

**EL PAPEL DE LAS REDES EN LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD
EN LAS ZONAS RURALES DE COLOMBIA: ESTUDIO DE CASO SUMAPAZ**

CINDY MARJURY MATAMOROS PERDOMO

**ARTICULO PARA OPTAR AL TITULO DE
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
BOGOTÁ
2017**

EL PAPEL DE LAS REDES EN LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD EN LAS ZONAS RURALES DE COLOMBIA: ESTUDIO DE CASO SUMAPAZ¹

Matamoros Perdomo CM²

RESUMEN

Estudio cualitativo de tipo exploratorio, el cual contó con la participación de 20 personas que habitan en Sumapaz. Su objetivo principal es determinar cómo resuelven las comunidades rurales de Colombia sus problemas de salud y qué papel juegan las redes. Para el desarrollo del estudio se emplearon entrevistas semiestructuradas encaminadas hacia las categorías del estudio: problemas de salud que se presentan, identificación de nodos y relaciones en las comunidades y acciones de resolución de dichos problemas. Los resultados indican que los principales inconvenientes que se presentan están relacionados con el difícil acceso a servicios de salud, la exclusión y el abandono estatal, ante lo cual las comunidades tienen que hacer un gasto significativo de dinero y tiempo para poder acceder a la atención en salud, así como generar organización comunitaria que les permita solucionar las situaciones adversas a las que se enfrentan, evidenciándose la importancia de las redes en las realidades de las poblaciones rurales.

Palabras clave: Salud Pública, zona rural, Sumapaz, vínculos, redes.

¹ La presente investigación contó con la asesoría de María Carolina Martínez, Socióloga, Mg Desarrollo Territorial Rural. Docente Maestría en Salud Pública. Universidad El Bosque.

² Enfermera, Especialista en Administración en Salud Pública con énfasis en Administración de Servicios de Salud, estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Universidad del Bosque.

ABSTRACT

The present is a qualitative exploratory study that involved 20 inhabitants of Sumapaz and its main objective is to determine how rural communities in Colombia solve their health problems and what role do networks play in this process. For its development we used semi-structured interviews aimed in the categories that are the principal concern of the study: health problems that are present in the area, identification of nodes and relationships of the community and actions to solve health problems.

The results show us that the main disadvantages are related to difficult access to health services, exclusion and state abandonment, situation before which the community have both to incur in a significant expenditure of money and time and also generate communitary organization to gain access to health care. The study concludes that the networks are very important in the realities of rural populations to solve the adverse situations they face.

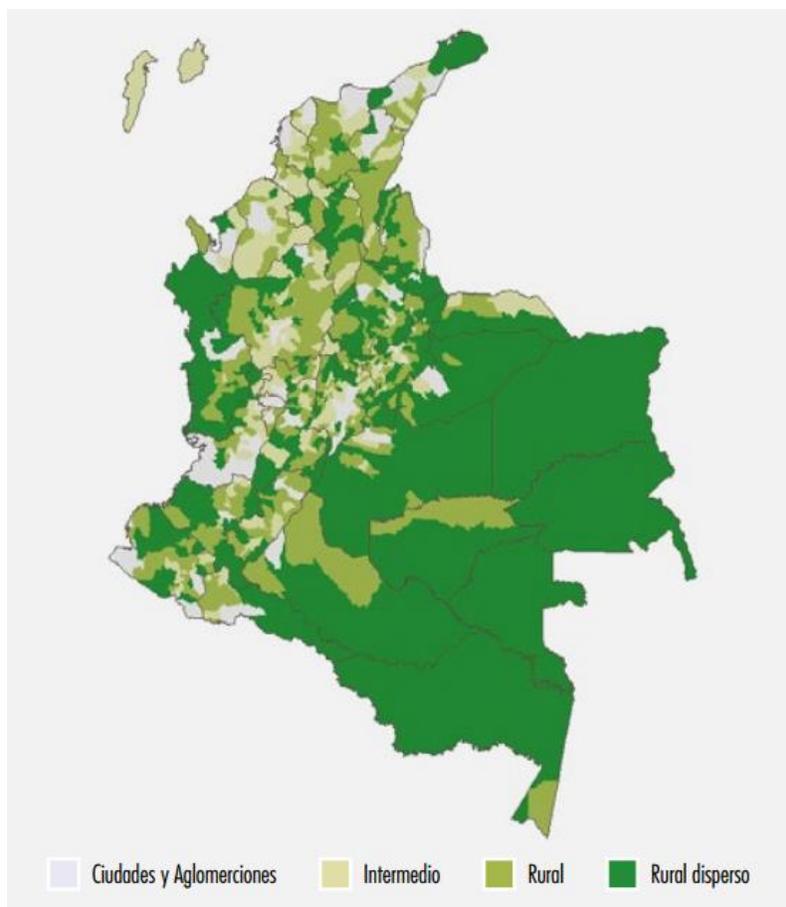
Key words: Public Health, rural area, links, Sumapaz, networks.

INTRODUCCIÓN

Pérez y Pérez en el año 2002, enunciaban que Colombia era uno de los países de América Latina que aún en el siglo XXI contaba con un alto porcentaje de proporción rural, junto con países como Bolivia, Perú, Nicaragua, Costa Rica, Honduras, entre otros, esto debido a que según las cifras mencionadas por dichos autores en su texto “El sector rural en Colombia y su crisis actual” aseguraban que 12 de los 32 departamentos de Colombia, es decir cerca del 40% del país, tenía más del 50% de su población en la zonas rurales. Este planteamiento se reafirma en el año 2011 con el “Informe Nacional de Desarrollo Humano-Colombia Rural, Razones para la Esperanza”, donde se menciona que *“para efectos de análisis se hicieron ejercicios estadísticos para fijar una línea de separación entre los que serían municipios rurales y los que serían municipios no rurales. Los resultados son muy interesantes: a partir de esa frontera, el 75,5% de los municipios colombianos serían rurales; en ellos vive el 31,6% de la población y cubren el 94,4% de la superficie del país. Estos resultados llaman a la reflexión sobre varios aspectos: las tres cuartas partes de los municipios son rurales; el porcentaje de población que vive en ellos es superior al que*

indican las cifras oficiales y casi la totalidad del territorio nacional está ocupado por municipios rurales". (1) (2). A continuación se observa el mapa construido en el marco del documento de Misión para la Transformación del Campo, el cual muestra la georreferenciación de las categorías de ruralidad planteadas.

Mapa 1. Población rural por categorías de ruralidad en Colombia



Fuente: Categorías de ruralidad de la Misión para la transformación del campo- Departamento Nacional de Planeación, con base en proyecciones DANE.

Frente a la población que habita en la ruralidad colombiana, se puede observar la transición poblacional que se ha dado del campo a la ciudad, según el Banco Mundial en el año 1960 el 60% de la población total del país habitaba en la ruralidad, para el año 2002 según datos de la Contraloría General de la República, la población rural ascendía a 15'600.000, es decir el 37,8% aproximadamente, para el año 2014 el Departamento Nacional de Planeación en el documento de Misión para la Transformación del Campo habla de una población rural

cercana al 30% del total nacional, (3) y según las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), se estima que para el año 2015 cerca del 24% de población colombiana habita en las zonas rurales, esto es alrededor de 11'520.000 personas.

Ahora bien, es necesario aclarar que el país enfrenta un problema de definición sobre qué es la población rural. Se catalogan como urbanas todas las cabeceras municipales sin importar el número de habitantes y sólo se considera como rural la población en lo que se denomina "resto". El DANE menciona algunas características que tiene lo que se denomina como área urbana, tales como: presencia de conjuntos de edificaciones y estructuras contiguas agrupadas en manzanas, delimitación por calles, carreras o avenidas, principalmente, cuenta por lo general, con una dotación de servicios esenciales tales como acueducto, alcantarillado, energía eléctrica, hospitales y colegios, entre otros. En esta categoría están incluidas las ciudades capitales y las cabeceras municipales restantes. Por otro lado frente a las áreas rurales se resaltan características tales como: la disposición dispersa de viviendas y explotaciones agropecuarias existentes en ella, no se cuenta con un trazado o nomenclatura de calles, carreteras, avenidas, y demás, y por lo general tampoco dispone, de servicios públicos y otro tipo de facilidades propias de las áreas urbanas.(4) Teniendo en cuenta estas características definidas por el DANE, se suscita una reflexión frente al concepto de ruralidad, ya que se asocia no solamente en este caso sino en muchos otros a algo anticuado, atrasado, abandonado, y esto en parte se debe al olvido estatal al que se enfrenta el campo colombiano, donde no hay inversión en infraestructura ni proyectos que les brinden herramientas a los campesinos para acceder a tecnologías u oportunidades de progreso.

Como lo mencionan algunos autores, entre ellos Fajardo (2002) y Perry (2010) el campo colombiano a lo largo de su historia se ha enfrentado a diversas problemáticas atravesadas por una profunda desigualdad e inequidad, donde se observa una concentración de la tierra en manos de pocos (grandes terratenientes y multinacionales), la ausencia de apoyo estatal tanto para el desarrollo agrícola, como para el desarrollo económico y social de las zonas rurales, lo que ha traído pobreza para estas poblaciones. (5) (6)

A partir de estas problemáticas los campesinos colombianos se comenzaron a organizar en torno a la propuesta de Zonas de Reserva Campesina (ZRC), como figura que les permite la garantía de derechos. La conformación de estas zonas se dio en dos momentos, un primer momento de construcción de las bases organizativas y jurídicas que se dio entre el año 1980 y el año 1997 y un segundo momento en el cual se dio la formalización jurídica de los procesos existentes entre el año 1997 y 2003.

Frente al primer momento, este comprendió la construcción de bases organizativas y jurídicas, donde se constituyeron los procesos y asociaciones campesinas que liderarían la reivindicación de una territorialidad campesina, y diseñarían aspectos básicos de la normatividad que rige para la figura de Zonas de Reserva Campesina. Este periodo inicio con la fundación en el año 1980 del Sindicato de Pequeños Agricultores de Cundinamarca (Sinpeagricun), impulsor de la Zona de Reserva Campesina de Cabrera, posteriormente en el año 1985 se constituyó la Cooperativa Multiactiva Agropecuaria del Guaviare (Coagroguaviare); hacia los años 1995 y 1996 se inició el Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio, promotor de la Zona de Reserva Campesina de Arenal y Morales, así como la conformación de la Asociación Campesina del Valle del Río Cimitarra (ACVC), de la Asociación de Desarrollo Integral Sostenible de la Perla Amazónica (Adispa) y de la Asociación Municipal de Colonos del Pato Balsillas (Amcop). (7)

Estas organizaciones jugaron un papel fundamental en la construcción de la figura de ZRC, gracias a su amplio repertorio de movilización, el cual sirvió de sustento para la exigibilidad de derechos. Ejemplo de ello fueron las marchas y protestas ocurridas a mediados de los años ochenta, desarrolladas por los campesinos habitantes del Parque Natural Nacional (PNN) Serranía de la Macarena y las adelantadas por los colonos sobre San José del Guaviare, en las que demandaban garantías para la permanencia en el territorio, políticas de desarrollo rural, titulación de predios, regulación concertada de la colonización y solución a la problemática de los cultivos de uso ilícito. Estas movilizaciones devinieron en acuerdos con el Instituto Nacional de la Reforma Agraria

(Incora), de los cuales resultó precisamente la propuesta de Zonas de Reserva Campesina, incluidas en el capítulo XIII de la ley 160 de 1994. (7)

De la ley 160 quedó pendiente la reglamentación de la figura para su aplicación, la cual ocurrió apenas dos años después, a partir de la presión del campesinado movilizadado que, como contrapropuesta a las fumigaciones de cultivos de uso ilícito en Bolívar, Caqueta, Cauca, Guaviare y Putumayo, exigió la expedición de la normativa reglamentaria de la figura y la construcción de zonas de reserva campesina como alternativa de desarrollo y de superación de los cultivos de uso ilícito. Resultado de ello fue la promulgación del Decreto 1777 de 1996 y del acuerdo 024 del mismo, expedido por la Junta directiva del Incora, los cuales junto con la ley 160 de 1994 conforman el marco normativo de las ZRC y sirven de referente jurídico para el movimiento socioterritorial de las zonas. (7)

En lo que tiene que ver con segundo momento de formalización jurídica de los procesos existentes; se dio con la constitución formal de las ZRC de Calamar (Guaviare) y el Pato Balsillas la cual significó la primera puesta en escena del proceso, después de esta vendría la constitución de otras 5 zonas más.

Es importante tener en cuenta el contexto de las Zonas de Reserva Campesina para el actual documento, dado que estas hacen parte del contexto rural del país y de las propuestas que ha venido construyendo el campesinado para hacer frente a las problemáticas que viven en los territorios, entre ellas las dificultades en materia del Derecho a la Salud.

Por otro lado es necesario mencionar que, a pesar de las características rurales que tiene el país, al hacer la revisión de literatura respecto al tema de interés (salud en las zonas rurales) se observan varios vacíos académicos, legales y estatales en lo que tiene que ver con la salud en las zonas rurales de Colombia, encontrando una minoría de textos que abordan el tema. Además de lo anterior, se encuentra que los pocos textos existentes de salud y ruralidad abordan en su mayoría el tema de salud netamente desde el acceso a los servicios asistenciales. Es así como dentro de los textos revisados se observa que la mayor parte de la literatura fue escrita entre los años 2007 y 2014, sin embargo llama la atención textos con

información pertinente al tema pero que son antiguos (de 1998 hacia atrás). Del total de 280 textos encontrados en la revisión, 120 abordan únicamente el tema de Zonas de Reserva Campesina y 136 tenían alguna relación entre ruralidad y salud, sin embargo por los años de publicación, los países y los contenidos de los 136 textos sólo 24 contenían información frente al tema de investigación, los cuales ayudan a ilustrar la situación de salud en las zonas rurales de Colombia.

De la mano con los vacíos documentales e investigativos, se encuentran vacíos de información, donde si bien hay documentos que abordan el tema, hay varias cosas que quedan en el aire tales como la salud ocupacional, situación en salud de las comunidades, datos sociodemográficos e indicadores de la ruralidad actualizados, entre otros, lo cual no permite conocer a profundidad las realidades en salud que viven las personas que habitan en las zonas rurales de Colombia, lo cual lleva a tener diferentes interrogantes e incertidumbres sobre el tema. Llama la atención conocer cómo viven su salud las comunidades rurales en el día a día, cómo resuelven los problemas que se presentan en su salud y qué papel juega dentro de estas realidades las figuras institucionales y las figuras organizativas de las comunidades, ya que esto permitiría contar con información real a partir de la cual se puedan generar propuestas y acciones que contribuyan a mejorar las condiciones de calidad de vida y salud del campesinado colombiano.

SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO EN EL SECTOR RURAL

En primer lugar, es necesario abordara algunos elementos centrales para hablar de salud en el país a partir de la Ley 100 de 1993, los cuales tienen que ver con el aseguramiento, los regímenes de afiliación y el acceso de la población colombiana a estos. A partir de la ley 100 de 1993, se crean dos regímenes de afiliación: Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado, al primero se afilian las personas con capacidad de pago, es decir todas aquellas personas que tienen algún trabajo o labor que le genere ingresos mensuales iguales o superiores a un salario mínimo, por otro en el subsidiado están aquellas personas que no tienen capacidad de pago. Además de estos dos regímenes, está el Régimen especial, al cual

pertenecen las fuerzas militares, la Policía Nacional, los trabajadores de Ecopetrol, el magisterio y las universidades públicas. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), actualmente EAPB (Empresas Administradoras de Planes de Beneficios), ya sean públicas o privadas, las cuales se encargan de ofrecer, como mínimo, el Plan Obligatorio de Salud (POS). (8)

Los proveedores de la atención en salud son las instituciones prestadoras de servicios (IPS), las cuales son contratadas por las EPS. El sector exclusivamente privado es utilizado preponderantemente por la clase alta que, aún cotizando en alguna EPS, contrata seguros privados o acude a la consulta privada. Una porción de la población de ingresos medios, por carecer de cobertura o por no tener acceso oportuno al SGSSS, se ve obligada a acudir a la consulta privada haciendo pagos de bolsillo. (8)

Frente a la financiación, los servicios de salud se financian con contribuciones de los trabajadores asalariados e independientes afiliados a las EPS, con contribuciones del gobierno y con contribuciones de los empleadores. Todas estas contribuciones se reúnen en el FOSYGA, el cual las redistribuye a las EPS según la cantidad de afiliados que tienen en cada uno de los dos regímenes, contributivo o subsidiado. En el caso del subsidiado, los recursos del FOSYGA se suman a las transferencias fiscales de la nación a los municipios para completar la financiación de los servicios. Las EPS a su vez pagan los servicios a las IPS bajo diferentes modalidades: retrospectivo por evento, prospectivo por grupo diagnóstico y, en ocasiones, por capitación a los prestadores de ciertos servicios. (8)

Teniendo en cuenta el contexto del sistema de salud en Colombia enunciado anteriormente es necesario mencionar varios elementos en lo que respecta a la ruralidad. Por un lado frente a la afiliación al régimen contributivo de la población rural Arroyo y Tovar en su estudio desarrollado en el año 2006 encuentran una serie de aspectos que influyeron en la probabilidad de que la población migrante rural colombiana accediera al régimen contributivo de salud, donde se mencionan tres aspectos fundamentales que influyen en el acceso de la población rural migrante al Régimen Contributivo. En primer lugar, está el

efecto que tiene ser mujer sobre la probabilidad de acceder al régimen contributivo en calidad de cotizante, dado que los roles que ocupan en su mayoría las mujeres en la ruralidad están relacionados con las labores del hogar y del mantenimiento de la finca, por las cuales no reciben ningún tipo de remuneración económica, en cambio el hombre tiene su rol de jefe del hogar, por lo cual es quien trabaja en el día a día en diferentes actividades agropecuarias con las cuales lleva el sustento a la familia, esto hace que en su mayoría sean los hombres los que cuentan con la capacidad de pago para afiliarse como cotizante al Sistema de Salud, lo anterior deja ver la marcada inequidad de género que existe en las zonas rurales del país, esto influenciado por la predominante cultura machista que rige las prácticas de la sociedad colombiana.(9) En este sentido, en el Boletín 002 del año 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social enfocado hacia la mujer rural y la agricultura familiar en Colombia, menciona que según los resultados de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT-2012) “los hombres ocupan en promedio 3 horas 6 minutos” en el trabajo no remunerado, “mientras que las mujeres 8 horas 12 minutos, esto permite evidenciar que las mujeres ocupan 5 horas 6 minutos día promedio más que los hombres en este tipo de actividades”. Los resultados de esta encuesta ratifican la participación desigual que se da entre hombres y mujeres rurales mayores de 10 años en el trabajo no remunerado en el cual se encuentran actividades relacionadas con la agricultura familiar, que incluyen la producción y el suministro de alimentos. De otra parte, la misma encuesta señala que para la población rural, que realizó actividades de trabajo en producción de bienes y servicios, se da una mayor participación de los hombres con un 59,3 % con respecto a las mujeres con un 20,6 %. Esta cifra no incluye el trabajo en producción de bienes para uso final propio de los hogares. (10)

El segundo aspecto que menciona Arroyo y Tovar, está relacionado con el nivel de escolarización, el cual mencionan, es bajo en los jefes de hogar en la ruralidad, por tanto, tienen menor probabilidad de insertarse en el mercado laboral formal, frente a esto, al revisar la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2010, se encuentra que a ese año el 12,9% de los hombres que habitan en la ruralidad no han tenido acceso a la educación, el 38,3% tenían primaria incompleta, el 18% tenían primaria completa, el 18,5% tenían secundaria incompleta, el 8,5% tenían secundaria completa y sólo el 2,7% ha podido

acceder a educación superior. (9) En este sentido, en el Boletín del Ministerio realiza el comparativo entre hombres y mujeres respecto a la escolaridad para la población de 10 años y más, donde se menciona que el 12,97 % de los hombres rurales expresan no tener ninguna escolaridad, frente al 12,20 % de las mujeres rurales. Existe una brecha muy reducida entre hombres y mujeres en este aspecto. En básica primaria los hombres rurales presentan un mayor porcentaje con 48.55 % con relación a un 45.38 % de las mujeres rurales. En educación media y superior las mujeres presentan un mayor porcentaje que los hombres, así: en educación media con un 13.6 % frente a un 11.68 %, y en superior con un 5 % comparado con 3.4 %. (10)

El no tener culminado los estudios de bachillerato influye principalmente en los casos de migración hacia las principales ciudades del país, ya que en estos lugares para acceder a la mayoría de empleos se requiere un mínimo de estudios, por lo que se encuentran con fuertes barreras para poder insertarse en las estructuras sociales y económicas de los lugares de destino, al generarse estas limitantes, se afecta gravemente el ingreso de dinero de esta población influyendo de manera negativa en su calidad de vida. (9)

Un tercer aspecto que influye en la accesibilidad de la población rural al Régimen contributivo está relacionada con los bajos ingresos económicos que tienen estas poblaciones, donde difícilmente se llega a obtener ingresos iguales a los de un salario mínimo, por lo general, según referían los campesinos en las entrevistas desarrolladas en el territorio de Sumapaz, los ingresos oscilan entre los \$300.000 y los \$400.000 mensuales, de igual forma, según Montoya (2014) el ingreso promedio de un campesino era en 2009 de \$220.000 mensuales, mientras en la ciudad el ingreso promedio alcanzaba los \$668.000. (11)

A partir de lo enunciado anteriormente es importante mencionar que si bien en la reglamentación del actual Sistema de Salud Colombiano es fundamental la afiliación a una EAPB, en las realidades que viven día a día los Colombianos y Colombianas, esta afiliación no es una garantía de acceso efectivo a los servicios de salud, ya que hay

múltiples factores que de orden económico, geográfico y administrativo que se convierten en barreras para que las poblaciones puedan tener una atención en salud.

Teniendo en cuenta esto, la accesibilidad se convierte en un tema fundamental en la salud de las comunidades, especialmente aquellas que habitan en la ruralidad. Dentro del actual sistema de salud, se presentan serias dificultades tanto para la población urbana como para la rural para el acceso a los servicios de salud, frente a estas dificultades existen diversos textos que abordan las múltiples barreras de acceso a las que se deben enfrentar las personas en su cotidianidad para poder acceder a la atención en salud, sin embargo en lo específico del tema rural, estas dificultades son más profundas.

Frente al tema de Barreras Vargas Lorenzo (2009) en su documento “Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia” menciona que el tipo de dificultades en el acceso que aparecen con más frecuencia en el área rural son similares a las que surgen en el área urbana: los principios del modelo de competencia gestionada, algunos aspectos de la política de aseguramiento, barreras al acceso que imponen las Aseguradoras, elementos estructurales y organizativos de la red de prestadores y características socioeconómicas de la población. No obstante, también se aprecian diferencias notables en la intensidad con la que aparecen en el discurso de los informantes algunas de estas barreras. En la zona urbana, a diferencia de la rural, emergen con fuerza barreras relacionadas con las aseguradoras, así como más problemas por el rechazo de los pacientes por parte de los proveedores. En la zona rural aparecen con más intensidad las dificultades estructurales relacionadas con la red de prestadores de servicios así como el acceso geográfico y la insuficiencia de la oferta de servicios de la red pública. (12)

Además de lo anterior, Vargas Lorenzo encontraba en el estudio desarrollado que algunos gestores opinaban que el modelo de competencia gestionada que introdujo la Ley 100 significó un cambio importante en el comportamiento de los hospitales públicos, donde tras la reforma, estas instituciones empezaron a darle más prioridad a la rentabilidad económica, que al beneficio social que reporta la atención a la salud de la población, destacando el

desarrollo de algunas prácticas de los hospitales para mejorar sus resultados económicos como el rechazo de patologías poco rentables o de la atención de pacientes sin financiador. Por otro lado algunos gestores entrevistados consideraban que a partir de la reforma en salud se produjo un incremento del gasto público en salud el cual no se ha traducido en una mejora en la salud de la población. (12)

Vargas Lorenzo también afirma que los usuarios residentes en el área destacan la imposibilidad legal de utilizar el seguro cuando cambian la residencia a otro municipio. Los usuarios deben realizar nuevamente el proceso de aseguramiento en el nuevo municipio, así como los trámites para la desafiliación en el antiguo. Según los entrevistados, esta dificultad afecta especialmente a aquella población con mucha movilidad por motivos laborales, como los jornaleros, o por el conflicto armado. La mayoría de los informantes, y con especial énfasis los usuarios, coinciden en destacar la autorización de las aseguradoras como una de las barreras más importantes en el acceso a la atención especializada, donde inciden factores tales como el coste del desplazamiento para realizar los trámites, así como la lentitud en la obtención de las autorizaciones. (12)

Otro aspecto relevante en las poblaciones rurales es la actividad económica principal que desarrollan los campesinos y las deficiencias que tiene el sistema de salud colombiano frente a estas, Viveros Aguilar, Vivas Quiñones y Guerrero Pepinosa (2014), mencionan la preocupación sobre las condiciones de salud de los trabajadores del sector agrícola debido a que esta población en su mayoría no cuenta con una afiliación al sistema de salud y menos a una Administradora de Riesgos Laborales. Frente a la cobertura de afiliación de los trabajadores en Colombia, según la Encuesta de Calidad de Vida en 2010 se evidenciaba que en las zonas Urbanas era del 88,8% y en las zonas rurales era del 88,5% sin embargo al hacer la búsqueda de población afiliada a ARL no se encontraron datos consolidados del país que permitieran conocer cuál es la proporción de población rural afiliada. (13)

Como lo enuncian Viveros Aguilar, Vivas Quiñones y Guerrero Pepinosa (2014), en el estudio que realizaron, la salud autopercibida es muy buena a pesar de la falta de implementos de bioseguridad que generan que un 30% de los trabajadores tengan

accidentes relacionados con su actividad laboral. La población está expuesta a los efectos nocivos del sol y a sustancias tóxicas como plaguicidas y no utilizan protección adecuada para la manipulación. El riesgo ergonómico al que están expuestos podría generar desordenes osteomusculares, lo anterior hace a la población más vulnerable para desarrollar enfermedades. (13)

Es importante rescatar que como lo menciona Montoya Sanabria en su texto *Salud y ruralidad: una mirada a la utilización de servicios de salud en el segundo nivel de atención*, para el año 2014 el 60% del empleo rural era informal, el 83% de la población rural está en el régimen subsidiado de salud y El 55% de los campesinos pobres nunca ha recibido asistencia técnica, esto último es realmente preocupante frente al desarrollo de las acciones agrícolas que realizan en su cotidianidad y el riesgo para la seguridad física de los campesinos. (11)

En el texto “Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia”, escrito por Pineda Restrepo en el año 2012, se realiza un análisis interesante donde la autora plantea que las situaciones de exclusión a las que ha estado expuesta la población rural en Colombia están dadas por una desigual estructura de tenencia de la tierra y por un orden social injusto que no permite la movilidad de las personas, lo anterior hace que se generen condiciones de desigualdad y de inequidad frente al logro de una capacidad fundamental para el desarrollo humano, como es el estar saludable dentro del ámbito rural. Para desarrollar su hipótesis la autora se basa en unos marcos conceptuales centrados en el desarrollo humano, la desigualdad y la inequidad en salud, poniendo sobre la mesa una serie de situaciones y aspectos de la ruralidad que inciden en la salud y vida de las personas que habitan allí, tales como: el índice de Ginni del 0,8 lo que deja ver la desigualdad en el acceso a la tierra; la pobreza es 2,3 veces mayor en municipios de alta ruralidad en comparación con las zonas urbanas, de igual forma se muestran diferencias entre las zonas urbanas y rurales de los distintos indicadores de salud y calidad de vida, los cuales permiten ver la desigualdad e inequidad presentes en estas zonas, algunos de estos indicadores son: desnutrición crónica y aguda superior en las zonas rurales así como mayor inseguridad alimentaria y mayor mortalidad infantil, finalmente en lo que tiene que ver con aspectos

sanitarios también se observa mayor vulnerabilidad en las zonas rurales del país evidenciado en baja cobertura de acueducto y alcantarillado, así como difícil acceso al agua potable. Frente a esto último según lo reportado en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del año 2010 solamente el 57,1% de la población rural tiene acceso a acueducto, solo el 15,1 % a alcantarillado y el 22,3% a recolección de basuras. (14)

Pineda afirma que mejorar las condiciones de salud de la población rural va más allá de mejorar la asistencia en salud y la atención de la enfermedad; implica profundas transformaciones de orden económico, político y social que permitan superar las desigualdades existentes entre lo urbano y lo rural. Así que, de acuerdo con Sen, si la sociedad siente que tiene alguna responsabilidad de brindar a todas las personas algún tipo de bienestar que supere la simple satisfacción de necesidades básicas —por ejemplo, el contar con buena salud—, entonces deberá disponer de los recursos suficientes no solo para prevenir o curar la enfermedad, sino también para gozar de una adecuada calidad de vida. Pineda sostiene que “No se trata únicamente de curar ni de satisfacer las necesidades; se trata de construir una sociedad donde se garanticen derechos fundamentales que posibiliten la inclusión social y la ampliación de las capacidades humanas y de garantizar la realización de los derechos humanos y transitar hacia el círculo virtuoso de equidad social, libertad y desarrollo”. (14)

Otro aspecto a tener en cuenta frente al sistema de salud colombiano en la ruralidad tiene que ver con algo que mencionan los autores Rodríguez-Villamizar, Acosta-Ramírez y Ruiz-Rodríguez en el año 2012, donde se afirma que la mayoría de las dificultades del modelo en el contexto externo son de tipo estructural y están determinadas por un sistema de salud, que en Colombia tiene multiplicidad de actores, y opera con una lógica de segmentación institucional y fragmentación operativa que no está orientado a la solución de problemas de la población sino a la aplicación de planes y el cumplimiento de metas contractuales. De acuerdo a lo enunciado anteriormente, se puede reflexionar sobre aspectos tales como el no contar con un mecanismo a nivel nacional que permita una atención a la población de manera fácil y sin tramitología, muchas personas, especialmente las que son desplazadas y llegan a las grandes ciudades del país, deben enfrentarse a grandes retos para lograr

atención, ya que muchas de las EPS que afilian a las personas en zonas rurales, no tienen cobertura en estas ciudades, por lo cual deben iniciar todo un proceso para desafiliarse de la anterior EPS y poder pasar a otra con la que si pueda recibir atención. Por otro lado hay una segmentación de servicios en algunas IPS, por lo cual los pacientes deben emprender varios recorridos a través de varias IPS para lograr acceder a todo lo que necesitan, esto se presenta más frecuentemente en las zonas rurales, donde las IPS que hacen presencia allí cuentan con servicios e insumos limitados. Frente a estas situaciones se encontró un caso en Sumapaz, de una persona que vivía anteriormente en el Tolima y al llegar a vivir a Sumapaz tuvo que desarrollar toda una serie de trámites para poder trasladarse de EPS y poder ser atendida ella y su hija. (15)

Frente a esta serie de dificultades mencionadas hasta este punto, Pérez puntualiza en su texto Nueva ruralidad, globalización y salud (2006) “Una de las características del mundo rural latinoamericano es que los servicios de salud están sobre todo en las áreas urbanas y tienen muy poca presencia en las pequeñas poblaciones y en las regiones con población dispersa. En Colombia aúnes muy deficitaria la cobertura en salud básica para todos los pobres, pero de manera especial para los pobres rurales. Más del 50 % de la población pobre urbana no tiene acceso formal a ningún servicio de salud y la situación es peor en el campo”. (16)

Pérez (2006) afirma que a pesar de las grandes transformaciones que ha sufrido el mundo rural, en especial en los últimos años, aún hay factores negativos que prevalecen como la pobreza, la falta de equidad en la distribución de ingresos y acceso a la tierra y demás bienes productivos, el bajo nivel educativo, el atraso tecnológico, las precarias condiciones de salubridad, acceso a servicios como agua y alcantarillado y la mala calidad de las viviendas. El mundo rural se ha globalizado, y ello ha significado ventajas y desventajas. Quienes más han sufrido el impacto negativo son los pequeños agricultores que no están en condiciones de competir en un mercado supremamente dinámico y abierto. Uno de los efectos negativos que ha traído la globalización es el de la amenaza a la economía y a la salud humana y animal debido a la rápida propagación de enfermedades transfronterizas. Es claro que los países menos desarrollados podrán sufrir un impacto mayor debido a las

condiciones de pobreza, falta de educación y capacidad institucional para afrontar crisis de salud. (16)

Un aspecto importante que resalta Montoya Sanabria (2014) es que las comunidades rurales pobres de América Latina y el Caribe en su mayoría cuentan con condiciones de escaso acceso a los servicios de salud. Las barreras geográficas, culturales y/o socioeconómicas impiden las poblaciones a tener acceso a los profesionales y establecimientos de atención en salud. El acceso a dichos servicios también se complica por el terreno difícil que a veces hay que recorrer para acudir a estos establecimientos, donde el transporte público a menudo es inexistente. Al mismo tiempo, los profesionales de salud calificados, generalmente no se trasladan a zonas aisladas, emigran a otros países donde la remuneración es más atractiva.

Para finalizar, Montoya Sanabria afirma que “el intento de suicidio, la intoxicación por plaguicidas, la tuberculosis y otras enfermedades del aparato digestivo o la morbilidad por trastornos del aparato circulatorio tienen características únicas en los municipios de poblaciones netamente rurales. Por ello, se necesitan replantear los sistemas de vigilancia de la morbilidad, debido a que el análisis de registros no debe mantener la práctica de invisibilización y homogenización de las poblaciones, bajo el parámetro de residencia, sin tener en cuenta que en un país como Colombia aún en áreas urbanas, existen comunidades rurales dado que el complejo proceso de migración del campo a la ciudad que se ha afrontado durante los últimos 60 años”. (11)

METODOLOGIA

Esta investigación cualitativa de tipo exploratorio que toma un estudio de caso, pretende a partir de la revisión de fuentes primarias y secundarias realizar una aproximación desde la teoría de redes a la forma en que las comunidades de las zonas rurales en Colombia solucionan y garantizan el ejercicio del derecho a la salud.

El caso que se analiza es el del Páramo de Sumapaz en los corregimientos de San Juan de Sumapaz principalmente, dado que es el corregimiento más grande del territorio, el cual

tiene un total de 14 de las 28 veredas con las que cuenta Sumapaz y el corregimiento de Nazareth en una menor proporción.

En este análisis exploratorio se utilizaran como técnicas de investigación:

- 1- Análisis Documental
- 2- Entrevistas

Dentro de la segunda técnica de investigación, se llevaron a cabo 20 entrevistas a personas que habitan o trabajan en el territorio, los cuales conocen las realidades presentes allí y han vivido diferentes experiencias relacionadas ya sea con su salud o con la salud de algún familiar o persona cercana. Se emplearon entrevistas semiestructuradas encaminadas hacia las categorías del estudio: Identificación de nodos, relaciones- vínculos presentes en las comunidades que habitan en el territorio, principales problemas de salud que se presentan en esta zona rural y acciones de resolución de problemas de salud.

Dentro de las 20 entrevistas, 18 residen en el corregimiento de San Juan de Sumapaz (el corregimiento más grande del territorio) y 2 en el Corregimiento de Nazareth. Dentro de la población entrevistada se encontró que en su mayoría las personas son nativas de Sumapaz y han vivido toda su vida en el territorio, sólo tres personas de las 20 entrevistadas no son nacidas en Sumapaz y no han vivido toda su vida allí. En cuanto a los ciclos vitales de las personas entrevistadas se contó con la participación de personas jóvenes, adultas y adultas mayores.

RESULTADOS

TEORÍA DE REDES Y SALUD

A partir de lo desarrollado hasta este punto y los objetivos de la investigación, se toma como referente teórico para el análisis y la discusión la teoría de redes. La teoría de redes, es una herramienta de gran importancia, ya que permite conocer y analizar las interacciones, vínculos y nodos presentes en las comunidades, con el fin de reconocer la organización y realidades de las mismas.

De acuerdo a los principales autores Watts (Seis Grados de separación) y Solé (Redes Complejas), quienes trabajan con esta teoría en sus textos, mencionan que se puede hablar de una red como una colección de objetos relacionado de un cierto modo entre sí. De igual forma estos autores plantean una serie de características que poseen las redes, las cuales están relacionadas con el acoplamiento, la sincronía, vínculos, aleatoriedad, propagación, entre otras. (17) (18)

Para poder hablar de redes y salud es necesario mencionar en un primer momento algunos elementos planteados en la teoría para posteriormente comprender cómo estos se pueden ver y relacionar con las realidades y cotidianidad de las personas y su salud. Watts, por ejemplo, plantea que las redes representan poblaciones de componentes individuales que hacen algo, por ejemplo generan electricidad, envían datos e incluso toman decisiones. La estructura de las relaciones entre los componentes de la red, es importante, ya que afecta tanto a su comportamiento individual como al comportamiento del sistema como un todo. Además de lo anterior, Watts menciona que las redes son objetos dinámicos, dado que las redes mismas evolucionan y cambian con el tiempo, impulsadas por las actividades o las decisiones de aquellos mismos componentes. (17)

Algunos de los autores que han escrito sobre la teoría mencionan algunos tipos de redes que se pueden encontrar, tales como las redes de mundo pequeño, redes sin escala, redes multiescala, redes reales, entre otras. Frente a las **redes de mundo pequeño** es importante enunciar que tiene como características la existencia de reglas, la posibilidad de creación de atajos, la presencia de aleatoriedad creciente, donde se pueden dar dos formas de búsqueda: diseminada y dirigida. Por otro lado frente a las **redes sin escala**, se menciona como principal característica que la mayoría de los nodos están relativamente mal conectados mientras que la minoría selecta de Hubs o nodos centrales están muy conectados, Barabási y Albert analizaron las redes desde el postulado “los ricos siempre se hacen más ricos”, donde concretamente desde las redes expresaron: si un nodo tiene dos veces más enlaces que otro nodo, entonces tiene precisamente una probabilidad dos veces mayor de recibir un

nuevo enlace. En lo que respecta a las **redes multiescala**, se habla que pueden funcionar a diferentes escalas, ya sean locales o globales. (17) (18)

Teniendo en cuenta lo ya mencionado frente a las redes, se puede observar cómo el mundo, las comunidades e individuos están atravesados por una serie de relaciones y contextos que permiten la generación de redes. En el día a día los seres humanos establecen un gran número de interacciones con personas conocidas y desconocidas a través de las cuales se generan vínculos, la mayoría de las veces buscando resolver problemas que se presentan en su cotidianidad. Para el caso específico de salud, las redes juegan un papel fundamental, ya que el sistema de salud colombiano en sí constituye una red compuesta por diferentes nodos (EPS, IPS, Usuarios, entes de control, entre otros) y vínculos, además de esto también se tejen redes alrededor del acceso a la salud, donde los usuarios del sistema deben organizarse y apoyarse de amigos, familia o conocidos para poder acceder a la atención, esto debido a que la tramitología, tiempos y barreras que se presentan hacen que para que las personas pueda acceder a un servicio se deba hacer una “búsqueda diseminada” es decir hacer todo un recorrido que implica pasar por muchos lugares y personas hasta lograr su objetivo, pero al tener un vínculo con una persona clave “búsqueda dirigida” le permite generar atajos que le hagan acceder a la atención de manera más rápida.

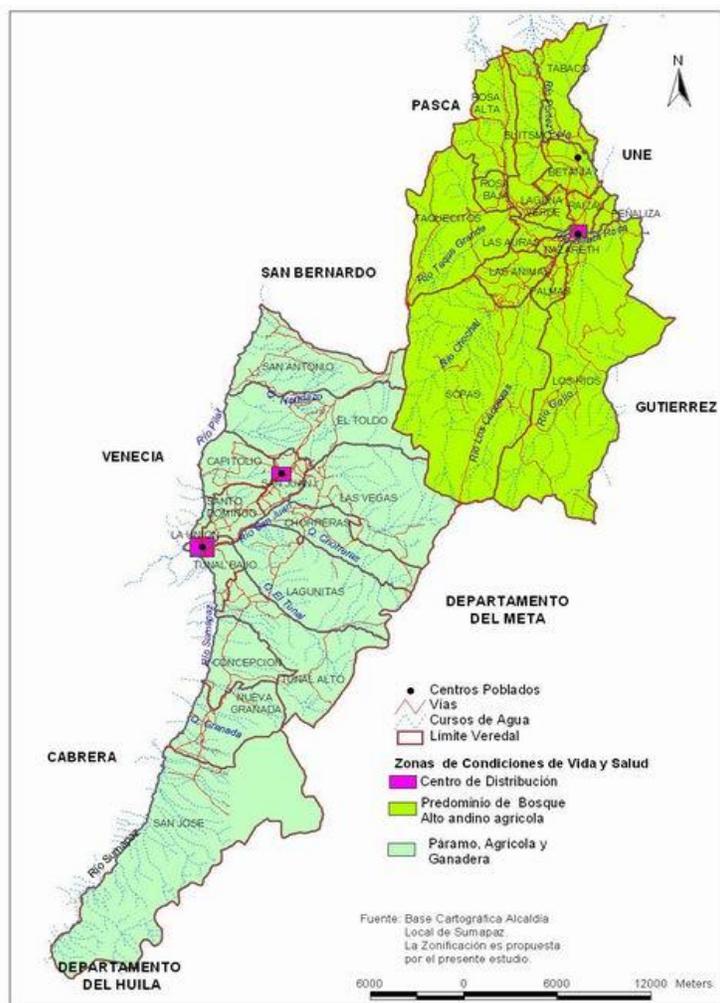
En el caso particular de las zonas rurales del país, el tema de las redes se complejiza más, dado que hay zonas muy lejanas donde no cuentan con los insumos para brindar la atención necesaria y no se cuenta con una red adecuada para resolver de manera eficiente y positiva los problemas de estas comunidades, los vínculos con otros lugares donde si se cuenta con las herramientas para resolver los problemas son muy débiles y se puede hablar de una red sin escala.

CONTEXTO SOCIAL DEL SUMAPAZ

Para conocer el contexto Social de Sumapaz se logran ubicar una serie de elementos interesantes que aportan al desarrollo del trabajo investigativo. Se realiza la revisión de diferentes documentos institucionales, académicos así como documentos construidos por la comunidad, lo que permite hacer una caracterización del territorio.

Como se menciona en el Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos del año 2009, la localidad de Sumapaz está ubicada en el extremo sur del Distrito, y sus límites son, al norte, con la localidad de Usme; al sur, con el departamento del Huila; al oriente, con los municipios de Une, Gutiérrez y con el departamento del Meta, y al occidente, con los municipios de Pasca, San Bernardo, Cabrera y Venecia. Sumapaz genera uno de los más grandes recursos hídricos de Colombia, el cual hace parte de las cuencas de los ríos Magdalena y Orinoco. (19) En el mapa que aparece a continuación se puede observar la ubicación geográfica del territorio de Sumapaz.

Mapa N° 2. Mapa de Sumapaz. 2006.



Fuente: archivos de la Alcaldía Local del Sumapaz 2006

En la actualidad, la localidad de Sumapaz se encuentra dividida en tres corregimientos, los cuales a su vez contienen 28 veredas. Los corregimientos de Betania y Nazareth se ubican en la UPR Río Blanco y el corregimiento de San Juan se localiza en la UPR Río Sumapaz. En la tabla N° 1 se observa el número de veredas por corregimiento. El corregimiento de San Juan de Sumapaz, es el que concentra la mayor cantidad de veredas, con el 50% del total, seguido por Nazareth y por último Betania, con 28,6% y 21,4%, respectivamente. (19)

Tabla N° 1. Número de veredas por corregimiento en Sumapaz. 2008

Corregimiento	Cantidad de veredas
Betania	6
Nazareth	8
San Juan de Sumapaz	14
Total	28

Fuente: SDP, Recorriendo Sumapaz, Bogotá D .C. 2004, pag. 16.

Frente a las características geográficas, es importante señalar que pese a que el Sumapaz es considerado como una localidad del distrito, hay un largo camino para llegar hasta allí alrededor de 3 o 4 horas y una vía en muy mal estado, lo que puede llevar a pensar a las personas que van por primera vez que es un municipio de Cundinamarca, sin embargo al aproximarse a las lagunas de los tunjos, un letrero sobre la vía da la bienvenida a la localidad 20 de Bogotá, en el trayecto no se observan estaciones de gasolina, ni mucha habitabilidad, escasamente algunas casas y un retén militar se encuentran sobre la vía. Se tiene acceso por otra vía (pasca). Ya hablando un poco de la parte ambiental, se observa una gran riqueza natural, frailejones, las lagunas de los tunjos, el Parque Nacional Natural de Sumapaz, se observa una gran vegetación, el clima es bastante frío, alrededor de los 8 C°, llovizna constantemente, y las montañas tienen una permanente neblina, como se observa en la imagen 1 y 2. (19)

Imagen N° 1. Carretera que conduce a Sumapaz.



Fuente: Registro fotográfico de trabajo de campo

Imagen N° 2. Paramo de Sumapaz



Fuente: Registro fotográfico de trabajo de campo

Según censo DANE para el año 2015 se calcula para el territorio de Sumapaz un total de 6460 habitantes, de los cuales 3349 son hombres y 3111 son mujeres. De esta población se encuentra un total de 1857 menores de 14 años, 1372 jóvenes entre los 15 y 29 años, 2418 personas entre los 30 y 59 años y 813 mayores de 60 años. Por otro lado en el diagnóstico se menciona un dato importante que tiene que ver con la relación de dependencia, donde se observa que en Sumapaz, en el año 2005 se tenían 67,28 personas dependientes demográficamente por cada 100 personas en edades activas, frente a un 11,2 a nivel nacional, esta relación ha venido disminuyendo y se espera que para el año 2015 hayan 59,55 personas dependientes por cada 100 personas en edades activas en la región. (19)

Respecto a la parte cultural, se encuentra una cultura tradicional campesina, es común ver a las personas con ruana, sombrero y botas de caucho, al llegar a la zona poblada del corregimiento de San Juan de Sumapaz se escucha música carranguera, se resalta su arraigo por la música sumapaceña, por la tierra y por la historia del Sumapaz. En lo que tiene que ver con la percepción que tiene la comunidad frente a su territorio las personas entienden la importancia del territorio así como de la preservación del paisaje, se consideran defensores del territorio para impedir la implementación de proyectos de empresas multinacionales ya que estos generarían desplazamientos y daños al ecosistema.

Desde algunas de las entrevistas realizadas, las personas reconocen la relevancia de las características ambientales del territorio, se resalta la importancia del páramo, el cual es considerado el más grande del mundo, también se hace énfasis en la riqueza hídrica, así como de flora y fauna. Por otro lado en lo que respecta con las características sociales se refiere que las personas que viven allí son campesinos, pequeños agricultores, en las fincas trabaja la familia, la densidad poblacional no es tan alta. Se cuenta con 26 juntas de acción comunal lo cual hace que la comunidad se empodere de sus necesidades y las de a conocer. Otro aspecto importante que resalta la comunidad es que el territorio de Sumapaz se ha destacado por el cuidado del medio ambiente. Frente a lo anterior, el señor Disney Poveda, líder comunitario de San Juan de Sumapaz, menciona: *“Sumapaz hace parte del distrito capital y es una localidad netamente rural, allí hay ubicados 4 centros poblados, de los*

cuales podemos hallar 2 en el corregimiento de San Juan, que uno está ubicado en la vereda en la Unión y un segundo en la vereda de San Juan que lleva el mismo nombre, igualmente en el corregimiento de Nazareth, también hay un casco urbano y en Betania también hay un centro poblado, igualmente allí se destaca por tener el abundante recurso hídrico, siendo que también allí en este territorio está ubicado el parque natural Sumapaz que esta denominado el paramo más grande del mundo, llevando a que tenga abundante Fauna y Flora”.

Por otro lado Diego Turmeque Zootecnista de la Universidad Nacional que trabaja en el Sumapaz menciona *“La localidad se destaca por tener uno de los ecosistemas más importantes para los temas ambientales, que es el ecosistema del paramo, dentro de la localidad 20 de Sumapaz hay cerca de 34.500 hectáreas que corresponden al Parque Nacional Natural de Sumapaz, que hacen parte también de esta localidad pero que digamos llega a cubrir territorios del Meta, Cundinamarca, del Huila y bueno, es como destacar un poco eso, el paramo de Sumapaz, se constituye como el paramo más grande del mundo, por su extensión y es de gran relevancia en cuanto al régimen de lluvias de la ciudad de Bogotá, de la Orinoquia Colombiana y de alguna manera también influye dentro de toda la dinámica hídrica de la cuenca del río Magdalena, como vemos se constituye en lo que se denomina la estrella fluvial del centro del país que básicamente irriga gran parte de los ríos, quebradas que descienden de la cordillera oriental hacia distintos departamentos y municipios del país.*

Frente a las características sociales, don Disney destaca: *La localidad 20 de Sumapaz se destaca en la parte social por ser una localidad muy organizada, siendo así que de las 28 veredas cuenta con 26 Juntas de Acción Comunal, factor que conlleva, digamos, a que la comunidad se empodere de las necesidades y las de a conocer a, digamos, en este caso a la Alcaldía Local, bueno, a las diferentes secretarías del distrito Capital, igualmente, es una comunidad que durante su historia se ha destacado por la conservación del medio ambiente y digamos un factor que es negativo para la sociedad Sumapaceña es que escenarios del conflicto armado ha conllevado a que se incremente la presencia militar en*

el territorio, digamos, los agentes del estado, ósea para el campesinado, es un factor que ha causado grandes daños al paisaje natural de Sumapaz”.

Caracterización Socioeconómica

En cuanto a la actividad laboral, la Localidad de Sumapaz cuenta con una actividad económica primaria basada, principalmente, en actividades agrícolas. El producto más cultivado es la papa, en un 77%, con cerca de 500 hectáreas sembradas al año. Le siguen la arveja, que representa un 11.5% total de las tierras cultivadas y otros cultivos menores, como la cebolla, con un 1.1%, y la papa criolla y los cubios con un 1%. Otras de las actividades productivas que se realizan a menor escala en la localidad son de tipo pecuario y otras dirigidas hacia la fabricación de queso, yogurt y arequipe. (19)

Respecto a los ingresos económicos de la población, no se encuentra dato exacto en los documentos revisados, por lo cual se observa la información relacionada con los estratos socioeconómicos los cuales dan una idea sobre este punto. De acuerdo al DANE para el 2009 del total de la población para ese año de 6179, 3285 personas pertenecían al estrato 1, 1765 al estrato 2, 628 al estrato 3, 229 al estrato 4, 119 al estrato 5 y 153 al estrato 6. Teniendo en cuenta lo anterior se observa que la mitad de la población se encuentra en el estrato 1 con un 53,2% y el 28,6% en el estrato 2, es decir que cerca del 81,7% de la población se encuentra concentrada en estos dos estratos. Por otro lado llama la atención la presencia de estratos 5 y 6, lo que da cuenta de la presencia de personas con unos ingresos y propiedades significativas en la región, si a esto se le suma el índice Gini del territorio el cual para el año 2013 se encontraba en el 0,86 da elementos de análisis respecto a la inequidad y la concentración de la tierra. Otro aspecto interesante encontrado dentro de los documentos revisados es la percepción de pobreza que tienen las personas que habitan en el territorio, según se reporta en la encuesta de calidad de vida del año 2007 en el territorio de Sumapaz 80,4% se percibía como pobre. En lo que tiene que ver con el tamaño promedio de hogar según censo DANE para el 2009 se hablaba de 3,96 personas por hogar y de 3,68 personas por vivienda. (19)

Desde las entrevistas realizadas las personas con las cuales se habló manifestaron como actividad laboral principal la agricultura, en la cual se cultiva principalmente papa y alverja, hay otros cultivos secundarios de habas, cubios, repollo, además de la agricultura, otra actividad es la Ganadería doble propósito (engorde y leche). En lo relacionado con los ingresos por familia se refirió que es algo relativo, los ingresos pueden variar entre los \$300.000 a \$600.000 mensuales y los gastos ascienden a \$700.000 mensuales aproximadamente; se manifiesta también que los ingresos son inestables, el más estable es el ganado, pero en este caso para poder obtener los ingresos se tarda alrededor de dos o tres años. Semanal o quincenalmente llevan la leche a una empresa de lácteos de la vereda santo domingo o hacen queso y lo llevan a Bogotá o lo venden a carros que van a Sumapaz.

En lo relacionado con la composición familiar las personas concuerdan en que anteriormente las familias eran más numerosas que ahora, antes las familias estaban compuestas por alrededor de 8 a 12 personas, ahora están compuestas por alrededor de 4 o 5 personas.

Frente a los problemas que enfrenta la comunidad, ellos manifiestan como principales dificultades la movilización hacia Bogotá, la intermitencia del servicio de energía, la gran presencia de fuerzas militares (hay 3 militares por cada habitante), lo cual genera en la comunidad una sensación de inseguridad, esto debido a los falsos positivos que se han presentado en el territorio (tres personas fueron asesinadas en el páramo y fueron presentadas en Fusagasugá como insurgentes). Además de lo anterior refieren como problemas la contaminación que está generando el ejército en el páramo, el no contar con una universidad en el territorio, así como tampoco con un hospital de mayor nivel de complejidad, lo que hace que los habitantes deban trasladarse hacia Bogotá y esto incrementa los gastos de las familias. Frente a lo anterior el señor Parmenio, habitante de Sumapaz refiere *“el problema más frecuente que se nos ha presentado ahorita en los últimos años es el conflicto social y armado que se vive y especialmente el asedio de parte del ejército porque realmente pues la violación de los derechos humanos, el asesinato de algunos muchachos campesinos y los hacen pasar que son guerrilleros, la contaminación al medio ambiente, la contaminación a las cabeceras de los acueductos veredales, hay un*

acueducto en la vereda del capitolio que realmente esta inservible porque Secretaria de Salud hizo un estudio y salió con un 85% de contaminación de heces humanas, quedo prohibido que hasta para los animales no se podía utilizar el agua, entonces ese es uno de los principales problemas que tenemos allí en la localidad”

Respecto a la presencia institucional en el territorio, se encuentran instituciones como Hospital de Nazareth, Secretaria de Educación, Secretaria de Integración Social, Alcaldía local, llama la atención la no presencia del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar con sus programas para la primera infancia y la mujer gestante, otro aspecto a tener en cuenta es que la mayoría de instituciones tienen sus sedes principales en la zona urbana de la ciudad de Bogotá, la mayor interacción de la comunidad es con el Hospital de Nazareth, el cual tiene 3 sedes en el territorio una en cada corregimiento (Un Centro de Atención Médica Inmediata- CAMI en Nazareth y dos Unidades Primarias de Atención- UPAS, una en Betania y otra en San Juan de Suamapaz).

Desde las entrevistas desarrolladas, en lo que respecta a las relaciones con las instituciones, la comunidad manifiesta que con el sector educativo se ha tenido buenas relaciones, hay profesores cualificados, de igual forma con salud se han tenido acercamientos con el hospital y sus funcionarios tienen la disposición de escuchar al campesinado. Finalmente con Integración social, esta institución ayuda con bonos para adultos mayores, sin embargo la sede de la subsecretaria no queda en el territorio sino que se encuentra ubicada en la localidad de Usme, lo que hace que los adultos mayores deban desplazarse hasta allá lo cual genera unos gastos aproximados de \$60.000.

Es importante mencionar que las comunidades del Sumapaz, se han venido organizando frente a la propuesta de Zonas de Reserva Campesina, ya que ellos consideran esto como un aspecto fundamental que les puede ayudar a mejorar sus condiciones de calidad de vida, ya que serviría como instrumento de gestión y garantía de derechos. Para esto en el año 2013 de construyo el documento de “Plan de Desarrollo Sostenible de la Zona de Reserva Campesina del Sumapaz” y en la actualidad la comunidad está desarrollando las respectivas acciones que les permita ser reconocidos como una Zona de Reserva Campesina de manera

legal, donde se ha tomado como referencia la Zona de Reserva más cercana a ellos que es la del municipio de Cabrera. (20) (21)

Situación de salud en Sumapaz

Respecto a la revisión documental para esta categoría se encuentra la presencia de un único hospital, el cual es de primer nivel, tiene 3 centros de atención: Cami Nazareth, UPA San Juan y UBA Betania, los servicios que prestan estos centros son: Atención de Urgencias, consulta médica general, remisión de pacientes, laboratorio clínico, consultas de promoción y prevención (control prenatal, planificación familiar, crecimiento y desarrollo, salud oral, atención de pacientes crónicos, medicina alternativa, fisioterapia, fonoaudiología, consulta nutricional, entre otra), se cuenta con sala ERA y atención en salud mental, atención de partos de bajo riesgo, hospitalización. (22)

Respecto a la situación en salud, en los documentos publicados por el Hospital de Nazareth, se encuentra que dentro de las 5 primeras causas de morbilidad por consulta externa está como primera la hipertensión esencial (160 personas), como segunda están otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (140 personas), como tercera otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (114 personas), como cuarta causa están otras dorsopatías (111 personas) y como quinta causa otras enfermedades del esófago, del estomago y duodeno (87 personas). Dentro de las 4 primeras causas de morbilidad por urgencias esta como primera otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo (158 personas), como segunda otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (90 personas), como tercero Dolor abdominal y pélvico (85 personas) y como cuarto Faringitis aguda y amigdalitis aguda (55 personas). Respecto al ciclo vital infancia las principales causas de morbilidad son la infección aguda de las vías respiratorias superiores, la faringitis y la amigdalitis (131 niños y niñas). (Hospital de Nazareth, Diagnostico Local) (22)

Respecto a las mortalidades maternas y perinatales, desde el año 2009 no se presenta ningún caso. Respecto a la mortalidad general en el año 2013 se presentaron 13 defunciones de las cuales 3 son presuntos suicidios, una muerte fetal de 14 semanas de gestación y las muertes restantes 4 ocurrieron en personas adultas y 5 en adultos mayores. (20) Por otro lado en aspectos que también se relacionan con salud como es el caso del acceso al agua potable se encontró que para el año 2012 de las 1321 viviendas rurales, el 37,9% contaba con alcantarillado y el 63% contaba con acueducto. (22)

Frente al tema de cómo se ha vivido la salud y el acceso de los servicios en el territorio, miembros de la comunidad de Sumapaz mencionan que hace unos años habían muchas dificultades, anteriormente se hacía uso de plantas medicinales y la automedicación, sin embargo cuando empezaron a darse avances en las vías de comunicación, se puso una enfermera en el centro poblado, a partir de lo cual empezó a mejorar el aspecto de la salud, ya ahora hay 3 centros de salud, sin embargo siguen habiendo fallas, don Parmenio, habitante del territorio de San Juan de Sumapaz, dice *“las personas van al médico y es como si todos sufrieran de la misma enfermedad, le dan las mismas pastillas”*. El contar con ambulancias ha ayudado al traslado de personas, sin embargo por la carretera y la distancia que hay desde Sumapaz hasta la zona urbana algunas personas no han alcanzado a sobrevivir.

Dentro de las entrevistas realizadas, en lo que respecta al acceso a agua potable, las personas refieren que se cuenta con acueductos veredales, sin embargo estos han sido contaminados por el ejército, ya que lavan su ropa ahí, se bañan y también depositan sus excrementos. Frente al acceso a la alimentación hay un porcentaje de la población que recibe la canasta familiar, el principal alimento es la papa y el arroz. Se refiere que se presenta un problema en este aspecto, ya que hace unos años los campesinos antes de vender lo que se producía suplían las necesidades de la familia, ahora la familia vende el 100%, lo que afecta la alimentación, don Parmenio opina que lo prioritario es el consumo de la familia y el excedente si puede ser comercializado.

Frente al manejo de basuras, en los centros poblados, los habitantes del territorio refieren que las familias recogen los desechos que no se puede reutilizar y las volquetas de la alcaldía los llevan al relleno sanitario de doña juna. Algunos de los residuos orgánicos se utilizan como compostaje. Por otro lado la comunidad manifiesta su preocupación frente a la contaminación que se produce por el mal manejo que se le da a residuos de agroquímicos e icopor, ya que estos están produciendo contaminación ambiental.

TEORÍA DE REDES PARA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN SALUD

A partir de la teoría utilizada para el presente trabajo, la teoría de redes, se analiza un primer elemento, el cual tiene que ver con los principales problemas y necesidades que identifica la comunidad, un segundo elemento que tiene que ver los Nodos presentes en el territorio, un tercer elemento que tiene que ver con las interacciones y redes que se tejen para la resolución de problemas de salud y se finaliza con un cuarto elemento que es la organización, resolución de problemas y generación de propuestas por parte de la comunidad.

Problemas y necesidades

En primer lugar en lo que tiene que ver con los problemas y necesidades identificadas por la población que habita en Sumapaz en lo que respecta a su salud, además de lo mencionado anteriormente frente a la situación de salud de Sumapaz, se encontró que dentro de las atenciones requeridas por parte de la comunidad, se hallaron diversas dificultades y barreras de acceso para poder resolver sus problemas de salud, principalmente con el centro de Salud presente en el corregimiento, debiendo hacer desplazamientos a otros lugares como Fusa y Bogotá. Es así como Geraldine refiere *“tuve un problema una vez que vino en vacaciones mi sobrina y ella pues es de Bogotá la tenían que atender acá y entonces no me la quisieron atender la lleve como tres veces y me dijeron que no que era supuestamente un dolor de estómago normal, entonces, ella duro como 8 días acá y tenía era apendicitis y después fui y les peleé allá para que me la remitieran y ahí sí fueron capaces de remitírmela para Bogotá porque ella cuando se fue de acá remitida iba ya arto grave y ellos no me la quisieron atenderla acá”*.

Por otro lado don Graciliano cuenta *“Vine en una ocasión, no me acuerdo la fecha, en una ocasión vine al médico me sentí mal, me trato de dar trombosis, entonces dijeron que eso no era urgencias, que eso no lo cubría, bueno me dijeron un poco de disculpas, y una funcionaria muy amable, no me acuerdo el nombre me dijo que mejor echara médico particular, que de pronto esa cita que yo estaba solicitando se demoraba por ahí de tres a seis meses, la señora muy amable me dijo: Graciliano porque no echa médico particular, que usted está mal, yo estaba verdad mal, por este lado no veía bien, tenía llorociado el ojo y si me fui para un médico particular y si me atendieron ese mismo día y siempre todavía estoy en tratamiento porque fue un derrame cerebral que tuve, y allí me dijeron que no era urgencias, ni siquiera me examinó ni nada, no, no es urgencia, porque analizaron fue que yo estaba era como borracho, yo pensé que era que ellos pensaban que yo estaba borracho, me preguntaron que si tomaba, no, que si consumía algo psicoactivo, yo no sabía qué era eso, son drogas, me dio como rabia, y si le hice caso a la funcionaria”*.

En estos problemas de salud que enfrenta la comunidad de Sumapaz deben recurrir para obtener algún tipo de solución a la familia, vecinos u organizaciones sociales, así como a médicos particulares, ya que los servicios con los que se cuenta en el territorio no son suficientes ni eficientes para ayudar a la comunidad. Aquí es importante mencionar las graves problemáticas que viven las zonas rurales del país, ya que como Sumapaz, son muchos más territorios los que se enfrentan a un sistema de salud deficiente, el cual no tiene capacidad de respuesta para las necesidades y particularidades que tiene el campo colombiano, es así como los pocos profesionales de salud, la débil infraestructura, el mal estado de las carreteras que comunican las zonas rurales con los municipios y ciudades, la ausencia de política pública con un fuerte enfoque colectivo y pensada en el campo, hacen que los problemas de salud de estas comunidades se agudicen afectando de manera significativa su calidad de vida y desarrollo humano.

Teniendo en cuenta lo anterior la gran mayoría de personas deben gastar una cantidad significativa de recursos para lograr resolver sus problemas de salud, ya que al no contar con los recursos necesarios en el territorio para resolver sus problemas, deben tomar

transporte hacia la ciudad (en el caso de Bogotá cada pasaje cuesta \$16.000), en los casos de personas que no cuentan con familiares en Bogotá o Fusa, deben pagar alojamiento, adicionalmente deben pagar los transportes para el desplazamiento en la ciudad, muchas veces deben ser taxis ya que no conocen como funciona el sistema de transporte, por otro lado deben pagar las consultas ya sea de su EPS o del médico particular al que acuden, así como los medicamentos, exámenes y demás cosas que puedan llegar a requerir. Estos gastos constituyen una gran problemática para los habitantes de Sumapaz ya que sus ingresos como se menciona en la caracterización socioeconómica no suman más de \$400.000 mensuales.

Las personas entrevistadas perciben diferentes falencias en el sistema de salud en su caso particular de la ruralidad, manifestando la necesidad de un Hospital de segundo nivel, ya que para ellos los servicios que se prestan en el primer nivel no son suficientes para las necesidades que tiene la población, como lo menciona Emilsen Torres *“Bueno, mejorar las condiciones de salud seria un mejor equipamiento del hospital, que el hospital cuente con un equipamiento lo suficientemente fuerte para cubrir las enfermedades o unas enfermedades que sean ya de un hospital de segundo nivel”*. Frente a este tema Don Beto también afirma lo siguiente *“Indudablemente acá adolecemos de un hospital de otro nivel, se requiere de una cobertura más amplia en el tema de la salud, aquí una problemática muy amplia y es que las políticas del distrito se trazan para todo el distrito, sin diferenciar que hay un sector rural desprotegido, no solo la localidad de Sumapaz, que tenemos 28 veredas y que es una localidad netamente rural, sino que la población rural de Ciudad Bolívar y Usme, también son zonas muy desprotegidas, en el tema de salud”*.

Unas de las dificultades identificadas por la comunidad frente al acceso a los servicios de salud es el tema del transporte, donde se encuentra únicamente como vía principal una carretera sin pavimentar, y para el caso del traslado a Fusa o Bogotá se cuenta sólo con una ruta de transporte que es la que va hacia estos lugares, de resto para que las personas puedan acceder a los centros de salud ubicados en los corregimientos deben caminar, o esperar a que algún carro pase por allí o finalmente recurrir a un caballo (esto en los casos de las veredas más alejadas), en algunas ocasiones frente a situaciones delicadas la

ambulancia se desplaza hacia el lugar de vivienda de la persona que requiere la atención, siempre y cuando haya disponibilidad de esta. Frente a la situación mencionada don Beto menciona *“Pero creo que la situación más crítica, es aquí en Sumapaz, por ejemplo, acá en Sumapaz tenemos el corregimiento de San Juan, tenemos un UPA, pero hay veredas como San José o la granada que están de aquí a 40 km, entonces una persona que se enferme en esa vereda, muchas veces llaman que hay alguien enfermo, que necesita prestación de servicio en ambulancia, sobre todo en los últimos días a partir que llego la nueva administración en el distrito, a veces le niegan hasta el servicio de enviar ambulancias, entonces por teléfono el médico pregunta, ¿Qué es lo que tiene? ¿Qué le duele? ¿Qué le pasa? Y por teléfono valora o el calcula, si es necesario o no enviar ambulancia. Ya ha habido casos de personas a las que le dicen, no tomesé una pastilla de no sé qué cosas que son un acetaminofén o ibuprofeno, cualquier vaina que con eso le basta y los usuarios tienen que pagar un expreso y venirse hasta San Juan, ya por ejemplo en dos casos han tenido los pacientes que ser remitidos inmediatamente a Bogotá, debido a la gravedad que tienen”*.

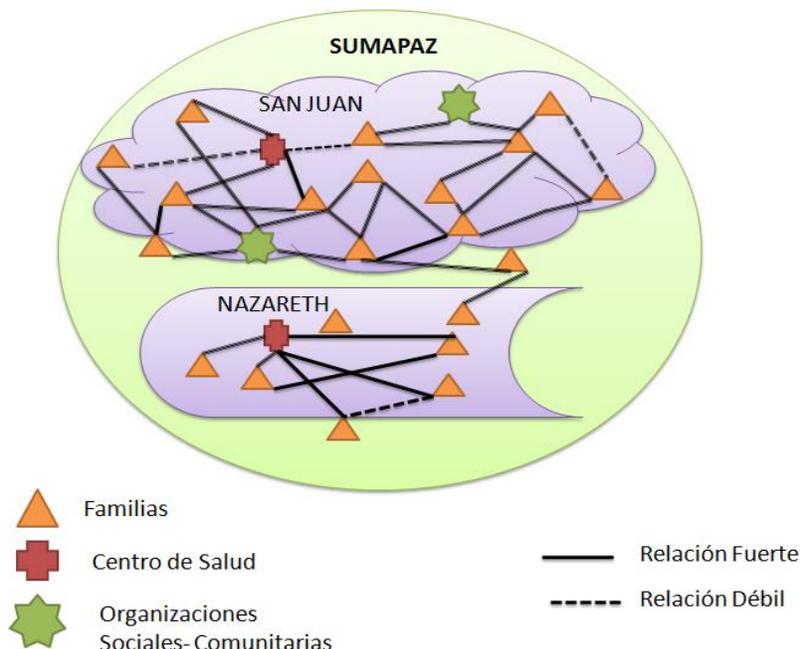
Dentro de lo que se ha venido identificando y trabajando desde el campesinado a través de las construcciones que viene realizando la comunidad que reside en el territorio en el marco de las Zonas de Reserva Campesina, frente a las necesidades en salud que se tienen el profé Alfredo menciona *“La mayor necesidad tiene que ver con algo que nosotros formulamos en el plan de desarrollo en la Zona de Reserva Campesina ¿qué es lo que nosotros detectamos? Aquí tiene que haber un modelo de salud que rescate el conocimiento tradicional sobre plantas, sobre usos, sobre prácticas, sobre dietas y un hospital que en materia curativo tenga mínimo el segundo nivel para que existan los laboratorios y hayan especialistas, somos totalmente conscientes de que la población es poca pero también somos abiertamente opuestos a que la salud, la vida, digamos la condición sana de la persona se convierta en un negocio, en una mercancía. Creemos que como campesinos tenemos derecho a que en materia, y que por el rigor del conflicto y por el rigor de la topografía y toda esta cosa, que haya el hospital de segundo nivel y que nosotros como campesinos rescatemos la medicina tradicional para que no demandemos tanto gasto en ese segundo nivel sino que nosotros prevengamos. Nosotros inclusive hemos planteado ahí*

que a las matronas, aquellas parteras pudieran rescatárseles ese conocimiento para que se combine con la medicina occidental”.

Nodos

Frente al segundo elemento relacionado con los nodos, se identifican nodos tales como personas, familias, organizaciones (sindicato de campesinos, asosumapaz, juventud sumapaceña, entre otras) e instituciones (Hospital de Nazareth, Secretaría de Educación, Secretaría de Integración Social, Alcaldía Local, EAPB). En lo que tiene que ver con los diferentes nodos, se puede observar los vínculos que existen entre sí, los cuales se evidencian de manera fuerte a nivel interno de los corregimientos, y de manera más débil entre corregimientos, y de manera muy distante entre el territorio sumapaceño y la zona urbana de Bogotá. De los nodos identificados y mencionados anteriormente como se observa en figura N° 1, hay relaciones fuertes en el corregimiento de San Juan de Sumapaz entre las diferentes familias, personas y organizaciones sociales, y los vínculos son débiles entre la comunidad y las instituciones. Por otro lado se logra evidenciar que en el corregimiento de Nazareth la comunidad tiene un vínculo fuerte con las instituciones y entre las diferentes personas que conforman la comunidad.

Figura 1. Nodos y relaciones de Red en la Región de Sumapaz.



Frente a la conformación de las familias se encontró dentro de las personas entrevistadas que la mayoría viven con familia (esposas, esposos, hijas, hijos, padres, hermanos, entre otros), sin embargo llama la atención que hay varios hombres que viven solos, como es el caso de don Andrés, Don Alberto y don Placido.

Identificar estas relaciones- vínculos en la teoría, es fundamental para analizar y establecer la forma en que estas redes y relaciones influyen en la manera como resuelven los habitantes de Sumapaz los problemas de salud a los que se enfrentan.

Interacciones y Redes

En lo que tiene que ver con el tercer elemento, frente las interacciones y redes que se tejen en el territorio de Sumapaz para la resolución de problemas, se encuentra que estas interacciones, vínculos y construcción de redes han sido fundamentales para que el campesinado pueda acceder a la atención en salud, ya que teniendo en cuenta todas las dificultades que se presentan en territorios rurales como este, para poder acceder a un servicio estas redes de mundo pequeño se convierten en la principal herramienta con la que cuenta la población para poder resolver sus problemas, es así como el conocimiento de la medicina ancestral para tratar problemas de salud, el apoyo en el desplazamiento a los lugares de atención, los vínculos con personas que pueden hospedar a los campesinos que viajan desde Sumapaz a Bogotá o Fusa mientras reciben atención médica, el apoyo económico, entre otros, son el arma principal para que la población autogestione y se garantice su derecho a la salud.

Las diferentes redes y relaciones identificadas a lo largo de la investigación, las cuales tuvieron algún tipo de influencia para que los sumapaceños pudieran acceder a la atención en Salud en ciudades como Bogotá y Fusa se recogieron en imágenes que permiten ilustrarlas, esta se pueden observar en la figura 2 y 3.

Figura 2. Nodos y relaciones de Red entre la Región de Sumapaz y Bogotá.

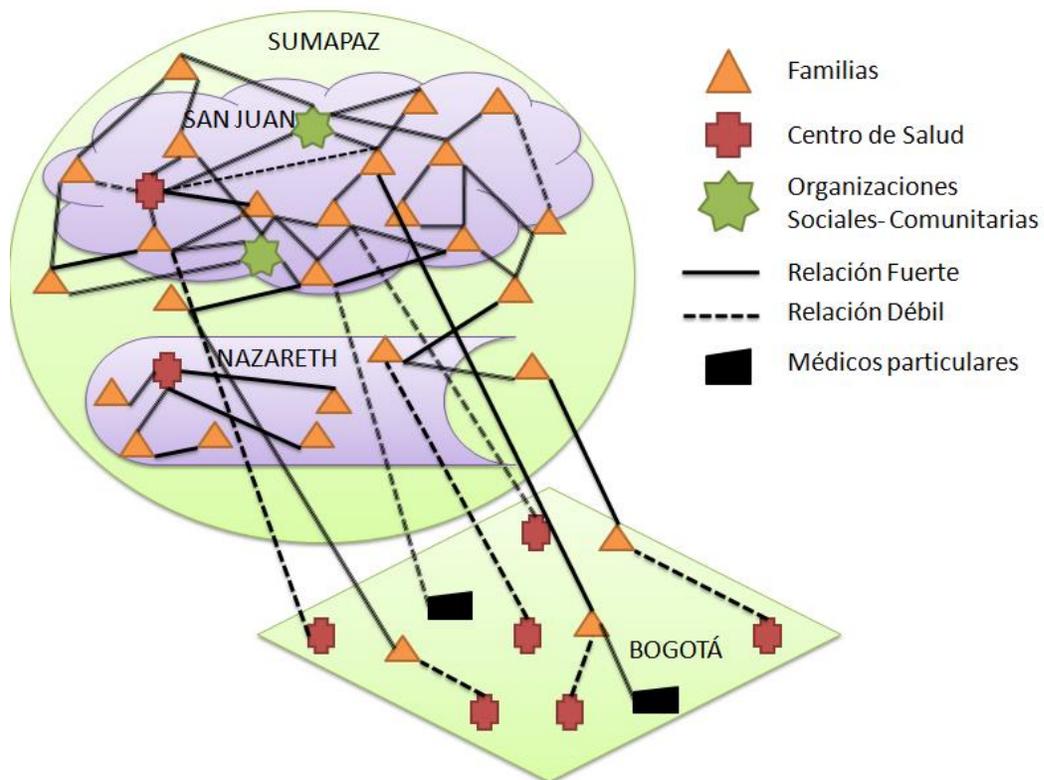
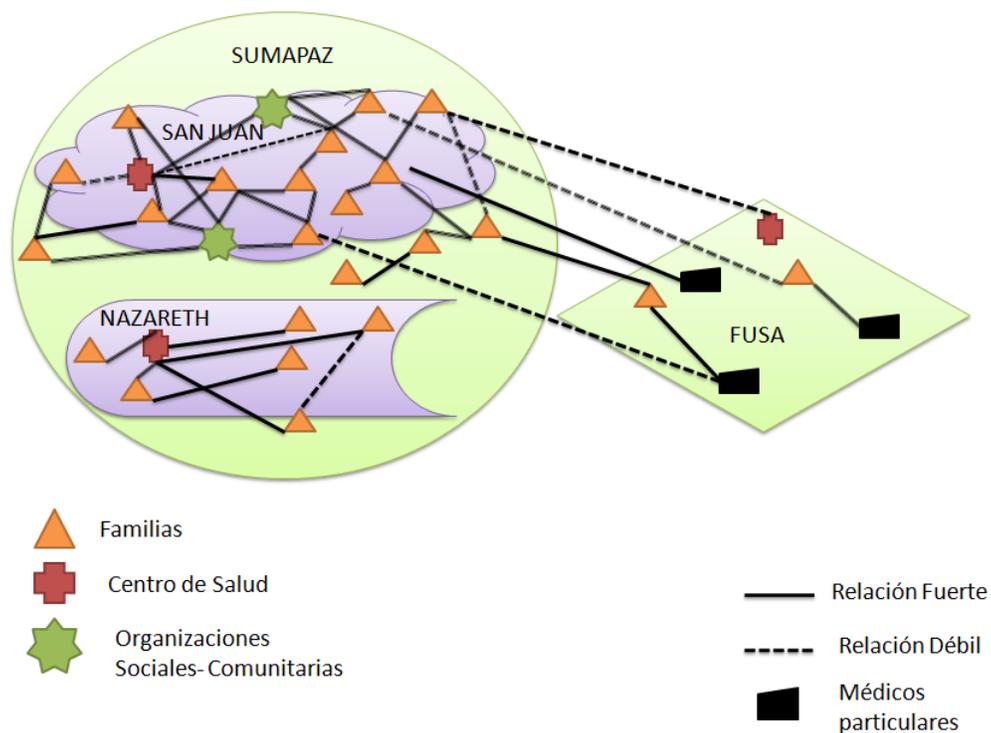


Figura 3. Nodos y relaciones de Red entre la Región de Sumapaz y Fusa.



Organización, resolución de problemas y propuestas

Finalmente frente al cuarto elemento, se encuentran diversas opiniones y proposiciones que los campesinos han venido discutiendo y consideran que aportan a solucionar los problemas de salud que enfrenta la comunidad.

Don Beto manifiesta que dentro de lo que ha venido construyendo de manera conjunta el campesinado, existen unos postulados primordiales tales como: *Hospital sea de segundo nivel, que los centros educativos de complejidad, como los colegios, haya un personal médico que esté disponible por lo menos durante la jornada escolar, que haya cobertura en las veredas del plan de Sumapaz, que se sigan manteniendo los programas de prevención en el tema de salud, porque lo que tenemos entendido es que al parecer la atención va a ser focalizada, es decir que el que se enferma es que el que tiene la oportunidad de que lo atiendan.* Frente a esto don Beto manifiesta su gran preocupación por la salud pública en Sumapaz, ya que refiere “*Al parecer se van a recortar los programas de prevención y bueno, los programas preventivos que iba realizando la administración del distrito, de las administraciones anteriores*”.

Por otro lado, don Beto afirma “*La zona de reserva nos serviría como herramienta para la gestión de recursos adicionales, la implementación de estrategias que nos puedan servir mucho tanto en el tema de salud, como en el tema de educación, como el tema de producción agrícola sostenible. Porque además la zona de reserva campesina, impulsaría mucho el tema de agroecología, de la implementación de cultivos limpios, diversificación de cultivos, de huertas, eso mejoraría el tema de alimentación y eso incidiría en mejorar las condiciones de salud.*”

Por último frente a las propuestas, don Gilberto expresa: “*Pues uno diría que ojalá la ejecución de todos aquellos recursos que llegan en el tema de salud, sean concertados y definidos con la mismas comunidades, pero pues bueno no es así. Uno sería eso y otro es poder llegar a que realmente esos recursos se guíen hacia la prevención, como ya lo decía este es un territorio que sería estratégico y sería como un proyecto piloto de ejemplo a nivel nacional, a nivel mundial en la cuestión de la prevención. Indiscutiblemente*”

considero que cuando nosotros hablamos de Zonas de Reserva Campesina, del plan de desarrollo sostenible o plan de vida y digamos se remite a decir: vamos a construir todos desde las necesidades de la comunidad, ¿cierto? Porque hoy en día está implementado el plan de desarrollo distrital, el plan de desarrollo local y es con una propuesta de arriba hacia abajo. Aquella propuesta que tiene un mandatario distrital o local queriendo resolver los problemas de la comunidad y que muchas veces ni siquiera están enterados de qué problemas son. Cuando se construye de abajo hacia arriba se irá a causar mucho mayor impacto positivo en la ejecución de los recursos en una comunidad, entonces considero que la cuestión de salud es eso, o sea, si el plan de desarrollo de la ZRC tiene esa esencia es que se construye desde abajo hacia arriba y el Estado tendría que garantizar lo que esa comunidad con el acompañamiento de la entidad defina qué hacer y qué se necesita en cuestión de recursos.

Partiendo de lo anterior, se observa como las comunidades de esta zona rural han venido discutiendo y planteando sus ideas frente a la organización y frente a los elementos que requieren ellos para la garantía del derecho a la salud de la población, resaltando el fortalecimiento del Hospital, la construcción del plan de desarrollo con las comunidades y la necesidad de la Zona de Reserva Campesina.

CONCLUSIONES

Frente a la revisión de literatura realizada y el trabajo de campo desarrollado se observa un factor común, el cual consiste en la enunciación de la pobreza e inequidad presente en la ruralidad, así como el difícil acceso de las poblaciones rurales a los servicios de salud y las dificultades de salubridad presentes en estas zonas. Además de lo anterior también llama la atención una apreciación realizada en uno de los textos frente a la homogenización que se ha realizado desde salud, equiparando las situaciones en salud de las zonas rurales con las zonas urbanas.

En lo que respecta a los principales problemas de salud, la comunidad refiere por un lado que no hay políticas en salud preventiva, no hay continuidad de médicos en el territorio ni

médicos con experiencia, por otro lado hay un factor adverso el cual consiste en que no se cuenta con un hospital de segundo nivel, por lo cual la población debe desplazarse hacia otros territorios cuando requieren atención especializada, a esto último se le suma el hecho de que Sumapaz no cuenta con una infraestructura vial que facilite el desplazamiento y acceso de las comunidades a esos otros territorios. Finalmente, dado las problemáticas a las que se enfrenta el campo colombiano las cuales fueron mencionadas a lo largo del documento, los campesinos no cuentan con ingresos mensuales dignos que les permita tener la posibilidad de asumir todos los gastos que implica el desplazamiento y acceso a servicios en otros territorios alejados del suyo.

Teniendo en cuenta lo anterior, se considera necesario contar con un nuevo sistema de salud que entienda y reconozca las zonas rurales dispersas, vinculándolas al sistema por medio de un despliegue de acciones que garanticen la conexión de todas las zonas, brindando posibilidades de desplazamiento y acceso a una atención digna, con el fin de que la solución de los problemas trascienda las redes de mundo pequeño. Es necesario que este nuevo modelo contemple el fortalecimiento de las infraestructuras hospitalarias presentes en todo el territorio nacional; que se realice inversión en la infraestructura vial, con el fin de garantizar vías de acceso adecuadas a los diferentes territorios del país; de igual forma es necesario brindar herramientas al campesinado para el desarrollo de actividades agrícolas u otras actividades, con el fin de acceder a recursos económicos que les permita salir de la pobreza y tener una vida digna; además es necesario el fortalecimiento de las infraestructuras educativas a nivel de primaria y secundaria, pero también se requiere la inversión en infraestructura y talento humano enfocado hacia la educación superior. Finalmente se requiere reconocer las prácticas culturales y conocimientos ancestrales para el cuidado de la salud que se tienen en los territorios, vinculando a la comunidad en la construcción de propuestas y desarrollo de acciones frente a este tema, sin embargo también se debe garantizar la presencia de profesionales y equipo de salud cualificados en las diferentes zonas, para que brinden una atención en salud con calidad.

En lo que tiene que ver con las redes es importante observar aquellas que están presentes en el territorio así como las interacciones que se dan entre las personas, familias,

comunidades, corregimientos e instituciones, ya que esto permite comprender un poco mejor las dinámicas que se desarrollan allí. De igual forma resulta interesante ver como se ha generado la autoorganización de los campesinos que habitan en el Sumapaz con el fin de resolver los problemas a los que se enfrentan, esto debido a que por el olvido estatal que ha existido históricamente en los campos colombianos, la población ha tenido que organizarse y generar propuestas y estrategias que favorezcan su salud. A partir de esto último, es importante mencionar que en Sumapaz el campesinado ha construido unos lazos fuertes de fraternidad y solidaridad los cuales les ha permitido hacer frente a las situaciones adversas que deben enfrentar.

Es importante mencionar la gran importancia que tienen las redes en la resolución de problemas, especialmente en los problemas de salud, ya que por un lado la Teoría de redes permite analizar las dinámicas de las comunidades e identificar algunos de problemas que se presentan, y por otro lado permite observar algunas de las posibles soluciones que se pueden dar en el marco de las redes. Sin embargo cabe aclarar que hasta el momento las poblaciones solucionan sus problemas en la medida de las posibilidades desde sus redes comunitarias de mundo pequeño, ya que por parte del estado no se cuenta con las garantías que les permita acceder de manera plena a sus derechos y a una vida digna, esta comunidad como el resto de las comunidades rurales que habitan en zonas dispersas siente con gran fuerza el olvido estatal, evidenciado por la nula inversión en vías de acceso, infraestructura y programas promocionales.

Teniendo en cuenta la integralidad que implica la salud, en lo que respecta a la ruralidad, se hace fundamental la construcción de un plan de vivienda, agua y saneamiento básico, ya que este permitirá mejorar las condiciones de salud y de habitabilidad en el campo mediante la disminución del déficit de vivienda rural y la provisión de soluciones tecnológicas apropiadas para las necesidades y el contexto rural, en materia de acceso a agua potable y eliminación de residuos, con el fin de garantizar condiciones de vida digna de los habitantes rurales. La pertinencia y sostenibilidad de estas soluciones estará garantizada por una activa participación de las comunidades en el diseño de los proyectos así como en su administración y operación.

De igual forma la participación social de los campesinos es de gran importancia para la construcción de propuestas que aporten a la solución de sus problemáticas, sin embargo en el territorio de Sumapaz se encuentra que pese a la participación de manera activa en los diferentes espacios establecidos por la Alcaldía para la construcción del plan de desarrollo de la localidad, sus observaciones y necesidades no son tenidas en cuenta y se deben someter al plan de desarrollo distrital, el cual en su mayor porcentaje está concebido para abordar las problemáticas de las 19 localidades urbanas más no de la ruralidad. Teniendo en cuenta lo anterior se hace necesario que se generen mecanismos de participación efectiva, en los cuales la voz de la población tenga valor en la construcción de los planes y de las políticas públicas, ya que ellos que son quienes viven día a día las realidades del territorio y lo han habitado desde tiempos inmemorables, pueden hacer propuestas y aportes que realmente impacten los requerimientos del territorio y de la comunidad.

Finalmente es importante mencionar que las comunidades han venido avanzando en la propuesta de la construcción de un plan de desarrollo alternativo, y en la exigencia de declaración de Sumapaz como Zona de Reserva Campesina, ya que ellos ven en esta figura una alternativa que puede aportar al mejoramiento de su calidad de vida y a la garantía de sus derechos, permitiendo que se dé desde las comunidades que son quienes conocen sus realidades y necesidades, la construcción de las propuestas así como la organización necesaria para resolver los problemas que por décadas han tenido que enfrentar, siendo constructores y veedores de los proyectos que la comunidad requiere.

BIBLIOGRAFIA

1. Pérez, E y Pérez M. (2002) El sector rural en Colombia y su crisis actual. Cuadernos de desarrollo rural.
2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo- PNUD. Colombia rural. Razones para la esperanza. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011. Bogotá: INDH PNUD, Septiembre

3. Departamento Nacional de Planeación. (2015) El campo colombiano: Un camino hacia el bienestar y la paz. Misión para la Transformación del Campo.
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2000) Conceptos Básicos.
5. Fajardo Montaña D. (2002) Para sembrar la paz hay que aflojar la tierra. Universidad Nacional de Colombia. Instituto de Estudios Ambientales.
6. Perry S. (2010) La pobreza rural en Colombia. Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural.
7. Estrada J. (2013) Territorios Campesinos, la experiencia de las Zonas de Reserva Campesina. Instituto Colombiano de Desarrollo Rural y Universidad Nacional de Colombia.
8. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. (2011) Sistema de Salud de Colombia. Salud Publica de México 2011; Volumen 53 suplemento 2.
9. Arroyo, S; Miguel Tovar, Luis (2009) Accesibilidad al régimen contributivo de salud en Colombia: caso de la población rural migrante. Desarrollo y Sociedad. Universidad de los Andes.
10. Ministerio de Salud y Protección Social y Organización de las Naciones Unidas Para la Alimentación y la Agricultura- FAO. La mujer rural y la agricultura familiar en Colombia. Detrás de la economía del cuidado está una mujer que le aporta al país. Boletín 002 de 2015.
11. Montoya S. (2014) Salud y ruralidad: Una mirada a la utilización de servicios de salud en el segundo nivel de atención. Universidad Nacional de Colombia. Maestría en Salud Pública. Facultad de Medicina. Departamento de Salud Pública.
12. Vargas Lorenzo I. (2009) Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. Universidad Autónoma de Barcelona.
13. Viveros Aguilar, J R; Vivas Quiñones, M. C; Guerrero Pepinosa, N. Y (2014). Condiciones de salud y trabajo en las personas que laboran informalmente en el sector agropecuario de Popayán. Revista Virtual Universidad Católica del Norte.
14. Pineda Restrepo, B. C (2012) Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia. Universidad Odontológica.

15. Rodríguez-Villamizar L. A., Acosta-Ramírez N. y Ruiz-Rodríguez M. (2012) Evaluación del desempeño de servicios de Atención Primaria en Salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia. *Revista de Salud Pública*. Universidad Nacional de Colombia.
16. Pérez Correa, E. (2007) Nueva ruralidad, globalización y salud. Universidad CES Colombia.
17. Watts D. (2003) Seis grados de separación. La ciencia de las redes en la era del acceso. Paidós.
18. Solé R. (2009) Redes Complejas. Del genoma al internet. TusQuets
19. Secretaria Distrital de Planeación (2009) Conociendo la localidad de Sumapaz. Diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos.
20. Asociación Campesina de Sumapaz ASOSUMAPAZ (2013) Plan de desarrollo sostenible de la Zona de Reserva Campesina del Sumapaz.
21. ILSA (2013) Plan de Desarrollo Sostenible Zona de Reserva Campesina de Cabrera.
22. Hospital de Nazareth. (2013) Diagnostico local con participación social. Localidad de Sumapaz.