

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.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

Contenido

Introducción	7
Objetivo General	8
Objetivos Específicos.....	8
Capítulo I. Caracterización de los contextos territorial y demográfico.....	9
1.1 Contexto Territorial.....	9
1.2. Estructura Demográfica	15
1.3 Dinámica demográfica.....	17
CAPÍTULO 2: ANALISIS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (DETERMINANTES)	24
2.1 Dimensión Salud Ambiental	24
2.1.1. Medio Ambiente y recursos naturales en la localidad de Sumapaz	24
2.1.2. Calidad de Aire en la localidad de Sumapaz.....	25
2.1.3. Áreas de Riesgo y Amenaza (inundaciones, incendios, vulcanismo, movimientos de masa) de la localidad de Sumapaz).....	26
2.1.4. Actividades productivas y de autoconsumo	27
2.2. Dimensión Ambiente Construido.....	31
2.2.1. Acceso y calidad de servicios públicos	32
2.2.2. Saneamiento Básico	33
2.2.3. Espacio Público.....	33
2.2.4. Transporte y Movilidad	34
2.2.5. Hogares y Vivienda.....	34
2.3. Dimensión Social	35
2.3.1. Educación y escolaridad	35
2.3.2. Recreación y Deporte	36
2.3.3. Cultura.....	36
2.3.4. Salud.....	36
2.3.5. Bienestar y Protección Social	38
2.3.6. Infraestructura de seguridad y justicia.....	39
2.3.7. Estrato socioeconómico	39
2.3.8. Pobreza, NBI, IDH, relación de dependencia, pobreza e indigencia	40

2.4. Dimensión Económica	41
2.4.1. Principales actividades económicas y desempleo.....	41
2.4.2. Coeficiente de Gini	43
2.4.3. Ingresos y Gastos de los hogares	44
2.4.4. Infraestructura de desarrollo económico agrario, distribución, transformación y comercialización.....	45
2.4.5. Infraestructura de desarrollo económico industrial o empresarial	46
2.4.6. Acceso a canastas SAN	46
2.5. Dimensión Política-administrativa	47
2.5.1. Espacios de participación comunitaria presentes en el municipio	47
2.5.2. Acciones institucionales o interinstitucionales para el fortalecimiento de la situación en salud en la localidad	48
CAPÍTULO 3: MORTALIDAD Y MORBILIDAD	48
3.1 Mortalidad.....	48
3.1.1 Mortalidad por Grandes Causas.....	49
3.1.2 Mortalidad subgrupos específicos, Grandes Causas 6/67	50
3.1.3 Mortalidad infantil y en la niñez	54
3.1.4. Mortalidad materno - infantil y en la niñez	55
3.2 Análisis estructura de morbilidad	55
3.2.2 Eventos De Vigilancia En Salud Pública	71
3.2.3 Análisis general de la morbilidad e identificación de prioridades de morbilidad	84
CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DIFERENCIAL DE POBLACIONES.....	86
CAPÍTULO 5: ACCIONES EN SALUD PÚBLICA	86
5.1. Vigilancia Sanitaria	87
5.1.1. Caracterización del espacio, programa y proceso.....	87
5.1.2. Resultados	90
5.2. Vigilancia en Salud Pública	91
5.2.1 Caracterización del espacio, programa o proceso	92
Resultados	109
CAPITULO 6. ANALISIS Y SINTESIS	114
Bibliografía	121

ANEXOS	122
Primeras 10 causas de morbilidad por consulta externa grupo etáreo de 29 a 59 años, USS Sumapaz, 2016.....	128
Primeras 10 causas de morbilidad por consulta externa grupo etáreo de 60 años o más, USS Sumapaz, 2016	128
Causas de morbilidad atendidas en hospitalización por grupo etáreo.....	130
Causas de morbilidad por hospitalización grupo etáreo de 18 a 28 años, USS Sumapaz, 2016.....	130
Causas de morbilidad por hospitalización grupo etáreo de 29 a 59 años, USS Sumapaz, 2016.....	130
Causas de morbilidad por hospitalización grupo etáreo de 60 años o más, USS Sumapaz, 2016.....	130
Causas de morbilidad atendida por urgencias, USS Sumapaz, 2016	130

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 Localización y estructura territorial, Localidad Sumapaz, 2016	10
Mapa 2 . Mapa Accesibilidad. Localidad Sumapaz. 2016	12
Mapa 3 Relieve, fuentes hídricas y zonas de riesgo. Localidad Sumapaz. 2016	14
Mapa 4. Identificación del riesgo. Localidad de Sumapaz 2016.....	28
Mapa 5. Oferta en salud. Localidad de Sumapaz 2016.....	70

LISTA DE GRAFICAS

Gráfico 1 Pirámide poblacional, Localidad de Sumapaz, Subred Sur E.S.E., año 2005, 2010 y 2016.....	17
Gráfico 2 Total Nacidos vivos, Localidad de Sumapaz, Subred Sur E.S.E. 2010 – 2016	20
Gráfico 3 Nacimientos según edad de la madre, Localidad Sumapaz, Subred Sur E.S.E. 2010 – 2016	21
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.	23
Gráfico 5 Tasa de Mortalidad general, Localidad de Sumapaz 2004- 2014.....	49

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.....	15
Tabla 2 Población por momentos del Curso de Vida, Localidad de Sumapaz, Subred Sur E.S.E., año 2005-2016	16
Tabla 3 Indicadores Demográficos, Localidad de Sumapaz, Subred Sur E.S.E., año 2005 – 2010 – 2016	18
Tabla 4 Indicadores de interés, Localidad de Sumapaz, Subred Sur E.S.E., año 2010 – 2016.	19

Tabla 5 Índice de masculinidad por grupos de edad, Localidad de Sumapaz Subred Sur E.S.E., año 2016	20
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.....	22
Tabla 8. Mortalidad por grandes Causas Localidad Sumapaz, 2004-2014.	50
Tabla 9. Proporción mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio de acuerdo a grupos específicos, Localidad de Sumapaz 2004-2014.	51
Tabla 10 Tendencia de tasas grupos específicos mortalidad enfermedades del sistema circulatorio, Localidad Sumapaz 2004- 2014.....	51
Tabla 11 Proporción mortalidad por Neoplasias de acuerdo a la causa Localidad de Sumapaz 2004-2014.	52
Tabla 12 Proporción mortalidad por causas externas de acuerdo a la causa, Localidad de Sumapaz 2004-2014.	53
Tabla 13 Proporción de número de muertes en la infancia y la niñez por subgrupo de edad, Localidad de Sumapaz 2004-2014.	54
Tabla 14 Comportamiento de la mortalidad evitable, Localidad Sumapaz 2007- 2014...	55
Tabla 15. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de consulta externa, localidad Sumapaz, Subred Sur, años 2015 y 2016.....	56
Tabla 16. Primeras 10 causas de morbilidad general, servicio de urgencias, localidad Sumapaz, Subred Sur, años 2015 y 2016.....	57
Tabla 17. Proporción grandes causas de morbilidad, por Servicio de Consultas según agrupación de la lista 6/67, localidad Sumapaz, Subred Sur, período 2012 a 2016.	61
Tabla 18. 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.	61
Tabla 19. 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.	62
Tabla 20. Proporción grandes causas de morbilidad, por Sexo Hombre según agrupación de la lista 6/67, localidad Sumapaz, Subred Sur, período 2012 a 2016.	63
Tabla 21. Grandes causas de morbilidad, por Sexo Mujer según agrupación de la lista 6/67, localidad Sumapaz, Subred Sur, período 2012 a 2016.	63
Gráfico 22. Proporción grandes causas de morbilidad según agrupación de la lista 6/67 por momento de curso de vida, localidad Sumapaz, 2016.....	64
Tabla 23. 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	65
Tabla 24. 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	66
Tabla 25. 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	66

Tabla 26. 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	67
Tabla 27. 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	68
Tabla 28. 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	68
Tabla 29 Cuadro resumen de la distribución de eventos de interés según las dimensiones del Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, Bogotá y Subred Sur, 2016	71
Tabla 30 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	72
Tabla 31 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	74
Tabla 32 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	75
Tabla 33 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	75
Tabla 34 Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por categoría, Bogotá, años 2012 - 2016.	80
Tabla 35 Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por categoría, Bogotá, años 2012 - 2016.	81
Tabla 36 Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por momento del curso de vida, Bogotá, años 2012 - 2016.	81
Tabla 37 Distribución de atenciones e individuos con diagnóstico de diabetes mellitus por momento del curso de vida, Bogotá, años 2012 - 2016.	82
Tabla 38. Distribución de Notificación por Localidad Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. 2017.....	92
Tabla 39. DISTRIBUCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR LOCALIDAD Y MES SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR. 2017.....	93
Tabla 40. Población con discapacidad en la Sub Red Sur Abril-Julio 2017 (n=836)	95
Tabla 41. Población con discapacidad priorizada para activación de rutas. Localidad Sumapaz Abril-Julio 2017	96
Tabla 42. Distribución de eventos notificados al sistema de vigilancia de la salud oral subred integrad de servicios de salud sur. 2017	103
Tabla 43. Activación de rutas por localidad del sistema de vigilancia de la salud oral subred integrad de servicios de salud sur. 2017	104

Tabla 44. NOTIFICACIÓN PROBLEMÁTICAS COLECTIVAS POR LOCALIDAD SUBRED INTEGRAD DE SERVICIOS DE SALUD SUR. 2017	106
Tabla 45. COVECOM. SUBRED INTEGRAD DE SERVICIOS DE SALUD SUR. 2017	106
Tabla 46. MONITOREO PARTICIPATIVO. SUBRED INTEGRAD DE SERVICIOS DE SALUD SUR. 2017	107

Versión Preliminar

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

El documento de ACCVSyE se encuentra organizado por capítulos; 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).

Esta información permite reconocer las dinámicas poblacionales de la subred y sus localidades; los factores socio ambientales que inciden en la dinámica poblacional y el reconocimiento de zonas de impacto y de riesgo.

El segundo capítulo describe aspectos relacionados con determinantes en salud

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, distribución espacial en el territorio, análisis y síntesis del comportamiento de la relación salud enfermedad, variables que indiquen en 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.
- 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 Une 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.

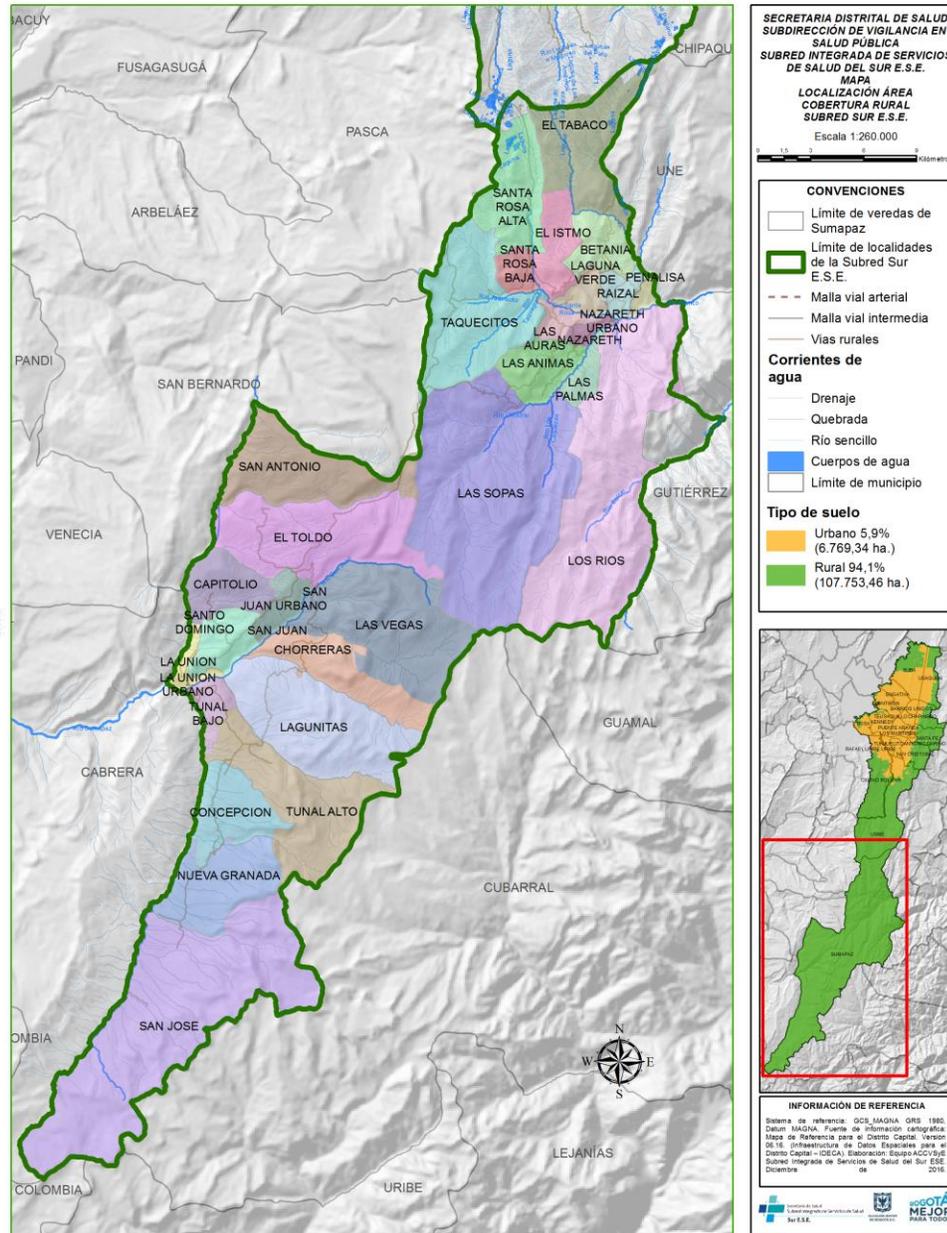
La localidad tiene una extensión total de 78.095,35 hectáreas (ha), caracterizadas como suelo rural (3). Su área representa el 47,7 % del total del Distrito Capital y el 64,3% del total de área rural de Bogotá. El territorio está dividido por dos Unidades de Planeación Rural: UPR Río Blanco conformada 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, paramos medios y superpáramos. Una revisión edafológica revela suelos severamente erosionables en las veredas Raizal y Laguna Verde, suelos moderadamente erosionables en Santa Rosa, y focos de erosión superficial en La Unión y San Juan.

Mapa 1 Localización y estructura territorial, Localidad Sumapaz, 2016



Fuente: IDECA, 2016.

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.

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, 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.

Con relación al acceso de la población a los centros de salud es limitada 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).

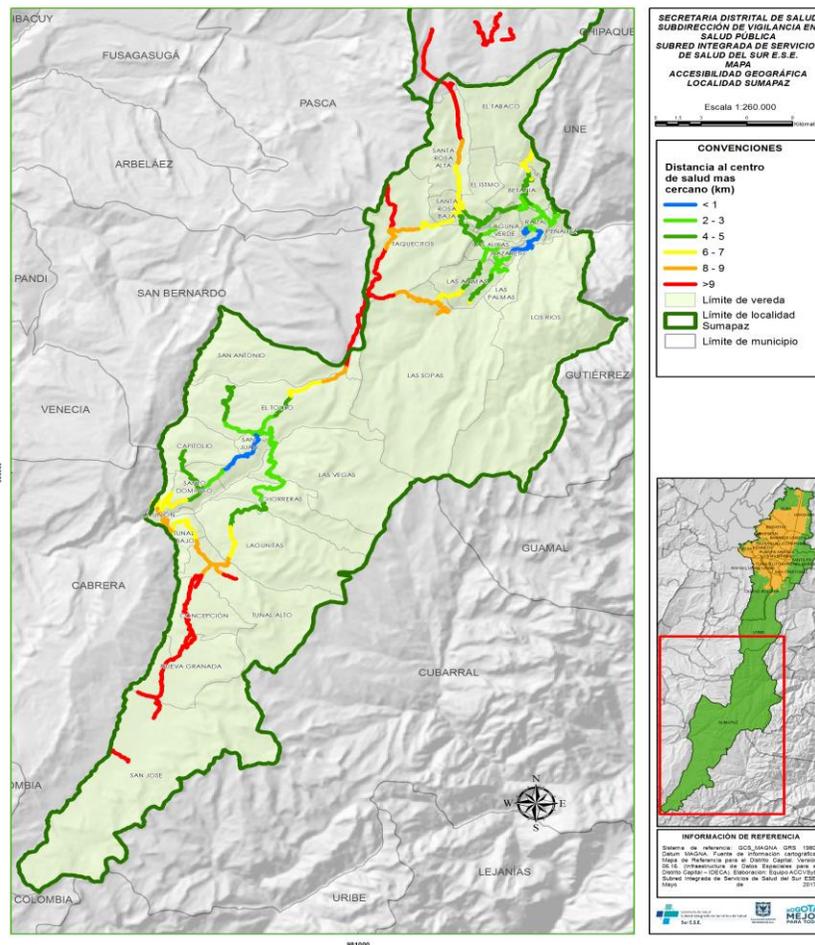
De acuerdo al plan de Ordenamiento Territorial, donde se realizó una planificación teniendo como eje central cada una de las fincas y como contexto la cuenca y la localidad, se determinan áreas para la producción sostenible de alta capacidad ubicadas en la vereda de Auras, Animas, quebrada brillante y quebrada Naveta. Los riesgos presentes en el territorio, en la UPR Rio Blanco se asocian a la complejidad geológica de la cuenca, con variedad de rocas, pendientes fuertes y múltiples fallas cruzadas. Los fenómenos de remoción de masas se dan en el fondo del valle del río Chochal. Adicionalmente la humedad constante y elevada hace que los suelos sean poco vulnerables a la erosión superficial.

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.

Mapa 2 . Mapa Accesibilidad. Localidad Sumapaz. 2016



Fuente: IDECA, 2016.

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.

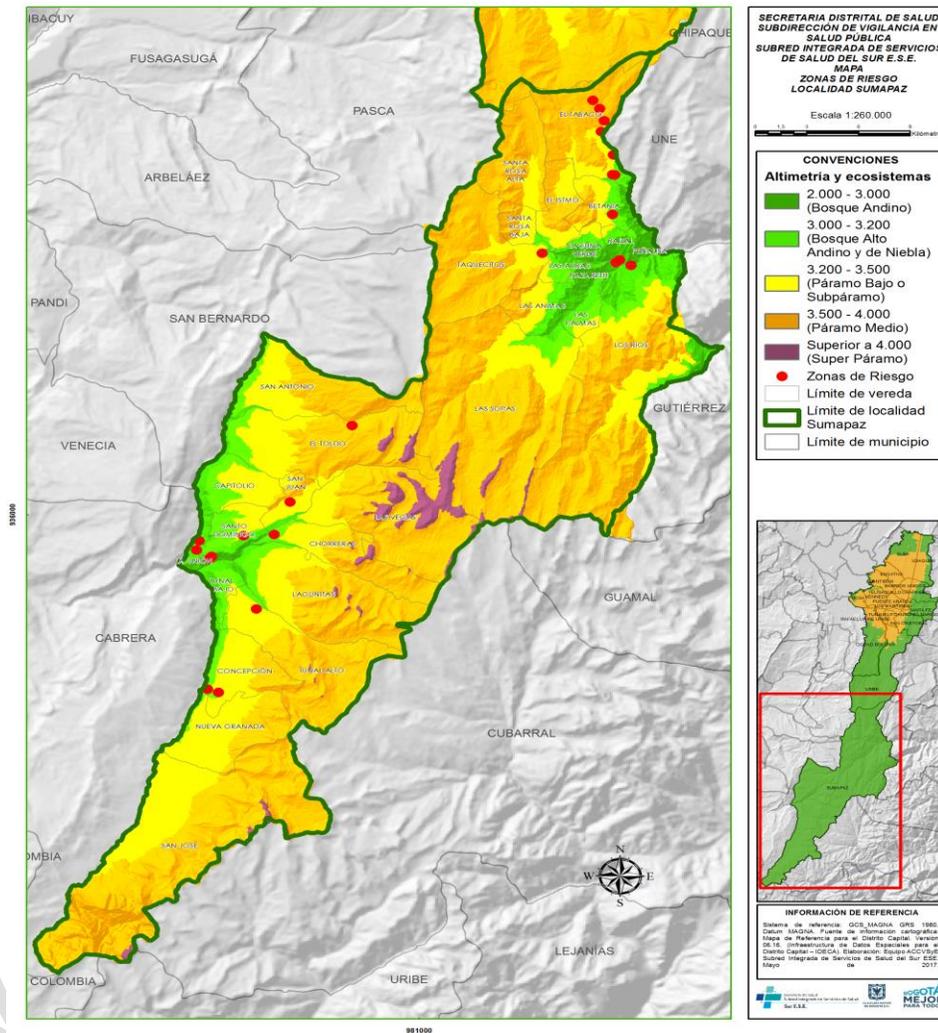
Sumapaz tiene un total de 673 viviendas de las cuales el 68 % son casas de una planta y el 32 % de los hogares habitan en viviendas tipo cuarto; en cuanto a los materiales de la vivienda el 55,8 % son en ladrillo y bloque y el 44,2% presentan otros materiales como bahareque, madera burda, tabla, tablón, 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 habitad 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 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.

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%.(7)

El enfoque diferencial en la localidad de Sumapaz se centra en personas con condición de discapacidad del territorio, dado que en las diferentes acciones realizadas a las familias, no se han identificado grupos poblaciones diferenciales de etnias, habitante de calle, LGBTI, carreteros, entre otros. Para el año 2016 del total de la población, el 9% (n=242) presenta algún tipo de discapacidad, de acuerdo al curso de vida el 39,3% se concentra en la Adulthood, 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%.

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

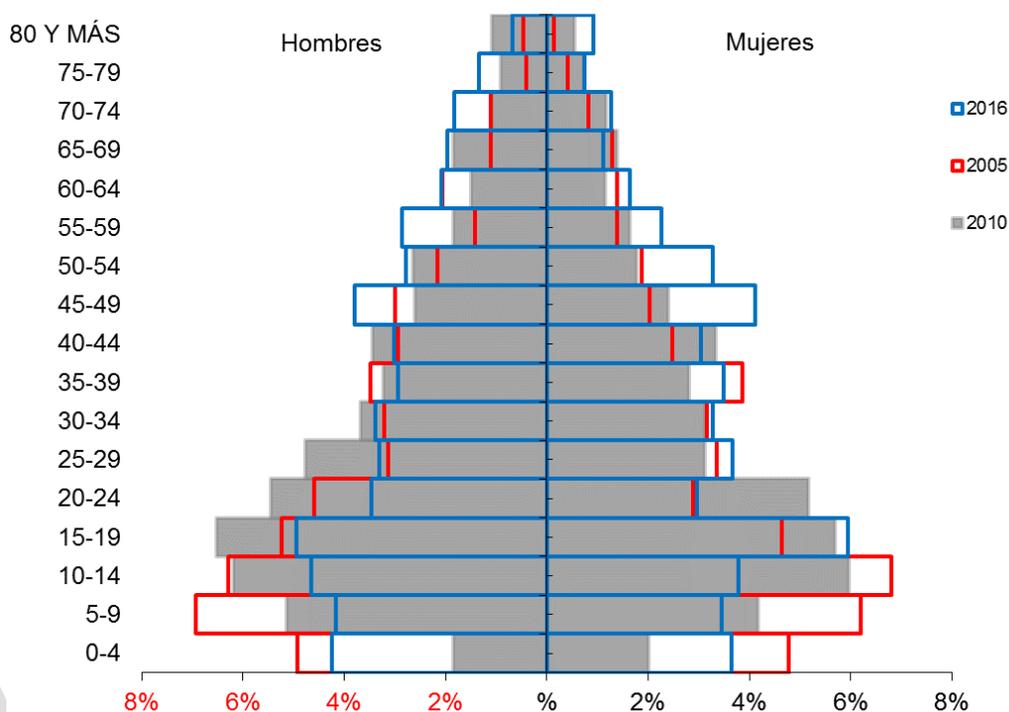
Fuente: Base de datos poblacional 2016.USS Nazareth- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

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.(8). 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

1.3 Dinámica demográfica

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 cuando 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, confirmado 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.(9)

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. Secretaria de Planeación Distrital.2015 – Bases poblacionales 2016 UPSS Nazareth - Bases de datos preliminares RUAF ND – Secretaria 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.

Con relación al índice de masculinidad en Sumapaz es mayor la proporción de población masculina de 0 a 14 años, lo que permite reconocer mayor cantidad en los nacimientos masculinos frente a los femeninos, como una forma de garantizar la sobrevivencia de la población masculina y lograr un equilibrio.(10)

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.

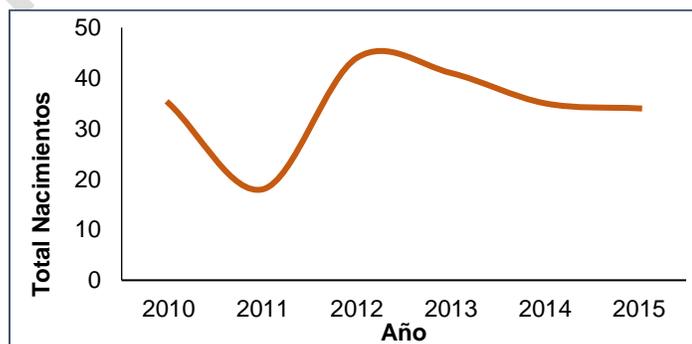
Tabla 5 Índice de masculinidad por grupos de edad, Localidad de Sumapaz Subred Sur E.S.E., año 2016

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. Secretaria 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.

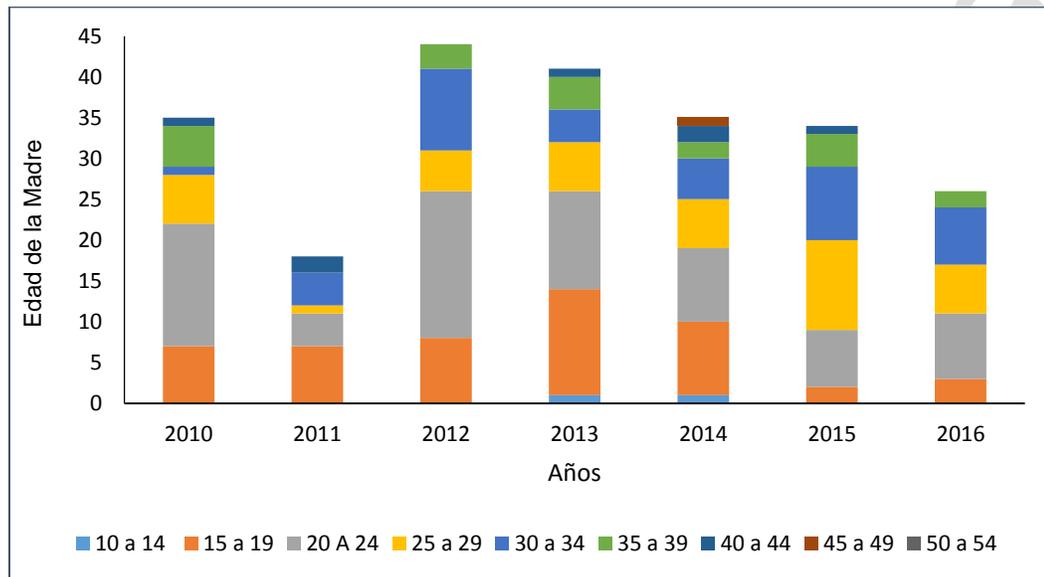
Gráfico 2 Total Nacidos vivos, Localidad de Sumapaz, Subred Sur E.S.E. 2010 – 2016



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.

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

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.

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%.

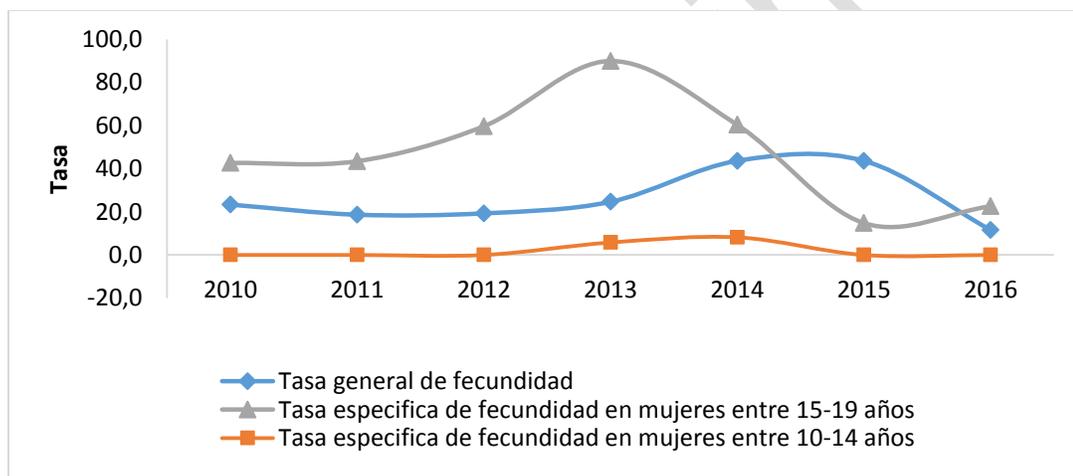
La población tiene un nivel educativo de 54,1% en media académica, el 37,8% culminó básica secundaria. En menor proporción el 5,4% contaba con básica primaria y el 2,7%

no brindo 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.

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

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 una 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.

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 el mayor productor de agua del 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, vulcanismo, 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 sísmico 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 Guaicaramo o Frontral de la Cordillera Oriental), 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

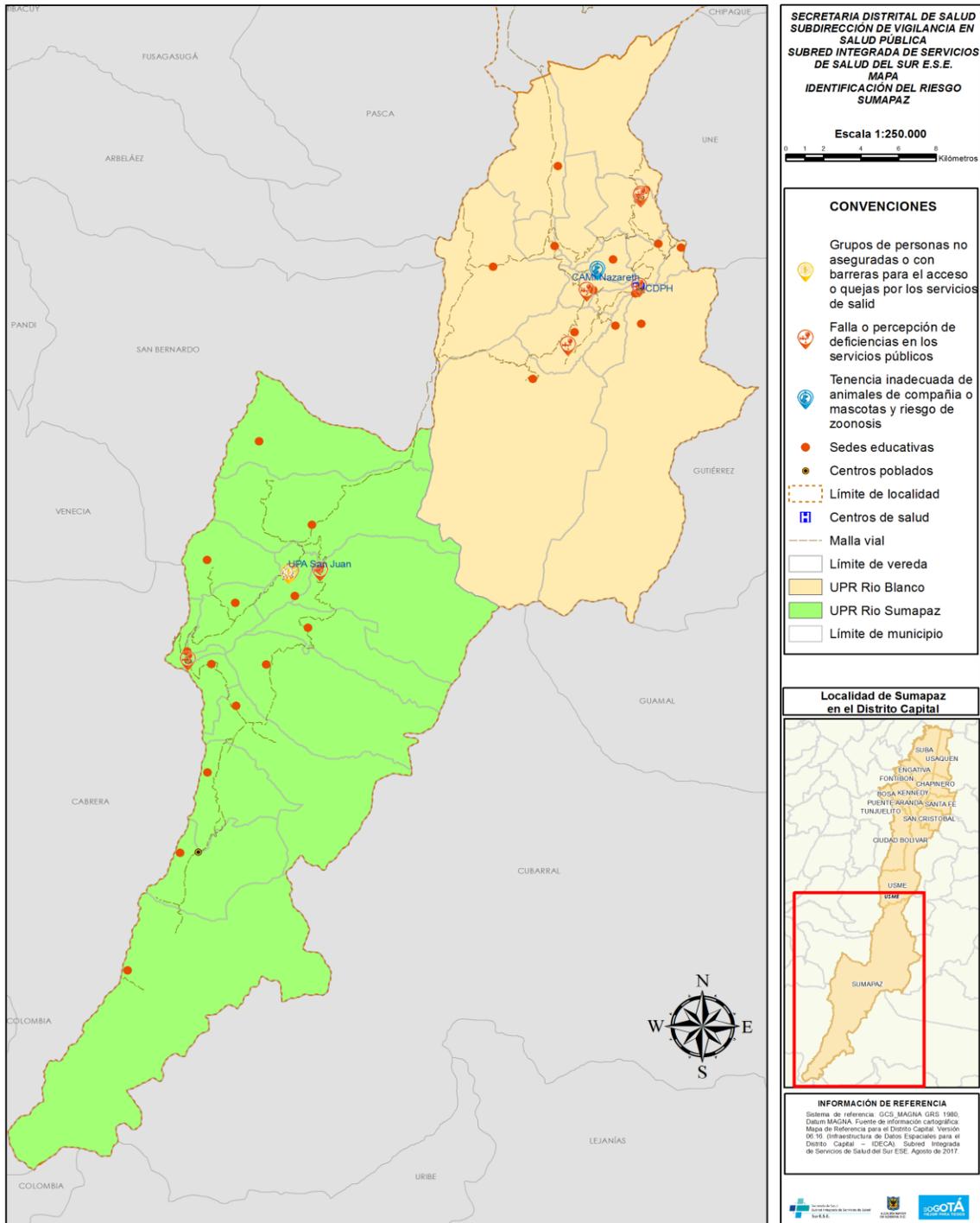
La presencia institucional de entidades de investigación, capacitación y transferencia de tecnología en la región es casi nula, lo cual no es concordante con la ubicación geográfica de la zona ubicada a 20 kilómetros del área urbana de Bogotá, esta condición genera que los procesos de producción impacten 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.

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



FUENTE: IDECA, 2016.

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.
- 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



Fuente: Encuentro con comunidad, Hospital Nazareth.

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”. (13).

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”. (13).

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 (14) 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% (12) 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 (14). 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” (13).

“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”. (13)

“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”. (13)

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, destinado 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, Une, 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 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 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 la tenencia de la vivienda 30% en

arriendo, 8% propia pagando, 40% propia pagada y 22% otra condición (Datos aproximados).

Se observa que a diferencia importante con las zonas urbanas, al contar con un porcentaje de vivienda propia mayor, evidenciando en tan solo un 22% de arriendo en contraste con el dato Bogotá de 46,8%, hecho que puede favorecer a las familias que allí residen al contar con mayor seguridad y estabilidad. Sumado a que una parte de la comunidad labora en su vivienda o cerca permitiendo estar pendientes de ellas.

2.3. Dimensión Social

De acuerdo con la estrategia PASE, “(los seres humanos solo se desarrollan en sociedad. Bajo este presupuesto, la dinámica social evidencia su importancia fundamental, más aún cuando es un hecho palpable que comprende todas las pautas de regulación y control con las cuales los individuos y las instituciones orientan su acción y regulan su libertad” (Pág. 117).

Esta dimensión muestra las estructuras manifiestas que favorecen el crecimiento grupal e individual de los sumapaceños. Estas nos muestran las formas en que concibe la ciudad su socialización secundaria y su relación con el resto de Bogotá, lo cual es importante teniendo en cuenta las particularidades del territorio.

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 ESE 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, no se cuenta con ninguna

institución educativa, por lo cual la población joven y adulta que quiere acceder a este, debe mudar a la Ciudad de Bogotá o a municipios aledaños que cuenten con dichas instituciones, esto explica el comportamiento de la pirámide poblacional que muestra un descenso en la población joven de Sumapaz.

2.3.2. Recreación y Deporte

La localidad de Sumapaz se encuentra ubicado en el Parque nacional natural Sumapaz, el cual es zona protegida de paramo, siendo el más grande del mundo. 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 es limitada, solo 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. Actualmente 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, Nazaret, no se cuenta con casa de la cultura, pero se tiene el Parque Temático Chaquen en el cual se dan muestras artísticas y de diversidad.

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 la localidad.

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 es el centro de atención en salud mental prestando servicios a ciudadanos habitantes de calle que tengan problemas relacionados con esa temática.

Para el acceso a servicios con especialistas, la comunidad de la localidad debe trasladarse a la Bogotá urbana, lo que amerita el gasto en transporte y hospedaje.

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 concibe la salud de una forma integral emociones-cuerpo-ambiente, 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 relacionadas con las barreras de acceso a la salud, especialmente con las geográficas ya que las unidades de atención en salud están dispersas y atienden 1 nivel de atención. Para el caso de las personas con régimen contributivas no hay puntos de atención en salud privadas, lo que genera dificultades en la oportunidad en la atención y de los tratamientos en salud.

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.

En el caso de la localidad de Sumapaz, se evidencia que la comunidad concibe la salud de una forma integral emociones-cuerpo-ambiente, 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.

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?” (13).

“Influye la rabia, estar estresado y de mal genio, los vicios, las malas posturas, los ejercicios repetitivos” (13).

“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” (13).

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.” (17)

“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.” (19)

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 a 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.

Se tienen problemas para la producción agrícola como: Disminución de la producción agrícola y aumento de la producción pecuaria.

La relación costo beneficio de algunos productos que impactan negativamente en el productor. Condiciones de empleabilidad formal llegaron a la localidad, generando abandono parcial o completo de la huerta y de la agricultura como medio de manutención.

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 ocasionaron pérdida de la cultura de producción para el autoconsumo. La limitación edafoclimática para la producción de alimentos que cumplan el requerimiento calórico/nutricional de la población.

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 frente al desarrollo agropecuario y el crecimiento agro-empresarial y las ayudas que provee el distrito en favor de romper 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 (IIENCSST), en la cual se encontró que entre los años 2009 y 2012, las lesiones musculo esqueléticas reconocidas en los trabajadores afiliados al sistema representaron de un 87% a 89%. Por otra parte las condiciones específicas de las actividades del sector agrícola generan este tipo de alteraciones. Además del tipo de posturas que asume el trabajador, los movimientos repetitivos, el levantamiento y manejo cargas con peso excesivo y la fuerza requerida también pueden influir en el incremento de los síntomas, diversas condiciones del ambiente físico como las bajas temperaturas en la zona de páramo.

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 Secretaría 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 Secretaría 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 las actividades económicas del comercio y las actividades más usuales en las fincas, las 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

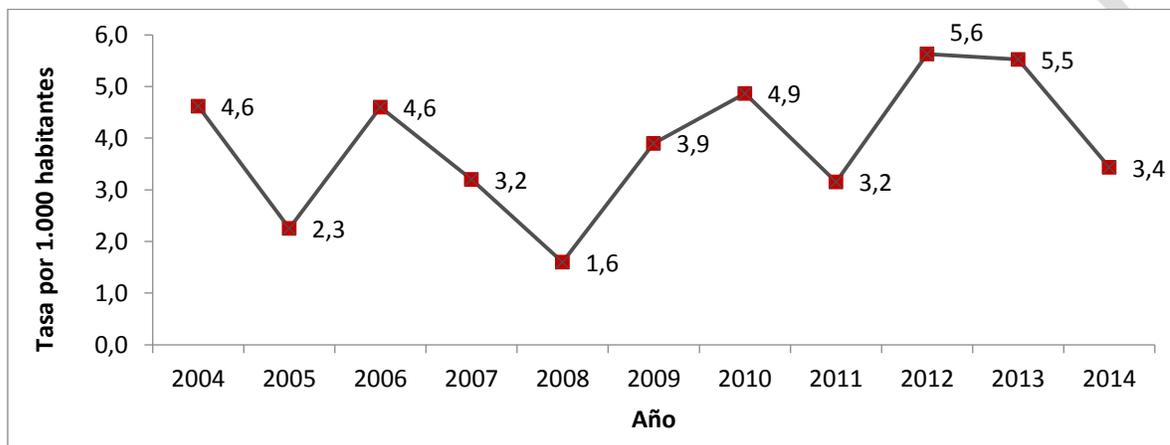
3.1 Mortalidad

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.

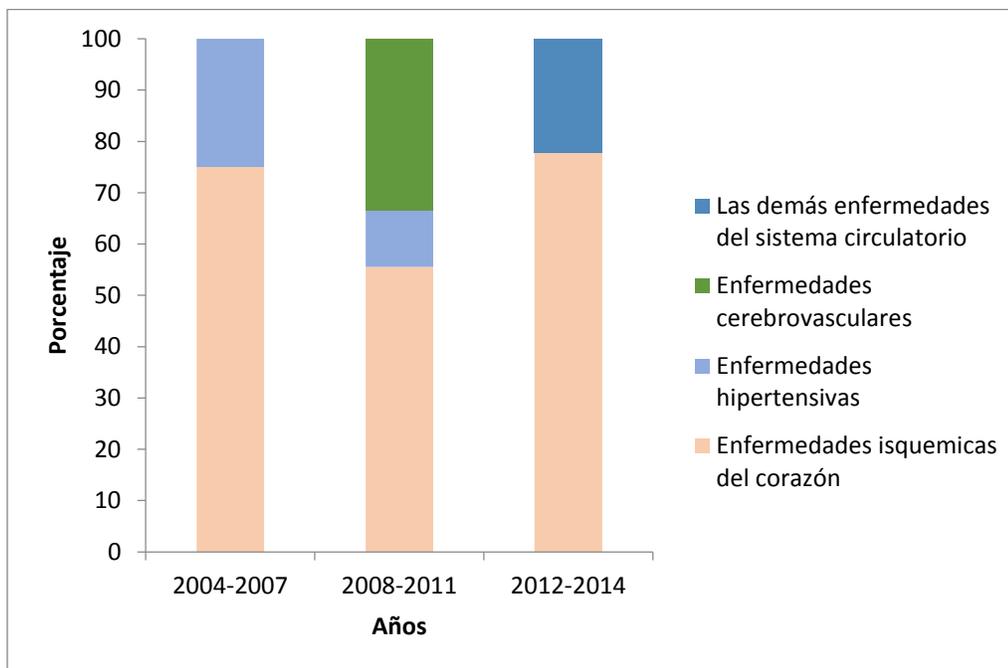
3.1.2 Mortalidad subgrupos específicos, Grandes Causas 6/67

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
Enfermedades isquémicas del	Tasa	0,8	0,9	0,0	0,8	0,4	0,3	0,7	0,4	0,5	1,8	0,4

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	
	N	%	N	%	N	%	N	%
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, 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 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. (20) 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, 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

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.

3.1.3 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, Secretaria Distrital de Salud. Publicación DANE: 2012: octubre 31 del 2014, 2013: julio 30 del 2015 y 2014: junio 30 del 2016.

3.1.4. 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)

3.2 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 Secretaría 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 rinofaringitis 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.

Año	2015			2016			
	Causas	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
	Rinofaringitis 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 Insulino dependiente; sin mención de complicación	*	*	*	5	0,4	1.229
	Diabetes Mellitus no Insulino dependiente; 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			
	Causas	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 Secretaria 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 evidencio 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	
	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016	
Causas según agrupación 6/67																
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	
	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016	
Causas según agrupación 6/67																

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	
	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 Secretaria 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	
	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016	
Causas según agrupación 6/67																
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 Secretaria 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	
	2012	%	2012	2013	%	2013	2014	%	2014	2015	%	2015	2016	%	2016	
Causas según agrupación 6/67																
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	

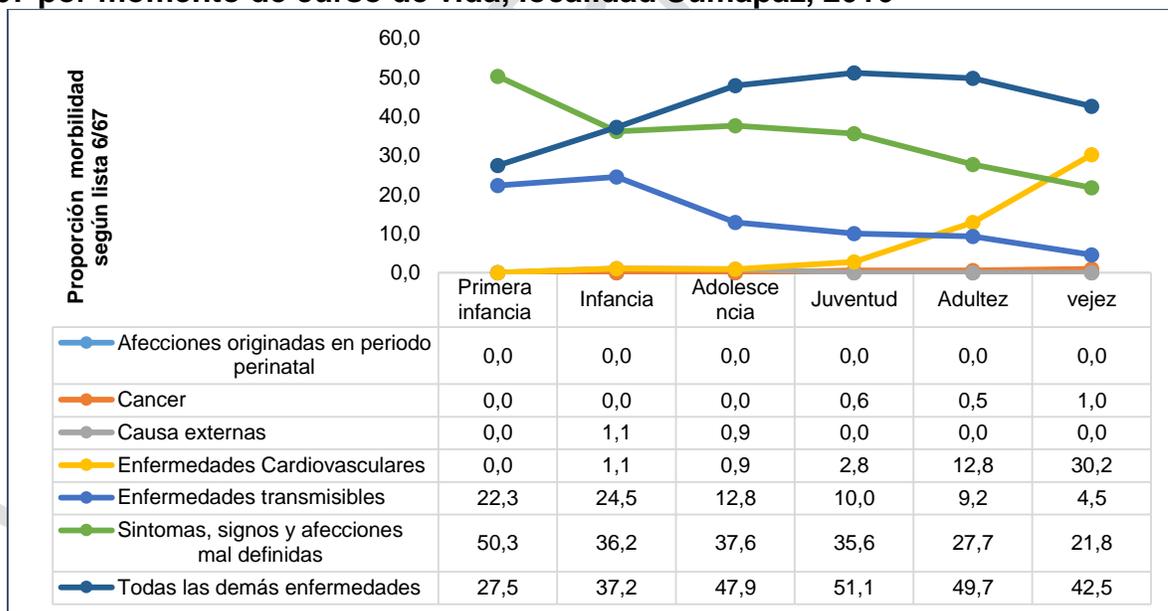
Causas externas	1	0,4	268	0	0	202	0	0	571	0	0	430	1	0,5	211
Enfermedades Cardiovasculares	53	0,2	32284	94	0,5	17673	7	0	36176	15	0,1	26281	12	0,1	13388
Enfermedades transmisibles	126	0,3	45273	147	0,6	22942	224	0,5	48005	154	0,5	31169	94	0,5	18303
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	348	0,3	135930	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 Secretaria Distrital de Salud.

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).

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 Secretaria Distrital de Salud.

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.

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 Secretaria 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 Secretaria 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.

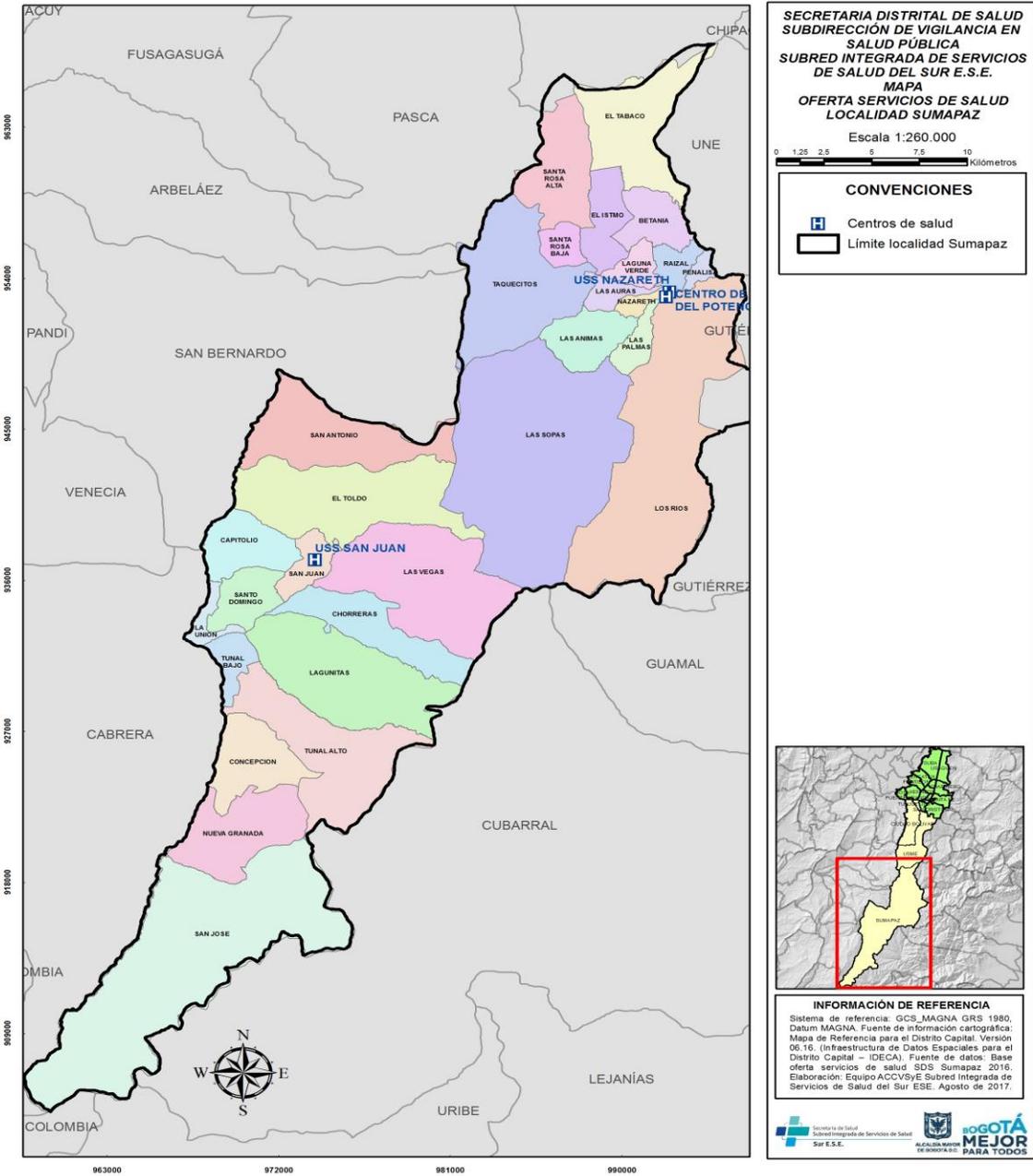
Al analizar el comportamiento de la morbilidad se observa un comportamiento similar para el período evaluado, para los grupos de todas las demás enfermedades y las enfermedades transmisibles, en relación a la Subred Sur.

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.

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

3.2.2 Eventos De Vigilancia En Salud Pública

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.

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 mayora 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.

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 trasmisibles (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.

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

Eventos colectivos de interés en Salud Pública (Brotos 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 (Brotos 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 trasmisibles, 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.

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	89288	36,13	19761	42,51	10802	48,20	6851	47,63	1865	21,61	243	22,97
Vida saludable y Condiciones No Transmisibles	68525	27,73	15070	32,42	6618	29,53	4122	28,66	3559	41,23	771	72,87
Total	247117	100	46486	100	22412	100	14384	100	8632	100	1058	100

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	Convivencia Social y Salud Mental	Vida saludable y Condiciones No Transmisibles

	SISVAN	SIVIM SIVECOS SIVELCE VESPA	Discapacidad SIVESO 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.

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

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 Sumpaz 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 resolutive.

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 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.

Vida Saludable y Condiciones No Trasmisibles

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 la 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.

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 fallecimientos 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.

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 morbimortalidad.

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	%								
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 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 presentó 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 vistas 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.

3.2.3 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 (VER DOCUMENTO DIFERENCIAL)

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 abril- junio de 2017 por parte de

los espacios, programas y componentes de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE.

En un primer momento, se realiza la caracterización de los espacios, programas o procesos, se da a conocer las acciones realizadas y los criterios de inclusión o intervención de las personas, esto se construye a partir de la información facilitada por los equipos de los espacios.

El segundo momento, se exponen las respuestas y logros que cada espacio ha dado en el marco de su accionar, así como las propuestas que surgen por parte de los mismos frente a la operación para la siguiente vigencia.

La información registrada en este capítulo surge de los procesos de articulación entre el equipo de ACCVSyE y los equipos de los espacios, componentes y procesos, en donde se realiza análisis colectivos frente al accionar de los procesos y su repercusión en la calidad de vida salud de la población.

El proceso de caracterización de los espacios, programas y procesos se realizó a través de la articulación entre el equipo de ACCVSyE y los líderes de los diferentes espacios. Así mismo, las actividades y solicitudes de información realizadas contaron con el aval y revisión de la líder de Vigilancia en Salud Pública y la Coordinación de Salud Pública de la Subred.

Para el primer momento se elaboró matriz de caracterización, el cual se envió a los líderes, en la matriz se indaga sobre las acciones a realizar, avances y logros de los procesos que se realizan en la subred sur. A partir de este insumo se construyó la operación en general de cada proceso y así mismo se elaboró el mapa por espacio, el cual da cuenta de la distribución geográfica de las diferentes acciones realizadas.

5.1. Vigilancia Sanitaria

5.1.1. Caracterización del espacio, programa y proceso

La Vigilancia Sanitaria se orienta a la caracterización e identificación de factores de riesgo, asesoría y asistencia técnica, levantamiento de planes de mejoramiento, aplicación de medidas sanitarias, promoción de buenas prácticas e investigación epidemiológica de campo de eventos mórbidos relacionados con determinantes ambientales.

A su vez la Vigilancia Ambiental se enfoca en el monitoreo y control permanente a diferentes factores de deterioro ambiental, contaminación atmosférica, contaminación hídrica, contaminación auditiva, electro-polución y contaminación visual que pueden

afectar los recursos naturales y su funcionalidad, y consecuentemente a la salud de la población.

En este sentido la vigilancia de la salud ambiental, tiene como propósito impactar positivamente los determinantes sociales de la salud¹, a través de la ejecución de acciones desarrolladas en el marco de las normas sanitarias internacionales y nacionales establecidas para dicho fin, documentos CONPES, acciones de Promoción de la Salud y de Gestión del Riesgo, la atención primaria en salud –APS- y las metas definidas en el Plan Decenal de Salud Pública.

La intervención de VS se da acuerdo a líneas de intervención:

Línea de Alimentos Sanos y Seguros: esta línea busca identificar factores de riesgo relacionados con la presencia de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA). Esto se realiza mediante seguimiento sanitario a establecimientos en los cuales se preparan y comercializan alimentos, con el fin de lograr la eliminación de factores de riesgo relacionados con la presentación de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETAS). Los principales eventos mórbidos y mortales cuya prevención contribuye esta línea, son los casos individuales o brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos – ETA y priorizar la inspección de vehículos con enfoque de riesgo.

Línea de Seguridad Química: Esta línea busca verificar el adecuado uso, manejo, expendio y almacenamiento de las sustancias químicas que con ocasión del desarrollo de las actividades que las emplean, pueden implicar riesgos para la salud pública y la contaminación del ambiente, a través de las visitas de inspección, vigilancia y control. También se vigila los eventos en salud derivados de la exposición a sustancias químicas (intoxicaciones agudas y crónicas), la gestión de riesgos relacionados con el manejo de las mismas y la gestión de residuos generados en los espacios de vida cotidiana (educativo, público, vivienda, trabajo).

Esa línea se desarrolla mediante estrategias de información y comunicación, enfocadas a mejorar el conocimiento sobre normatividad sanitaria, factores de riesgo, efectos en salud y gestión de riesgo químico; dirigidos a trabajadores y a comunidad en general.

Línea de Medicamentos Seguros: Mediante visitas de Inspección, Vigilancia y Control a actividades educativas se contribuye a la defensa de los derechos de las personas a que le sean suministrados medicamentos, dispositivos médicos y productos farmacéuticos, de calidad, gestionándolos integralmente en procura de un ambiente sano y previniendo y mitigando los riesgos que produce su inadecuado manejo.

¹ Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. http://www.who.int/social_determinants/es/

Línea de Aire, Ruido y REM: En los operativos de control de espacios 100% libres de humo, se busca minimizar y controlar los riesgos debido a la exposición del humo del cigarrillo, como factor contaminante del aire.

Línea de Calidad del Agua y Saneamiento Básico: Mejorar las condiciones higiénicas y sanitarias en viviendas y establecimientos abiertos al público, con el fin minimizar y controlar los riesgos sanitarios que afectan a la población.

Línea de Eventos transmisibles de origen zoonótico: Prevenir en un 100% la presencia de casos de rabia humana autóctonos en el Distrito. Prevenir la transmisión de zoonosis mediante la generación de hábitos y competencias en las personas para una sana convivencia con animales.

Las actividades de Inspección Vigilancia y Control (IVC), se realiza a todos los establecimientos abiertos al público, en las diferentes UPZ de la localidad, además se incluye intervención de IVC a fábricas en la línea de seguridad química de acuerdo a lo ofertado con Secretaria Distrital de Salud.

Las actividades de la línea de enfermedades de origen zoonótico como es el Control de vectores se realizan por solicitud de la comunidad y de acuerdo a lineamientos dados por la Secretaria Distrital de Salud; además se realiza la atención al seguimiento de agresión por animal mordedor centrada en prevención de la rabia por notificación de UPGDS privadas y públicas, la vacunación canina y felina se está realizando por barrido casa a casa, jornadas y puntos fijos en los CAPS los días viernes, la esterilización canina se realiza de acuerdo a programación de la empresa que lleva el proceso y por solicitud de la comunidad. También se atienden las solicitudes, quejas, y derechos de petición especialmente aquellos relacionados con la tenencia inadecuada de animales y de las demás instituciones locales y distritales.

Las actividades de la línea de aire se adelantan de acuerdo a las solicitudes, quejas o por diagnóstico de la UPZ o institución priorizadas para aplicar encuestas y hacer el análisis de la información recolectada o suministrada por la comunidad con el fin de identificar la problemática en salud ambiental.

La recolección de la información se realiza mediante el diligenciamiento de instrumentos dispuestos para cada una de las líneas de acción y puntos críticos. Esta información se almacena en un sistema denominado SISA, mediante el cual se hace seguimiento a la ejecución mensual de metas y también al cumplimiento presupuestal de las mismas.

Además se cuenta con el Sistema de Vigilancia en Salud SIVIGILA. Sistema de información que permite “la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones

para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.”

En el componente de vigilancia en salud ambiental se están ejecutando acciones individuales y grupales que buscan minimizar los riesgos en salud de la población de las localidades de Usme, Ciudad Bolívar, Tunjuelito y Sumapaz buscando incidir positivamente en los factores determinantes de la salud ambiental en cada una de las líneas de intervención como: alimentos sanos y seguros, calidad del agua y saneamiento básico, medicamentos seguros, seguridad química, eventos transmisibles de origen zoonótico, aire, ruido y rem y vigilancia intensificada. Acciones a las que se están dando respuesta por un plan programático y presupuestal desde la SDS y a un censo de establecimientos teniendo en cuenta cada uno de los puntos críticos de intervención por UPZ.

La localidad de Sumapaz cuenta con dos cuencas hidrográficas río Sumapaz y río Blanco, que irrigan las 29 veredas que conforman la localidad. Las intervenciones realizadas por el equipo de medio ambiente han sido priorizadas a partir de la lectura de necesidades expuesta por la comunidad y la estrategia promocional de calidad de vida y salud, en el marco de la política distrital de salud y ambiente, teniendo en cuenta las dinámicas rurales como enfoque diferencial de la subred Sur.

Deforestación, erosión, sedimentación, remoción en masa.
Tenencia inadecuada de animales: especies mayores y menores.
Conservación de fuentes hídricas.
Potabilización del agua.
Escases de agua en épocas de verano.
Uso inadecuado de agroquímicos.
Inadecuada disposición de residuos.
Presencia de vectores.
Poca evidencia de prácticas protectoras.
Inadecuadas condiciones sanitarias y locativas de las áreas de preparación de alimentos y comedores en establecimientos educativos.
Prácticas incorrectas de manipulación de alimentos y derivados de los mismos.
Afectación de infraestructuras por condiciones climáticas y geológicas.
Población expuesta a los efectos tóxicos generados de cocinar con leña.

5.1.2. Resultados

En el periodo abril – julio de 2017 se **realizaron** 9229 visitas a establecimientos institucionales, industriales y comerciales de las cuatro localidades de la sub red sur por

cada línea de intervención definidas en la política de salud ambiental para Bogotá D.C 2011 – 2023 y en cumplimiento de las normas sanitarias del Distrito.

En la localidad se realizaron 80 visitas de seguimiento y control a establecimientos de expendios de alimentos y 72 visitas relacionadas con seguridad química. En cuanto a esterilizaciones felinas y caninas, en la localidad de Sumapaz se han realizado 40 procedimientos, con los cuales se busca controlar la proliferación de animales, además se sensibilizó a la comunidad beneficiada en el programa sobre la tenencia responsable de animales. También se realizaron acciones de vacunación, logrando vacunar 450 caninos y felinos.

En los meses de abril a julio de 2017 se capacitaron 1787 personas, las líneas con mayor número de personas sensibilizadas en su orden son: Alimentos Sanos y Seguros con 1501 personas donde se ha logrado realizar un proceso de formación en temáticas sobre el manejo higiénico de alimentos y bebidas; prevención y control de enfermedades transmitidas por alimentos y la línea de seguridad química con 257 personas logrando capacitar a la comunidad en legislación sanitaria y ambiental y de salud ocupacional, seguridad industrial, manejo seguro de sustancias químicas y manejo de residuos peligrosos.

Como experiencia exitosa, en el proceso de atención de Vigilancia Ambiental, se encuentra los procesos pedagógicos diseñados especialmente para la comunidad de Sumapaz, desde cada etapa de ciclo vital, esta ha comenzado a tomar conciencia sobre la importancia de identificar y controlar los factores que inciden en el deterioro del medio ambiente y sus efectos en la salud.

Movilización Comunitaria, apropiación de las diferentes temáticas de salud ambiental. Sensibilización a la comunidad frente al aprovechamiento de los residuos sólidos fomentando la reutilización y frente a las problemáticas derivadas del inadecuado manejo de los envases de agroquímicos en la localidad de Sumapaz. Articulación intersectorial (público- privado – comunitario) para la recolección, Transporte y disposición final de los envases de agroquímicos de la localidad de Sumapaz.

Acompañamiento a las visitas interinstitucionales por parte del componente de vigilancia en la salud ambiental de la USS Nazareth para la verificación y concepto de las condiciones Locativas y Sanitarias de los salones comunales y polideportivos, como parte de las actividades del Plan de Acción 2017 adelantadas por el Concejo Local de Gestión del Riesgo y Cambio Climático de Sumapaz, a los posibles alojamientos temporales que puedan ser utilizados por la comunidad en caso de presentarse una emergencia en la localidad.

5.2. Vigilancia en Salud Pública

5.2.1 Caracterización del espacio, programa o proceso

La Vigilancia de la Salud Pública es un proceso de monitoreo crítico de los determinantes y condiciones de la salud colectiva que permite fundamentar la evaluación de las acciones emprendidas, implica que su abordaje contemple la vigilancia demográfica, (estructura y dinámica poblacional), vigilancia epidemiológica (condiciones de salud), servicios de salud (respuesta a estas condiciones de salud) y la relación de las condiciones ambientales y la salud (vigilancia sanitaria y ambiental).

El desarrollo de este abordaje a través de diferentes métodos y estrategias (vigilancia pasiva, activa, rutinaria, intensificada, centinela), implica tres acciones integradas entre sí, para el logro de su propósito:

Gestión de la información para la VSP

Intervenciones individuales y colectivas en la VSP

Análisis y retroalimentación de la información de la VSP

Bajo este contexto, se estructura la operación y desarrollo de la VSP desde el Plan de Intervenciones Colectivas para el Periodo abril de 2017 a febrero de 2018, teniendo en cuenta para ello el Sistema de Vigilancia de la Salud Pública del nivel nacional "SIVIGILA" y el "SIVIGILA DC". Fluirá a través de ocho (8) componentes, en armonía con las DIMENSIONES PRIORITARIAS abordadas en el Plan decenal de Salud Pública PDSP 2012 - 2021:

- 1) Vigilancia de la Salud Ambiental.
- 2) Vigilancia Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles.
- 3) Vigilancia Convivencia Social y Salud Mental.
- 4) Vigilancia Seguridad Alimentaria y Nutricional.
- 5) Vigilancia Salud materna/infantil y Salud sexual y Reproductiva.
- 6) Vigilancia de Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles.
- 7) Gestión del riesgo para la atención de Urgencias y Emergencias en Salud Pública.
- 8) Vigilancia comunitaria para el abordaje de la Salud Pública.

La Vigilancia en Salud Pública Distrital, incorpora el monitoreo de eventos que son de gran impacto en la salud de la población de la ciudad y que aún no están considerados en el sistema nacional de Vigilancia de la salud pública. Tener la capacidad de vigilar estos eventos que superan el modelo nacional, implica una estructuración de procesos y la creación de sistemas de informáticos, denominando la completa operación integrada de los mismos "Gestión de la Información para la VSP"

Subsistema de Vigilancia Epidemiológica para la Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Violencia Sexual – SIVIM

Tabla 37. Distribución de Notificación por Localidad Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. 2017

Mes	Sumapaz	Total Subred
Abril	0	298
Mayo	1	885
Junio	0	480
Julio	0	716
Total	1	2379

Fuente: Base SIVIM subdirección de vigilancia epidemiológica en salud pública, Secretaría Distrital de Salud 2017

La localidad que mayor número de notificaciones en los meses de abril a julio de 2017 fue Ciudad Bolívar con n= (1449) reportes, seguida por la localidad de Usme con n= (705) reportes, en tercer lugar Tunjuelito con n= (224) notificaciones.

Subsistema de Vigilancia Epidemiológica para las Conductas Suicidas

La disminución de la notificación durante el mes de Abril se analiza por variable administrativa estructural asociada a la contratación de talento humano, estipulada para el inicio de vigencia para el Plan de Intervenciones Colectivas Abril 2017 a Febrero 2018, durante el mes de Junio se presenta variable estructural asociada al paro de maestros distrital y nacional, el cual se mantuvo aproximadamente un mes. Es de aclarar, que se encuentra mayor prevalencias para la identificación y notificación de eventos para las instituciones educativas para los eventos asociados a ideación suicida y amenaza suicida. En comparación al evento de Intento Suicida, donde la mayor prevalencia se presenta para el Intento Suicida.

Tabla 38. DISTRIBUCIÓN DE NOTIFICACIÓN POR LOCALIDAD Y MES SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR. 2017

MES/LOCALIDAD	Sumapaz	Total Subred
ABRIL	1	150
MAYO	0	314
JUNIO	0	203
JULIO	0	324
TOTAL	1	991

Fuente: Tablero de seguimiento SISVECOS SDS Abril 2017

Se identifica que a partir del cumplimiento del decreto 641 de 2016, la Localidad de Usme, presenta un incremento en la notificación, en relación a la localidad de ciudad bolívar, la cual presenta disminución significativa, a razones puede encontrarse la no cobertura a partir de asistencias técnicas y adaptabilidad de talento humano, e inicio de identificación y análisis con miradas holísticas para cuatro dinámicas locales particulares.

Los evento con mayor prevalencia en SISVECOS caracterizados durante el periodo Abril – Julio 2017, es la Ideación Suicida correspondiente al 60% (473), Intento suicida 32%

(249) y la Amenaza Suicida 8%, (n=63). Durante este periodo se presentaron casos de conducta suicida asociado al Juego la Ballena Azul, sin ninguna identificación o notificación con resultado fatal para las localidades de la Subred Integrada de Servicios en Salud Sur E.S.E, dicha práctica fue mantenida e incrementada por el mal uso de los medios de comunicación frente al manejo en temas relacionados en Salud Mental. Lamentablemente no se contó con un diagnóstico en relación a dicha problemática presentada, a su vez no se evidencia una respuesta integrada desde los diferentes sectores que a consideración deben ser parte de la respuesta.

Un aspecto, identificado es que a nivel intersectorial se le atribuye una única respuesta a las conductas suicidas al sector salud, lo cual se sugiere ser reconstruido, y el cual ha sido abordado desde la mesa institucional de salud mental en el cual se ha iniciado con la sensibilización de los participantes en dicha mesa así como la construcción de estrategias para promover acciones intersectoriales.

Durante la vigencia Septiembre 2016 a la fecha la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E generó el fortalecimiento de la mesa en Salud Mental a partir de la estrategia de Modelo Integral de Salud PIC – POS, con la participación de la referente de Salud Mental de la Subred Sur (POS), Líder de Vigilancia en Salud Pública del componente de Salud Mental (SIVIM, SISVECOS, SIVELCE Y VESPA) y Profesional GPAISP – Salud Mental, con el fin de difundir las acciones que se ejecutan, los hallazgos identificados y las acciones a trabajar para lograr incidir en los siguientes aspectos 1. Documentar y afianzar a partir de la experiencia (resultados) la ruta preliminar en salud Mental para la Subred Integrada de Servicios en Salud Sur E.S.E 2. Incidir de manera oportuna en la identificación de riesgo que requiera de atenciones integrales desde lo asistencial y 3. Proveer información oportuna y con calidad, entre lo asistencial y el plan de intervenciones colectivas que permitan generar oferta de servicios acordes a las dinámicas locales identificadas

Como acciones a implementar es realizar de manera sistemática la documentación de los casos en los cuales se ha iniciado el trabajo desde la identificación del riesgo, lo asistencial y lo intersectorial.

Otro aspecto a implementar, es la captura de variables que permitan el análisis de variables como imaginarios en conductas suicidas, percepción de riesgo no atribuida por lo institucional si no por el usuario y verificar alternativas de capturas de narrativas diferentes a las actualmente identificadas “narrativa del daño”.

DISCAPACIDAD

El Subsistema de Vigilancia en Salud Pública de la discapacidad, está orientado a la localización y caracterización de personas con discapacidad y la interacción con la estrategia con RBC en los niveles individual y social, favoreciendo la inclusión y la equidad en este grupo poblacional.

Discapacidad es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

Tabla 39. Población con discapacidad en la Sub Red Sur Abril-Julio 2017 (n=836)

MES	SUMAPAZ	TOTAL
ABRIL	0	90
MAYO	1	277
JUNIO	1	249
JULIO	1	220
TOTAL	3	836

Fuente: Descarga aplicativo Distrital, 2017 (Preliminar)

En la tabla se aprecia que la localidad que mayor número de registros realizó en el los meses abril-Julio de 2017 fue Ciudad bolívar con el 45% (n=375), seguido de Usme con 34% (n=287), Tunjuelito con el 20% (n=171) y Sumapaz con el 0,35% (n=3). El mes de mayo se evidencia que se realizó el mayor número de registros con el 33%(n=277).

Durante el periodo abril a julio de 2017 desde la VSP Discapacidad se realiza el reporte para la activación de rutas en la población con Discapacidad de casos individuales priorizados mensualmente y según necesidad; a través de la información del registro de discapacidad se identificaron riesgos y necesidades de casos individuales de población con discapacidad.

Para los meses de Mayo y Julio se realizó articulación con COIS (Centros de orientación e Información en salud) de Tunjuelito, Usme, Ciudad Bolívar, con el fin de direccionar los usuarios en quienes se identifiquen barreras de atención en salud y población no afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud que deben ser canalizadas a la respectiva EAPB.

No se han identificado casos de Movilidad ni gestantes identificadas con discapacidad.

Mensualmente se ha priorizado población con discapacidad según riesgo, de acuerdo con los siguientes criterios y ha sido enviada a espacio de Vivienda:

Alta dependencia: Población con Discapacidad en las UPZ priorizadas que requiere ayuda permanente para Todas o la mayoría de las actividades de la vida diaria, entre los 18 y 59 años y que su última actividad realizada es incapacitado permanente para trabajar sin pensión.

Población menor de 5 años que tiene por origen de la discapacidad la alteración genética o hereditaria: Población con Discapacidad en las UPZ Menor de 5 años (según edad actual), con origen de la discapacidad de alteración genética o hereditaria

Población no afiliada: Población con Discapacidad en las UPZ priorizadas no afiliadas al SGSSS.

Población con posible asociación de condiciones crónicas: Población con Discapacidad en las UPZ priorizadas con origen de la discapacidad enfermedad general y dificultad para desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón, entre los 45 y 74 años.

Población con afectación psicosocial: Población con Discapacidad en las UPZ priorizadas con alteraciones permanentes en sistema nervioso y dificultades permanentes para relacionarse con las demás personas y el entorno, en el curso de vida adolescencia y juventud

A continuación se relacionan las tablas de población con discapacidad priorizada por Localidad

Tabla 40. Población con discapacidad priorizada para activación de rutas. Localidad Sumapaz Abril-Julio 2017

SUMAPAZ	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
Alta Dependencia	0	1	0	0
Población menor de 5 años que tiene por origen de la discapacidad la alteración genética o hereditaria	0	0	0	0
Población no afiliada	0	0	0	0
Población con posible asociación de condiciones crónicas	0	0	0	0
Población con afectación psicosocial	0	0	0	0
Total	0	1	0	0

Fuente: Descarga aplicativo Distrital, Abril-Julio 2017 (Preliminar)

VIGILANCIA SALUD MATERNA/INFANTIL Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La Vigilancia en Salud Pública (VSP) de los eventos en salud sexual y reproductiva (SSR) y salud materna e infantil (SMI) comprende los procesos de identificación de casos, recolección de datos, análisis de la información, formulación de recomendaciones, desarrollo de acciones y evaluación de resultados. El desarrollo secuencial de estos procesos favorecerá la definición, implementación y evaluación de estrategias, programas y políticas de promoción de la salud y prevención de complicaciones y orientará la toma de decisiones.

Las situaciones o riesgos sobre los que se espera intervenir son el embarazo a temprana edad, defectos congénitos, morbilidad materna y neonatal extrema, mortalidad

materna, mortalidad perinatal y neonatal e infecciones de transmisión sexual Sífilis gestacional, Sífilis Congénita, Hepatitis B, C y VIH).

La metodología de recolección de la información tiene en cuenta como fuentes de información disponibles y oficiales por el nivel Nacional y Distrital, tales como: SIVIGILA, RUAF, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna basada en la Web - SVEMMBW-, Base de la Estrategia de Transmisión Materno Infantil de ITS y SIVIGILA D.C

SISVAN. VIGILANCIA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Mediante el establecimiento de acciones ordenadas y coherentes de recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información de situación alimentaria y nutricional por espacio de vida cotidiana y curso de vida, de forma tal que permita la detección de riesgos y la orientación de las respuestas integrales ante la problemática de la malnutrición y la inseguridad alimentaria de la subred integrada de servicios de salud sur.

“La desnutrición como enfermedad de origen social es la expresión última de la situación de inseguridad alimentaria y nutricional de una población y afecta principalmente a los niños y a las niñas. Se caracteriza por deterioro de la composición corporal y alteración sistémica de las funciones orgánicas y psicosociales. Dichas alteraciones dependen de la edad de iniciación del déficit y de la calidad de la dieta consumida, que puede ser insuficiente en energía y nutrientes, o aportar mayor cantidad de energía pero ser deficiente en proteína y demás nutrientes”. (Protección, 2015)

Los casos de desnutrición aguda se presentan con mayor frecuencia en poblaciones afectadas por la pobreza, bajo acceso a servicios básicos de salud, agua y saneamiento básico. Situaciones que aumentan el riesgo de muerte por desnutrición, especialmente en los niños y niñas más pequeños.

Teniendo en cuenta que la desnutrición es una problemática multicausal que se presenta de manera importante en las localidades que hacen parte de sub red sur; se avanza en la generación de estrategias que permitan la identificación oportuna de los casos desde la búsqueda activa tanto insitucional como comunitaria y con ello lograr la intervención con acciones educativas y de gestión intra e intersectorial tendientes a mitigar la problemática.

Aunque se desarrollan actividades de información, educación y comunicación nutricional con el fin de difundir de manera masiva dentro de las comunidades la importancia la adecuada alimentación durante la infancia teniendo en cuenta que las consecuencias de la desnutrición son irreversibles y pueden conducir a los niños más pequeños y vulnerables a la muerte; se requiere potenciar los recursos para el desarrollo de acciones contundentes que se reflejen en la modificación de los indicadores nutricionales, teniendo 4% de prevalencia de desnutrición aguda para la localidad de

Ciudad Bolívar durante el segundo trimestre y el 3% para Usme que se ubican por encima del promedio distrital.

Se requiere el trabajo conjunto a partir del posicionamiento de la existencia de la problemática y la abogacía y la entre las diferentes entidades públicas y privadas para poner en marcha estrategias de articulación intersectorial y con ello mitigar las condiciones sociales que perpetúan las situaciones de inseguridad alimentaria y nutricional asociadas a las características económicas, sociales y culturales que se relacionan con el desarrollo de la desnutrición como enfermedad infantil.

Situaciones o riesgos sobre los que se espera intervenir.

Las situaciones o riesgos sobre los que se espera intervenir son los Casos de malnutrición por déficit y por exceso en niños y niñas menores de 18 años, gestantes y personas mayores. Vigilancia epidemiológica intensificada de la mortalidad por o asociada a desnutrición en menores de cinco años, la desnutrición en niñas y niños menores de 5 años y los recién nacidos a término con bajo peso Unidades Centinela para la vigilancia de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en escolares.

Se requiere generar estrategias de trabajo articulado, continuo y complementario entre los diferentes planes de beneficio del sistema de salud que permitan un abordaje integral e integrado frente a la problemática, involucrando los diferentes prestadores que hacen parte del actual modelo de prestación de servicios; complementario entre las diferentes disciplinas que permitan el manejo integral de la desnutrición como patología social y de salud en el ser humano.

Respuesta

Con relación a las intervenciones desarrolladas directamente por el subsistema se encuentran las visitas de investigación epidemiológica de campo a la población menor de 5 años con desnutrición moderada y severa, así como también a los casos de recién nacidos a término con bajo peso; frente a lo anterior se evidencia un número importante de casos que se notifican al subsistema de manera permanente que no se logran intervenir porque no se cuenta con suficiente talento humano para realizar la intervención prevista por el lineamiento contratado desde el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas de la Secretaría Distrital de Salud; el cual tiene como principal objetivo para el sistema de vigilancia alimentaria y nutricional la detección de riesgos y la orientación de las respuestas integrales ante la problemática de la malnutrición y la inseguridad alimentaria en la ciudad, así como la realización de la IEC y consejería, nutricional especializada para desnutrición severa y reporte al componente de Programas del PIC para la gestión de la hospitalización o atención médica especializada (Ruta Intersectorial de Atención Integral a la Desnutrición Aguda Severa –RIA DNT Aguda)

Frente a lo anterior se propone un flujograma para organizar la atención nutricional en los casos de la población menor de 5 años identificada con desnutrición aguda moderada y severa el cual está conformado por tres momentos que suceden de manera consecutiva entre si y que integran los diferentes prestadores del sistema de salud, los cuales se describen a continuación: El primero se relaciona con la identificación de los menores con desnutrición y está a cargo del sistema de vigilancia alimentario y nutricional SISVAN.

MOMENTO 1: IDENTIFICACION DE MENORES CON DESNUTRICION

Actividad 1. El primer paso dentro de la ruta corresponde con la identificación de los casos de niños menores de 5 años identificados (notificados) con desnutrición aguda moderada o severa la cual está a cargo del subsistema de vigilancia alimentaria y nutricional (SISVAN) del componente de vigilancia en salud pública (VSP) al cual ingresa información desde:

- La consulta externa o los servicios de urgencias y Hospitalización de la población residente en la sub red sur a través de la notificación al Sivigila en los formatos utilizados según el procedimiento definido para tal fin.
- Atención de jornadas extramurales.
- Demanda espontanea

Actividad 2: El siguiente paso posterior a la notificación se desarrolla a partir de la realización de:

- Evaluación clínica y clasificación nutricional domiciliaria: la cual será realizada por los profesionales de nutrición que hacen parte de los equipos de SISVAN, utilizando el formato de
- ficha IEC definido por el lineamiento distrital del proceso y adicionalmente se realiza reporte de la información en el sistema de información de Historias Clínicas de la subred Sur “Dinámica” con los siguientes parámetros

Actividad 3: Se define un plan de manejo nutricional

- Se realiza atención nutricional ambulatoria o domiciliaria según los lineamientos
- Seguimiento en la ruta integral para la promoción y mantenimiento de la salud según lo contemplado en la resolución 5406 de 2015 para el manejo extramural de la desnutrición aguda

El siguiente componente corresponde con la atención institucional de los casos identificados, la cual se desarrolla inicialmente de manera piloto en el Hospital de Meissen y se desarrolla por un equipo interdisciplinario capacitados en el manejo de la

resolución 5406 de 2015 compuesto por médico pediatra nutricionista, trabajador social, y psicólogo quienes definen plan de intervención de manera conjunta.

MOMENTO 2: ATENCION INSTITUCIONAL

Referir a la estrategia institucional “Clínica de recuperación nutricional de la Subred sur” La estrategia se contempla la valoración integral del caso a partir de la conformación de un equipo integral con conocimiento y manejo de la resolución 5406 de 2015 los lineamientos para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa que incluye plan de manejo e intervención por las siguientes disciplinas: Trabajador social, psicólogo y nutricionista quienes generaran plan de manejo integral para cada caso, el cual tendrá un componente de manejo institucional, así como el seguimiento al plan implementado a nivel domiciliario.

Valoración por pediatría Frente a lo cual se establece una agenda inicial de consulta en el hospital de Meissen de tres día a la semana, momento en el cual se realizara la prueba de apetito y se definirá el manejo médico del caso y según los resultados obtenidos se definirá si el paciente Requiere manejo institucional o si se continua con el manejo extramural por parte de los equipos de gestión del riesgo en salud.

Estabilizar médica y nutricionalmente en caso de que se requiera y aplicar los criterios para decidir si el manejo del caso de desnutrición aguda puede realizarse en el hogar o debe ser manejado a nivel intrahospitalario remitiendo el caso a los Hospitales de la subred sur con servicio de pediatría Hospital de Meissen o y Hospital el Tunal, teniendo muy presente que la calidad, oportunidad y efectividad del tratamiento de los niños y niñas con desnutrición aguda, y la consecuente reducción de la morbimortalidad relacionada con la desnutrición, depende de la aplicación rigurosa de los criterios de inclusión para definir si los niños y las niñas se pueden tratar a nivel domiciliario o deben ser manejados a nivel hospitalario.

Manejo intrahospitalario de la desnutrición aguda moderada o severa con complicaciones: Los niños y niñas de 6 a 59 meses con prueba de apetito negativa y/o evidencia de complicaciones médicas o nutricionales; y, los niños y niñas menores de 6 meses o mayores de 6 meses con menos de 4 kg, deben hospitalizarse para atención pediátrica.

Se genera un formato de registro para el proceso de atención que permita al equipo de salud y a su familia contar con un seguimiento frente a la evolución nutricional de los usuarios de la ruta de intervención que entran al proceso de atención en la estrategia “CLINICA DE RECUPERACION NUTRICIONAL DE LA SUB RED SUR”

Para lo cual se genera el siguiente carnet como instrumento para seguimiento al programa institucional

MOMENTO 3: ACCIONES DE SEGUIMIENTO DOMICLIARIO

La tercera parte de la ruta consiste en las acciones de seguimiento domiciliario a los casos de desnutrición aguda moderada y severa que sean dados de alta en el nivel hospitalario o que sean de manejo en casa, así como la realimentación de acciones realizadas a vigilancia en salud pública, a partir del desarrollo de las siguientes actividades:

Egreso a casa con seguimiento por los equipos de gestión de riesgo del espacio de vivienda y realimentación de las acciones realizadas, se activa el seguimiento por parte del equipo interdisciplinario del espacio de vivienda, con el fin de evaluar el progreso del plan de intervención propuesto y activar la ruta de intervención de las acciones intersectoriales requeridas. El desarrollo de las actividades de seguimiento domiciliario se desarrolla hasta el cuarto mes de intervención del caso y se prevé el siguiente alcance:

Explicar a la madre o cuidador el manejo de la fórmula terapéutica -LC, y la administración de los medicamentos entregados y las prácticas de higiene, generación de seguimiento nutricional permanente para evaluar evolución del tratamiento y en caso de requerirse por alguna complicación médica remitir a los servicios de urgencias de la sub red, informar a la madre o cuidador acerca de los signos de alarma y de cómo comunicarse con el hospital o el equipo extramural de salud cuando estos se presenten generando mecanismos efectivos de comunicación que faciliten el seguimiento del caso.

Canalización a programas intersectoriales de Seguridad Alimentaria y Nutricional: con el fin de garantizar la

La complementación alimentaria es un componente básico en la prevención y el tratamiento de la desnutrición aguda. Esta consiste en el suministro de una canasta básica de alimentos fortificados y de alto valor nutricional que complementen la alimentación familiar. Esta intervención es pertinente en familias con alta vulnerabilidad alimentaria y nutricional y debe estar acompañada de estrategias sostenibles de mejoramiento de capacidades de las Familias en la garantía del derecho a la alimentación de todos sus integrantes, en especial, de los niños, niñas, madres gestantes y en periodo de lactancia.

La complementación alimentaria como parte del manejo integrado de la desnutrición aguda debe considerarse a partir de la transición entre el suministro de la fórmula terapéutica -LC en forma exclusiva y la alimentación familiar, cuando la valoración médica y nutricional evidencie franca mejoría del estado de salud y nutrición de los niños y niñas; se requieren del apoyo de las instituciones y los programas de complementación alimentaria del sector social presentes en las diferentes localidades que hacen parte de la sub red Sur, para el mejoramiento de las condiciones nutricionales afectadas. Estas acciones están a cargo del equipo de gobernanza de la seguridad alimentaria y nutricional que hacen parte del componente de gestión del riesgo de la salud.

En la implementación de la estrategia piloto se han desarrollado 3 jornadas con atención de 15 casos, identificados con desnutrición de los cuales dos han requerido manejo

intrahospitalario y frente a los otros 13 se han clasificado para manejo domiciliario para aplicar las acciones antes descritas para el manejo integrado de la desnutrición.

GESTIÓN DEL RIESGO PARA LA ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD PÚBLICA

Las urgencias y emergencias en salud pública se refieren a todo evento extraordinario con aparición en forma súbita que genera o con potencialidad de generar, un aumento de la morbi-mortalidad de la población o afectación inusitada de la salud pública.

Las situaciones o riesgos sobre los que se espera intervenir incluye todos los eventos en salud pública de interés internacional-ESP/II definidos por el Reglamento Sanitario Internacional (cólera, peste, ébola, fiebre amarilla, entre otros), eventos de origen tecnológico (incendios, intoxicaciones por sustancias químicas, fugas de elementos químicos, encharcamientos y similares) y los relacionados con salubridad de los alimentos y del agua (ETA), zoonosis y todo brote sospechoso de alcance epidémico.

El logro más representativo constituye la atención del 100% de los eventos notificados en cada una de las localidades que conforman la Subred Integrada en Servicios de Salud Sur. Para los meses comprendidos de abril a julio, se registraron los eventos atendidos por parte del Equipo de Respuesta Inmediata - ERI, los cuales se relaciona en la siguiente tabla.

A nivel general de la Subred Integrada en Servicios de Salud Sur, se evidencia que el 63% de los eventos atendidos por el Equipo de Respuesta Inmediata a nivel general de la Subred Integrada en Servicios de Salud Sur corresponden a brotes de varicela; patología recurrente de las localidades debido a su fácil y rápida transmisión, dadas las condiciones como compartir elementos y espacios comunes, permanencia del virus en pisos, paredes y techos, inadecuados procesos de limpieza y desinfección, susceptibilidad y exposición a personas sintomáticas, falta de higiene y lavado de manos adecuado lo cual aumenta el factor de riesgo y la cadena de contagio.

Sin embargo, a nivel general de las demás patologías atendidas como brotes se resalta como logro que en las Investigaciones Epidemiológicas de Campo se brindó información sobre medidas de prevención y control de factores de riesgo en la intensificación de la frecuencia de limpieza y desinfección, aislamiento de enfermos, refuerzo de lavado de manos, separación de elementos, creación de rutas alternas para evitar contaminación cruzada, uso de EPP (Elementos de Protección Personal) y demás prácticas de higiene para evitar el aumento de casos y/o afectaciones graves. En cada evento se realizó el seguimiento respectivo, según su comportamiento y aparición de nuevos casos, la Investigación Epidemiológica de Campo se fortaleció con estrategias de capacitación a padres de familia mediante capacitaciones, seguimiento telefónico permanente y entrega de folletos sobre varicela en donde se relaciona información puntual sobre la descripción de la patología, cuidados en casa que se deben tener las personas que contraen la enfermedad, signos y síntomas, métodos de transmisión y riesgo de desarrollar complicaciones entre otros.

Durante el periodo en mención, se realizó canalización al Componente de SIVIM de 3 casos priorizados y que se relacionan con dos brotes atendidos por el Equipo de Respuesta Inmediata.

En contexto a la Ley 1523 de 2012 el Sistema Distrital de Gestión del Riesgo de Desastres, ha intensificado las acciones desde el nivel local, de tal forma que en el Marco de Actuación de los Consejos Locales de Gestión del Riesgo y Cambio Climático se han adelantado iniciativas que convergen en la identificación de los escenarios de riesgos de las diferentes localidades que conforman la Subred Integrada en Servicios de Salud Sur.

En concordancia, la participación del Equipo de Respuesta Inmediata constituye una experiencia exitosa catalogada como valor agregado frente a la construcción de los diferentes Planes Locales de Gestión de Riesgos.

SISVESO: La Vigilancia en salud Pública de la Salud Oral se entiende como un proceso de monitoreo continuo y sistemático de los eventos de interés en salud oral; que por su alta prevalencia y magnitud, son de interés en la Salud Pública.

Eventos como la caries dental cavitacional, la caries dental no cavitacional definida como lesión de mancha blanca y café, la fluorosis dental, la enfermedad gingival y periodontal, entre otras patologías que afectan la cavidad oral.

Tabla 41. Distribución de eventos notificados al sistema de vigilancia de la salud oral subred integrad de servicios de salud sur. 2017

Evento	Sumapaz
Gingivitis	59
Periodontitis	8
Alerta epidemiológica componente cariado	22
Alerta epidemiológica componente perdido por caries	24
Lesión en mancha blanca	4
Lesión en mancha café	11
Fluorosis	3

Fuente:

Las activaciones de ruta se envían durante los primeros días mes vencido al espacio vivienda, otros subsistemas de la Vigilancia Epidemiológica como SIVIM y discapacidad; posterior a la intervención realizada se recibe realimentación del espacio vivienda, además se realiza reunión mensual con los odontólogos del espacio como parte de la dinámica.

Tabla 42. Activación de rutas por localidad del sistema de vigilancia de la salud oral subred integrad de servicios de salud sur. 2017

	Sumapaz	
	Programado	Ejecutado
Activaciones de ruta o canalizaciones	40	13

Experiencia exitosa en el marco de sus acciones.

Situación epidemiológica: El labio y paladar hendido es una de las malformaciones congénitas más comunes, representa el 2-3%. Es considerada la anomalía craneofacial más frecuente. El labio y paladar hendido pueden ocurrir juntos o separados. El labio hendido con o sin paladar hendido ocurre en 1:1,000 nacidos. El paladar hendido sólo ocurre en aproximadamente 1:2,500 nacidos. El labio hendido (con o sin paladar hendido) es más común en el sexo masculino mientras el paladar hendido es más común en el sexo femenino. Según el Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) se presentó una prevalencia del 0,07% en el país, la experiencia de hendidura palatina se encuentra en 0.09% del total de la población incluida en el ENSAB IV, de las cuales, es más frecuente en mujeres (0.13%) que en hombres (0.04%), estos últimos identificados en tratamiento mientras que un 0.05% de las mujeres se encuentra sin tratamiento con el 0.06%. Según otras investigaciones con base en las historias clínicas en algunas ciudades Colombianas, se encuentran el realizado por el Hospital Universitario de Cartagena, mediante la revisión de 4.226 historias clínicas durante un periodo de 7 años y se encontraron 248 pacientes con diagnóstico de fisura labio palatina, en segundo lugar, en la población atendida en el Hospital Infantil Clínica Noel de Medellín, entre 1985 y 2003, se evaluaron 919 historias clínicas y el 3,4% presentó labio hendido, el 12,4% presentó defecto de paladar duro fisurado, y el 12,8% presentó paladar blando hendido.

Se realizó la **Intervención Epidemiológica de Campo** mediante una notificación de la Vigilancia Centinela (VC) de la Unidad Primaria Generadora del Dato (UPGD) USS Casa de Teja de la localidad Ciudad Bolívar, niña de 4 años de edad, eventos alerta epidemiológica por sangrado gingival, componente cariado y fisura de paladar blando.

Características familiares: La niña vive con su mamá, un hermano de 5 años de edad, tres tíos con sus respectivas parejas sentimentales, siete primos y los dos abuelos maternos.

Características de la vivienda:

Ubicada en el barrio Minuto de María de la Localidad de Ciudad Bolívar, se observan condiciones de hacinamiento dado que la vivienda es tipo casa y consta de tres habitaciones para las 17 personas que habitan en ella. Vías de acceso en regulares condiciones debido a que es un callejón de aproximadamente tres cuadras de fondo por dos metros de ancho, estrato socioeconómico 1, nivel socioeconómico bajo, en general se observan regulares condiciones higiénico sanitarias, sus ingresos provienen de la gallería o crianza y apuesta de peleas de gallos.

La abuela materna es la encargada de la preparación de los alimentos sin los cuidados básicos para su manipulación.

Percepción de la salud oral:

Primer consulta por odontología a los cuatro años de edad, la mamá refiere “la atención fue muy buena porque le explicaron todo”, los hábitos de higiene oral los realizan los menores solos sin el acompañamiento y/o supervisión de un adulto y los cepillos se observan sin las medidas adecuadas de bioseguridad, no uso de seda dental.

Durante la caracterización del riesgo participan varios integrantes de la familia como la abuela materna, la mamá y una tía de la menor, quienes definen que una boca sana es “Ir al odontólogo y cepillarse los dientes”, la abuela afirma que “anteriormente nadie les decía que cuidar la boca era tan importante”, creen que la caries dental son bacterias que dañan los dientes.

La mamá de la niña presenta una condición igual a la de la menor, lo cual dificulta la comunicación y asume que es una condición normal para su hija.

Se evidencia que los hábitos de alimentación no son saludables, ni adecuados para la etapa de crecimiento de los menores que viven en la casa.

De la caracterización de riesgo identificada por SISVESO se deriva la gestión del riesgo, generando notificación al subsistema SIVIM, activación de ruta con el prestador tanto de primer nivel como de segundo nivel, con la aseguradora y el programa de salud oral, quienes participan activamente en el seguimiento del caso desde la competencia de cada uno; además se realizó la motivación y compromiso para la consulta y adherencia al tratamiento de todos los integrantes de la familia y la educación en salud oral, enfatizando en los hábitos de higiene oral y alimentación adecuados.

VSPC. VIGILANCIA COMUNITARIA PARA EL ABORDAJE DE LA SALUD PÚBLICA

La Vigilancia en Salud Pública comunitaria (VSPC) promueve en la comunidad la identificación y notificación de problemáticas colectivas (PCO) que afectan la salud y calidad de vida, para su posterior análisis y gestión de la respuesta. Es así como se vincula y hace partícipe de actividades que fomenten la promoción y prevención, generando un empoderamiento que permita identificar condiciones asociadas a los determinantes sociales de la salud desde el enfoque de salud urbana y gestión del riesgo colectivo específicamente en los barrios.

Las situaciones o riesgos sobre los que se espera intervenir se relacionan con problemas colectivos que afectan la salud y calidad de vida de las comunidades haciendo énfasis en las UPZ priorizadas con un enfoque de salud urbana con participación social y ciudadana.

Se busca captar e identificar situaciones o problemáticas colectivas para su caracterización, análisis, canalización, investigación socio epidemiológica de campo y orientar la intervención en articulación con Espacios, Salud Colectiva, VSA, VSP, Aseguramiento y otras instancias.

En cuanto a las investigaciones socios epidemiológicos de campo se han realizado en las localidades urbanas de la subred sur, dentro de lo que se han abordado la problemática:

- Plaza los Luceros.

- Las basuras en Sierra Morena II.
- El comportamiento de los afrodescendientes en el barrio Marandú,
- Tenencia inadecuada de mascotas en propiedad horizontal en la ciudadela XIE.
- Problemas de salud ambiental con el establecimiento ARA del barrio Perdomo.
- Atención en salud a la población venezolana en la sub red sur, entre otros.

Con el objetivo de identificar los determinantes que llevan a la enfermedad en la población de las UPZ priorizadas desde secretaria se adelanta un recorrido por los barrios que permite la identificación de los riesgos a nivel de servicios públicos, emergencias y desastres, barreras físicas para la movilidad de las personas en el barrio, riesgo de violencia o agresión interpersonal, tenencia inadecuada de mascotas, riesgos de zoonosis y manejo de residuos sólidos.

Tabla 43. NOTIFICACIÓN PROBLEMÁTICAS COLECTIVAS POR LOCALIDAD SUBRED INTEGRAD DE SERVICIOS DE SALUD SUR. 2017

Mes	Sumapaz	Total
Enero	5	27
Febrero		14
Marzo		15
Abril		2
Mayo	5	25
Junio	1	12
Julio		
Total	11	95

Fuente: Base de datos VCSP 2017

El comportamiento de las notificaciones para la Sub red sur deja ver una mayor notificación para la localidad de Ciudad Bolívar, seguida de Usme, Tunjuelito y Sumapaz, lo que esta explicado por el nivel de actividad de las unidades informadoras y el número de asistencias técnicas propuestas para cada localidad. Las problemáticas con mayor notificación son de tipo ambiental por tenencia inadecuada de mascotas, manejo de residuos, en otras categorías se halla venta y consumo de spa.

Tabla 44. COVECOM. SUBRED INTEGRAD DE SERVICIOS DE SALUD SUR. 2017

	Sumapaz	Total
Enero		2
Febrero	1	2
Marzo		
Abril		1
Mayo		
Junio		1
Julio		1
Total	1	7

Fuente: Base de datos VCSP 2017

El COVECOM a partir del mes de marzo lleva una frecuencia cuatrimestral por localidad y el tema priorizado por la presentación de problemáticas fue los Juegos de ciber-inducción e inducción al daño físico.

Tabla 45. MONITOREO PARTICIPATIVO. SUBRED INTEGRAD DE SERVICIOS DE SALUD SUR. 2017

	Sumapaz	Total
Enero	1	2
Febrero		1
Marzo		2
Abril		
Mayo		4
Junio		5
Julio		4
Total	1	18

Fuente: Base de datos VCSP 2017

El monitoreo participativo es una experiencia investigativa con la comunidad, siendo para la vigencia anterior un estudio comparativo de los determinantes de las condiciones de vida y salud de las personas mayores de las cuatro localidades, que finalizó en el mes de Marzo. A partir de mayo se inicia un nuevo ejercicio de investigación en la localidad de Ciudad Bolívar con la Fundación Identidad de Ser Humano.

PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PSPIC)

Caracterización del espacio, programa o proceso

El propósito del espacio en la localidad de Sumapaz es realizar asistencia técnica y seguimiento a la implementación de las estrategias, planes y programas de acciones de Interés en Salud Pública, a partir de las personas, familia y comunidad en su curso de vida, al interior de las IPS (Públicas y Privadas) y espacios de vida cotidiana, en el marco de la Gestión de la Salud Pública (GSP) en Bogotá.

Desde programas de Interés en Salud Pública se realizó el proceso de diagnóstico y reconocimiento a 47 IPS de la Subred Sur, distribuidas en las Localidades de Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito y Sumapaz de las cuales son 42 IPS Públicas y 5 IPS Privada, logrando así la identificación de opciones de mejora en los programas y acciones de interés en salud pública.

Para las localidades de la Subred sur, se desarrolló un proceso de diagnóstico y reconocimiento de los programas, a través de la aplicación de listas de chequeo que fueron elaboradas por el equipo y avaladas, por la Secretaría Distrital de Salud; adicionalmente se realiza un ejercicio de observación, con el fin de identificar insumos,

materiales educativos, papelería, apropiación conceptual que se utilizan para el desarrollo y cumplimiento en el operar de cada programa.

De los riesgos identificados para el programa de infancia y el programa de seguridad alimentaria y nutricional, se espera intervenir en las IPS Públicas y privadas de la localidad 20, con el fin de fortalecer al talento humano encargado de la atención infantil. Para que de esta forma se brinde una atención integral al menor, que permita identificar oportunamente las enfermedades prevalentes en la infancia y su tratamiento; por otro lado se busca reforzar a nivel institucional estrategias de atención en enfermedad respiratoria aguda, instituciones amigas de la lactancia, y salas amigas de la familia lactante.

Para el programa de cáncer se logra identificar que el programa de cáncer de cuello uterino presenta debilidades en el proceso de seguimiento a las usuarias con resultados positivos; las usuarias con reporte positivo de la EAPB Capital salud son enviadas a Ginesalud para la realización de biopsia y colposcopia, las usuarias de FFDS son enviadas a hospital de Meissen para la realización del proceso de biopsia y colposcopia y diagnóstico. Para Cáncer de mama existe convenio para las usuarias de capital salud accedan al servicios de mamografía de tamizaje en hospital San Blas, facilitando a las usuarias el proceso de asignación de cita, procesos de autorización y traslado de las usuarias con ruta de la salud para que sean atendidas. En este programa se logra evidenciar que no todos los profesionales de medicina general que realizan la consulta se encuentran capacitados en examen clínico de mama para la realización del tamizaje. Se evidencia que para cáncer infantil no se realiza proceso de identificación de usuarios con cáncer infantil y los profesionales no están capacitados en AIEPI para cáncer infantil en primeros niveles de atención. Se realiza proceso de tamizaje a hombres durante la consulta para identificación de cáncer de próstata.

Se logra establecer que las IPS cuentan con un programa establecido de para atender a los usuarios con condiciones crónicas, el programa Corazón y vida, el cual se encuentra en proceso de organización y estandarización en la Subred Sur.

Dentro de las situaciones a intervenir para salud mental se tienen como principales:

La capacitación al talento humano en temas de normatividad asociada a Violencia sexual en población general y víctimas del conflicto armada, el Fortalecimiento Técnico al talento humano en cuanto a conocimiento, manejo y difusión de las Líneas 106 y Psicoactiva, así mismo el conocimiento y adopción de la RIAS de SPA, teniendo en cuenta las oportunidades que permitan y la necesidad de generación de estrategias de acuerdo al contexto rural.

Igualmente se establecen oportunidades de mejora en la identificación y notificación de eventos de interés en Salud Mental en SIVIM y SISIVECOS, de acuerdo a la contratación del talento humano. (Profesionales en SSO).

Desde el programa de tuberculosis y de la enfermedad de Hansen, por transmisibles, se realizaron y se continuará realizando fortalecimiento a las capacidades del talento humano de las diferentes IPS de la Sub Red Sur , tanto públicas como privadas a través de visitas de asesoría y asistencia técnica, capacitaciones donde los temas básicos a tratados o a tratar son: 1.Diagnóstico. 2. Normatividad. 3. Mecanismo de transmisión de estas dos patologías. 4. Estrategias de los programas. 5. Tratamientos para tuberculosis sensible, para farmacoresistencia. 6. Tratamientos para la enfermedad de Hansen teniendo en cuenta si son casos de paucibacilares, casos de multibacilares. 7. Sistema de información. Y por PAI se encuentran riesgos en niños, niñas menores de 6 años y mujeres gestantes, con esquemas de vacunación incompletos y próximos a vencer.

Desde programas de Interés en Salud Pública se realizó el proceso de diagnóstico y reconocimiento a 47 IPS de la Subred Sur, distribuidas en la Localidades de Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito y Sumapaz de las cuales son 42 IPS Públicas y 5 IPS Privada, logrando así la identificación de opciones de mejora en los programas y acciones de interés en salud pública. En la localidad de Sumpaz se identifican 2 IPS.

Se intervienen hogares de protección infantil, residencias de los menores insistentes y sin contacto telefónico, menores que por su ubicación geográfica no asisten al servicio de vacunación, actividades extramurales según programación de otros espacios y componentes y requerimientos de la comunidad.

Resultados

Erradicar la mortalidad por desnutrición como causa básica en menores de cinco años a 2019: en este sentido, se realizan acciones de identificación del programa de seguridad alimentaria y nutricional en 2 IPS de la localidad, se avanza en la construcción de la ruta de atención a la desnutrición para la subred Sur, se gestionan el acceso a los servicios de salud a casos provenientes del proceso de activación de rutas y canalizaciones de otros sectores.

Incrementar, a 2020, a 4 meses la lactancia materna exclusiva, en los menores de seis meses: se realizan acciones de identificación de la estrategia IAMI y SAFL en 2 IPS de la localidad.

A 2020 reducir la tasa de mortalidad infantil a 8.16 por 1.000 nacidos vivos- Reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 9.52 por 1.000 nacidos vivos a 2020: Se realizan acciones de identificación en la implementación de la estrategia AIEPI, en 2 IPS de la localidad. Se generan planes de fortalecimiento para las IPS, con el fin de mejorar

la atención a la población infantil que acude a los servicios de las unidades de salud de la subred.

A 2020 reducir a 6,63 x 100.000 menores de 5 años, la tasa de mortalidad por neumonía en el distrito capital- Reducir a la mitad, el diferencial de las localidades en donde se concentra el 57,5% de los casos de la mortalidad por neumonía en menores de cinco años a 2020: Se realizan acciones de identificación en la implementación de la estrategia ERA, en 2 IPS de la localidad. Se generan planes de fortalecimiento para las IPS, con el fin de mejorar el proceso de atención y seguimiento a los menores con ERA que asisten a los servicios de la subred Sur.

Por cáncer se realizan las siguientes acciones:

- Articulación con PyD en reunión de Equipo para socialización de Resolución 4505/2012 y RIPS.
- Articulación con líderes Infancia y SAN equipo gobernanza, Líder salas ERA Subred Sur, Gobernanza Política de Adultez y CHC, Líder de PyD para Crónicos, CCU y mama; Crónico VSP, Líder de Espacios de Vida Cotidiana.
- Se participa en reunión de Salud Pública.
- Reunión Gestión Documental.
- Participación en ULC, como estrategia de la Política de Seguridad del Paciente.
- A nivel Intersectorial en COLMYEG para posicionamiento de oferta de servicios del Programa Crónicos y CCU.
- Se realiza articulación con atención al ciudadano con el fin de realiza un reconocimiento en lo relacionado con rutas de atención para ciudadano habitante de calle.

Se participó en los espacios de asistencias técnicas programadas desde el nivel central para el fortalecimiento de la gestión del programa de salud oral, y “Estrategia Soy generación más Sonriente” y acuerdos para el desarrollo de las próximas jornadas teniendo en cuenta el anexo técnico.

Durante los meses de abril a julio 2017 se realiza proceso de acompañamiento en campo y asistencia técnica a espacios de vida cotidiana en temas relacionados con la ruta de atención programa crónico y cáncer así como el proceso de identificación oportuna de signos y síntomas para su respectiva intervención con proceso de información, educación y comunicación.

Para el proceso de asistencia técnicas con IPS en la elaboración de planes de acción se propone trabajar: Socialización Resolución 4003 / 2008; Socialización y entrega manual AIEPI Detección oportuna de ca Infantil; Asistencia técnica Guía toma de muestra de citología; Sensibilización en torno a la importancia de realizar procesos de demanda

inducida en toma de mamografía; Sensibilización en torno a la importancia de realizar procesos de demanda inducida en tamizaje de próstata; Evaluar la interiorización de las temáticas trabajadas durante las asistencias técnicas en la IPS. (POSTEST); Socialización de resultados del proceso Asistencia técnica; guías de práctica clínica de pacientes crónicos.

En salud mental se realizó asistencia técnica a 2 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con definición de diagnóstico a través de aplicación de listas de chequeo, estableciendo oportunidades de mejora en el proceso de atención en salud mental.

Se desarrolló gestión de identificación y seguimiento a 1 caso generado desde articulación Sectorial para la prestación de servicios y obtención de respuestas a evento identificado en salud mental, con respuesta oportuna y acciones integrales.

Se realizó asistencia técnica con aplicación de listas de chequeo a 2 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), identificando que en 0 de estas se socializa la línea 106.

Por transmisibles se efectuaron acciones de gestión del riesgo y de gestión en salud pública para mitigar y controlar el impacto de las enfermedades transmisibles en la localidad de Ciudad Bolívar, Usme y Tunjuelito mediante actividades: Aplicación de lista de chequeo, Visitas de Asesoría y Asistencia Técnica, de captación, diagnóstico, tratamiento, y seguimiento de los casos de Tuberculosis, enfermedad de Hansen con la articulación de las IPS públicas y privadas y diferentes EAPB. Se hizo distribución de medicamentos de acuerdo a la solicitud de las IPS, así como insumos como: folletos educativos, vasos para toma de muestras de esputo. Visitas de seguimientos a pacientes y ex pacientes de tuberculosis y enfermedad de Hansen y reporte al Sistema de Información.

Se realizó en forma semanal el reporte de casos de tuberculosis en el aplicativo 001 establecidos por la circular 0007 del 2015 vía Dropbox.

Se realizó en forma semanal la articulación de la referente del SIVIGILA, para la verificación de los eventos notificados y los casos en el programa, de tuberculosis, lepra.

Aplicación de lista de chequeo: 2 IPS públicas. Visitas de asesorías y asistencia técnica 2 para el programa de tuberculosis y 2 para Hansen.

Por PAI se hizo Seguimiento a cohortes (200 mensuales), evaluación diaria de la producción de los 44 puntos de vacunación de la subred sur, seguimiento a metas con evaluación diaria de tableros de control, asistencia técnica individual y colectiva tanto a vacunadores como a profesionales de los centros de atención. Dos jornadas de vacunación con el fin de promocionar y fortalecer el posicionamiento del programa.

5.7.3. 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 poblacionales 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.
- El vacunador ya no es exclusivo para PAI y participa en actividades tanto en USS Nazaret y San Juan. Las coberturas para biológicos trazadores, únicamente superan el 95 % en el biológico triple viral para niños de un año. En la localidad de Sumapaz es importante seguir reforzando los programas PSPIC. Las acciones efectuadas buscando acondicionarse a las condiciones del territorio rural.

CAPITULO 6. ANALISIS Y SINTESIS

6.1. Agendas Locales

De acuerdo con el documento enviado el 30 de junio de 2017 se identificaron las siguientes tensiones priorizadas para la agenda local de la localidad de Sumapaz.

Tabla 1. Matriz de tensiones

SUMAPAZ						
Momento de curso de vida	Número de la tensión	Tensión	Valoración 1	Valoración 2	Valoración final	Numeración Tensión Final
1-Niñez-adolescencia	1	Violencia Intrafamiliar	10,0	2,0	8,0	1
1-Niñez-adolescencia	2	Trabajo Infantil	9,0	2,0	7,0	2
1-Niñez-adolescencia	3	Desnutrición Global y Crónica	12,0	2,0	10,0	3
1-Niñez-adolescencia	4	Morbilidad por IRA	9,0	1,5	7,5	4
1-Niñez-adolescencia	5	Conducta Suicida en Adolescencia	8,0	1,5	6,5	5
1-Niñez-adolescencia	6	Consumo de Sustancias Psicoactivas SPA	12,0	1,5	10,5	6
2-Juventud	1	Consumo de Sustancias Psicoactivas SPA	12,0	1,5	10,5	
3-Adultez	1	Trabajo Informal en Condiciones No Seguras	9,0	1,0	8,0	7
3-Adultez	2	Condiciones Crónicas	11,0	1,5	9,5	8
4-Vejez	1	Violencia hacia la persona mayor	11,0	2,0	9,0	9
4-Vejez	2	Condiciones Crónicas	11,0	1,5	9,5	10
Transversal		Riesgo Psicosocial				11

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

6.2. Desigualdades en Salud

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.

6.3. Configuración Territorial

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 6.1 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.

Es necesario mencionar que las tensiones aquí identificadas y su priorización permiten su profundización en las mesas estratégicas para la generación de estrategias de abordaje y solución, empero, requieren de acciones que van mucho más de los límites sectoriales de la salud. Por ende, cualquier iniciativa requiere su posicionamiento y articulación en espacios intersectorial que permitan su superación coordinada con todos los actores interesados.

Con base a 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 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.

1. 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.

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.

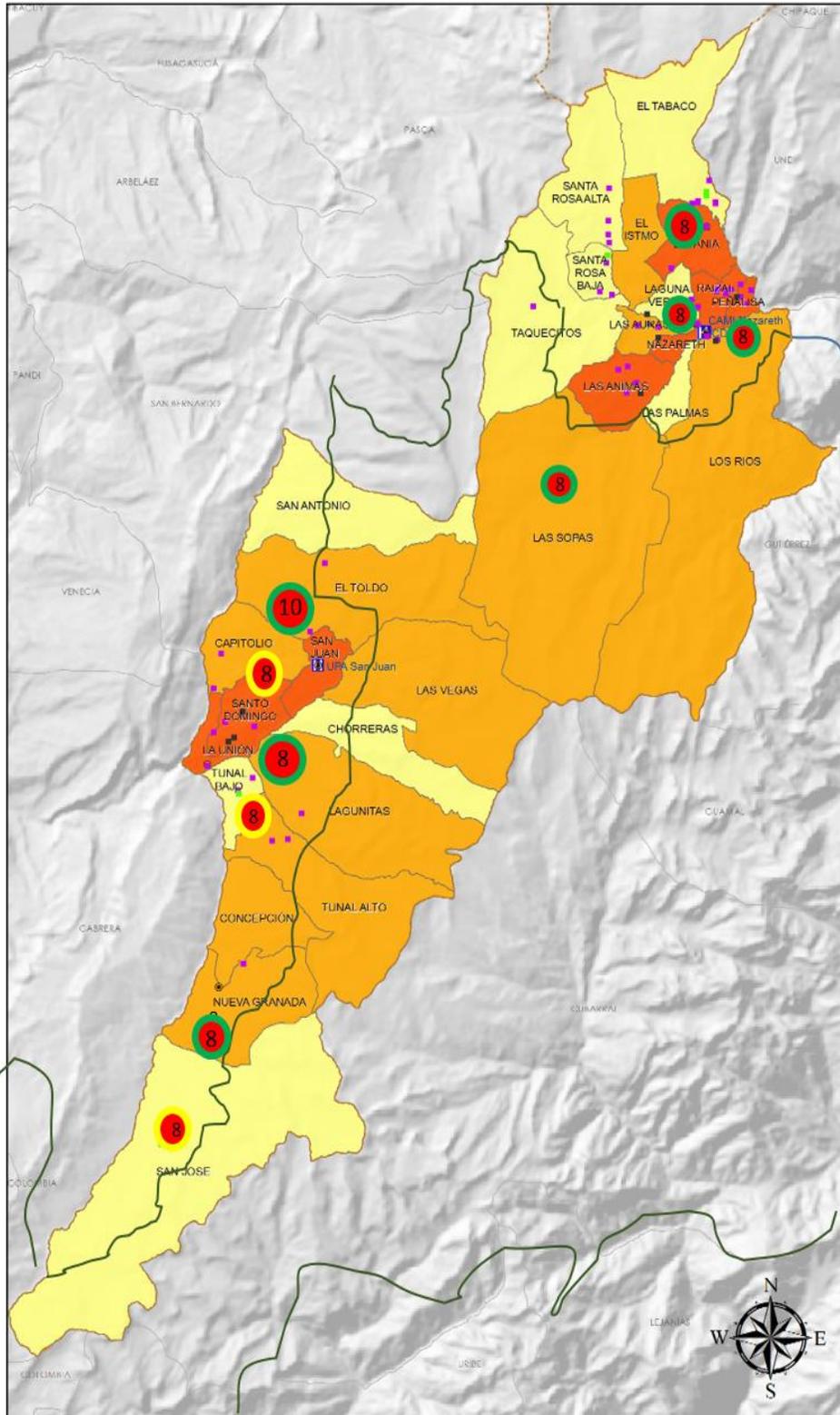
10. Teniendo en cuenta los resultados del proceso, la territorialización de las acciones y el planteamiento de transformación de los ejes estructurantes, se procede a construir la imagen y la metáfora para generar la configuración deseada del territorio.

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.

A la fecha, la construcción presenta la ubicación de los siguientes resultados:

Ubicación Espacial de las tensiones- Sumapaz

Ilustración 1. Figura- Localidad de Sumapaz. Subred Sur.



**SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
SUBDIRECCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL SUR E.S.E.
MAPA
ESPACIO VIVIENDA RURAL**

Escala 1:250.000

0 1 2 3 4 5 6 8 Kilómetros

CONVENCIONES

**Clasificación RFT 5-33
Espacio Vivienda Rural**

- Familia con riesgo alto
- Familia amenazada
- Familia con riesgo bajo

Número de familias en riesgo alto y amenazadas por vereda

- 2 - 8
- 9 - 16
- 17 - 58

- Centros poblados
- Centros de salud
- Limite de vereda
- Limite de localidad
- Limite de municipio

Localidad de Sumapaz en el Distrito Capital



INFORMACIÓN DE REFERENCIA

Sistema de referencia: UTM_MAGNA (EPS 1983)
Datum: MAGNA, Fuente de información cartográfica:
Mapa de Referencia para el Distrito Capital, Versión 02.05.08 (de conformidad con el artículo 1º del Decreto 1074 de 2008)
Elaboración: Oficina de Planeación y Desarrollo Urbano de la Secretaría Distrital de Salud, Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur E.S.E. Enero de 2017.



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



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. FINAL base 2016 RFT Sumapaz. 2016.
8. Sumapaz LDE. DIAGNOSTICO LOCAL CON PARTICIPACION SOCIAL 2013. 2013;
9. 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>
10. Rica C. Indicadores de Género y Salud, Costa Rica. 2012;
11. Secretaría Distrital de Planeación. Documento técnico de soporte de la cuenca del Río Tunjuelo. Bogotá D.C.; 2015.
12. Cortés E. Cuadernos de Desarrollo Económico 29.
13. ESE HNIN. Análisis de situación de salud población diferencial - Campesinos de la localidad 20 de sumapaz (fase exploratoria). 2015. p. 27.
14. Hospital Nazareth|. Diagnóstico Local Sumapaz 2014. Bogotá; 2015.
15. Defensoría del Pueblo. Acueductos Comunitarios En La Zona Rural De Ciudad Bolivar. 2011. p. 116.
16. León J. Plan Ambiental Local 2013-2016. Alcaldía Local Usme [Internet]. 2013;1–50. Available from:

<http://www.ambientebogota.gov.co/documents/10157/2883159/PAL+USME+2013-2016.pdf>

17. Subred Sur ESE EAccvs. Transcripción entrevista vereda Corinto. 2016.
18. Subred Sur ESE EAccvs. Transcripción entrevista vereda Mochuelo Alto. 2016.
19. Subred Sur ESE EAccvs. Transcripción entrevista vereda Pasquilla. 2016.
20. 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

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 Rio Blanco	35948,8	46,1%	Nazareth	242,36	0,68%
			Las Auras	428,83	1,20%
			Betania	1054,55	2,95%
			El Tabaco	2950,91	8,26%
			El Istmo	1125,77	3,15%
			Los Ríos	9891,72	27,70%
			Laguna Verde	499,54	1,40%
			Taquecitos	4173,61	11,69%
			Raizal	498,04	1,39%
			Peñalisa	216,23	0,61%
			Las Palmas	515,49	1,44%
			Las 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.

Anexo 2 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 etáreo, 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 etáreo, USS Sumapaz, 2016

Grupo Etáreo	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 insulino dependiente, 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 etéreo 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 proteicoenergética 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 etéreo 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 proteicoenergética 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 el 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 reporto 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.