históricas SIVIC (de septiembre del 2010 al 30 de abril del 2017)..

En la localidad de Sumapaz se identificaron 14 personas con pertenencia étnica- indígena, con predominio en mujeres con 64,3% y el 35,7% en hombres, son familias provenientes del cauca, las cuales se arraigaron en la localidad por actividades económicas generadas por hacendados de la región.

Respecto a los grupos por condición y/o situación se logró identificar 690 personas; la mayor proporción poblacional se ubica en población en condición de Discapacidad. En Bogotá durante el periodo 2004 – 2016, existía un total de 451 personas captadas por

registro de localización para personas en condición de discapacidad (RLCPD), residentes en Sumapaz; donde el 50,6% son hombres y el 49,4% mujeres.

Con relación al curso de Vida de población en condición de discapacidad, en Sumapaz se observa que el 87,4% de la población se ubica entre Adultez y Vejez. Frente al comportamiento por sexo en las etapas de primera infancia e infancia, Juventud y Vejez prevalece la condición de discapacidad en hombres respecto a las mujeres, en la adolescencia y la adultez la condición de discapacidad es equivalente para los dos sexos.

Tabla 38 distribución población con discapacidad por sexo y momento del curso de vida, Sumapaz 2004-2016

Momentos del Curso de Vida	Hombre		Mujer		Total	
	PCD	%	PCD	%	PCD	%
Primera infancia (0-5 años)	1	0,22	1	0,22	2	0,44
Infancia (6-11 años)	3	0,67	0	0,00	3	0,67
Adolescencia (12-17 años)	5	1,11	8	1,77	13	2,88
Juventud (18-28 años)	25	5,54	14	3,10	39	8,65
Adultez (29-59 años)	87	19,29	83	18,40	170	37,69
Vejez (60 años y más)	107	23,73	117	25,94	224	49,67
Total	228	50,55	223	49,45	451	100

Fuente: Discapacidad: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2016; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. *PCD: Población con discapacidad.

De acuerdo a la residencia se identificó que el 74,0% de la población inscrita en el RLCPD, actualmente residen en la localidad, y el 2,0% pertenecen al Centro Potencial del Desarrollo Humano (CDPH), esta procede de otras localidades o lugares aledaños y se ubican en la localidad en la modalidad de población institucionalizada.

En cuanto a la población víctima del conflicto armado Alta Consejería para la víctimas a través del sistema de información (SIVIC), el periodo 1 septiembre del 2010 al 1 diciembre del 2017, en Sumapaz se identificaron 239 personas víctimas, la distribución por sexo el 58,6% son mujeres y 41,4% hombres. Respecto a la pertenencia étnica el 83,9% se identifica como población mestiza, el 5,1% población Indígena, el 7,3% ninguna y el 0,7% palenquero. La distribución por grupo étnico (SIVIC), se observa mayor peso porcentual

en adultez y juventud; seguido de infancia. En menor proporción se ubica adolescencia, primera infancia y vejez.

Tabla 39 Población Víctima del Conflicto Armado por Sexo y Grupo Etario, Localidad Sumapaz; 1 septiembre 2010 – 1 de diciembre 2017.

grupo étereo	hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Primera infancia (0-5 años)	3	1,3	5	2,1	8	3,4
Infancia (6-13 años)	18	7,6	21	8,9	39	16,5
Adolescencia (14-17 años)	13	5,5	19	8,1	32	13,6
Juventud (18-28 años)	20	8,5	27	11,4	47	19,9
Adultez (29-59 años)	32	13,6	56	23,7	88	37,3
Vejez (60 años y más)	13	5,5	9	3,8	22	9,3
Total	99	41,9	137	58,1	236	100,0

Fuente: Boletín cuantitativo observatorio distrital de víctimas de Bogotá, diciembre 2017

4.3 Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud de poblaciones diferenciales- Localidad de Sumapaz

Existen diferencias importantes entre la Bogotá urbana y la rural. Una principal diferencia son las brechas de desigualdad que surgen entre ambas debido al acceso de bienes y servicios básicos, el transporte, la alimentación y la calidad de vida.

La calidad de vida, salud y enfermedad en la ruralidad para las poblaciones diferenciales en Sumapaz y en el resto de la ruralidad de la Subred Sur es diferente en sus prácticas. En la localidad se sostienen prácticas de antaño en las que se recurren a plantas medicinales, a ungüentos y aguas para calmar síntomas de enfermedades o malestares generales.

La vocación agraria-agrícola de la localidad es otra diferencia. La mayoría de la población aún vive de oficios en el campo o relacionados con él, lo cual sostiene dinámicas de informalidad laboral que han sido sostenidas históricamente en el territorio. Las condiciones laborales comparativamente hablando no generan ingresos o condiciones laborales similares a las urbanas (como el pago de seguridad social, por ejemplo).

Finalmente la distancia es otro determinante importante de la localidad. El difícil acceso, la corta oferta de servicios públicos de transporte y el tiempo de recorrido hacia la zona urbana, en donde se tiene acceso a la mayoría de los bienes y servicios indispensables, es un gran problema para toda la población sumapaceña.

A continuación detallaremos las poblaciones diferenciales encontradas en Sumapaz.

Discapacidad

La relación entre población y territorio nos indican las prácticas arraigadas de una comunidad frente a su cotidianidad localizada. Muestran, de forma particular, cómo sus prácticas determinan sus conductas y cómo estas conductas, en el caso puntual en salud, determinan su bienestar o enfermedad. Pero también nos muestra de sus adscripciones, sus sensaciones frente al lugar que habitan definen sus vidas.

En este caso puntual es claro que hay una diferenciación marcada entre Sumapaz y el resto de la ciudad debido a los contrastes propios de las dinámicas urbano-rurales. La localidad 20, entabla, al tiempo, una relación con el resto de la ciudad (comercial, económica, etc.) que se diferencia por dar continuidad a tradiciones que condicionan las situaciones de salud que afectan a su población.

VCA

Las personas que se declaran como VCA a traviesan por situaciones que deterioran su calidad de vida y salud. En primera medida, la misma condición de desplazamiento implica destierro de sus contextos de origen, los cuales eran espacios que suplían sus necesidades básicas de alimentación, salud y protección.

Al llegar a las diferentes ciudades en las que se busca protección y mejorar sus condiciones de vida, deben adaptarse a escenarios nuevos. Si bien la localidad 20 ofrece un panorama similar al lugar de origen de las personas víctimas del conflicto, es también similar las dificultades de asimilación a las que estas mismas viven en el área urbana.

Respecto a los servicios de salud, se encuentran barreras de acceso administrativas y de desconocimiento. Por un lado se ha encontrado que las EAPB de las ciudades de origen no aplican la norma a cabalidad, pues no generan los traslados de forma oportuna, causando dificultades de atención de la población en los lugares actuales de residencia, causando dificultades en la atención de esta población, por lo que los VCA establecen desconfianza en las instituciones por el reiterado fallo en la atención diferencial.

Otro de las dificultades encontradas es el desconocimiento del proceso administrativo para acceder al aseguramiento en salud, pues algunas VCA se incluyen o solicitan el SISBEN antes de registrarse como víctimas por lo que el puntaje obtenido como subsidiado es elevado, lo que incrementa los costos de los servicios de salud al consultar de forma particular. Estos inconvenientes se constituyen en determinantes para esta población.

Indígenas

Las poblaciones indígenas que viven en la localidad de Sumapaz sostienen una relación similar a la que han sostenido con la tierra de sus lugares de origen. De acuerdo con la información recolectada mediante la articulación con el equipo de la localidad, estas poblaciones provenientes del Cauca principalmente. Se dice que su migración es itinerante de manera que su permanencia en el territorio está condicionada a las opciones económicas a las que tienen acceso.

De esta manera estas poblaciones van y vienen a la localidad buscando oportunidades laborales en el campo o permaneciendo temporadas cortas para vincularse en otras partes de la zona urbana.

4.4 Análisis de Situación de Salud para las poblaciones.

El perfil Salud - Enfermedad es la expresión de la carga de enfermedad que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen; entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida(23). De acuerdo a ello, el presente capítulo de análisis de situación de salud de las poblaciones diferenciales presenta el comportamiento de la población en condición de discapacidad y población víctima del conflicto armado.

Discapacidad

Análisis de morbilidad Población en condición de discapacidad, Localidad de Sumapaz, Subred Sur E.S.E., año 2004- 2015

Las cinco alteraciones permanentes que más afectan a la población con discapacidad en la localidad Sumapaz son las del sistema nervioso, movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, auditivas, voz y habla y demás órganos de los sentidos.

El comportamiento de las alteraciones permanentes de acuerdo al sexo, las alteraciones auditivas y de voz son más frecuentes en hombres, mientras que las alteraciones de piel, del sistema genital, de digestión, del sistema cardiorrespiratorio y las visuales son más frecuentes en mujeres.

Tabla 40 Población con discapacidad, según alteraciones permanentes y sexo, Localidad de Sumapaz, Subred Sur E.S.E., año 2004- 2016

Alteraciones	Primera infancia		Infancia		Adolescencia		Juventud		Adulthood		Vejez		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas.	0	0	2	66,67	6	46,15	10	25,64	50	29,41	14	62,95	209	46,34
Sistema Nervioso	2	100	0	0,00	5	38,46	15	38,46	128	75,29	93	41,52	243	53,88
Sistema cardiorrespiratorio y defensas	0	0	2	66,67	1	7,69	1	2,56	15	8,82	67	29,91	86	19,07
Ojos	0	0	0	0,00	2	15,38	5	12,82	40	23,53	82	36,61	129	28,60
Oídos	0	0	1	33,33	1	7,69	5	12,82	15	8,82	47	20,98	69	15,30
Digestión, metabolismo y hormonas	0	0	0	0,00	1	7,69	2	5,13	4	2,35	30	13,39	37	8,20
Sistema genital y reproductivo	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	1,76	12	5,36	15	3,33
Voz y habla	1	50	0	0,00	3	23,08	3	7,69	19	11,18	24	10,71	50	11,09
Piel	0	0	0	0,00	1	7,69	0	0,00	6	3,53	10	4,46	17	3,77
Otra alteración	0	0	0	0,00	2	15,38	13	33,33	2	1,18	1	0,45	18	3,99
Demás órganos de los sentidos	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	1,18	4	1,79	6	1,33
Total general	2	100	3	100	13	100	39	100	170	100	224	100	451	100

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, 2004-2015; Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud. *PCD: Población con discapacidad

Vigilancia en Salud Pública

En la población con discapacidad, en el año 2016 con respecto a la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual, se notificaron a SIVIM 133 casos, de los cuales el 19,5% (n=26) se presentaron en población en condición de discapacidad. En relación a los tipos de violencia la principal es negligencia con 69,2%, seguido de abandono con 19,2%, violencia física con 7,7% y abuso sexual con 3,8%. Es importante aclarar que para el subsistema SIVIM, la violencia emocional es paralela a las demás violencias con 100%. En comparación en el año 2015 se notificaron 51 casos, de los cuales el 51% (n=26), se presentaron en población en condición de discapacidad, observándose una disminución en la notificación, en relación al año 2016.

Tabla 41. Eventos de Notificación en Poblaciones diferenciales, según Subsistemas de Vigilancia en Salud Pública, años de 2015-2016

POBLACION	SUBSISTEMA	2015			2016		
		N	%	TOTAL	N	%	TOTAL
DISCAPACIDAD	SIVIM	26	51	51	26	19,5	133
	SISVECOS	5	20,8	24	9	31,0	29
	SIVIGILA	0	0	200	0	0	135
VCA	SIVIM	0	0	51	1	0,8	133
	SISVECOS	0	0	24	1	3,4	29
	SIVIGILA	2	1	200	0	0	135

Fuente: Bases de datos SIVIGILA D.C. - Subsistemas de Vigilancia en Salud Pública. 2015-2016.

En los casos de conducta suicida para el año 2016 en la localidad se notificaron 29 casos, de los cuales el 31% (n=9), corresponden a población en condición de discapacidad, donde el tipo de conducta es la ideación suicida, el 33,3% corresponde al sexo hombre y el 66,7% al sexo mujer. Frente al momento del curso de vida el 44,4% ocurren en Adolescencia (14-17 años), el 33,3% ocurre en Adultez (27-59 años), y el 11,1% en Infancia (6-13 años) y vejez (mayor de 60 años). En comparación en el año 2015 se notificaron 24 casos, de los cuales el 20,8% (n=5), se presentaron en población en condición de discapacidad, observándose un aumento en la notificación, en relación al año 2016.

Al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) para el año 2016 en la localidad Sumapaz se notificaron 135 eventos, de los cuales el 0,0% de la notificación corresponde a población en condición de discapacidad.

La notificación de población víctima del conflicto armado (VCA) en los diferentes subsistemas de vigilancia en salud pública, presenta las variables de víctima de violencia y desplazamiento, pero no contiene estructura de codificación de hechos victimizantes, lo cual limita el proceso de análisis integral para esta población.

Al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) para el año 2016 en la localidad Sumapaz se notificaron 135 eventos, de los cuales el 0,0% de la notificación corresponde a población víctima del conflicto armado. Respecto a la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual, se notificaron a SIVIM 133 casos, de los cuales 1 (0,8%) se presentó en población víctima del conflicto armado, donde el tipo de violencia es la negligencia, en un niño de 5 años. Es importante aclarar que para el subsistema SIVIM, la violencia emocional es paralela a las demás violencias con 100%. Con relación a los casos de conducta suicida para el año 2016 en la localidad se notificaron 29 casos, de los

cuales el 3,4% (n=1), corresponden a población víctima del conflicto armado, donde el tipo de conducta es la ideación suicida, que corresponde al sexo mujer, en el momento de curso de vida Adultez (27-59 años).

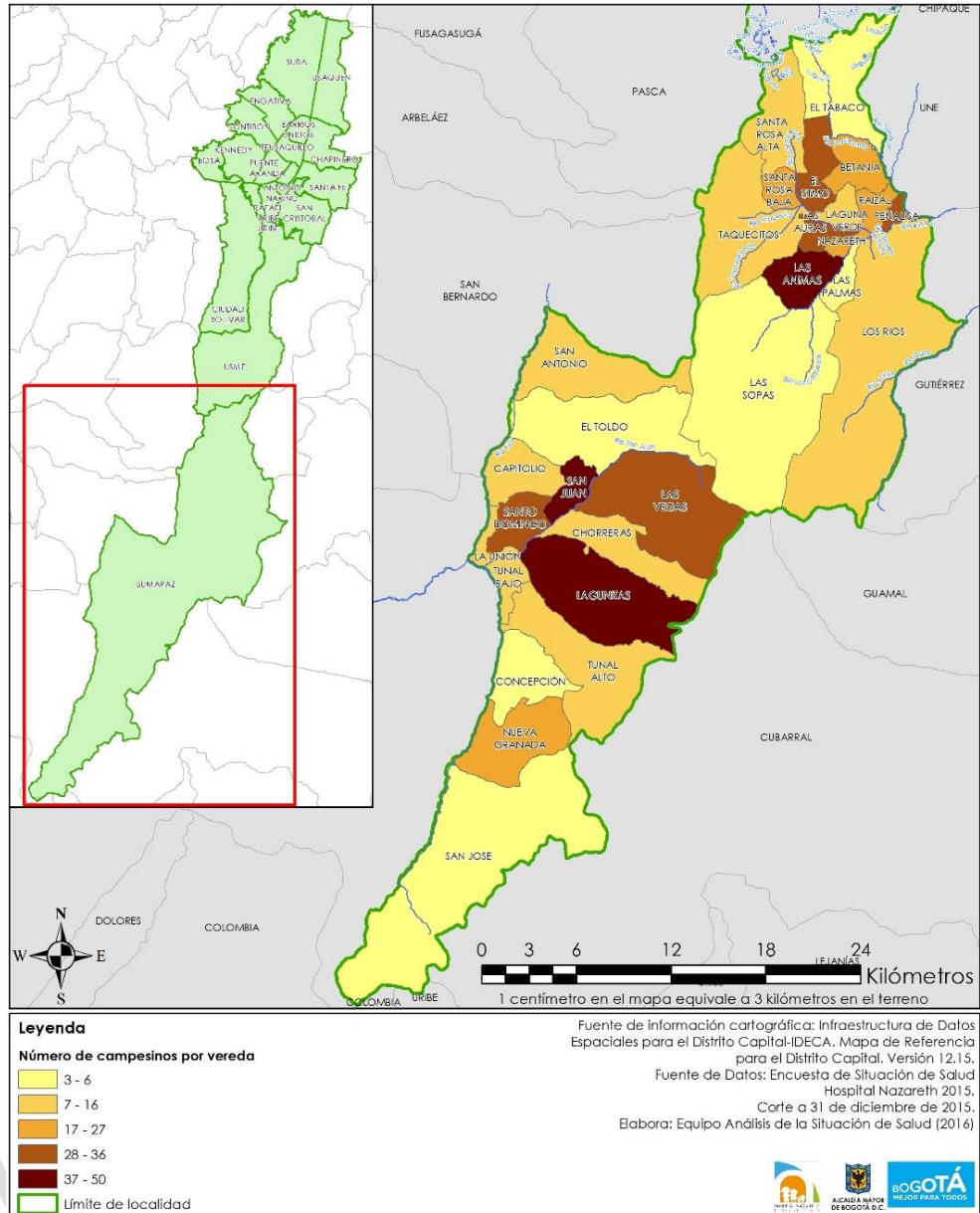
4.5 Campesino del Sumapaz

4.6 Localización de la población campesina identificada

La distribución espacial de los campesinos identificados en el proceso de territorialización 2015 en la localidad de Sumapaz, (ver mapa 1) permite evidenciar que la mayor cantidad de personas se localizan en las veredas próximas a los centros poblados, lo cual es acorde con la distribución general de la población en el territorio. En el caso del centro poblado de Nazareth son las veredas de Las Animas, Penaliza, Las Auras, Itsmo, Betania y Raizal; mientras que en el caso del centro poblado de San Juan son las veredas de Lagunitas, San Juan, Las Vegas y Santo Domingo las que poseen mayor número de campesinos. Este comportamiento se encuentra relacionado con menores barreras de movilidad para la comercialización de productos al interior de la localidad y fuera de ella, como lo son menores distancias a los centros poblados y el mejoramiento en las técnicas de construcción de vías.

Las veredas con menor número de campesinos y distantes a los centros poblados se caracterizan por la baja disponibilidad de información sobre la tecnología apropiada para manejar la producción; débil planificación local y regional; falta de procesos estandarizados para la poscosecha, transformación y distribución de los productos agropecuarios; escasa o inexistente información de mercado por parte del productor; y deficiencias en el análisis de los procesos productivos y entrega del producto a los consumidores intermedio o finales.

Mapa 7 Distribución por vereda de los campesinos de la localidad 20 de Sumapaz. Bogotá D.C 2016.



3.5.2. Relación de Población y Territorio población campesina en Sumapaz,

La tierra es al campesino como el alma al cuerpo. Así pudiéramos definir cómo se concibe la histórica, tradicional y persistente relación que el campesinado ha generado en la localidad de Sumapaz con su territorio y su labor. Los campesinos de esta zona de la ciudad han heredado las luchas que sus antepasados han llevado desde las últimas generaciones.

Podemos entender la dimensión simbólica como 'tierra comunitaria', una territorialidad que se "ha ido construyendo a partir de los valores de la vida campesina, en la cual la tierra es un elemento importantísimo en su reproducción como clase social, pero no el único (...)

La comunidad campesina sumapaceña ha demostrado la potencialidad comunitaria al gestionar sus espacios internos, por medio de planes de desarrollo propios y de un gran número de experiencias organizativas en torno al Sindicato de Trabajadores Agrícolas del Sumapaz (Sintrapaz) y de las Juntas de Acción Comunal, creando redes y nodos donde fluye información, trabajo y energía, al igual que tensiones y conflictos internos dentro del normal desarrollo del tejido asociativo y representativo campesino"(24).

De esta manera el territorio se configura en un espacio heterotópico, que se sabe y siente como otro lugar, el cual se ha organizado de forma diferente a las demás territorialidades de Bogotá. Tal heterotopía consiste, 'primero que todo, en la promoción de prácticas solidarias, comunitaristas, y en seguirse reconociendo a través de lo que produce la tierra (de manera no alienada), pero que contradictoriamente insertados como campesinos en una especialidad englobada en la idea de lo urbano" (24)

La continua lucha de todas las organizaciones sociales de esta localidad ha sido en torno a la búsqueda de consolidar la región como una zona de reserva campesina (ZRC). Tal defensa de su territorialidad exige ser respetados y diferenciados para la perduración de sus formas de relación, sus modos de producción, expectativas y de continuidad en el espacio. Por tanto, el vínculo entre los campesinos sumapaceños es por darle una forma autónoma (esto es, diferencial a su manera) al contexto en el que viven mediante estrategias basados en conocimiento propio, tradicional, que busca preservar las relaciones sociales que han llevado tanto entre ellos con la naturaleza.

4.7 Condiciones de vida y determinantes sociales de la salud de población campesina localidad de Sumapaz

Frente a La distribución de las actividades de los campesinos de la localidad de Sumapaz permite evidenciar que cerca del 53.2% se dedica a actividades sector agropecuario,

mientras que en promedio el 45.2% de la población campesina se dedica al hogar; este comportamiento se relaciona con el comportamiento poblacional y la división de género en el trabajo, en el que los hombres se dedican a actividades productivas y las mujeres a actividades relacionadas con el hogar y el cuidado de la familia. El 1.0% de los campesinos identificados se dedican a otras actividades relacionadas como lo son la piscicultura, la producción de lácteos, oficios varios e independientes.

En cuanto a los jóvenes campesinos, atraviesan por procesos transicionales dado por los procesos de interculturalidad (urbana- rural), que suscitan al interior de la comunidad esperanzas y temores: por un lado, hay quienes piensan que los jóvenes están perdiendo el arraigo al campo y se están ‘urbanizando’ en detrimento de las prácticas rurales de antaño y, por otro, quienes ven esto como una opción viable para el crecimiento de la localidad. Sin embargo, la realidad es que las opciones laborales, la exclusión y el estigma sobre los jóvenes son pesadas piedras que cargar en su crecimiento individual.

En su investigación acerca de los jóvenes rurales de Sumapaz Piñeros identifican estas transiciones y las problemáticas que padecen “Cuando hablamos de las trayectorias de los jóvenes rurales nos remitimos a la economía campesina, que partir de la familia enfrente y se adapta a las diversas formas de vulnerabilidad, producto del capitalismo y la globalización: migración hacia las ciudades, restringiendo acceso a la tierra, menor soberanía productiva, degradación ambiental y urbanización. A estas dificultades se suman las transformaciones de la familia, que además de la función de reproducción biológica comparte otras funciones, como la de ser una unidad productiva que depende de la mano otras funciones, como la de ser una unidad productiva que depende de la mano de obra y el ingreso de sus integrantes, afectada por las consecuencias de la reestructuración productiva, la pobreza estructural, la migración de los jóvenes, la desigualdad de género, etcétera” (25).

De acuerdo a lo anterior el equipo de la Subred Sur partiendo de la voz de los jóvenes de Sumapaz por medio de grupos focales del año 2015, manifestó experimentar escasas oportunidades para el desarrollo de su proyecto de vida y potencialidades en el territorio. Del mismo modo, refieren sentir discriminación en la Bogotá urbana y que su propia familia subestima sus capacidades (26).

“Nosotros somos unos jóvenes atentos, responsables, inteligentes, capaces de hacer muchas cosas, pero cuando vamos a Bogotá nos miran como bicho raro, se creen superiores, creen que nuestra educación es inferior, que somos parameros...es decir, que como somos sumapaceños somos guerrilleros y eso es discriminación...y los que vienen subestiman lo que se hace en el campo...cuando uno va pasando con varias lonas, bolsas de queso, papa se quedan mirando”.
Grupo focal jóvenes, Monitoreo participativo 2015, VSPC.

“A veces mis papás no creen que sea capaz de hacer las cosas, si voy a viajar a Bogotá creen que me voy a perder, que no voy a poder ni usar el celular, como si eso fuera algo muy raro para uno”. Grupo focal jóvenes, Monitoreo participativo 2015, VSPC.

“Cuando salga del colegio yo quiero ser profesional, quiero seguir estudiando con una carrera profesional, hacer lo que quiero...ser padre de familia y soltero, comprarle una casa a mis papás...yo quiero viajar y disfrutar la vida”. Grupo focal jóvenes, Monitoreo participativo 2015, VSPC.

De los 19 participantes del grupo focal, 15 refirieron desear cambiar de lugar de residencia, la mayoría argumentando desear vivir en un lugar con un clima más cálido donde existan oportunidades laborales.

“Me gustaría vivir en un lugar más caliente, como Medellín o granada meta” Grupo focal jóvenes, Monitoreo participativo 2015, VSPC.

3.5.4. Análisis de Situación de Salud población campesina.

Las condiciones de salud en las zonas rurales se ven afectadas por que la atención médica, el abastecimiento de agua y los sistemas de desagüe de aguas residuales son generalmente insuficientes y además las comunidades rurales carecen a menudo de educación e información sobre los riesgos a los cuales están expuestos”

La economía de la población campesina de Sumapaz es informal y se concentra principalmente en la agricultura con cultivos de papa y la ganadería con ganado Bovino. En la mayoría de las actividades productivas generalmente se desarrollan de manera manual y/o artesanal; algunas de las tareas diarias más comunes es el ordeño de vacas; suministro medicamentos en animales; separar y amarrar los terneros; traslado de animales entre fincas o potreros; transformar la leche en productos lácteos como el queso, yogurt y trasladarlos a los lugares de venta o distribución; desmalezar potreros con machetes, guadañadoras a motosierras; construir cercas de alambre de púas con herramientas como palas, barras metálicas, martillos; hacer zanjas con azadones y palas; preparar el terreno para los cultivos con azadón y pica, con bueyes y arado o con tractor; sembrar, desmalezar, abonar, fumigar, cosechar los productos cultivados, empacarlos y trasladarlos de forma manualmente o a lomo de mula y realizar el cargue y descargue de camiones, entre otras tareas afines.

El proceso de reconocimiento de factores de exposición y riesgo ocupacional de la población campesina en Sumapaz inicia a mediados del mes de septiembre del año 2012 a través de la estrategia nodo Rural, la cual busca reconocer los factores de riesgo que

afectan la salud y el ambiente de los trabajadores de la localidad. Entre los años 2012-2015 se logró notificar 134 eventos al subsistema SIVISTRA, de los cuales 37 fueron confirmados como eventos de accidente y enfermedad laboral.

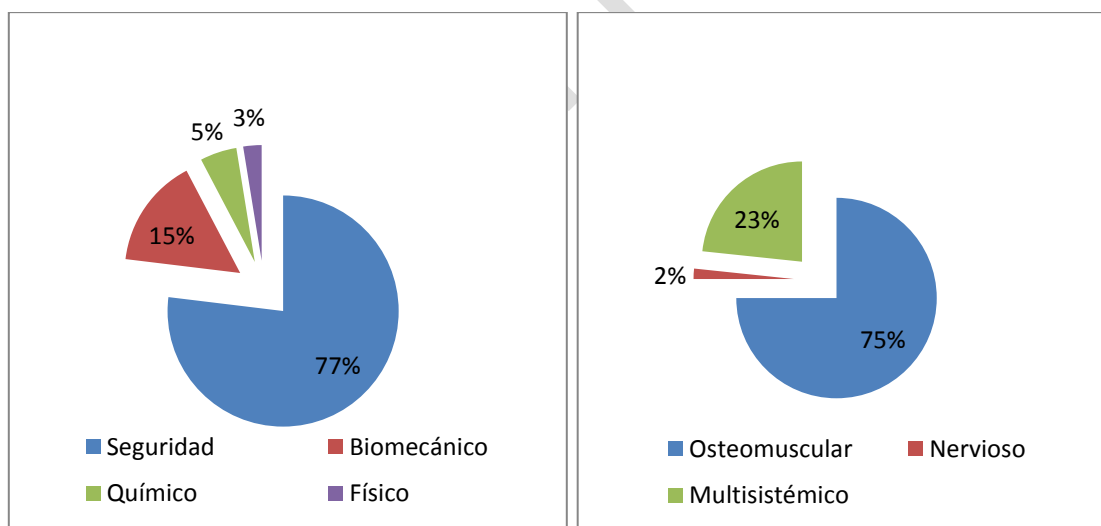
Tabla 42 Notificaciones e investigaciones de eventos de Accidente de trabajo y enfermedad laboral (ATEL), Localidad 20 Sumapaz, vigencia 2013 – 2015

	2012	2013	2014	2015	TOTAL
eventos notificados	0	3	53	78	134
eventos investigados	0	0	42	81	123
ATEL confirmados	0	0	10	27	37
Casos declarados	0	0	20	35	55

Fuente: sistema vigilancia epidemiológica ocupacional de las y los trabajadores en la economía informal – SIVISTRA informe vigencia septiembre 2013 a enero 2016.

Dentro de los factores de riesgo asociado prevalece el riesgo de seguridad, seguido del riesgo biomecánico, con relación al sistema corporal afectado la principal causa está asociada a afectaciones osteomuscular, dadas por las actividades laborales que desempeña la población de Sumapaz descritas anteriormente.

Gráfico 6 Factor de riesgo asociado y Sistema corporal afectado, SIVISTRA Nodo rural, Localidad Sumapaz 2012 – 2015



Fuente: sistema vigilancia epidemiológica ocupacional de las y los trabajadores en la economía informal – SIVISTRA informe vigencia septiembre 2013 a enero 2016.

Con relación a los riesgos Ocupacionales de la población campesina en el año 2016 en la localidad de Sumapaz se realizaron cincuenta y seis (n=56) caracterizaciones de eventos de Accidente y Enfermedad a través del subsistema SIVISTRA en trabajadores de la economía informal, de los cuales treinta y ocho (n=38) se encontraron asociados a actividades laborales; dentro de los riesgos más comunes, las formas de exposición y las condiciones de salud frecuentemente relacionadas se evidencio:

Riesgo	Descripción de la exposición	Condiciones de salud posiblemente relacionadas
Biomecánico 	Manipulación manual de bultos de hasta 50 Kg por una sola persona; Movimientos repetitivos de columna y miembros superiores en actividades como ordeño, y manejo de herramientas y maquinas; Posiciones incomodas agachados, arrodillados o acucillados durante jornadas completas cultivando y cosechando papa.	Trastornos del sistema osteomuscular a nivel de columna, cadera, hombros, manos, piernas, rodillas y otras articulaciones. <i>(50% de los eventos)</i>
Mecánico 	Manipulación de máquinas como guadañadoras, motosierras y herramientas como palas machetes azadones. Contactos traumáticos con animales como vacas y caballos.	Heridas y punciones por elementos cortantes y punzantes, golpes choques ocasionados por animales. <i>(26% de los eventos)</i>
Locativo 	Tránsito para trasladar productos e insumos a pie o a caballo entre las fincas, lugares de trabajo y centros poblados por caminos, malezas y potreros accidentados, atravesando quebradas sin puentes o con ellos en mal estado, y en las condiciones climáticas propias del páramo.	Golpes y contusiones ocasionadas por caídas al mismo nivel y de caballos; heridas con alambres de púas. <i>(21% de los eventos)</i>

Químico 	Almacenamiento y uso de productos agroquímicos, algunos de niveles altos de toxicidad, para la fumigación de los cultivos de papa; generalmente los trabajadores no usan elementos de protección personal, la aspersión además tiene contacto con fuentes de agua por lo cual existe la posibilidad de afección a más personas de la comunidad que consumen el agua.	Intoxicaciones agudas graves y otras con síntomas como vómito, dolores de cabeza, mareos y reacciones dérmicas que son considerados por los trabajadores como "normales" (3% de los eventos)
---	---	---

Fuente: sistema vigilancia epidemiológica SIVISTRA e informe, Localidad Sumapaz año 2016.

CAPÍTULO 5: ACCIONES EN SALUD PÚBLICA

El capítulo sobre acciones en salud pública, pretende dar cuenta de las intervenciones en Salud Pública realizadas en el marco de la vigencia del año 2017 por parte de los espacios de vida cotidiana de vivienda, educativo, espacio público y trabajo que hacen parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.

Para este fin, se realizó una articulación entre los diferentes espacios y el equipo de ACCVSYE con el fin de definir los principales indicadores de interés para ser analizados a profundidad y así, dar cuenta de la respuesta brindada para la comunidad residente en la localidad de Usme, mediante las diferentes fuentes de información con la que se cuenta.

5.1 Espacio educativo

El espacio educativo desarrolla la acción integrada sintonizarte, compuesta por los componentes acompañarte, amarte, disfrutarte, explorarte y cuidarte. En la localidad de Sumapaz de acuerdo a las necesidades identificadas en las instituciones educativas se desarrollan los componentes protegerte y cuidarte. (Ver mapa).

El propósito de esta acción integrada es identificar necesidades o factores de riesgo en la comunidad educativa, con el fin de favorecer la promoción de conocimiento, actitudes y prácticas saludables a través de metodologías conversacionales reflexivas, lúdicas y comunicativas. De igual manera, se espera generar multiplicadores de la información en las diferentes instituciones educativas, logrando transformaciones positivas para la salud y la calidad de vida en la cotidianidad de la comunidad educativa, para lo cual es necesario realizar articulación con los diferentes sectores y así dar respuestas a las necesidades que se han identificado.

La acción integrada sintonizarte hizo presencia en 13 sedes de colegios públicos de la localidad, los colegios intervenidos se ubican en las UPR Rio Blanco (6 colegios) y Rio Sumapaz (7 colegios), pertenecientes a área rural.

A continuación se describen las acciones desarrolladas según la priorización de las situaciones o riesgos a intervenir de acuerdo a las unidades de análisis que se realizaron con las instituciones educativas. Respecto a los resultados obtenidos de los indicadores es importante aclarar que es de acuerdo a lo digitado y son datos preliminares.

Componente cuidarte

El componente interviene problemáticas relacionadas con salud oral, crecimiento y desarrollo, tiene como meta incrementar prácticas adecuadas de cuidado y autocuidado en salud en la institución educativa, así como el fortalecimiento de la práctica de higiene de manos.

En la respuesta que se da desde este componente se desarrollan dos fases. La primera fase contiene la gestión con la institución para propiciar prácticas saludables y el fortalecimiento de capacidades de los estudiantes del servicio social obligatorio. En la segunda fase se trabaja con docentes en temas relacionados con prácticas saludables, se desarrollan grupos conversacionales con estudiantes, se socializa la iniciativa comunicacional acorde a medios de comunicación disponibles y se brinda asesoría a padres en temas relacionados con prácticas saludables.

Las situaciones o riesgos a intervenir en la localidad, para UPR Rio Sumapaz: pautas de crianza, apoyo al proceso académico, colaboración en el hogar, derechos sexuales y reproductivos, prevención de violencia y maltrato, consumo de frutas y verduras, consumo de vegetales, apoyo a la discapacidad. En Rio Blanco consumo de sustancias psicoactivas, bullying, pautas de crianza, apoyo al proceso académico, colaboración en el hogar, derechos sexuales y reproductivos, prevención de violencia y maltrato, coordinación motora, consumo de frutas y verduras, alimentación saludable, sexualidad y reproducción y cuidado en la salud oral.

Con relación al resultado obtenido para el componente se ha logrado sensibilizar a la comunidad educativa en temas relacionados a la prevención de eventos en salud mental como son la comunicación asertiva, la autoestima y habilidades sociales, con el fin de mitigar el hostigamiento escolar, se sensibiliza, además en el consumo de sustancias psicoactivas y sus efectos en la salud, al igual que sus consecuencias.

En UPR Rio Sumapaz Se busca que los estudiantes conozcan sus derechos sexuales y reproductivos y así evitar abusos y malos entendidos con las diferentes familias que tiene la localidad. Se evidencia que los estudiantes tienen poco consumo de frutas y verduras

a lo cual se relaciona que ese consumo ayuda a fortalecer el organismo y por ende buscar una buena salud y bienestar entre los individuos.

En UPR Blanco se evidencia que los estudiantes tienen poco consumo de frutas y verduras a lo cual se relaciona que ese consumo ayuda a fortalecer el organismo y por ende buscar una buena salud y bienestar entre los individuos.

Adicionalmente se evidencia en las sesiones de terapia ocupacional donde se trabajó la temática de coordinación motora participación activa de los docentes y estudiantes a lo cual se pide más sesiones de esta temática para próximas vigencias. Se reconoce la participación activa de 2 estudiantes indígenas de familia Benachi originarios del Valle Cauca donde se fortaleció salud oral primordialmente por sus diferentes problemas que tienen.

Componente protegerte

En UPR Rio Sumapaz y San Juan se efectuaron en las sedes de multigrado un total de 16 sesiones (8 por UPR) y 6 sesiones de odontología (3 sesiones por UPR), cabe resaltar que estos colegios cuentan con sedes multigrado y escuela clásica, se resalta que en las sesiones de las escuelas multigrado se efectuaban sesiones de círculo conversacional con estudiantes y otra con docentes y padres de familia, y en las escuelas clásicas se efectuaban círculo conversacional con estudiantes, docentes y padres de familia a la vez.

En el resultado obtenido para UPR Rio Sumapaz se evidencia desde este componente mejoras en el tipo de agricultura a trabajar, a lo cual se fortalece la agricultura orgánica, y desde el buen uso del agua se busca que los estudiantes tengan conciencia de su buen manejo el cuidado que se le debe dar.

En UPR Rio Blanco se evidencio en este componente el uso adecuado de material plástico como una alternativa para cultivar como lo son los diferentes muros verdes, además se busca desde el PRAE fortalecer conocimientos acerca del buen uso del agua y la energía para garantizar que esta educación que se efectúa tenga impacto en las viviendas, por otra parte se evidencio que la elaboración de biopreparados y el fortalecimiento de la huerta escolar gusto de los estudiantes y los docentes a lo cual se implementó de inmediato en dichas sedes educativas.

5.2 Espacio Trabajo

El propósito del proceso desarrollado en el espacio trabajo para la zona urbana obedece a contribuir a la desvinculación de las peores formas de trabajo infantil de niños, niñas y

adolescentes, favoreciendo su desarrollo integral a partir de la promoción de la salud, prevención de enfermedades y fortalecimiento del soporte familiar y social, a través del desarrollo de procesos en las familias o acudientes. Además busca la disminución de los eventos asociados a la salud de los trabajadores del sector informal de la economía, a través de la implementación de la estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud en la población trabajadora. Para la zona rural se cuenta con un lineamiento específico el cual se enmarca en las generalidades del anexo operativo de la zona urbana.

Para dicha operación y teniendo en cuenta las particularidades de la zona rural de las localidades de Usme, Ciudad Bolívar y Sumapaz, donde las viviendas son de uso compartido con el habitacional se opera integrando las acciones del espacio Vivienda y Espacio Trabajo. Las situaciones dentro de las que se espera intervenir corresponden a trabajadores expuestos a diferentes riesgos donde sobresalen los químicos derivados del contacto con sustancias peligrosas como agroquímicos en actividades económicas como cultivos de papa, verduras y hortalizas, además se aborda la exposición a riesgo biológico siendo este uno de los más graves después del riesgo químico, por exposición durante el desarrollo de tareas en las actividades agropecuarias como cría de ganado, elaboración de productos lácteos, elaboración de productos cárnicos, tejido de prendas usando lana de oveja. Otros riesgos se relacionan con riesgos por posturas mantenidas y prolongadas, manipulación de cargas, movimientos repetitivos, ausencia de mantenimiento de máquinas, no uso de elementos de protección personal, exposición a rayos solares entre otros. Los riesgos mencionados anteriormente afectan a todo el grupo familiar incluyendo niños, niñas y adolescentes trabajadores con una clara vulneración de los derechos a la salud, educación y recreación generada por el desarrollo de actividades laborales desde temprana edad. En el caso de trabajo infantil y adolescente aunque no se aborda los casos de la misma forma que en la zona urbana, en el momento de identificar en la vivienda la necesidad, el perfil de psicología realiza dentro del plan familiar el abordaje de la temática implementando 10 habilidades para la vida orientando tanto a padres, cuidadores como a los niños y adolescentes a la implementación de actividades que fortalezcan el uso adecuado de tiempo libre, vinculación a actividades escolares y cuidado de la salud y el adecuado desarrollo integral.

Acción integrada 2: Estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del autocuidado y gestión del riesgo en salud

El principal propósito de esta acción es contribuir a la disminución de los eventos asociados a la salud de los trabajadores del sector informal de la economía en el Distrito Capital, a través de la implementación de la estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud.

Para la zona rural se aborda solo el producto UTIS (Unidades de trabajo informal) de alto impacto con estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del auto

cuidado y gestión del riesgo; Para el desarrollo de este producto se cuenta con un talento humano interdisciplinario para un abordaje integral, incluyendo: Ingeniero agrónomo, profesional en psicología, enfermería, además de la participación de otros perfiles que hacen parte del espacio vivienda como Terapia Ocupacional, Nutrición, Odontología con el fin de brindar respuestas integrales a los núcleos familiares.

Las UTIS de alto impacto cuyo proceso de caracterización es realizado por ingeniero agrónomo, cuya continuidad del despliegue del plan de trabajo lo realiza este mismo de forma integral incluyendo un seguimiento adicional por parte del perfil de psicología o enfermería según la necesidad identificada en la vivienda.

El orden de las actividades a realizar:

- Motivación, caracterización y concertación del plan de trabajo en nuevas Viviendas de uso compartido con el habitacional de alto impacto
- Promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud de los trabajadores de la economía informal en las viviendas de uso compartido con el habitacional de alto impacto, a través de la implementación del plan de trabajo integral.
- Seguimiento y evaluación del proceso de implementación de la estrategia entornos laboralmente saludables en viviendas de uso compartido con el habitacional de alto impacto.

Los indicadores que miden esta respuesta son:

Tabla 43 Indicadores respuesta integrada de Estrategia de entornos laborales saludables para la promoción del autocuidado y gestión del riesgo en salud, localidad de Sumapaz, abril a diciembre 2017.

Indicador	UTIS abordados	UTIS mejoras > 75%	Resultado	Trabajadores abordados
Porcentaje de UTIS de alto impacto que mejoran sus condiciones de trabajo, al implementar mínimo el 75% la estrategia de entornos laborales saludables	94	0	N/A	132

Fuente: Bases tableros de control Espacio Trabajo, Subred Sur E.S.E., abril – diciembre 2017.

Como se puede observar se cuenta intervenciones exclusivamente en UTIs de alto impacto, pero teniendo en cuenta que la totalidad de las mismas se encuentran en seguimiento no es posible contar con información de cierre que permita conocer la efectividad de las acciones.

Respuesta desarrollada por el espacio de trabajo

Trasversal 44 No 51 B -16 Sur Barrio Venedia
Código postal:
Tel.: 4853551 -4853574
www.subredsur.gov.co

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Se realiza proceso de caracterización por parte de agrónomo a los trabajadores, sobre los riesgos a los cuales se encuentran expuestos y sus implicaciones para la salud en cada uno de los órganos o sistemas que se vean posiblemente afectados por el desarrollo de la actividad laboral. Se implementa un plan de trabajo que se debe desarrollar en cada una de las asesorías con el fin de disminuir las consecuencias para la salud de los trabajadores y mitigar el riesgo de exposición. Se cuenta con una asesoría adicional, por parte del perfil de psicología o enfermería según la necesidad identificada.

Las acciones del espacio trabajo en esta localidad se desarrollan de manera integral con el espacio Vivienda teniendo en cuenta que son viviendas de uso compartido con el habitacional, dedicadas a actividades económicas de carácter agropecuario como: cultivos de verduras y hortalizas, cultivos de papa, elaboración de productos lácteos, cría de ganado, plantas aromáticas, tejido de ruanas o cobijas con uso de lana de oveja como materia prima. La periodicidad de los procesos del espacio trabajo van de acuerdo a los tiempos establecidos por el espacio vivienda para la localidad.

Dentro de los principales riesgos identificados se encuentra el biológico, químico, biomecánico y físico por exposición a rayos ultravioleta, como resultado de las intervenciones se ha logrado la transformación de hábitos como el lavado de manos, baño de cuerpo entero, cambio de ropa, la no ingesta de alimentos durante procesos de fumigación. Otra de las recomendaciones adoptadas se relaciona con el uso de elementos de protección personal, mantenimiento de máquinas y herramientas, almacenamiento adecuado, etiquetado de productos y señalización

CAPITULO 6. ANALISIS Y SINTESIS

6.1 Metodología

Para la realización del proceso de análisis y síntesis de la información del documento de ACCVSyE se adapta la metodología BIT PASE y PASE a la Equidad en Salud (18)(19) para la comprensión del territorio en las localidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. Esta permite diagnosticar, planear y evaluar las condiciones y acciones en salud del territorio. Para esto se propone un proceso metodológico mixto, riguroso e interdisciplinario en el que se analizan las localidades de la Subred Sur en términos poblacionales, ambientales, sociales y económicos.

Por medio de esta metodología el equipo ACCVSyE planeó un proceso que integra sintéticamente los capítulos que conforman el documento para así generar una identificación de las condiciones del territorio, la comprensión del mismo y la generación de respuestas a las necesidades identificadas teniendo en cuenta los siguientes elementos:

- Identificación y construcción de la configuración actual del territorio
- Identificación de ventajas y oportunidades presentes en el territorio.
- Transformación esperada de ejes estructurantes y tensiones.
- Construcción de la configuración deseada.
- Construcción de estrategia.

De esta manera las directrices para consolidar el análisis y síntesis de la información implicaron los siguientes pasos:

1. Por medio de los insumos de los procesos de análisis de los componentes de Gobernanza, así como de Gestión del Riesgo en Salud, se Identificaron situaciones de riesgo en salud en el territorio cuya concentración, interrelación y ubicación derivó en la configuración de tensiones junto con demás tensiones identificadas por la Subred Sur en las mesas estratégicas asociadas al del Plan Decenal de Salud Pública y nodos en salud identificados previamente en las Agendas Locales,.
2. Empleando los mapas de riesgos realizados en el capítulo 1, e integrando los procesos de análisis, se ubican geográficamente las condiciones poblacionales, ambientales, sociales y económicas y se asocian a las tensiones identificadas previamente.
3. Se identifican los puntos de concentración de las tensiones en el territorio, definiendo los nodos o racimos, realizando un análisis de los generadores,

reforzadores, liberadores e implicaciones compartidos y su precedencia en el tiempo.

4. Con el ejercicio anterior de identificación de tensiones se realiza un análisis de la localización de las tensiones y condiciones identificadas, partiendo de que cada una de las tensiones presenta una localización definida y/o aunque se presente en muchos sectores, tiene predominancia o se concentra con mayor fuerza en ciertas zonas de la localidad, lo cual permite identificar particularidades y patrones presentes en el territorio.
5. Con el análisis realizado se construyen los ejes estructurantes a partir de los nodos o racimos. Los ejes estructurantes pueden referirse a procesos económicos, sociales, ambientales o institucionales de nivel macro inherentes a la forma como está constituida la organización social, económica y política de la localidad o del Distrito Capital y en particular a aquellos elementos que se reiteran y su afectación en la salud de la población.
6. La construcción de la configuración actual, surge de la forma como se relacionan unos y otros elementos en el territorio. Cuando se identifican los ejes estructurantes, se logra identificar que el mapa va tomando ciertas características que pueden asociarse a una imagen compartida. Teniendo en cuenta las condiciones del PASE y las particularidades históricas y culturales del territorio, se asigna una imagen a la configuración del territorio.
7. A partir de la imagen, las condiciones identificadas en el territorio y de los ejes estructurantes, se construye una metáfora que se constituye en un acercamiento o aproximación al territorio, la cual de forma narrativa integra las condiciones particulares y la configuración actual. La imagen y la metáfora permiten una apropiación del territorio, generando una síntesis de la situación actual del mismo y de sus particularidades, integrando los procesos de análisis desarrollados por los equipos locales. Esto permite integrar la información y procesos realizados en la Subred y contar con la integración de análisis y síntesis.
8. A partir de la configuración actual del territorio, se desarrollan procesos de análisis con que integre las acciones del componente 1 de Gobernanza, los Espacios de Vida Cotidiana, GPAISP y los diferentes componentes de Gestión del Riesgo, que permitan identificar las acciones realizadas y territorializarlas, aportando al desarrollo del capítulo 5, a la respuesta brindada sectorial e intersectorialmente y a la Identificación de ventajas y oportunidades presentes en el territorio. Para esto se emplean los mapas de acciones de los diferentes componentes, y se realiza trabajo conjunto de territorialización de las acciones en la cartografía de las localidades.
9. A partir de los análisis realizados con los diferentes componentes, se realizan ejercicios en los cuales se plantea la transformación esperada de los ejes estructurantes y de las tensiones territorializadas a partir de las acciones identificadas y de las acciones a realizar a futuro, lo cual permite la apropiación de

la configuración actual y el análisis de la respuesta brindada, con el fin de generar propuestas para la transformación de los ejes estructurantes.

10. Teniendo en cuenta los resultados del proceso, la territorialización de las acciones y el planteamiento de transformación de los ejes estructurantes, se procede a construir la imagen y la metáfora para generar la configuración deseada del territorio.
11. La identificación de la configuración deseada, permitirá la planeación y construcción de estrategias de intervención en las localidades que generen una transformación del territorio a partir de acciones sectoriales e intersectoriales, así como integrar la información y la configuración del territorio como proceso de análisis y síntesis.

6.2 Nodos

En el proceso de caracterización del estado actual del territorio y la configuración de nodos se realiza a través de 3 etapas o momentos: identificar, comprender y responder. El primer momento implica la identificación de tensiones y la interacción de estas en las dimensiones del desarrollo. El segundo momento, requiere diagnosticar el territorio para reconocer el por qué aparecen las tensiones y finalmente el tercer momento, requiere proponer un estado deseado del territorio.

6.2.1 Momento de identificar

Este momento implica el reconocimiento del territorio el cual se realiza por medio del análisis de la información de los capítulos 1, 2 y 3, la información resultante de los recorridos territoriales y la información de las EAT. Posteriormente, se diseña y diligencia matriz de tensiones con información demográfica, ambiental, social y económica, se definen reforzadores, liberadores y las implicaciones de estas situaciones y las acciones para mitigar o disminuir el impacto en la población.

Para la identificación de tensiones se realizaron dos sesiones de priorización y desarrollo de tensiones, en las cuales participaron profesionales de los componentes, espacios y programas de la subred: Gobernanza, Espacios de Vida Cotidiana, Vigilancia en Salud Pública, Programas y PYD, Gestión del Riesgo en Salud y el Plan de Intervenciones Colectivas, dando como resultado la definición de tensiones locales, análisis de las dimensiones del desarrollo por momentos de curso de vida para la configuración de nodos, desarrollo de propuestas de intervención e identificación de responsables de las mismas, este proceso permitía la discusión y planteamiento de las temáticas en espacios intersectoriales para el posicionamiento de las acciones y el desarrollo de las agendas locales. El resultado de estas sesiones fue la definición de tensiones en salud a las cuales

se les realiza análisis integral con información recabada por los mismos actores que participan en la priorización.

Tabla 44. Matriz de tensiones

SUMAPAZ		
Momento de curso de vida	Tensión	Valoración final - No Tensión
Niñez	Violencia Intrafamiliar	1
Niñez	Trabajo Infantil	2
Niñez	Desnutrición Global y Crónica	3
Niñez	Morbilidad por IRA	4
Adolescencia	Conducta Suicida en Adolescencia	5
Adolescencia - Juventud - Adulthood	Consumo de Sustancias Psicoactivas SPA	6
Adulthood	Trabajo Informal en Condiciones No Seguras	7
Adulthood - Vejez	Condiciones Crónicas	8
Vejez	Violencia hacia la persona mayor	9
Transversal	Riesgo Psicosocial	10

Fuente: Subred sur, Equipo ACCVSYE, Tabla resumen Tensiones Sumapaz. 2017

Las inequidades sociales en salud en la localidad de Sumapaz, se materializan en amenazas, insuficiente infraestructura vial, oferta educativa o de salud restringidas; así como las vulnerabilidades, hábitos alimenticios inadecuados, poca o nula actividad física, prácticas sexuales inadecuadas, ser víctimas de estigma y discriminación, entre otros; pueden ser identificadas por medio de la Gestión del Riesgo en Salud, la cual da cuenta de aquellos elementos que constituyen un riesgo para que en un futuro las personas presenten eventos en salud, como enfermedades, que pueden repercutir en su vida, generando discapacidad, pérdidas laborales, modificaciones en las dinámicas de pareja o familiares, intervenciones en salud prolongadas, entre otras.

La identificación del riesgo familiar se realizó mediante el instrumento de medición de Riesgo Familiar Total, construido por la profesora Pilar Amaya de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia; la autora señala que el riesgo familiar es la probabilidad de consecuencias adversas individuales y familiares (enfermedad, desorganización o disfunción) debidas a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración, las cuales se agrupan en las siguientes 5

dimensiones para el caso del ejercicio realizado en la localidad de Sumapaz: Convivencia social y salud mental; PyD y POS; Salud Ambiental, Trabajo Saludable y Salud Infantil, agrupando las familias en tres grupos.

En vigencias anteriores se aplicó el instrumento de valoración de Riesgo Familiar a 609 familias residentes de la localidad de Sumapaz, a un total de 1792 personas. Encontrándose que la edad media de los miembros del hogar es de 33,9 años, lo a por lo que se infiere que la población se encuentra en proceso de transición demográfica relacionada con el envejecimiento de la población en la localidad de Sumapaz. Por distribución por sexo se encontró que el 53,4% son masculino y el 46,6% son de sexo femenino.

- Familias con riesgo bajo: corresponde al 19,9% de las familias caracterizadas; son aquellas que presentan interacciones favorables en su composición y en su dimensión psicoafectiva, asumen prácticas cotidianas individuales y grupales saludables y tienen el conocimiento y el apoyo de los servicios de salud. Son aquellas cuyas condiciones de organización de vivienda y entorno son seguras y mantienen vigilancia y control de las amenazas para la salud individual y familiar.
- Familias amenazadas: el 70,9% de las familias caracterizadas corresponden a una familia amenazada, donde se demuestra por su composición e interacciones psicoafectivas, desarmonía y dificultad en el manejo de los menores asociada con prácticas cotidianas inseguras. Las familias amenazadas cuentan con apoyo parcial y subutilizan los servicios de salud, viven en condiciones desfavorables de vivienda y entorno, facilitando así el estado de amenaza para la salud individual y familiar.
- Familias con Riesgo Alto: el 9,2% de las familias se clasificaron en riesgo alto o crítico, dado que se evidencia que se superan las condiciones de las familias amenazadas. Son familias que mediante su composición e interacciones psicoafectivas adversas o desarmonía y pérdida de control en el manejo de los menores, demuestran acumulación de riesgos para la integridad individual y familiar. Este grupo de familias asume prácticas cotidianas inseguras, no cuenta con la accesibilidad o hace mal uso de los servicios de salud. A esta situación se agregan condiciones desfavorables de vivienda y entorno que mantienen en peligro permanente la salud de los individuos y de la familia como unidad.

En cuanto a curso de vida, se evidencia que en el curso adultez se concentra el 42,7% de la población caracterizada, seguido por el curso de vida vejez con el 15,2% e infancia con el 14,3%.

En cuanto al tipo de aseguramiento al sistema general de salud y seguridad social (SGSSS) el 56,4% se encuentran afiliados al régimen subsidiado, asociado a actividades productivas de carácter informal propias de la ruralidad y el 33,6% se encuentran afiliados

al régimen contributivo, principalmente trabajadores de obras y mantenimiento vial, monitores de ruta, celadores y colaboradores vinculados a las instituciones que hacen presencia en la localidad. Es importante resaltar que en la UPR Rio Sumapaz el 12,4 de la población se encuentra vinculada.

Para las familias clasificadas como amenazadas y en riesgo alto, el Modelo de Atención Integral en Salud Rural se plantea estrategias de consolidación y de intensificación de acciones que busquen contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida y prevenir enfermedades mediante actividades de protección específica, las cuales son desarrolladas a nivel individual y colectivo en los servicios de salud, espacios de vivienda-trabajo, educativo y espacio público-comunitario, dando respuesta a las necesidades de la población.

En la presente vigencia el equipo de ACCVSyE de la Subred Sur adapta la metodología PASE a la Equidad en Salud, partiendo de sus elementos básicos, incluidos en elementos de la metodología BIT-PASE (Poblacional, Ambiental, Social y Económica), para los análisis de las condiciones de calidad de vida y salud.

La metodología PASE es una herramienta útil y pertinente para estudiar las condiciones territoriales de la localidad de Sumapaz gracias a las áreas de observación que la componen; pone en diálogo a la institucionalidad de salud y la demás institucionalidad, la comunidad y devela la trama de relaciones que comprende los procesos de salud-enfermedad. Al mismo tiempo, permite puntualizar geográficamente las zonas afectadas y relacionadas con eventos de interés en salud pública.

En el caso puntual de la localidad de Sumapaz son mencionables las condiciones diferenciadas frente al resto de las localidades del Distrito. Su preeminencia rural evoca la necesidad de implementación de estrategias diferenciadas por su composición territorial y poblacional. Por ende, la aplicación de la metodología PASE se diferenciará en este caso puntual al resto de las localidades de la Subred Sur.

El proceso inicia con el diseño y diligenciamiento de la matriz para la configuración de tensiones en la cual se describe su generalidad, se indaga en qué consiste, se identifican sus polos (A y B), los factores reforzadores y/o liberadores que tienden a agudizarla o mitigarla. De esta manera, en esta se definen los escenarios o espacios en los cuales las tensiones definidas se plasman y se relacionan según la afectación poblacional.

El cuadro de la presente sección fue desarrollada en el marco de las mesas estratégicas temáticas de la Subred. La amplitud de estos espacios permitió la comprensión de las condiciones territoriales junto con las y los profesionales de los distintos programas, espacios y componentes revisando su afectación e impacto en el colectivo de la localidad

de Tunjuelito. Asimismo se priorizó las necesidades de la comunidad por medio de la construcción de las agendas locales.

Entre las temáticas propuestas se encuentran desarrolladas acorde a las dimensiones del PDSP y del PASE mismos. De esta manera encontramos Mesas Estratégicas en Salud Mental, Salud Ambiental, Salud Sexual y Derechos Sexuales y Reproductivas, Rural, Diferencial, Crónicos, entre otros. Allí mensualmente se han desarrollado sesiones para la identificación y construcción de las problemáticas de salud, desarrolladas puntualmente en la priorización de las tensiones en salud.

De esta forma, en concordancia con las Agendas Locales y las etapas del ciclo vital, se identificaron 11 tensiones en la localidad de Sumapaz:

- Etapa del Ciclo Niñez-Adolescencia: En este momento del ciclo se identificaron tensiones en Violencia Intrafamiliar, Trabajo Infantil, Desnutrición Global y Crónica y Morbilidad por IRA, Conducta Suicida en Adolescencia y Consumo de Sustancias Psicoactivas SPA.
- Etapa del Ciclo Juventud: Para el momento del ciclo Juventud se identificó la Consumo de Sustancias Psicoactivas SPA.
- Etapa del Ciclo Adulthood: En Adulthood se identifican el Trabajo Informal en Condiciones No Seguras y las Condiciones Crónicas..
- Etapa del Ciclo Vejez: En el caso de Vejez se identifican y priorizan la violencia hacia la persona mayor y las Condiciones Crónicas de salud.
- Adicionalmente el equipo asignó como una condición transversal a todas las etapas, el riesgo psicosocial.

6.2.2 Momento de comprender

Con base en lo anterior el equipo de ACCVSyE de la Subred desarrolla un ejercicio mediante el cual realizar conexión lógico-causal de las distintas tensiones y su ubicación en el territorio de la localidad 6. Dadas las condiciones rurales de la localidad, se plantea de una construcción conjunta que permita realizar un dialogo de saberes, la conjunción de información técnica y de la experiencia local, apoyado en los indicadores en salud, en el reconocimiento de las condiciones poblacionales ambientales, sociales y económicas y el reconocimiento del territorio que permitan generar una configuración actual y deseada del territorio que permita un análisis integral y la síntesis de la información.

Para lograr una comprensión integral del territorio se requiere de una construcción conjunta que permita realizar un dialogo de saberes, la conjunción de información técnica y de la experiencia local, apoyado en los indicadores en salud, en el reconocimiento de las condiciones poblacionales ambientales, sociales y económicas y el reconocimiento del

territorio que permitan generar una configuración actual y deseada del territorio que permita un análisis integral y la síntesis de la información. Para esto, se plantean seguir un proceso que integre los análisis anteriores y permita generar una identificación de las condiciones del territorio, la comprensión del mismo y la generación de respuestas a las necesidades identificadas en agendas locales o priorizadas por la estrategia de abordaje territorial.

La estrategia de abordaje territorial en la localidad veinte Sumapaz, tiene como líderes la Secretaría de Integración Social y alcaldía local en donde hasta el momento se encuentra en su fase de alistamiento de acuerdo a las dinámicas propias de la Localidad se han definido unos territorios como priorización para la identificación de problemáticas para la comunidad que son: Cuenca río Sumapaz y Cuenca Río Blanco dentro de la Localidad. La estrategia ha sido desarrollada principalmente por el componente de gobernanza 1.

En la realización de la figura se tuvo en cuenta, además de las tensiones, la información cualitativa y cuantitativa recopilada en el presente trabajo y la experticia del talento humano del equipo de ACCVSyE de la Subred Sur. De acuerdo con este ejercicio de análisis, los puntos identificados por cada tensión derivaron en nodos que dieron forma a la figura de la localidad. Las características poblacionales, ambientales, sociales y económicas de la localidad 20 formaron la figura de *una libélula*.

La libélula simboliza, a lo largo y ancho del mundo, la ambivalencia de la vida. Para algunos, es presagio de buena fortuna, vitalidad, fortaleza y protección (Japón) y para otros es símbolo de mal encarnado, de mal presagio, de castigo (Centroamérica y Península Escandinava) (21) (22), por ello es un animal que representa fielmente las condiciones de vida, salud y enfermedad que guarda Sumapaz. Expresa, por un lado, su majestuosa belleza natural de páramo oculta, como la libélula en su etapa de ninfa, para los conciudadanos urbanos. Y su fragilidad, como la libélula en su etapa adulta, territorial y poblacional.

Cinco grandes situaciones construyen la libélula sumapaceña: 1) la inseguridad y soberanía alimentaria y nutricional de la población; 2) las inequidades de acceso a bienes y servicios en comparación con la zona urbana; 3) las condiciones sociales y familiares que generan afectaciones en salud mental; 4) la presión sobre los recursos naturales y los conflictos ambientales presentes en el territorio y 5) la informalidad laboral en condiciones no seguras y los bajos ingresos económicos de sus habitantes.

Nodo 1: Inseguridad y soberanía alimentaria y nutricional de la población

Vimos en los capítulos 2 y 3 las problemáticas de morbilidad que afectan a la mayoría de la población, mayoría en etapa del ciclo adultez y vejez, por enfermedades crónicas como

la hipertensión arterial, isquémicas del corazón u otras enfermedades del sistema cardiocirculatorio. Las transformaciones culturales que se han dado en la localidad han cambiado radicalmente el panorama alimentario al punto de poner en riesgo la seguridad alimentaria y su soberanía en los habitantes del Sumapaz bogotano. El cambio en la dieta y la sustitución de alimentos tradicionales no recuperados por la comunidad tienen que ver con esta condición en la población.

Nodo 2: Inequidades de acceso a bienes y servicios en comparación con la zona urbana

Esta condición se asocia también a la deficiencia en el acceso a bienes y servicios para las y los sumapaceños. A diferencia del área urbana, Sumapaz y el resto del área rural de la Subred Sur encuentran distintas barreras de acceso principalmente espaciales para obtener servicios públicos básicos, alimentos, educación, tecnología; las distancias dificultan recibir servicios de salud especializados en la localidad por lo que la comunidad debe desplazarse hacia el área urbana (con todo lo que ello implica laboral y económicamente). Y así sucede lo mismo con otros servicios como el agua potable, el alcantarillado o el gas que resultan en algunas veredas inaccesibles para las compañías proveedoras e impagables para los recursos económicos de los habitantes de la localidad.

Nodo 3: Condiciones sociales y familiares que generan afectaciones en salud mental

La cultura arraigada en las y los campesinos y las malas prácticas agro-ambientales condicionan la salud mental local. Por malas prácticas se destacan mal uso y disposición de agroquímicos, cocinar con leña y el abuso de sustancias psicoactivas legales, especialmente con el alcohol y el tabaco, cuyo consumo se reproduce socialmente de las viejas a las nuevas generaciones afectan en el mediano y largo plazo la salud humana en condiciones crónicas como afectaciones osteomusculares y enfermedades respiratorias crónicas.

Nodo 4: Presión sobre los recursos naturales y los conflictos ambientales presentes en el territorio

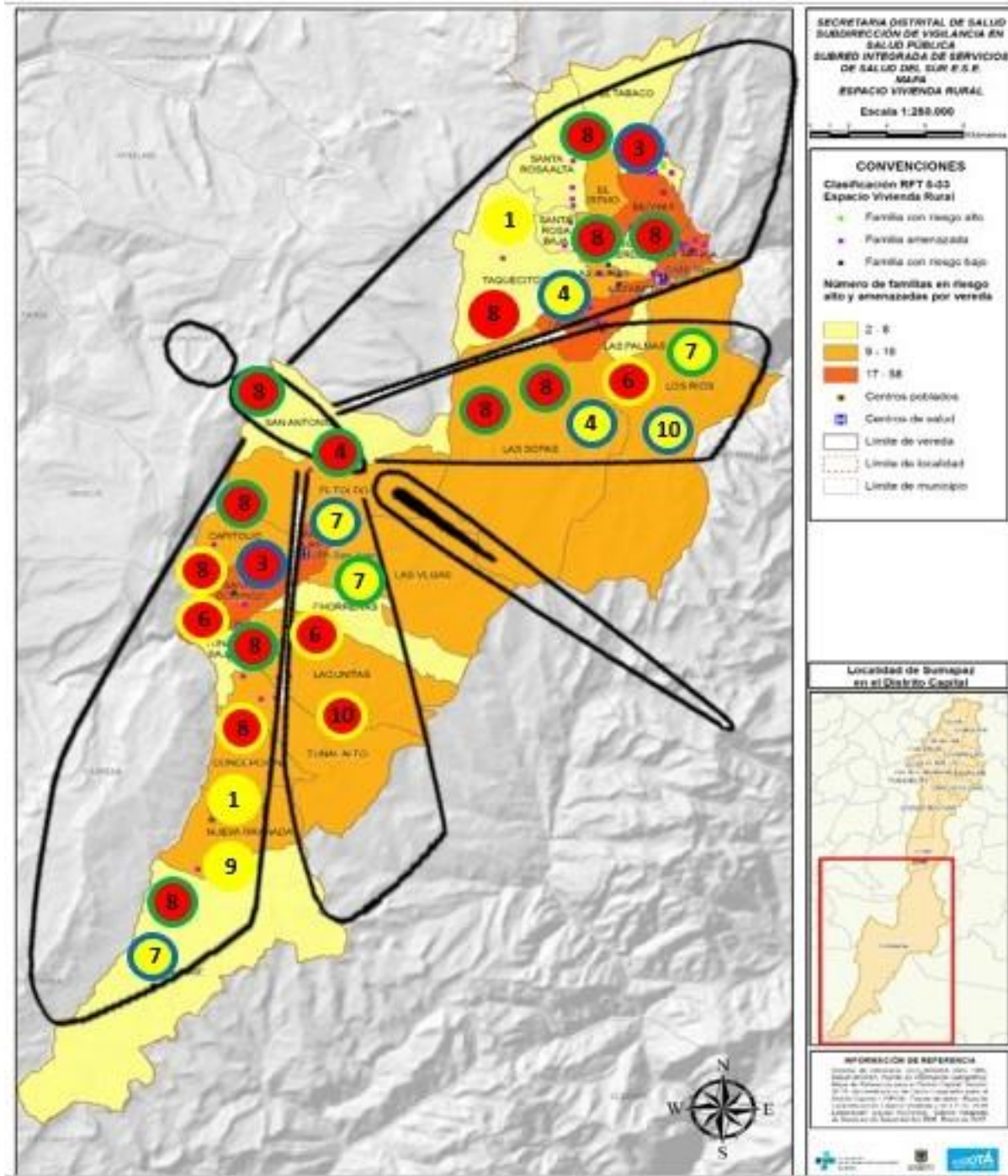
La relación con el territorio, la persistencia de prácticas tradicionales en agricultura y la tensión constante con el cambio climático a nivel local, nacional e internacional han influido en la expansión de la frontera agrícola hacia áreas protegidas del Parque Nacional de Sumapaz y con ello los riesgos irreversibles al ecosistema del páramo más grande del mundo.

Nodo 5: Informalidad laboral en condiciones no seguras y los bajos ingresos económicos de sus habitantes.

En todas las etapas del ciclo vital se ven afectados por la informalidad laboral, el desempleo y los bajos ingresos. En especial en adolescencia y juventud, cuyas aspiraciones académicas, laborales y profesionales son divergentes a otras etapas del ciclo como adultez y vejez, la migración se ha convertido en opción necesaria dadas las difíciles condiciones de empleo y de ingresos de la localidad. Adicionalmente, las personas trabajan bajo condiciones con exposición a agroquímicos tóxicos que llevan a tener prevalencias en neoplasias y enfermedades respiratorias crónicas en el periodo examinado.

Por todo lo anterior estas condiciones influyen para que la libélula perdure más en el letargo de su etapa ninfa y menos hacia la plenitud de la adultez y de la maduración de las condiciones favorables que hacen de esta localidad imprescindible para el futuro de nuestra ciudad.

Mapa 8. Configuración actual del territorio



Metáfora

La libélula extiende sus alas sobre el territorio de Sumapaz, sobre su belleza ignorada y desconocida por la gran ciudad a pesar de su importancia. Vive entre el aire y el agua y representa el recurso hídrico que se esta perdiendo.

Tiene dificultades para conseguir alimento, a pesar de encontrarse en un territorio natural; no recuerda sus alimentos ancestrales y nutritivos y depende de la gran urbe.

A pesar que ella hace parte de la ciudad, se ubica en una zona de difícil acceso, lo que le dificulta el disfrute pleno de los servicios que ofrece la ciudad, como el saneamiento básico, oportunidades laborales formales, educación técnica y profesional, atención en salud especializada incluido el sector privado, acceso a las tecnologías de la información, comunicaciones y agropecuarias. Además, sus habitantes no tienen espacios adecuados para el goce efectivo del tiempo libre y algunos de sus hijos más jóvenes dejan su territorio.

Sus problemáticas sociales y económicas, así como dificultades para la resolución de conflictos en lo familiar y comunitario, inciden en la salud mental de sus habitantes, desencadenando algunas veces violencias, consumo de alcohol, conducta suicida, y abandono de sus viejos sabios.

Su cola representa la presencia del páramo más grande del mundo que se expande en la región, sin embargo, la enorme riqueza ambiental que posee, es frágil ante la variación climática global y local y el impacto de los seres humanos. Su belleza se ve opacada por la contaminación de fuentes hídricas, suelos y aire, existiendo además presiones sobre el territorio que genera conflictos entre el hombre y su entorno.

Una de sus alas representa el trabajo campesino que es muy valioso, pero no cuenta con los beneficios de estabilidad y formalidad laboral; sus habitantes obtienen bajo reconocimiento económico por su labor, lo que aumenta las brechas de desigualdad.

Su ala izquierda refleja la carga de enfermedades crónicas de muchos de sus habitantes que los acompañan durante toda su vida. Las condiciones de su entorno hacen que estén expuestos a agroquímicos, al humo de leña, largas y exigentes jornadas laborales, y estilos de vida no saludables, lo que deteriora su calidad de vida.

6.3 Validación de contenidos

Para la validación de contenidos se realizaron encuentros con los distintos espacios, programas y componentes en los que se analizaron la concentración de acciones de los mismos en las dos UPR de la localidad de Sumapaz y de la ruralidad de la Subred Sur. En ellas se exponen los hallazgos del proceso de configuración inicial del territorio con la pretensión de validar o refutar la información recolectada.

Para la validación de contenidos se realizaron encuentros con los distintos espacios en los que se analizaron la concentración de acciones en la localidad de Sumapaz.

En ellas se exponen los hallazgos del proceso de configuración inicial del territorio con el fin de validar la información recolectada. Para este ejercicio se planteó una metodología orientada a la georreferenciación de las acciones por parte de con los espacios de vida cotidiana: vivienda, educativo, laboral y público. Y, asimismo, fue realizado en espacios intersectoriales como la UAT de Sumapaz.

El ejercicio contó con recursos audiovisuales en los que se presentaron la metodología PASE y las figuras obtenidas en los mapas de la localidad de Sumapaz.

Se mostraron en ellas la concentración de los nodos y las problemáticas en salud asociadas al territorio de la localidad. Cada espacio manifestó las acciones que se están llevando a cabo bajo los programas y componentes que los componen. De esta manera los espacios validaron la información recopilada en los demás ejercicios realizados.

6.4 Análisis de respuesta

Posterior a la validación de los contenidos se procede a construir el escenario esperado en la localidad. Para esto se tuvo en cuenta el capítulo 5 y los insumos que resultan de las unidades de análisis al interior de la Subred Sur y en espacios interinstitucionales.

Al interior de la subred se realizan sesiones de unidades de análisis con el equipo de la localidad de Sumapaz en el que se integran simultáneamente los Espacios de vida cotidiana: Vivienda, Trabajo, Educativo y Público. En estas unidades se busca considerar las diferentes acciones que se ejecutan en la localidad, para posterior ser gráficas y comparados con el mapa de tensiones inicial.

6.5 Recomendaciones

A partir de las unidades de análisis se han identificados las siguientes ventajas y oportunidades que caracterizan a la localidad 20.

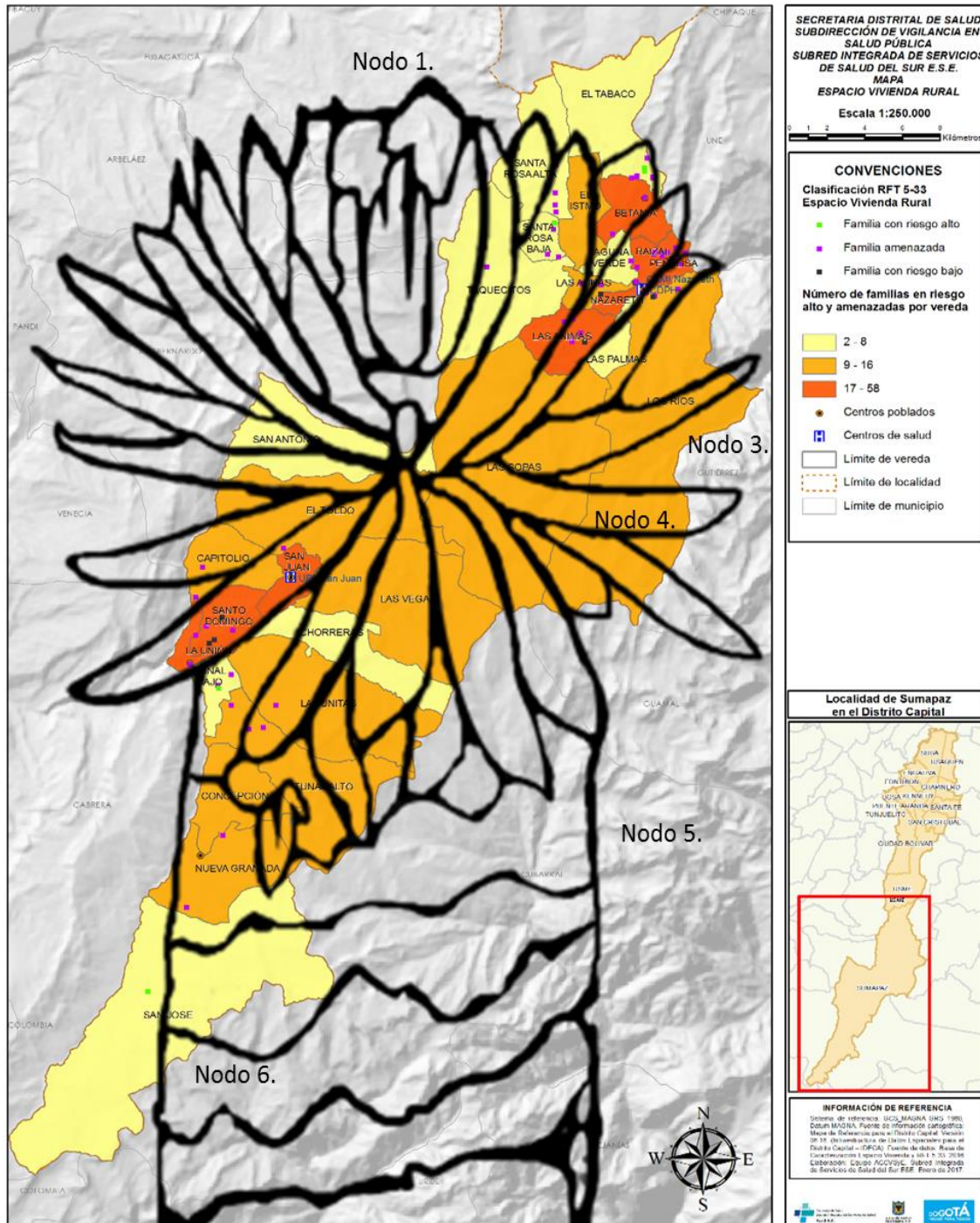
6.6 Ventajas

- La localidad de Sumapaz cuenta con zona de protección ambiental que favorece la preservación de especies y de recursos naturales importantes para la ciudad como el agua y el aire.
- La organización comunitaria de base en Sumapaz permite la apropiación cultural y el empoderamiento del territorio en favor de una transformación consensuada.
- Se cuenta con organizaciones sociales, como agentes del proceso de desarrollo de la localidad, partícipes de los procesos de planificación local
- Mejores condiciones de calidad de aire en comparación con las demás localidades.
- Mayor porcentaje de personas con vivienda propia que en otras localidades.
- Presencia de Universidad Nacional de Colombia que brinda de oportunidades de educación superior pública y programas de capacitación acordes con las necesidades de la localidad.

6.7 Oportunidades

- Mejoramiento paulatino de acceso a bienes y servicios básicos (agua y alcantarillado, luz, telefonía fija, Internet, etc.).
- Potenciar los espacios verdes como opción viable de esparcimiento para la comunidad ante la deficiencia en espacios lúdico-recreativos.
- Potencializar la tecnificación y la recuperación de especies nativas de la localidad para su comercialización.
- Comercialización de productos agrícolas locales que benefician sostenibilidad económica, ambiental, alimentaria y nutricional.
- Creación de área de reserva campesina que impide las actividades que perjudican la economía campesina, como la minería y grandes latifundios.
- Zonas con potencial eco turístico, aprovechables como fuente de ingresos para la localidad.

Mapa 9. Configuración deseada del territorio



Trasversal 44 No 51 B -16 Sur Barrio Venecia
Código postal:
Tel.: 4853551 -4853574
www.subredsur.gov.co

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

6.8 Nodos transformados

1. Fomentar la producción agrícola y la recuperación de la cocina tradicional local para lograr soberanía alimentaria.
2. Acceso efectivo y pleno a bienes y servicios de acuerdo con las necesidades territoriales de Sumapaz y la ruralidad bogotana.
3. Fortalecimiento del tejido comunitario que mitigue el riesgo de afectaciones en salud y psicosociales en la localidad.
4. Articulación comunitaria e institucional para la protección de zonas de expansión agrícola, zona de reserva campesina y parques naturales.
5. Diversificación de la oferta laboral, formalización del trabajo campesino y mejoramiento de las condiciones laborales.
6. Aplicación del modelo de salud rural para el mejoramiento de las acciones en salud para la reducción de condiciones crónicas.

Metáfora

El frailejón como guardián del páramo y del agua, cobija a todos los habitantes de Sumapaz; representa el arraigo a su territorio y la necesidad de su protección a través de un nuevo modelo de salud ajustado a las necesidades de la comunidad sumapaceña.

Sur raíces necesitaban el alimento de la tierra y del agua, la cual debe preservarse con el cuidado campesino de sus tradiciones.

Las hojas de este frailejón crecen con la garantía del acceso a los servicios institucionales y con la unión y la fuerza de la comunidad, prolongando las formas de vida rural y su preservación

Conclusiones

- De acuerdo al contexto territorial de la localidad de Sumapaz y su relación con el acceso a los servicios de salud se evidencian barreras de geográficas donde los habitantes de las veredas de San Juan y Nazareth recorren aproximadamente un kilómetro hasta el centro de salud más cercano y la población de las veredas San José, Nueva Granada, Concepción y Taquecitos recorren más de nueve kilómetros por vías destapadas para acceder a los servicios.
- Un factor de riesgo que afectan el ciclo ecológico conformado por la vegetación nativa y la salud de la población se relaciona con prácticas agrícolas inadecuadas, la utilización de agroquímicos y el uso de pesticidas principalmente en las veredas de Ríos, Santa Rosa, Taquecitos, Las Auras, Laguna Verde, Betania y Animas.
- La localidad de Sumapaz para el año 2016, cuenta con 609 familias y una población de 2.692 habitantes en el año 2016, El 64,3 % se encuentra en la UPR Rio Sumapaz y el 35,7 % en la UPR Rio Blanco. información que no es armónica con los datos poblacionales estimados por las proyecciones DANE para el año 2016
- La distribución de poblacional de la Localidad de Sumapaz para del año 2016, se concentra en los grupos de 15 a 19 años (10,9%), 10 a 14 años (8,4%) y en un 7,9% los grupos de 0 a 4 años y 45-49 años respectivamente, se estima que más de la mitad del total de la población (53%) se ubica en los momentos de curso de vida Adultez y Vejez.
- En cuanto al índice de envejecimiento, en Sumapaz de 26 pasó a 57 personas mayores por cada 100 personas menores de 15 años entre 2005 y el año 2016. Frente al comportamiento por UPR para el año 2016 en Rio Blanco presenta el mayor índice de envejecimiento con 84 personas mayores por cada 100 personas menores de 15 años; mientras Sumapaz se identifican 43 personas mayores por cada 100 personas menores de 15 años.
- El índice de dependencia demográfica muestra un descenso entre el año 2005 y 2016 pasando de 71 a 51 respectivamente. La UPR Rio blanco en el 2016 presenta un índice 54 mientras que Rio Sumapaz es de 49.

- En cuanto al índice de dependencia infantil ha disminuido, dado que para el 2005 fue de 61,6 y para el 2016 de 36,1. La UPR con mayor índice de dependencia Infantil es Rio Sumapaz con 37,5 en relación a Rio Blanco que fue del 33,5 para el año 2016.
- En el año 2016 la cobertura en el sistema general de seguridad social en salud de la población de Sumapaz; el 59,8% pertenecía al régimen subsidiado, el 28,3% contributivo, un 9,8%, población vinculada, el 2,2% población sin afiliación y el 0,2% el régimen especial.
- El enfoque diferencial en la localidad de Sumapaz se centra en personas con discapacidad, para el año 2016 se identificaron 242 personas, de las cuales el 39,3% se concentra en la etapa de Adultez, seguido de la Vejez con 25,6%. En menor proporción se ubica Juventud 10,3%, Adolescencia 9,5%, Infancia 9,1% y Primera Infancia 6,2%. Dentro de las diferentes acciones realizadas a las familias para este mismo periodo de tiempo, no se identificaron otros grupos poblaciones diferenciales como etnias, habitante de calle, LGBTI, carreteros, entre otros.
- La localidad de Sumapaz se encuentra en un proceso de transición demográfica, dado en la disminución de su crecimiento vegetativo pasando de 10,2 (2015) a 8,2 por cada 1000 habitantes, debido al descenso de la tasa general de fecundidad (11,6), mientras que la tasa bruta de mortalidad continúa bajando; ubicándose en la fase de transición demográfica
- En relación al decrecimiento anual de la población de la localidad se observó que durante los años 2010 a 2016 se ha presentado una tendencia a la reducción permitiendo evidenciar que la transición demográfica de la localidad se encuentra en fase de transición avanzada, con bajas tasas de natalidad, mortalidad y disminución en el crecimiento poblacional.

Bibliografía

1. Salud SD de. Guía técnica para ejecución de las acciones de gestión de la salud pública a través del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC agosto 2016 a enero de 2017. Marco operacional. 2016. p. 1–69.
2. Salud SD de. Documento Técnico para el Análisis de Condiciones, Calidad de Vida, Salud y Enfermedad. Vigencia agosto 2016 a marzo 2017. 2016.
3. INSTITUTO GEOGRAFICO AGUSTIN CODAZZI [Internet]. [cited 2017 Jan 12]. Available from: <http://www.igac.gov.co/igac>
4. Ruby M, Avellaneda Z. PLAN AMBIENTAL LOCAL ALCALDÍA LOCAL DE SUMAPAZ. Bogota. D.C; 2013.
5. Planeación secretaria D de. Boletín 80 Caracterización Socioeconómica SISBEN III. 2016;
6. Ruby M, Avellaneda Z. Plan Ambiental Local Alcaldía Local De Sumapaz. (32).
7. Hospital de Nazareth. Diagnostico Local con participación Social 2014. 2014.
8. FINAL base 2016 RFT Sumapaz. 2016.
9. Sumapaz LDE. DIAGNOSTICO LOCAL CON PARTICIPACION SOCIAL 2013. 2013;
10. Osorio Rendón LC. Seguridad democrática vs seguridad ciudadana. Un estudio de caso Sumapaz. 2010;8–106. Available from: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/politica/tesis352.pdf>
11. Secretaría Distrital de Planeación. Documento técnico de soporte de la cuenca del Río Tunjuelo. Bogotá D.C.; 2015.
12. ESE HNIN. Análisis de situación de salud población diferencial - Campesinos de la localidad 20 de sumapaz (fase exploratoria). 2015. p. 27.
13. Hospital de Nazareth. Diagnóstico Local Sumapaz 2014. Bogotá; 2015.
14. Cortés E. Cuadernos de Desarrollo Económico 29.

15. Subred Sur ESE EAccvs. Transcripción entrevista vereda Corinto. 2016.
16. Subred Sur ESE EAccvs. Transcripción entrevista vereda Pasquilla. 2016.
17. Simoniello MF. Exposición ocupacional a los agroquímicos. Evaluación del daño genético y su relación con procesos de estrés oxidativo. Acta toxicológica argentina [Internet]. 2012;20(1):38–38. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-37432012000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
18. Alvarez S. Violencia doméstica y construcción social de la masculinidad al pie de la paz. 2010;
19. Soszynska M, King ML. A la sombra del proceso Impacto de las otras violencias en la salud de la población colombiana. 2017;
20. Cundinamarca G de. 5. anexo 5 - diagnostico de víctimas. 1. :1–50.
21. Observatorio Distrital de Victimas. Estado del arte Conflicto Armado y Violencia en Bogotá. 2015;
22. Desplazamiento consultoria para los DH y el. Desplazamiento Forzado Intraurbano y soluciones duraderas. 2014.
23. Whittembury A. El Perfil Epidemiológico Y El Analisis De Situación Del País. 2011;1.15. Available from: <http://www.esperanza.org/biblioteca/peaepweb.pdf>
24. Silva DF. acerca de la relación entre territorio, memoria y resistencia. 2013;
25. Universidades de Cundinamarca. Juventudes Rurales en el Sumapaz Cundinamarqués. 2014;
26. Gerencia Regional de Salud Arequipa. Análisis de Situación de Salud [Internet]. 2015. Available from: <http://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/enlac/asis.htm>
27. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica /Public Heal [Internet]. 2005;17(5/6):353–61. Available from: <http://www.repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/371>

ANEXOS

Anexo 1. Unidades de Planeación Rural y veredas, localidad 20 Sumapaz. 2016

UPR	Extensión rural		Veredas	Extensión rural	
	Extensión (he)	Porcentaje		Extensión (he)	Porcentaje
UPR Río Blanco	35948,8	46,1%	Nazareth	242,36	0,68%
			Las Auras	428,83	1,20%
			Betania	1054,55	2,95%
			El Tabaco	2950,91	8,26%
			El Istmo	1125,77	3,15%
			Los Ríos	9891,72	27,70%
			Laguna Verde	499,54	1,40%
			Taquecitos	4173,61	11,69%

			Raizal	498,04	1,39%
			Peñalisa	216,23	0,61%
			Las Palmas	515,49	1,44%
			Las Ánimas	1240,26	3,47%
			Las Sopas	10181,92	28,51%
			Santa Rosa Baja	504,18	1,41%
			Santa Rosa Alta	2184,85	6,12%
UPR Rio Sumapaz	42146,55	53,9%	San Antonio	3191,44	7,58%
			El Toldo	4499,43	10,68%
			Las Vegas	4877,02	11,58%
			San Juan	706,66	1,68%
			Capitolio	1446,36	3,43%
			Santo Domingo	1029,68	2,44%
			Chorreras	2107,68	5,00%
			Lagunitas	4535,92	10,77%
			Tunal Bajo	630,97	1,50%
			Tunal Alto	3912,53	9,29%
			San José	10508,15	24,95%
			Nueva Granada	2502,42	5,94%
			Concepción	1788,88	4,25%
			La Unión	376,73	0,89%

TOTAL HE	78095,35	100,0%			
----------	----------	--------	--	--	--

Fuente: IDECA, 2016.

Distribución de zonas para la producción sostenible y de la estructura ecológica. Localidad Sumapaz. 2016

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

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

Anexo 3. Morbilidad según la población atendida en la Unidad de Servicios de Salud (USS) Usme, localidad Usme, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, año 2016 Causas de morbilidad atendida en consulta externa USS Sumapaz, 2016

Para el año 2016 en la USS Sumapaz se registraron un total de 1.712 atenciones por consulta externa, donde el 51.6% corresponden a mujeres y el restante 48.3% a hombres.

De acuerdo al grupo etéreo, se observa que las atenciones están concentradas principalmente en el grupo de 29 a 59 años y de 60 y más años. En el grupo de 1 a 5 años y de 6 a 11 años, el comportamiento por sexo es similar, sin embargo, a partir de los 12 años el comportamiento cambia considerablemente, evidenciando un incremento en las mujeres, asociado con atenciones relacionadas a la salud sexual y reproductiva.

Tabla Morbilidad consulta externa por grupo etéreo, USS Sumapaz, 2016

Grupo Etéreo	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
Menor de 1 año	21	0,4	51	1,0	72	1,3
De 1 a 5 años	198	3,7	184	3,4	382	7,1

De 6 a 11 años	231	4,3	273	5,1	504	9,4
De 12 a 17 años	87	1,6	29	0,5	116	2,2
De 18 a 28 años	374	7,0	84	1,6	458	8,5
De 29 a 59 años	1520	28,4	587	10,9	2107	39,3
De 60 y más años	872	16,3	850	15,9	1722	32,1
Total	3303	61,6	2058	38,4	5361	100

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.2016.

Para el año 2016 en la USS Sumapaz la primera causa de morbilidad por consulta externa es la hipertensión esencial (primaria), la cual representa el 18,4% (n=986) del total de la consulta externa, donde las mujeres son las que más consultan, con 580 atenciones. En segundo lugar se ubica la rinofaringitis aguda (resfriado común), con el 2,5% (n=107), en tercer lugar se encuentra la hipercolesterolemia pura, con el 2,0% (n=107), en cuarto lugar, la Infección de vías urinarias, sitio no especificado, con el 1,6% (n=88) y en el quinto lugar se observa, el lumbago no especificado, con el 1,2% (n=64).

Tabla Primeras 10 causas de morbilidad por consulta externa, USS Sumapaz, 2016

#	CIE 10	Causas	Mujeres	Hombres	Total	%
1	I10X	Hipertensión esencial (primaria)	580	406	986	18,4
2	J00X	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	78	54	132	2,5
3	E780	Hipercolesterolemia pura	54	53	107	2,0
4	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	68	20	88	1,6
5	M545	Lumbago no especificado	29	35	64	1,2
6	J039	Amigdalitis aguda, no especificada	37	23	60	1,1
7	J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	15	36	51	1,0
8	N760	Vaginitis aguda	43	0	43	0,8
9	B82	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	23	13	36	0,7
10	E039	Hipotiroidismo, no especificado	34	0	34	0,6
Resto de las causas			1091	794	1885	35,2
Total			3303	2058	5361	100

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.2016.

Con respecto al sexo mujer, la primera causa de morbilidad por consulta externa es la hipertensión esencial (primaria), la cual representa el 17,6% (n=580), la segunda causa es la rinofaringitis aguda (resfriado común), con el 5,7% (n=78), la tercera causa es la infección de vías urinarias, sitio no especificado, con el 2,4% (n=68), la cuarta causa es la hipercolesterolemia pura, con el 2,1% (n=54), la quinta causa, es la vaginitis aguda, con el 4,5% (n=43), la sexta causa es la amigdalitis aguda, no especificada, con el 1,6% (n=37), la séptima causa, es el hipotiroidismo, no especificado, con el 1,9% (n=34), la

octava causa, es el lumbago no especificado, con el 1,3% (n=29), la novena causa, es la diabetes mellitus insulínica, sin mención de complicación, con el 1,1% (n=26) y la décima causa es la parasitosis intestinal, sin otra especificación, con el 1,0% (n=21).

Observándose la alta prevalencia de enfermedades crónicas, enfermedades de tipo respiratorio y enfermedades genitourinarias.

En el sexo hombre, la primera causa de morbilidad por consulta externa es la hipertensión esencial (primaria), la cual representa el 19,7% (n=406), la segunda causa es la rinofaringitis aguda (resfriado común), con el 2,6% (n=54), la tercera causa es la hipercolesterolemia pura, con el 2,6% (n=53), la cuarta causa es enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada, con el 1,7% (n=36), la quinta causa es el lumbago no especificado, con el 1,7% (n=35), la sexta causa es la periodontitis crónica, con el 1,7% (n=34), la séptima causa es la hiperplasia de la próstata, con el 1,5% (n=31), la octava causa es la amigdalitis aguda, no especificada, con el 1,1% (n=23), la novena causa es la infección de vías urinarias, sitio no especificado, con el 1,0% (n=20), y la décima causa es la hiperlipidemia mixta, con el 0,7 (n=15).

Donde se encuentra alta prevalencia de enfermedades crónicas y enfermedades infecciosas.

Causas de morbilidad atendidas en consulta externa por grupo etáreo

Primeras 10 causas de morbilidad por consulta externa en Menores de 1 año, USS Sumapaz, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por consulta externa es la rinofaringitis aguda (resfriado común), la cual representa el 11,1% (n=8), donde el mayor aporte corresponde al sexo hombre con 7 atenciones, la segunda causa es la bronquiolitis aguda, no especificada, con el 4,2% (n=3), la tercera causa es bajo peso para la edad gestacional, con el 2,8% (n=2), la cuarta causa es la Infección de vías urinarias, sitio no especificado, con el 2,8% (n=2), la quinta causa son las afecciones no infecciosas del pabellón auditivo, con el 1,4% (n=1), la sexta causa es la alergia no especificada, con el 1,4% (n=1), la séptima causa es la candidiasis neonatal, con el 1,4% (n=1), la octava causa es la desnutrición proteico-calórica severa, no especificada, con el 1,4% (n=1), la novena causa es la impetiginización de otras dermatosis, con el 1,4% (n=1), y la décima causa es otro peso bajo al nacer, con el 1,4% (n=1).

Se observa que la mayor prevalencia, está concentrada en enfermedades de índole respiratoria, evento en el cual el sexo hombre es el más afectado, seguidas de infección de vías urinarias y alteraciones en el peso.

Primeras 10 causas de morbilidad por consulta externa grupo etáreo de 1 a 5 años, USS Sumapaz, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por consulta externa es la rinofaringitis aguda (resfriado común), la cual representa el 8,4% (n=32), donde el mayor aporte corresponde al sexo mujer con 17 atenciones, la segunda causa es la amigdalitis aguda, no especificada, con el 3,4% (n=13), la tercera causa es la dermatitis alérgica de contacto, de causa no especificada, con el 3,4% (n=6), la cuarta causa son las otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso, con el 1,6% (n=6), la quinta causa es la bronquiolitis aguda, no especificada, con el 1,6% (n=5), la sexta causa es la desnutrición proteicocalórica leve, con el 1,3% (n=4), la séptima causa es la otitis media aguda serosa, con el 1,0% (n=4), la octava causa es la parasitosis intestinal, sin otra especificación, con el 1,0% (n=4), la novena causa es la amigdalitis crónica con el 1,0% (n=3), y la décima causa es la dermatitis, no especificada con el 0,8 (n=3).

Se observa que las enfermedades de tipo infeccioso son las que presentan la mayor prevalencia, seguidas de desnutrición.

Primeras 10 causas de morbilidad por consulta externa grupo etáreo de 6 a 11 años, USS Sumapaz, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por consulta externa es la rinofaringitis aguda (resfriado común), la cual representa el 6,3% (n=32), donde el mayor aporte corresponde al sexo mujer con 20 atenciones, la segunda causa es la amigdalitis aguda, no especificada, con el 4,0% (n=20), la tercera causa es la parasitosis intestinal, sin otra especificación, con el 2,2% (n=11), la cuarta causa son otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso, con el 1,8% (n=9), la quinta causa es la rinitis alérgica, no especificada, con el 1,4% (n=7), la sexta causa es la dermatitis atópica, no especificada, con el 1,2% (n=6), la séptima causa es la dermatitis alérgica de contacto, de causa no especificada, con el 1,0% (n=5), la octava causa es la otitis media aguda serosa, con el 0,8% (n=4), la novena causa es el trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado, con el 0,8% (n=4), y la décima causa es el herpes zoster sin complicaciones, con el 0,6 (n=3).

Se observa que las enfermedades de tipo infeccioso son las que presentan la mayor prevalencia, seguidas de dermatitis.

Primeras 10 causas de morbilidad por consulta externa grupo etáreo de 12 a 17 años, USS Sumapaz, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por consulta externa es la epilepsia, tipo no especificado, la cual representa el 3,4% (n=4), la segunda causa son las infecciones de

vías urinarias, sitio no especificado, con el 3,4% (n=4), la tercera causa es la alveolitis del maxilar, con el 1,7% (n=2), la cuarta causa es la cervicalgia, con el 1,7% (n=2), la quinta causa es la alergia no especificada, con el 0,9% (n=1), la sexta causa es la amigdalitis estreptocócica, con el 0,9% (n=1), la séptima causa es la angina de pecho, no especificada, con el 0,9% (n=1), la octava causa es la celulitis de la cara, con el 0,9% (n=1), la novena causa es la conjuntivitis atópica aguda, con el 0,9% (n=1), y la décima causa es la fiebre reumática sin mención de complicación cardíaca, con el 0,9 (n=1).

Las enfermedades del sistema nervioso y las enfermedades infecciosas son las que presentan mayor prevalencia, seguidas de las enfermedades de la piel.

Primeras 10 causas de morbilidad por consulta externa grupo etáreo de 18 a 28 años, USS Sumapaz, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por consulta externa es la vaginitis aguda, la cual representa el 8,7% (n=10), la segunda causa es la amigdalitis aguda, no especificada, con el 2,2% (n=7), la tercera causa es la epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos relacionados con localizaciones (focales)(parciales) y con ataques parciales complejos, con el 1,7% (n=7), la cuarta causa es la infección de vías urinarias, sitio no especificado, con el 1,5% (n=6), la quinta causa es la rinofaringitis aguda (resfriado común), con el 1,5% (n=6), la sexta causa es la hipertensión esencial (primaria), con el 1,5% (n=5), la séptima causa es el lumbago no especificado, con el 1,3% (n=5), la octava causa es la parasitosis intestinal, sin otra especificación, con el 1,3% (n=4), la novena causa es la bronquitis, no especificada como aguda o crónica, con el 1,1% (n=3), y la décima causa es la conjuntivitis aguda, no especificada, con el 1,1 (n=3).

Se observa que las enfermedades de tipo infeccioso son las que presentan la mayor prevalencia, seguidas de enfermedades del sistema nervioso y la hipertensión esencial.

Primeras 10 causas de morbilidad por consulta externa grupo etáreo de 29 a 59 años, USS Sumapaz, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por consulta externa es la Hipertensión esencial (primaria), la cual representa el 17,8% (n=376), la segunda causa es la hipercolesterolemia pura, con el 3,1% (n=66), la tercera causa es la infección de vías urinarias, sitio no especificado, con el 1,9% (n=41), la cuarta causa es el lumbago, no especificado, con el 1,9% (n=39), la quinta causa es la rinofaringitis aguda (resfriado común), con el 1,7% (n=35), la sexta causa es la gingivitis crónica, con el 1,6% (n=33), la séptima causa es la vaginitis aguda, con el 1,5% (n=31), la octava causa es el hipotiroidismo, no especificado, con el 1,1% (n=23), la novena causa es la diabetes

mellitus insulino dependiente, sin mención de complicación, con el 0,9% (n=19), y la décima causa es la hiperlipidemia no especificada, con el 0,9 (n=18).

Con respecto a este grupo, las enfermedades crónicas son las que presentan mayor prevalencia, sin embargo, se observan diagnósticos de infección de vías urinarias, rinofaringitis y vaginitis.

Primeras 10 causas de morbilidad por consulta externa grupo etáreo de 60 años o más, USS Sumapaz, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por consulta externa es la Hipertensión esencial (primaria), la cual representa el 35,1% (n=605), donde el mayor aporte corresponde al sexo mujer con 312 atenciones, la segunda causa es enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada, con el 2,8% (n=48), la tercera causa es la hipercolesterolemia pura, con el 2,4% (n=41), la cuarta causa es la infección de vías urinarias, sitio no especificado, con el 1,7% (n=29), la quinta causa es la hiperplasia de la próstata, con el 1,1% (n=19), la sexta causa es la lumbago no especificado, con el 1,1% (n=19), la séptima causa es la rinofaringitis aguda (resfriado común), con el 1,0% (n=18), la octava causa pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local, con el 0,9% (n=15), la novena causa es la artritis reumatoide, no especificada, con el 0,8% (n=14), y la décima causa es la coxartrosis, no especificada, con el 0,7 (n=12).

Las enfermedades crónicas son las que presentan mayor prevalencia, sin embargo, se observan diagnósticos de infección de vías urinarias y rinofaringitis.

Causas de morbilidad atendida en hospitalización, USS Sumapaz, 2016

De acuerdo al grupo etáreo, se observa que las atenciones están concentradas principalmente en el grupo de 29 a 59 años.

Morbilidad atendida en hospitalización por grupo etáreo, USS Sumapaz, 2016

Grupo Etáreo	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
De 18 a 28 años	1	20	0	0	1	20
De 29 a 59 años	1	20	2	40	3	60
De 60 y más años	0	0	1	20	1	20
Total	2	40	3	60	5	100

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.2016.

Para el año 2016 en la USS Sumapaz la primera causa de morbilidad por hospitalización es el parto único espontáneo, sin otra especificación, el cual representa el 40% (n=2) del total de la hospitalización. En segundo lugar se ubica el absceso periamigdalino, con el 20% (n=1), en tercer lugar se observa la degeneración cerebral senil no clasificada en otra parte, con el 20% (n=1) y en cuarto lugar, la epilepsia, tipo no especificado, con el 20% (n=1).

Tabla Primeras 4 causas de morbilidad por hospitalización, USS Sumapaz, 2016

#	CIE 10	DIAGNOSTICO	Mujeres	Hombres	Total	%
1	O809	Parto único espontáneo, sin otra especificación	2	0	2	40
2	J36X	Absceso periamigdalino	0	1	1	20
3	G311	Degeneración cerebral senil no clasificada en otra parte	0	1	1	20
4	G409	Epilepsia, tipo no especificado	0	1	1	20
Resto de las causas			0	0	0	0
Total			2	3	5	100

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.2016.

Con respecto al sexo mujer, la causa de morbilidad por hospitalización es el parto único espontáneo, sin otra especificación, la cual representa el 100% (n=2).

En el sexo hombre, la primera causa de morbilidad por hospitalización es el absceso periamigdalino, el cual representa el 33,3% (n=1), la segunda causa es la degeneración cerebral senil no clasificada en otra parte, con el 33,3% (n=1), y la tercera causa es la epilepsia, tipo no especificado, con el 33,3% (n=1).

Causas de morbilidad atendidas en hospitalización por grupo etáreo

Causas de morbilidad por hospitalización grupo etáreo de 18 a 28 años, USS Sumapaz, 2016

En este grupo, la causa de morbilidad por hospitalización es el parto único espontáneo, sin otra especificación, la cual representa el 100% (n=1).

Causas de morbilidad por hospitalización grupo etáreo de 29 a 59 años, USS Sumapaz, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por hospitalización es el absceso periamigdalino, la cual representa el 33,3% (n=1), la segunda causa es la degeneración

cerebral senil no clasificada en otra parte, con el 33,3% (n=1), y la tercera causa, es el parto único espontáneo, sin otra especificación, con el 33,3% (n=1).

Causas de morbilidad por hospitalización grupo etáreo de 60 años o más, USS Sumapaz, 2016

En este grupo, la primera causa de morbilidad por hospitalización es la epilepsia, tipo no especificado, la cual representa el 100% (n=1).

Causas de morbilidad atendida por urgencias, USS Sumapaz, 2016

Para el año 2016 la Unidad de Servicios de Salud Sumapaz reportó un total de 816 atenciones por el servicio de urgencias, donde el 49% (n=400) corresponde a hombres y el 51% (n=416) a mujeres.

De acuerdo al grupo etáreo, se observa que las atenciones están concentradas principalmente en el grupo de 29 a 59 años. En el grupo de menores de 1 año, de 1 a 5 años, de 6 a 11 años, de 12 a 17 años y de 18 a 28 años, el comportamiento por sexo es similar.

Tabla Morbilidad atendida en urgencias por grupo etáreo, USS Sumapaz, 2016

Grupo Etáreo	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
Menor de 1 año	7	0.9	6	0.7	13	1.6
De 1 a 5 años	39	4.8	30	3.7	69	8.5
De 6 a 11 años	40	4.9	50	6.1	90	11.0
De 12 a 17 años	22	2.7	16	2.0	38	4.7
De 18 a 28 años	65	8.0	65	8.0	130	15.9
De 29 a 59 años	194	23.8	166	20.3	360	44.1
De 60 y más años	49	6.0	67	8.2	116	14.2
Total	416	51.0	400	49.0	816	100

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.2016.

Para el año 2016 en la USS Sumapaz la primera causa de morbilidad por urgencias es la amigdalitis aguda, no especificada, la cual representa el 3,4% (n=28) del total de las urgencias. En segundo lugar se ubica la hipertensión esencial (primaria), con el 3,4% (n=28), en tercer lugar se observan otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso, con el 3,4% (n=28), en cuarto lugar, se encuentra la infección de vías urinarias, sitio no especificado, con el 2,9% (n=24) y en el quinto lugar se observa, la rinofaringitis aguda (resfriado común) con el 2,5% (n=20).

Tabla Primeras 10 causas de morbilidad por urgencias, USS Sumapaz, 2016

#	CIE 10	DX CIE 10	Mujeres	Hombres	Total	%
1	J039	Amigdalitis aguda, no especificada	12	16	28	3.4
2	I10X	Hipertensión esencial (primaria)	19	9	28	3.4
3	A090	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso	14	14	28	3.4
4	N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	19	5	24	2.9
5	J00X	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	9	11	20	2.5
6	S610	Herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s)	4	5	9	1.1
7	K291	Otras gastritis agudas	7	2	9	1.1
8	K083	Raíz dental retenida	1	7	8	1.0
9	S099	Traumatismo de la cabeza, no especificado	4	4	8	1.0
10	G409	Epilepsia, tipo no especificado	3	4	7	0.9
Resto de las causas			324	323	647	79.3
Total			416	400	816	100

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.2016.

Con respecto al sexo mujer, la primera causa de morbilidad de urgencias por diagnóstico de egreso es la hipertensión esencial (primaria), la cual representa el 4,6% (n=19), la segunda causa es la infección de vías urinarias, sitio no especificado, con el 4,6% (n=19), la tercera causa son otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso, con el 3,4% (n=14), la cuarta causa es la amigdalitis aguda, no especificada, con el 2,9% (n=12), la quinta causa, es la rinofaringitis aguda (resfriado común), con el 2,4% (n=9), la sexta causa son otras gastritis agudas, con el 2,2% (n=7), la séptima causa es la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con el 1,7% (n=5), la octava causa, es la amenaza de aborto, con el 1,2% (n=4), la novena causa es la colecistitis aguda, con el 1,0% (n=4) y la décima causa es la contractura muscular, con el 1,0% (n=4).

Observándose que los diagnósticos relacionados con eventos crónicos, seguidos por la infección de vías urinarias y la gastroenteritis son las que presentan la mayor prevalencia.

En el sexo hombre, la primera causa de morbilidad de urgencias por diagnóstico de egreso es la amigdalitis aguda, no especificada, la cual representa el 4,0% (n=16), la segunda causa son otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso, con el 3,5% (n=14), la tercera causa es la rinofaringitis aguda (resfriado común), con el 2,8% (n=11), la cuarta causa es la hipertensión esencial (primaria), con el 2,5% (n=9), la quinta causa es la herida de la rodilla, con el 2,3% (n=6), la sexta causa es la herida de dedo(s) de la mano, sin daño de la(s) uña(s), con el 1,8% (n=5), la séptima causa es la herida del cuero cabelludo, con el

1,5% (n=5), la octava causa es el infarto agudo de miocardio, sin otra especificación, con el 1,3% (n=5), la novena causa es la infección de vías urinarias, sitio no especificado, con el 1,3% (n=5), y la décima causa es el lumbago no especificado, con el 1,3 (n=5).

Las causas de morbilidad que presentan la mayor prevalencia son las relacionadas con enfermedades infecciosas y respiratorias, sin embargo, se presentan los diagnósticos de heridas en diferentes áreas del cuerpo.

Metodología

Objetivo: Adoptar la metodología BIT PASE y PASE a la Equidad en Salud para la comprensión del territorio en las localidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, a partir de las dimensiones del desarrollo poblacional, ambiental, social y económico para la integración de los análisis de condiciones calidad de vida salud y enfermedad.

Insumos requeridos

1. Mapa de riesgos, información contexto territorial y demográfico (capítulo 1)
2. Matriz de determinantes sociales (capítulo 2)
3. Información de morbi-mortalidad (capítulo 3)
4. Recorridos de apropiación territorial
5. Agendas locales
6. Estrategia de Abordaje Territorial
7. Matriz de indicadores 2016-2017
8. Mapa de acciones de los espacios

Metodología

Para lograr una comprensión integral del territorio se requiere de una construcción conjunta que permita realizar un dialogo de saberes, la conjunción de información técnica y de la experiencia local, apoyado en los indicadores en salud, en el reconocimiento de las condiciones poblacionales ambientales, sociales y económicas y el reconocimiento del territorio que permitan generar una configuración actual y deseada del territorio que permita un análisis integral y la síntesis de la información. Para esto, se plantean seguir un proceso que integre los análisis anteriores y permita generar una identificación de las condiciones del territorio, la comprensión del mismo y la generación de respuestas a las necesidades identificadas, a partir de un proceso que integre los siguientes elementos:

- Construcción de la configuración actual del territorio.
- Identificación de ventajas y oportunidades presentes en el territorio.
- Transformación esperada de ejes estructurantes y tensiones.
- Construcción de la configuración deseada.
- Construcción de estrategia.

- A partir de los insumos de los procesos de análisis de los componentes de Gobernanza, así como de Gestión del Riesgo en Salud, se Identificarán los vínculos presentes en el territorio para asociarlos a las tensiones o eventos en salud identificados previamente en las Agendas Locales, y complementado para la Subred Sur con las tensiones identificadas en las mesas estratégicas a partir del Plan Decenal de Salud Pública.
- Empleando los mapas de riesgos realizados en el capítulo 1, e integrando los procesos de análisis, se ubican geográficamente las condiciones poblacionales, ambientales, sociales y económicas y se asocian a las tensiones identificadas previamente.
- Se identifican los puntos de concentración de las tensiones en el territorio, definiendo los nodos o racimos, realizando un análisis de los generadores, reforzadores, liberadores e implicaciones compartidos y su precedencia en el tiempo.
- Con el ejercicio anterior de identificación de tensiones se realiza un análisis de la localización de las tensiones y condiciones identificadas, partiendo de que cada una de las tensiones presenta una localización definida y/o aunque se presente en muchos sectores, tiene predominancia o se concentra con mayor fuerza en ciertas zonas de la localidad, lo cual permite identificar particularidades y patrones presentes en el territorio.
- Con el análisis realizado se construyen los ejes estructurantes a partir de los nodos o racimos. Los ejes estructurantes pueden referirse a procesos económicos, sociales, ambientales o institucionales de nivel macro inherentes a la forma como está constituida la organización social, económica y política de la localidad o del Distrito Capital y en particular a aquellos elementos que se reiteran y su afectación en la salud de la población.
- La construcción de la configuración actual, surge de la forma como se relacionan unos y otros elementos en el territorio. Cuando se identifican los ejes estructurantes, se logra identificar que el mapa va tomando ciertas características que pueden asociarse a una imagen compartida. Teniendo en cuenta las condiciones del PASE y las particularidades históricas y culturales del territorio, se asigna una imagen a la configuración del territorio.
- A partir de la imagen, las condiciones identificadas en el territorio y de los ejes estructurantes, se construye una metáfora que se constituye en un acercamiento o aproximación al territorio, la cual de forma narrativa integra las condiciones particulares y la configuración actual. La imagen y la metáfora permiten una apropiación del territorio, generando una síntesis de la situación actual del mismo y de sus particularidades, integrando los procesos de análisis desarrollados por los equipos locales. Esto permite integrar la información y procesos realizados en la Subred y contar con la integración de análisis y síntesis.

- A partir de la configuración actual del territorio, se desarrollan procesos de análisis con que integre las acciones del componente 1 de Gobernanza, los Espacios de Vida Cotidiana, GPAISP y los diferentes componentes de Gestión del Riesgo, que permitan identificar las acciones realizadas y territorializarlas, aportando al desarrollo del capítulo 5, a la respuesta brindada sectorial e intersectorialmente y a la Identificación de ventajas y oportunidades presentes en el territorio. Para esto se emplean los mapas de acciones de los diferentes componentes, y se realiza trabajo conjunto de territorialización de las acciones en la cartografía de las localidades.
- A partir de los análisis realizados con los diferentes componentes, se realizan ejercicios en los cuales se plantea la transformación esperada de los ejes estructurantes y de las tensiones territorializadas a partir de las acciones identificadas y de las acciones a realizar a futuro, lo cual permite la apropiación de la configuración actual y el análisis de la respuesta brindada, con el fin de generar propuestas para la transformación de los ejes estructurantes.
- Teniendo en cuenta los resultados del proceso, la territorialización de las acciones y el planteamiento de transformación de los ejes estructurantes, se procede a construir la imagen y la metáfora para generar la configuración deseada del territorio.
- La identificación de la configuración deseada, permitirá la planeación y construcción de estrategias de intervención en las localidades que generen una transformación del territorio a partir de acciones sectoriales e intersectoriales, así como integrar la información y la configuración del territorio como proceso de análisis y síntesis.