



HOSPITAL DE USME
I NIVEL E.S.E.

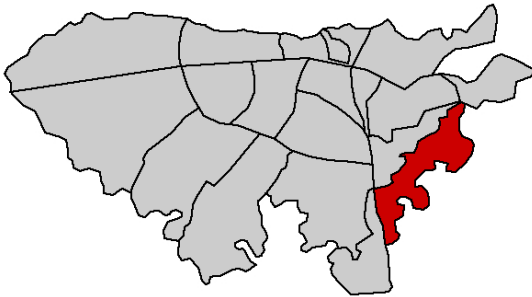
Un Compromiso Social con la Salud



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD



ANUARIO EPIDEMIOLOGICO 2009 LOCALIDAD QUINTA DE USME



HOSPITAL DE USME E.S.E. I NIVEL
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA (VSP)

CRÉDITOS

Dra. Liliana Paternina Macea
Gerente Hospital de Usme

Dra. Sandra Benavides Zarate
Subgerente de atención en salud

Dra. Fanny Sandoval
Coordinación de Salud Pública – PIC

Lic. Nancy Rodríguez Chaparro
Coordinación VSP

Lic. Carolina García Romero
Epidemióloga ASIS - VSP

Usme es una de las localidades conectadas con el sistema de los cerros orientales y del páramo de Sumapaz, ambos constituyen las estribaciones de la cordillera oriental de la Sabana de Bogotá, junto con las formaciones de Doña Juana, Juan Rey y la Cuchilla del Gavilán y el río Tunjuelito que sobresale como un eje ordenador conformando un valle al occidente, que contrasta con el paisaje montañoso de la zona de ladera oriental. A saber, el río Tunjuelo ha unido a Usme con otras localidades del sur del distrito. En épocas recientes ha servido para desarrollar estrategias de apropiación cultural para la configuración del sur de Bogotá como territorio, a través de la construcción de lenguajes, imaginarios y referentes que permitan el desarrollo humano sostenible en oposición a las actividades económicas que han degradado buena parte de lo que hoy las organizaciones ambientales, sectores sociales y culturales comienzan a identificar como el patrimonio natural del sur.



De ese sistema natural de sustentación, emerge una zona rural que comprende 17 veredas que conforman un sector con una extensión de 11.904 hectáreas. Como otras zonas rurales del distrito o aledañas a él, las veredas Usmeñas se encuentran en zonas de alta montaña, sometidas a bajas temperaturas, evidenciando procesos de ocupación campesina que por mucho tiempo ha abastecido de alimentos a la urbe, al tiempo que ha enfrentado relaciones de hostilidad y exclusión con la misma. Hoy día esas poblaciones reflejan una cultura de resistencia a la urbanización y a la penetración cultural, aunque se quejan del aislamiento, de la pérdida de identidad como población campesina y de los riesgos que se derivan de la ubicación geoestratégica de sus territorios, que constituyen áreas con alto valor de conservación y aprovechamiento ecológico, por los servicios ambientales que se derivan de ella.

De otro lado, la zona de expansión urbana se haya compuesta por barrios de desarrollo progresivo en zonas de difícil acceso en la localidad. La Localidad está dividida en siete UPZ's que son:

- UPZ 52 LA FLORA
- PZ 56 DANUBIO
- UPZ 57 GRAN YOMASA
- UPZ 58 COMUNEROS
- UPZ 59 ALFONSO LOPEZ
- UPZ 60 PARQUE ENTRENUBES
- UPZ 61 CIUDAD DE USME Y VEREDAS¹

Estas UPZ's enmarcan el territorio que se describirá a continuación a partir de la fuente de los subsistemas de información que alimentan a la Vigilancia en Salud Pública local, tratando de avanzar en el análisis de la determinación social de las problemáticas de salud de sus pobladores.

a. SUBSISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SIVIGILA. Notificación individual

El objeto del Decreto 3518 de 2006 es crear y reglamentar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila, para 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.²

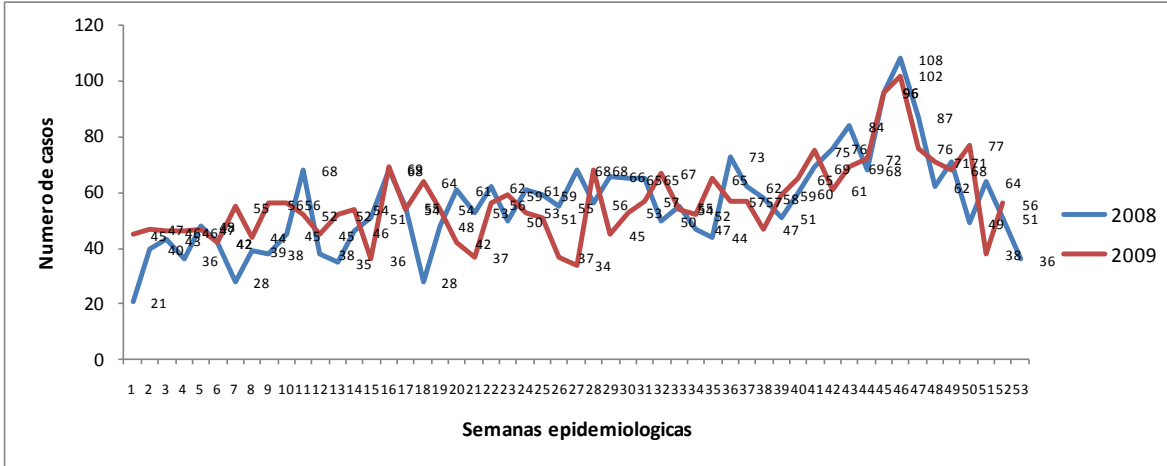
La información notificada al sivigila local proviene de las 25 UPGD que se encuentran caracterizadas en la localidad de Usme, aunque el 60% de la notificación de residentes de la localidad proviene de otras UPGD, lo cual se explica en el hecho de que en la localidad no se cuenta con IPS de segundo y tercer nivel de atención en donde se captan algunos de los eventos de interés en salud pública. (Ver tabla No. 2)

¹Alcaldía local de Usme. Diagnostico cultural Local. Mayo 2007 en http://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/portal/sites/default/files/DIAGNOSTICO_USME.pdf, pág. 6.

² Ministerio de la Protección Social. Decreto 3518 de 2006. Artículo 1. Objeto. Pág. 1



Gráfico 1. Comportamiento de la notificación según Semana epidemiológica. Localidad de Usme. Año 2008 vs 2009



Fuente: SIVIGILA 2008-2009

El gráfico 1 muestra el comportamiento de la notificación comparativa en los últimos dos años, en 2008 se notificaron al sivigila un total de 2959 casos vs 2940 del año 2009. En la semana epidemiológica 46 es en donde se notifican el mayor número de eventos para los dos años, de los cuales el principal evento notificado es la varicela individual.

Según la distribución de los principales eventos notificados, como se menciono anteriormente, el primero para los dos años lo constituye la varicela individual; otros eventos de importancia en el nivel local lo constituyen la exposición rábica, la vigilancia de la ESI-IRAG concentro los esfuerzos del DC durante el último año a raíz de la pandemia por virus nuevo, a lo cual la localidad no fue ajena ya que la notificación de este evento se incremento en casi un 15% frente al año anterior.

Es importante mencionar que otros eventos como la parotiditis, la mortalidad perinatal y las intoxicaciones por otras sustancias químicas son también eventos de gran importancia en Usme, por lo cual cobra importancia verificar la atención de la gestante y el recién nacido en las IPS locales como externas.

Tabla 1. Distribución de la notificación individual según Evento de interés en Salud Pública. Localidad de Usme. Año 2008 vs 2009.

EVENTO	2008	%	2009	%
VARICELA INDIVIDUAL	1487	50,3%	1152	39,2%
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA ESI-IRAG	131	4,4%	560	19,0%
EXPOSICIÓN RÁBICA	465	15,7%	439	14,9%
PAROTIDITIS	41	1,4%	139	4,7%
MORTALIDAD PERINATAL	74	2,5%	75	2,6%
INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍMICAS	89	3,0%	72	2,4%
TOS FERINA	71	2,4%	52	1,8%
RUBÉOLA	31	1,0%	49	1,7%
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS	41	1,4%	47	1,6%
HEPATITIS A	195	6,6%	47	1,6%



HOSPITAL DE USME
I NIVEL E.S.E.

Un Compromiso Social con la Salud



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

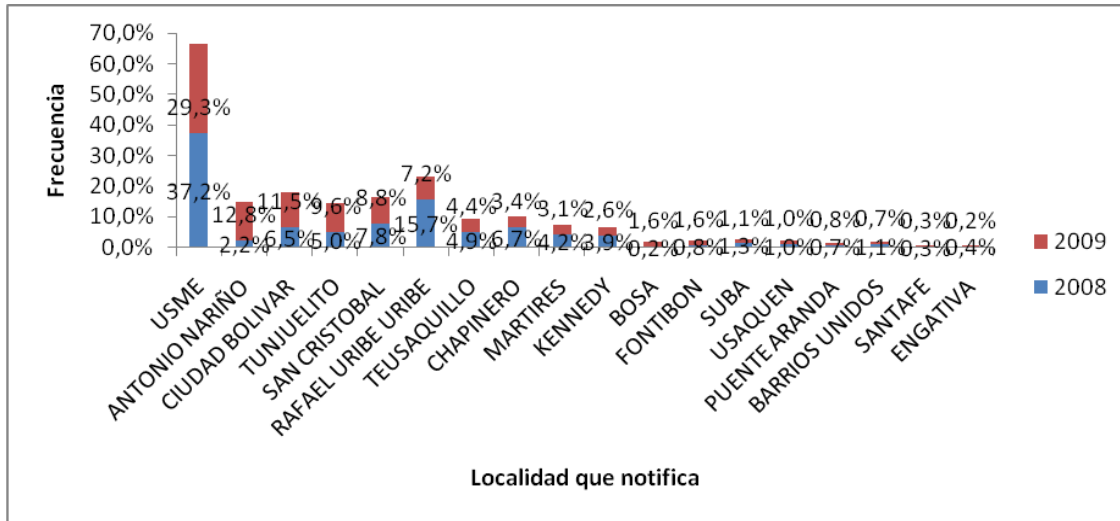


VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	40	1,4%	46	1,6%
INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS	68	2,3%	45	1,5%
TUBERCULOSIS PULMONAR	23	0,8%	32	1,1%
SÍFILIS GESTACIONAL	32	1,1%	29	1,0%
INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	43	1,5%	28	1,0%
INFLUENZA SOSPECHOSOS POR VIRUS NUEVO		0,0%	20	0,7%
DENGUE CLÁSICO	15	0,5%	16	0,5%
HEPATITIS B	10	0,3%	13	0,4%
SÍFILIS CONGÉNITA	19	0,6%	12	0,4%
EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACIÓN.	5	0,2%	10	0,3%
TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR	7	0,2%	10	0,3%
CHAGAS	2	0,1%	7	0,2%
MALARIA VIVAX	8	0,3%	5	0,2%
LEISHMANIASIS CUTÁNEA	8	0,3%	4	0,1%
LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA LINFOIDE		0,0%	4	0,1%
MENINGITIS POR NEUMOCOCO	2	0,1%	3	0,1%
RUBÉOLA CONGÉNITA	8	0,3%	3	0,1%
DENGUE HEMORRÁGICO		0,0%	2	0,1%
INTOXICACIÓN POR SOLVENTES	6	0,2%	2	0,1%
LESIONES POR PÓLVORA	3	0,1%	2	0,1%
MORTALIDAD POR IRA 0-4 AÑOS	4	0,1%	2	0,1%
MORTALIDAD MATERNA	2	0,1%		0,0%
SARAMPIÓN	9	0,3%	2	0,1%
HEPATITIS C	2	0,1%	1	0,0%
INTOXICACIÓN POR METANOL	3	0,1%	1	0,0%
IRAG INUSITADO		0,0%	1	0,0%
LEPRA		0,0%	1	0,0%
LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA MIELOIDE		0,0%	1	0,0%
LEUCEMIA LINFOCITICA AGUDA	3	0,1%		0,0%
LEUCEMIA MIELOCITICA AGUDA	1	0,0%		0,0%
LEISHMANIASIS MUCOSA	1	0,0%		0,0%
MALARIA ASOCIADA (FORMAS MIXTAS)	2	0,1%	1	0,0%
MALARIA COMPLICADA	1	0,0%	1	0,0%
MALARIA FALCIPARUM	3	0,1%	1	0,0%
MENINGITIS MENINGOCÓCCICA	1	0,0%	1	0,0%
MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1	0,0%	1	0,0%
MENINGITIS TUBERCULOSA	1	0,0%		0,0%
MORTALIDAD POR EDA 0-4 AÑOS	1	0,0%	1	0,0%
TOTAL	2959	100,0%	2940	100,0%

Fuente: SIVIGILA 2008-2009



Gráfico 2. Comportamiento de la notificación según Localidad que notifica el evento. Localidad de Usme. Año 2008 vs 2009



Fuente: SIVIGILA 2008-2009

Tabla 2. Distribución de la notificación individual según UPGD de notificación. Localidad de Usme. Año 2008 vs 2009.

2008			2009		
UPGD	n	%	UPGD	n	%
ESE HOSPITAL DE USME I NIVEL	703	23,8%	ESE HOSPITAL DE USME I NIVEL	605	20,6%
CORPORACION IPS SALUDCOOP CUNDINAMARCA- CLINICA JO	258	8,7%	HOSPITAL MEISSEN II NIVEL ESE - CIUDAD BOLIVAR	323	11,0%
HOSPITAL MEISSEN II NIVEL ESE - CIUDAD BOLIVAR	166	5,6%	CORPORACION IPS SALUDCOOP CUNDINAMARCA- CLINICA JO	302	10,3%
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL - SAN CR	103	3,5%	ESE HOSPITAL EL TUNAL	192	6,5%
ESE HOSPITAL EL TUNAL	82	2,8%	HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL - SAN CR	149	5,1%
CLINICA COLSUBSIDIO - CLINICA INFANTIL	75	2,5%	HOSPITAL DE LA MISERICORDIA	64	2,2%
HOSPITAL DE LA MISERICORDIA	64	2,2%	CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA CPO S.A - RAFAEL URI	58	2,0%
SISALUD LTDA	61	2,1%	ESE HOSPITAL SANTA CLARA	49	1,7%
ESE HOSPITAL DE USME I NIVEL - UPA SAN JUAN BAUTIS	60	2,0%	SISALUD LTDA	49	1,7%
CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA CPO S.A - RAFAEL URI	51	1,7%	CLINICA COLSUBSIDIO - CHICALA BOSA	44	1,5%
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO SANTA LIBRADA - USME	44	1,5%	CORPORACION CLINICA CRUZ BLANCA CAU 68 - FONTIBON	42	1,4%
IPS PUNTO DE SALUD S.A. ASISTENCIA MEDICA Y ODONTO	44	1,5%	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CUNDINAMARCA COMF	41	1,4%
ESE HOSPITAL DE USME I NIVEL - UPA MARICHUELA	34	1,1%	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO SANTA LIBRADA - USME	37	1,3%
CENTRO DE SALUD JUAN BONAL	32	1,1%	CAJA COMPENSACION FAMILIAR CAFAM - TEUSAQUILLO	35	1,2%

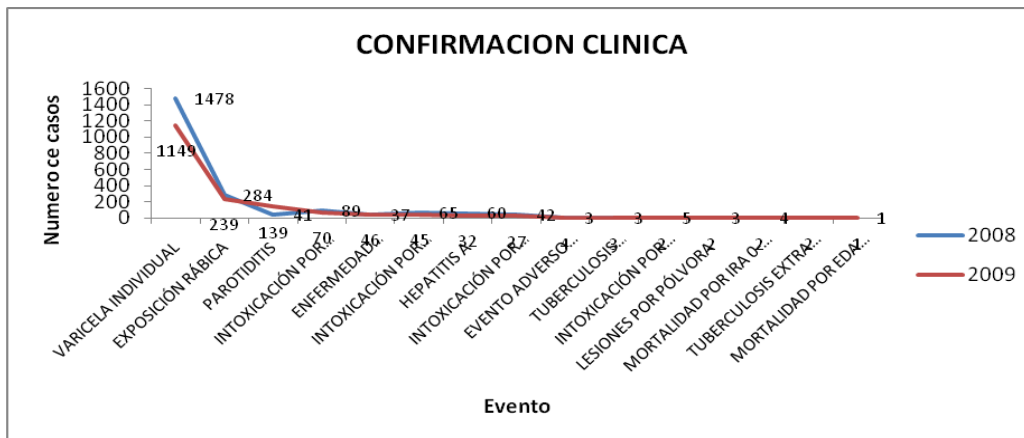


ESE HOSPITAL DE USME I NIVEL-UBA LORENZO ALCANTUZ	32	1,1%	CLINICA DEL OCCIDENTE LTDA CMO COUNTRY - KENNEDY	35	1,2%
IPS SALUDCOOP CLINICA JORGE PIÑEROS CORPAS - SUBA	31	1,0%	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN IGNACIO - CHAPINERO	33	1,1%
SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE	31	1,0%	VIRREY SOLIS IPS SANTA LUCIA - TUNJUELITO	30	1,0%
ESE HOSPITAL DE USME I NIVEL - UPA SANTA MARTA	30	1,0%	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO QUIROGA - RAFAEL URIBE U	26	0,9%
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CUNDINAMARCA COMF	29	1,0%	IPS SALUDCOOP CLINICA JORGE PIÑEROS CORPAS - SUBA	26	0,9%
ESE HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL - SAN CRISTOBAL	27	0,9%	ESE HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL - SAN CRISTOBAL	25	0,9%
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN IGNACIO - CHAPINERO	26	0,9%	AV PRIMERO DE MAYO CRUZ BLANCA - ANTONIO NARIÑO	24	0,8%
ESE HOSPITAL SANTA CLARA	25	0,8%	HOSPITAL SAN BLAS- II NIVEL ESE - SAN CRISTOBAL	24	0,8%
FOMENTO EINVERSION SOCIAL S.A FUNSALUD S.A	25	0,8%	IPS PUNTO DE SALUD S.A. ASISTENCIA MEDICA Y ODONTO	23	0,8%
CLINICA DEL OCCIDENTE LTDA CMO COUNTRY - KENNEDY	24	0,8%	SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA HOSPITAL DE SAN JOSE	22	0,7%
UNI MED ODON SANTA PILAR WILLIAM O - USME	23	0,8%	CENTRO DE SALUD JUAN BONAL	21	0,7%
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO LUIS CARLOS GALAN SARMIE	22	0,7%	HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA - TEUSAQUILLO	21	0,7%
CAJA COMPENSACION FAMILIAR CAFAM - TEUSAQUILLO	21	0,7%	CLINICA COLOMBIA	20	0,7%
CORPORACION CLINICA SALUDCOOP BOGOTA SAN CRISTOBAL	21	0,7%	ESE HOSPITAL DE USME I NIVEL - UBA ARRAYANES	19	0,6%

Fuente: SIVIGILA 2008-2009

Del total de casos confirmados, el 87% se confirmó por clínica para los dos años analizados; los principales eventos confirmados de esta manera son la varicela individual y la exposición rábica; el 13% restante de los eventos es confirmado por laboratorio

Grafico 3a y 3b. Distribución de casos confirmados por laboratorio y por clínica. Localidad de Usme. Año 2008 vs 2009.



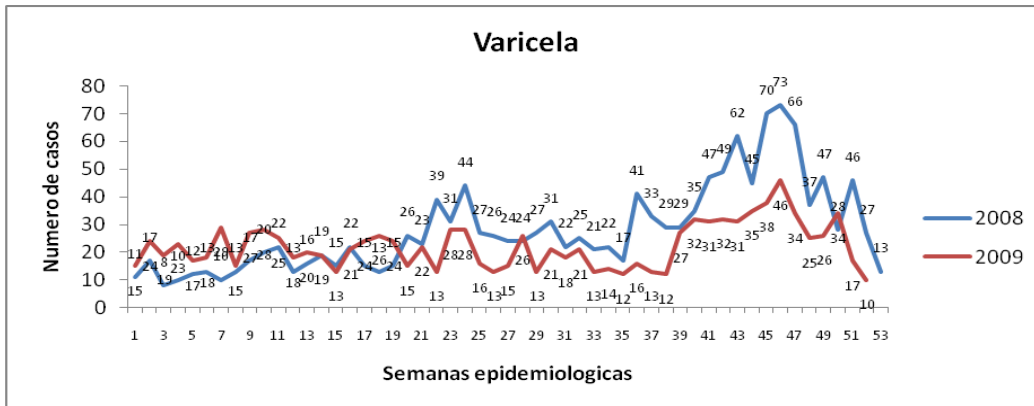
Fuente: SIVIGILA 2008-2009



Fuente: SIVIGILA 2008-2009

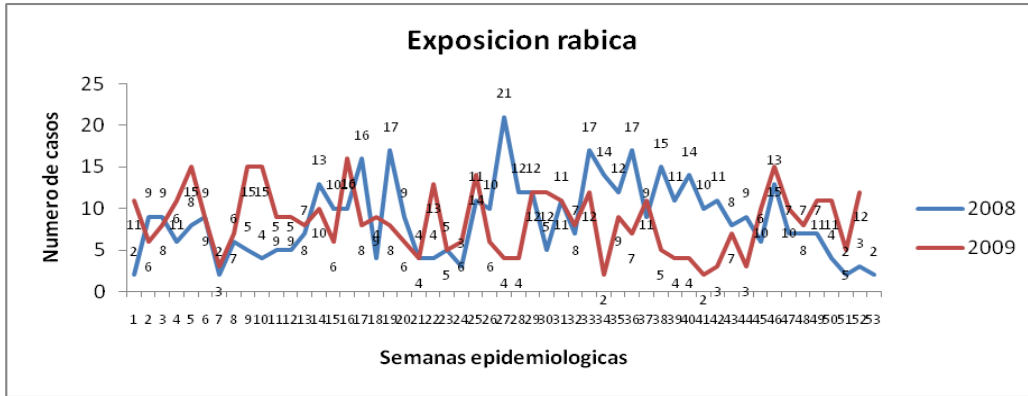
Es importante mencionar que casi el 40% de los eventos notificados al Sivigila lo realizan las UPGD de la localidad, la principal de ellas es el CAMI Santa Librada, como se menciono anteriormente UPGD de segundo y tercer nivel son quienes aportan el mayor porcentaje de la notificación de residentes de Usme como Hospital de Meissen y Tunal.

Grafico 4. Comportamiento de la notificación de Varicela individual según Semana epidemiológica. Localidad de Usme. Año 2008 vs 2009



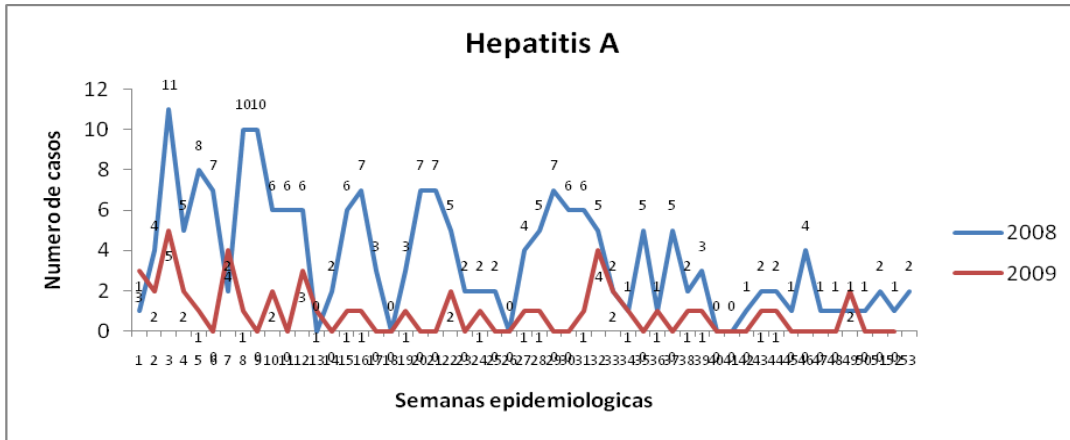
Fuente: SIVIGILA 2008-2009

Grafico 5. Comportamiento de la notificación de Exposición rábica según Semana epidemiológica. Localidad de Usme. Año 2008 vs 2009



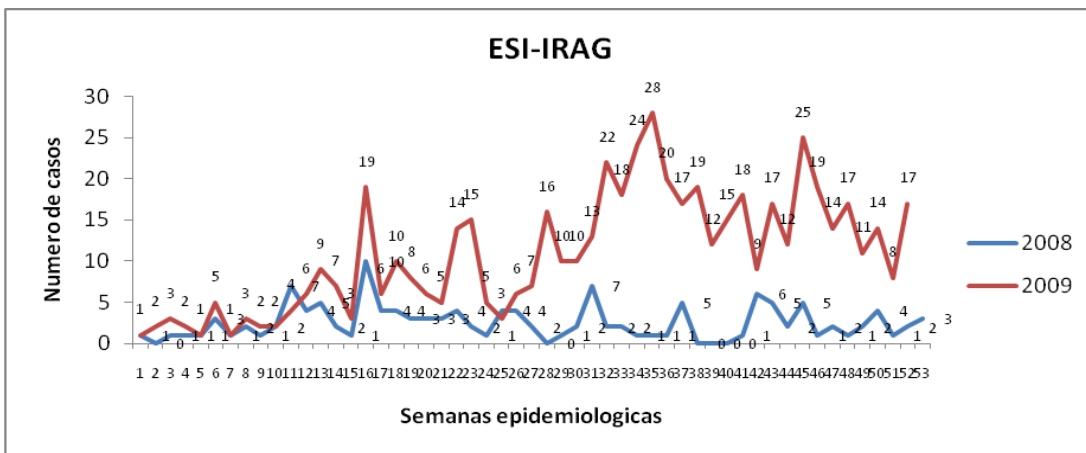
Fuente: SIVIGILA 2008-2009

Grafico 6. Comportamiento de la notificación de Hepatitis A según Semana epidemiológica. Localidad de Usme. Año 2008 vs 2009



Fuente: SIVIGILA 2008-2009

Grafico 7. Comportamiento de la notificación de ESI-IRAG según Semana epidemiológica. Localidad de Usme. Año 2008 vs 2009



Fuente: SIVIGILA 2008-2009



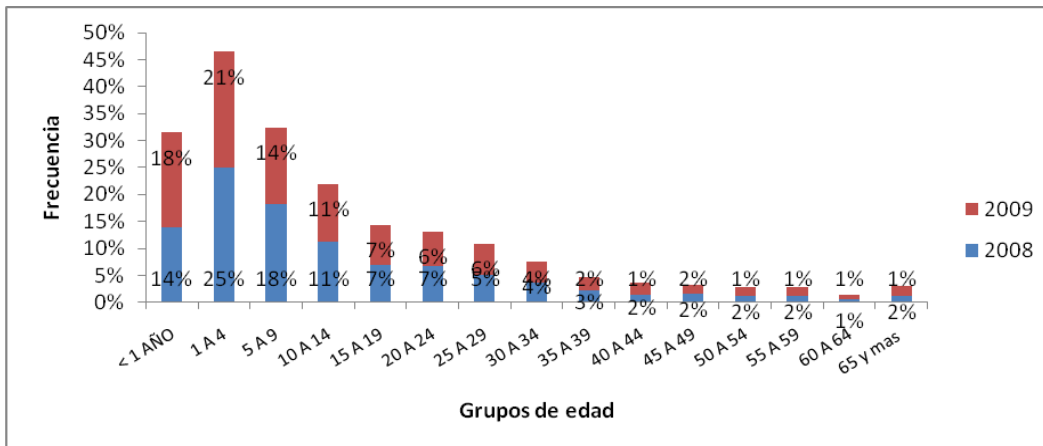
Gráfico 8. Comportamiento de la notificación de Intoxicación por otras sustancias químicas según Semana epidemiológica. Localidad de Usme. Año 2008 vs 2009



Fuente: SIVIGILA 2008-2009

Los gráficos 3 al 7 muestran la distribución de casos notificados según los principales eventos que se presentan en la localidad en los últimos dos años. En relación a varicela, el mayor número de casos notificados se presentan a partir de semana 39 para los dos años analizados; la exposición rabica, muestra durante el año picos de casos notificados, el mayor número de casos se presenta en semana 46 para el 2009; para hepatitis A, se observa que el mayor número de casos se notificó el año anterior.

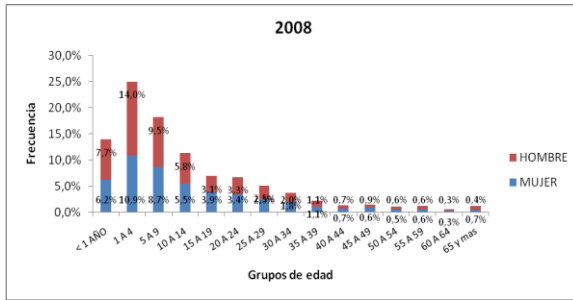
Gráfico 9. Distribución de casos notificados según Grupos de edad. Localidad de Usme. Año 2008 vs 2009.



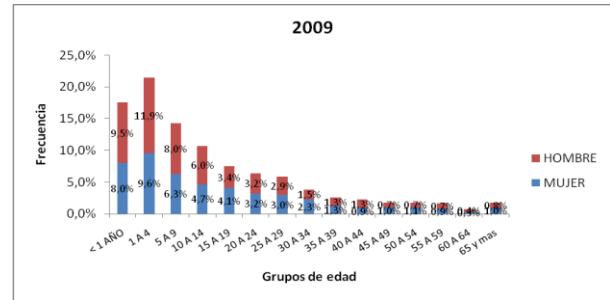
Fuente: SIVIGILA 2008-2009



Gráfico 10a y 10b. Distribución de casos notificados según Grupos de edad y sexo. Localidad de Usme. Año 2008 vs 2009.



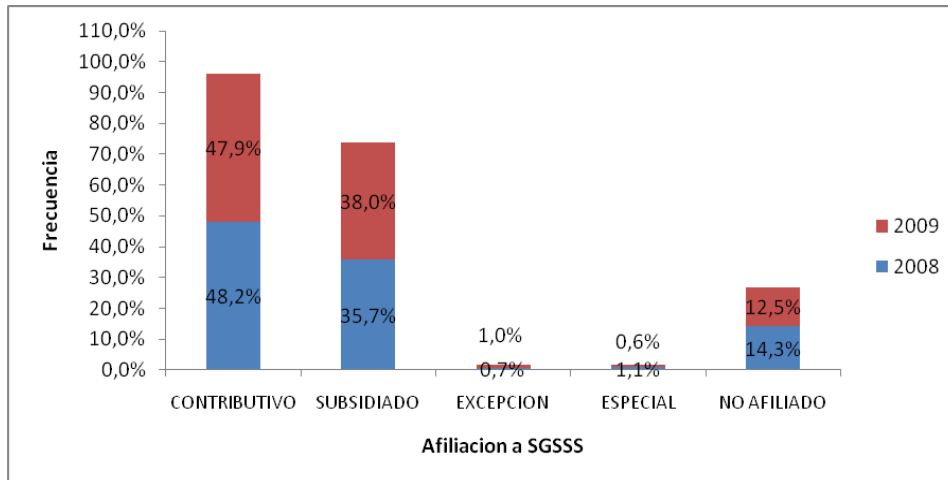
Fuente: SIVIGILA 2008



Fuente: SIVIGILA 2009

Según el grupo de edad, se aprecia en el gráfico 8 que el 39% de la notificación se concentra en los menores de 5 años, seguido por el grupo de 5 a 14 años, lo cual coincide con el hecho de que el evento que más se notifique en la localidad sea la varicela; en 2008, 1408(48%) de los casos fueron mujeres mientras que en 2009 se presenta el mismo porcentaje con 1399 mujeres y los casos restantes ocurren en hombres.

Gráfico 11. Distribución de casos notificados según Afiliación al SGSSS. Localidad de Usme. Año 2008 vs 2009.



Fuente: SIVIGILA 2008-2009

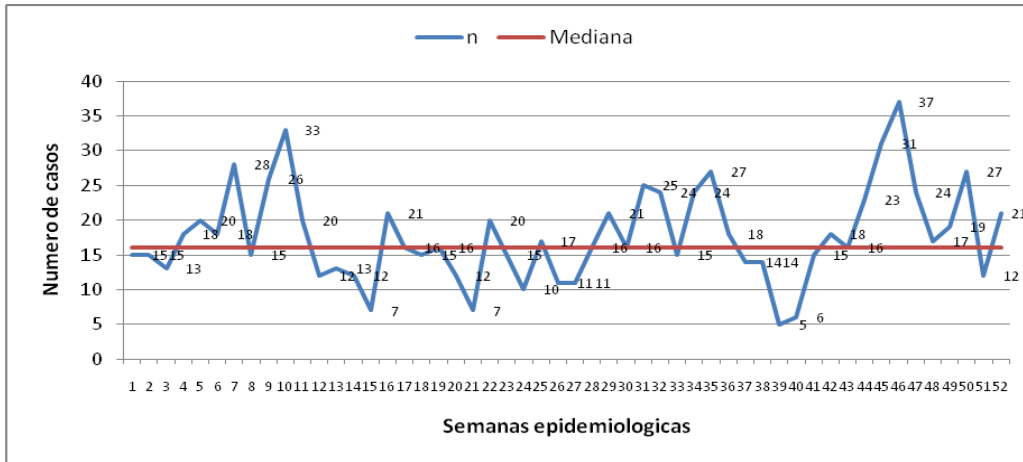
b. SUBSISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SIVIGILA. Notificación colectiva

Morbilidad por EDA

En lo corrido del 2009, se han notificado un total de 921 casos de morbilidad por EDA con una mediana de 16 casos. El 48% de la notificación se concentra en los menores de 5 años. El pico más alto de la notificación se presenta en las semanas epidemiológicas 46 y 9 respectivamente.

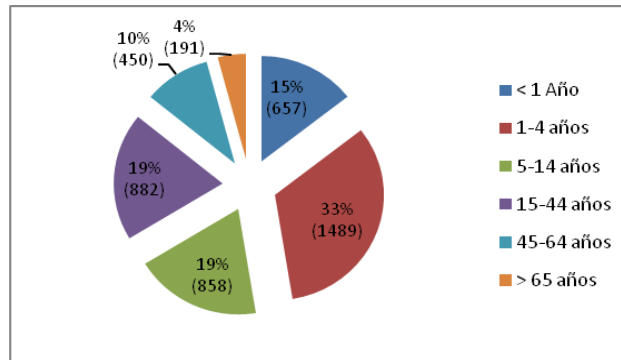


Gráfico 8. Comportamiento de la notificación de la Morbilidad por EDA. Localidad de Usme. Año 2009



Fuente: Datos preliminares SIVIGILA Hospital de Usme

Gráfico 8. Distribucion de casos notificados de Morbilidad por EDA según grupos de edad. Localidad de Usme. Año 2009.

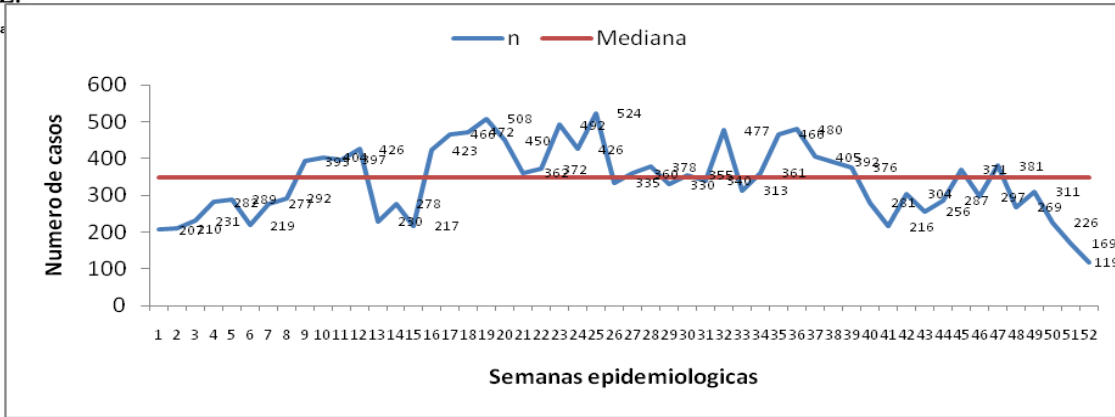


Fuente: Datos preliminares SIVIGILA Hospital de Usme

Morbilidad por IRA

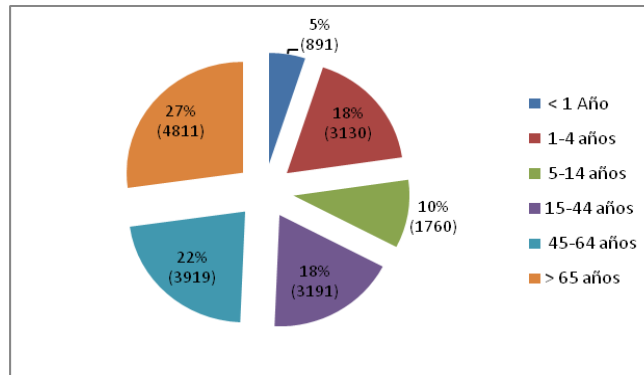
En lo corrido del 2009, se han notificado un total de 4226 casos de morbilidad por IRA con una mediana de 84 casos. El 49% de la notificación se concentra en los mayores de 45 años.

Gráfico 9. Comportamiento de la notificación de la Morbilidad por IRA. Localidad de Usme. Año 2009



Fuente: Datos preliminares SIVIGILA Hospital de Usme

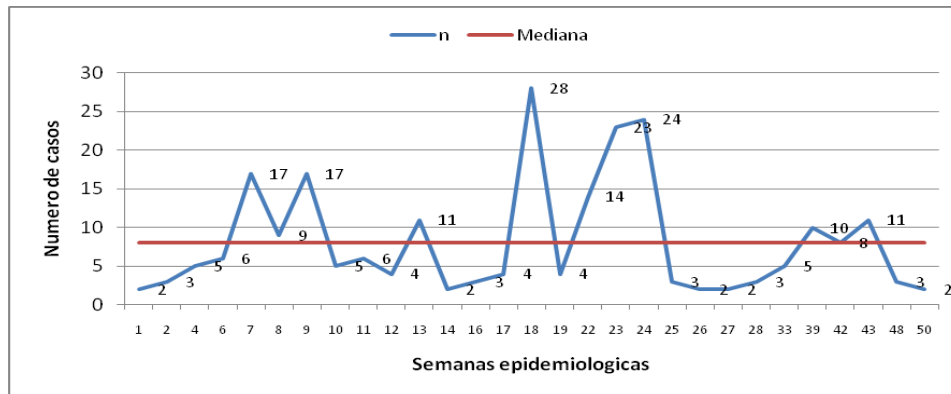
Grafico 10. Distribucion de casos notificados de Morbilidad por IRA según grupos de edad. Localidad de Usme. Año 2009.



Fuente: Datos preliminares SIVIGILA Hospital de Usme

Brotos de varicela

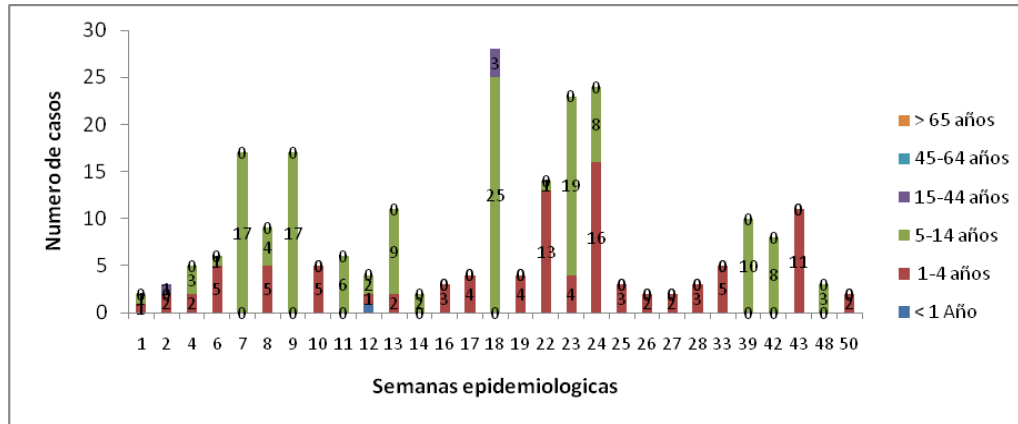
Grafico 11. Comportamiento de la notificación de Brotes de Varicela. Localidad de Usme. Año 2009



Fuente: Datos preliminares SIVIGILA Hospital de Usme

En lo corrido del 2009, se han notificado un total de 50 casos en Brotes de varicela con una mediana de 2 casos. El 90% de la notificación se concentra en los menores de 14 años.

Gráfico 12. Comportamiento de la notificación de Brotes de Varicela según grupos de edad. Localidad de Usme. Año 2009



Fuente: Datos preliminares SIVIGILA Hospital de Usme

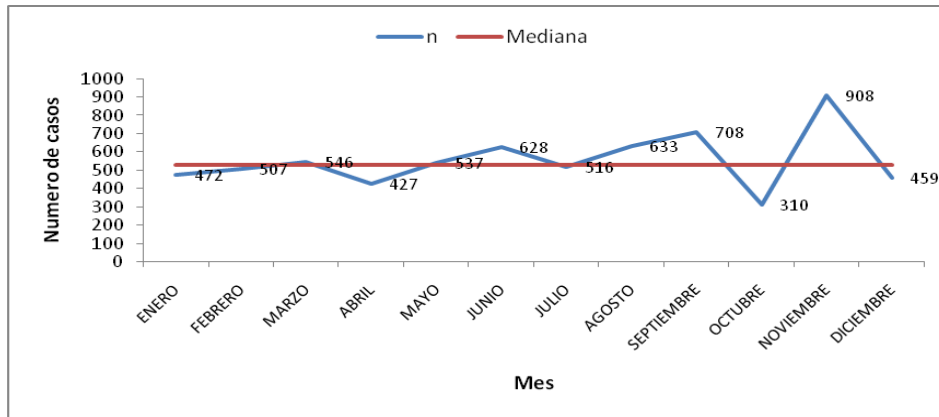
c. SUBSISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SISVAN. Gestantes

De acuerdo a la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (Roma, 1996), existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades nutricionales y sus preferencias alimentarias a fin de llevar una vida activa y sana. El que un país tenga una disponibilidad global de alimentos suficiente para cubrir las necesidades de su población, no garantiza que todas las familias disfruten de seguridad alimentaria. Esta depende de diversos factores económicos, geográficos, sociales y culturales, que afectan el acceso físico a los alimentos y la capacidad de las familias para comprarlos o producirlos.³

Durante el 2009, se notificaron a través del Sisvan un total de 6651 gestantes, con una mediana de 527 casos; el gráfico 13 muestra que los meses con el mayor número de casos notificados son noviembre, septiembre y junio respectivamente. El 98% de la captación de casos al sistema lo realizaron las UPGD públicas de la localidad.

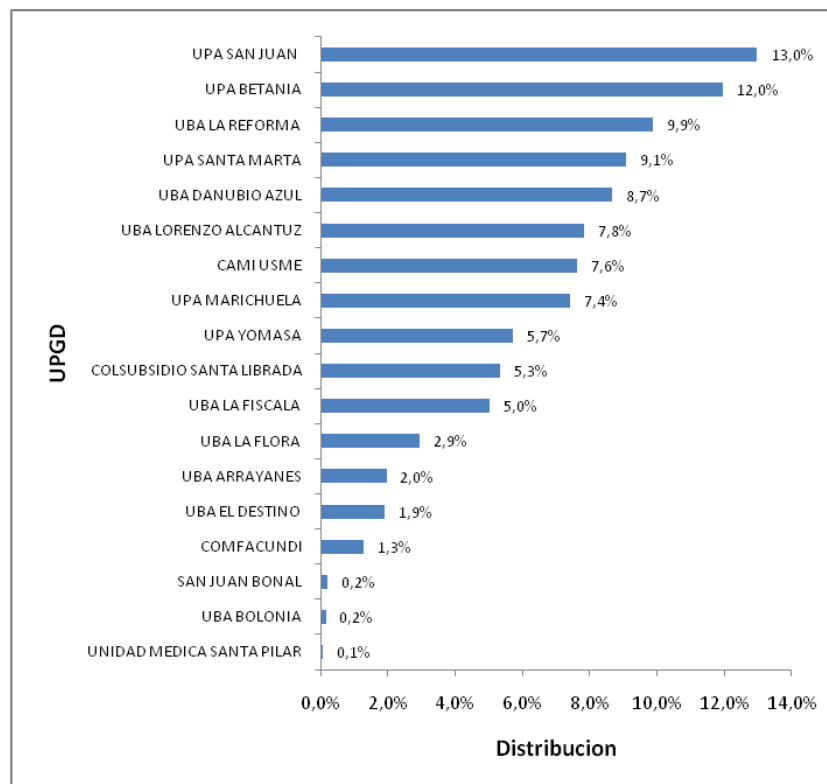
Gráfico 13. Comportamiento de la notificación de Gestantes según mes. Localidad de Usme. Año 2009

³ Olivares, García y Salinas. Relación del municipio con la seguridad alimentaria y nutrición de las familias que habitan en su espacio territorial. En http://www.rlc.fao.org/es/nutricion/guiamuni/pdf/CAP_1.PDF



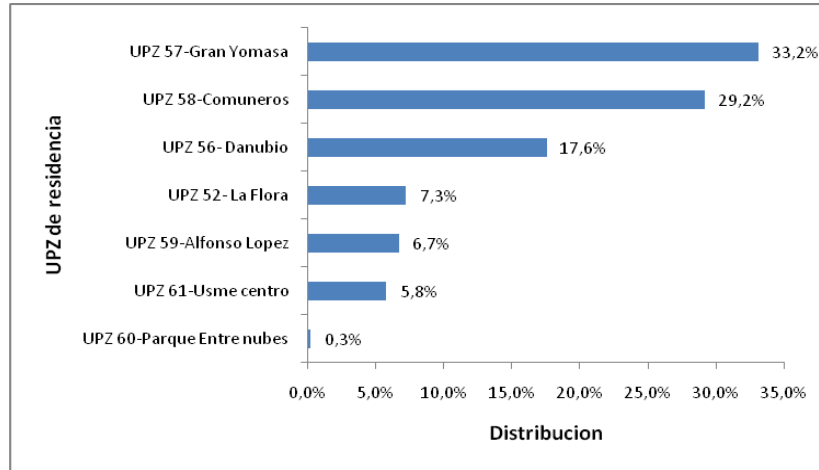
Fuente: SISVAN

Grafico 14. Distribución de la notificación de Gestantes según UPGD. Localidad de Usme. Año 2009



Fuente: SISVAN

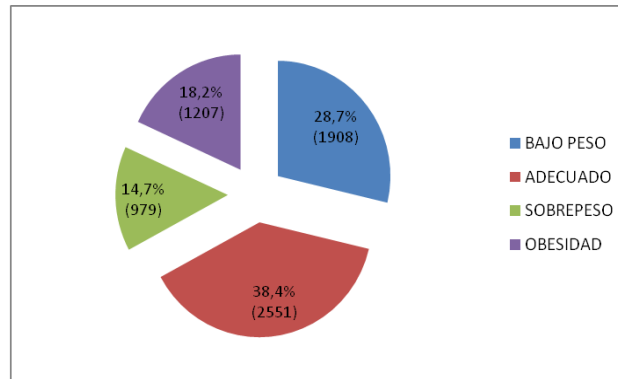
Grafico 15. Distribución de la notificación de Gestantes según UPZ de residencia. Localidad de Usme. Año 2009



Fuente: SISVAN

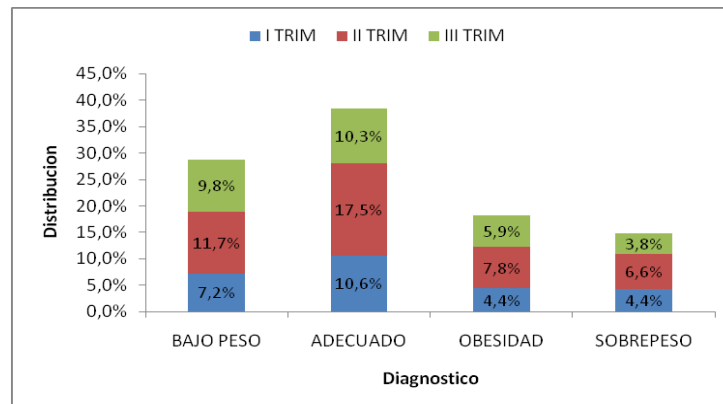
Las UPZ que concentran más del 60% de los casos son Gran Yomasa y Comuneros; casi el 30% de las gestantes notificadas se encontraba en bajo peso para la edad Gestacional, sin embargo es importante mencionar que casi el 40% de las gestantes se encontraba en sobrepeso y obesidad.

Grafico 16. Distribución de la notificación de Gestantes según Diagnostico nutricional. Localidad de Usme. Año 2009



Fuente: SISVAN

Grafico 17. Distribución de la notificación de Gestantes según Diagnostico nutricional vs trimestre de embarazo. Localidad de Usme. Año 2009



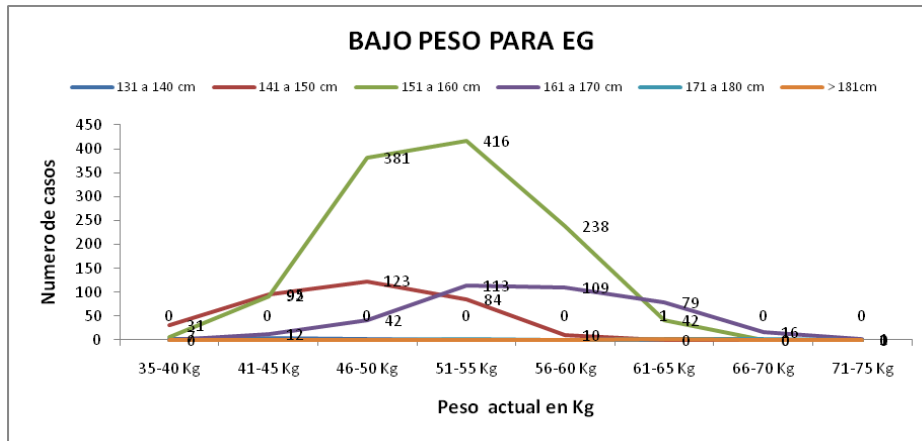


Fuente: SISVAN

En el gráfico 17 se observa que el mayor porcentaje de bajo peso, obesidad y sobrepeso se da en el segundo trimestre del embarazo; se aprecia también que para el bajo peso, los porcentajes según trimestre del embarazo son casi similares, lo cual podría evidenciar que no se logra la recuperación de peso a lo largo de la gestación.

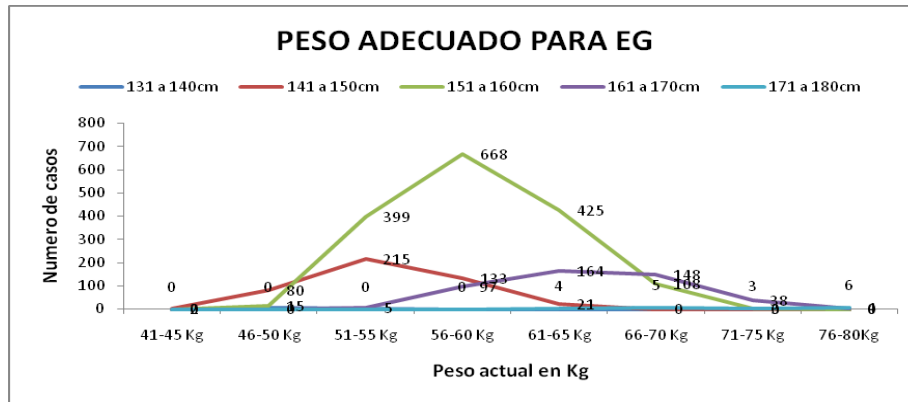
Los gráficos 18a al 18d, muestran el comportamiento de los cuatro diagnósticos nutricionales diferenciales de acuerdo a talla vs peso frente a lo cual es importante mencionar que el mayor número de casos se encuentra concentrado en la talla 151 a 160cm.

Gráfico 18a. Distribución del Bajo peso para la Edad Gestacional (EG) según talla vs peso. Localidad de Usme. Año 2009



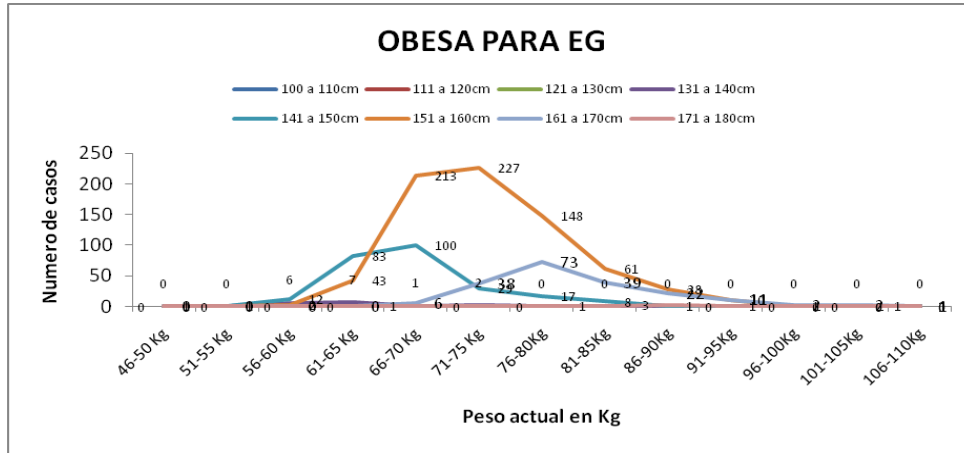
Fuente: SISVAN

Gráfico 18b. Distribución del Peso adecuado para la Edad Gestacional (EG) según talla vs peso. Localidad de Usme. Año 2009



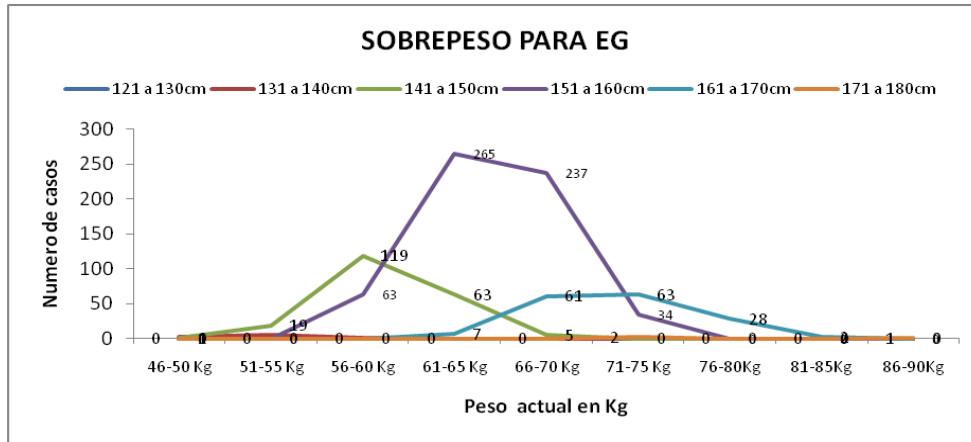
Fuente: SISVAN

Gráfico 18c. Distribución de Obesidad para la Edad Gestacional (EG) según talla vs peso. Localidad de Usme. Año 2009



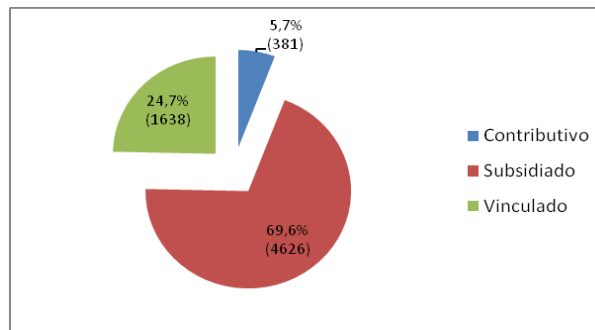
Fuente: SISVAN

Grafico 18d. Distribución de Sobrepeso para la Edad Gestacional (EG) según talla vs peso. Localidad de Usme. Año 2009



Fuente: SISVAN

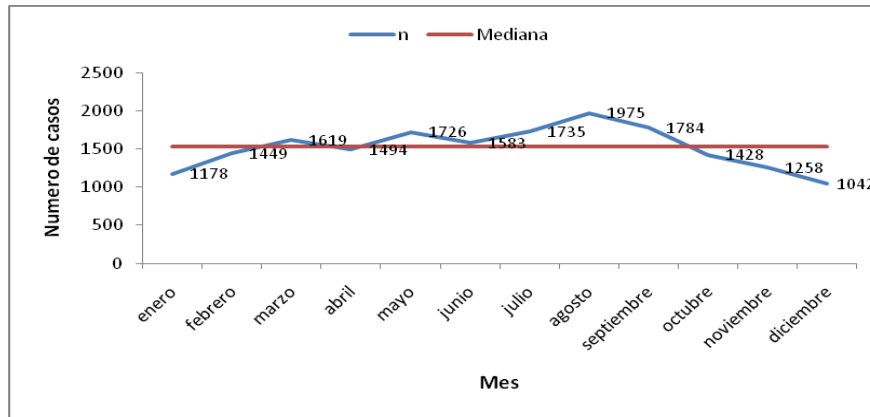
Grafico 19. Distribución de la notificación de Gestantes según Afiliación al SGSSS. Localidad de Usme. Año 2009.



Fuente: SISVAN

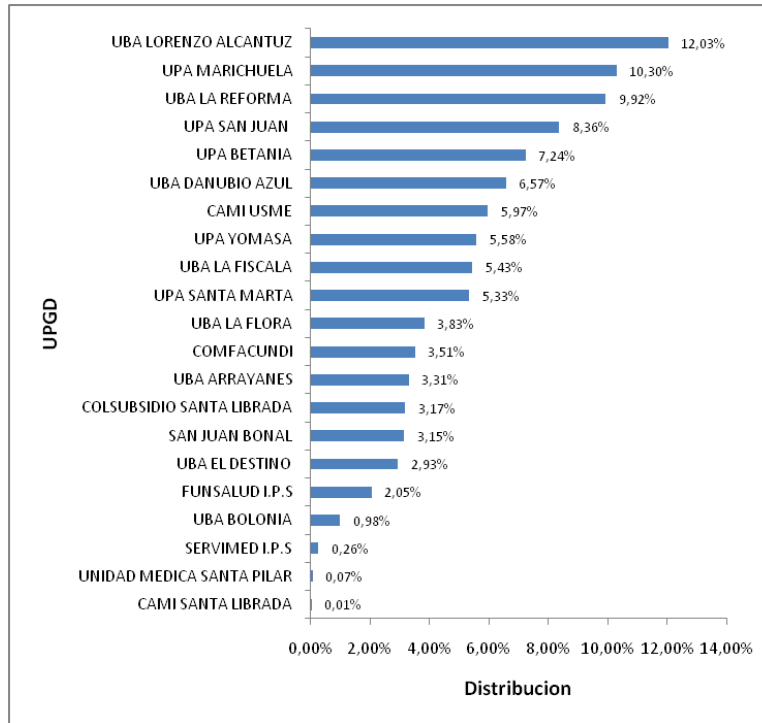
d. SUBSISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SISVAN. Menores de 10 años

Grafico 20. Comportamiento de la notificación de Menores de 10 años según mes. Localidad de Usme. Año 2009



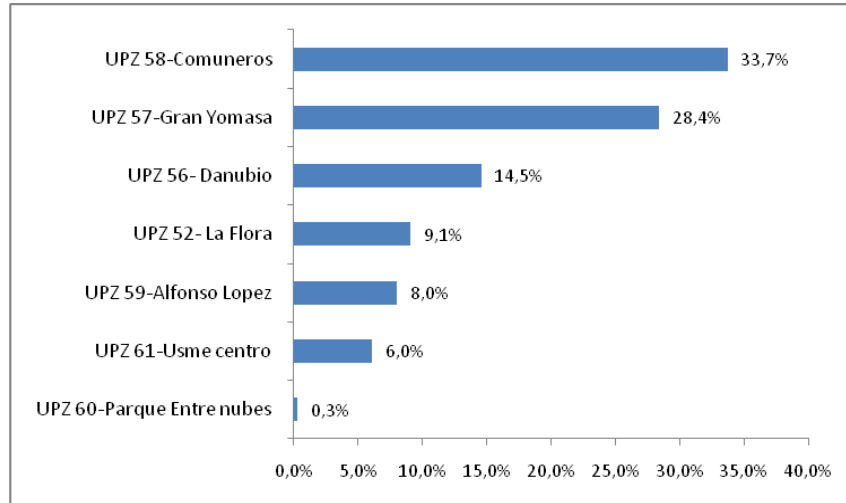
Fuente: SISVAN

Gráfico 21. Distribución de la notificación en Menores de 10 años según UPGD. Localidad de Usme. Año 2009



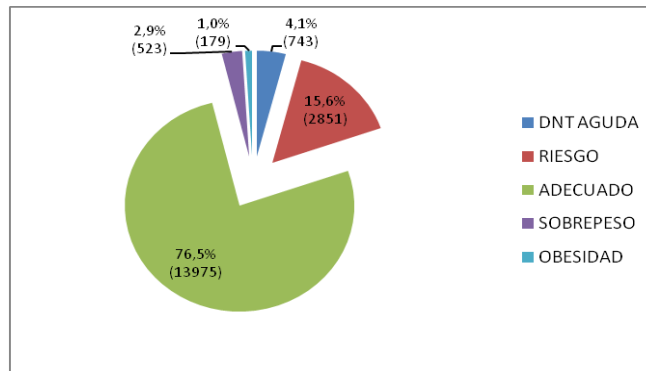
Fuente: SISVAN

Gráfico 22. Distribución de la notificación en Menores de 10 años según UPZ de residencia. Localidad de Usme. Año 2009



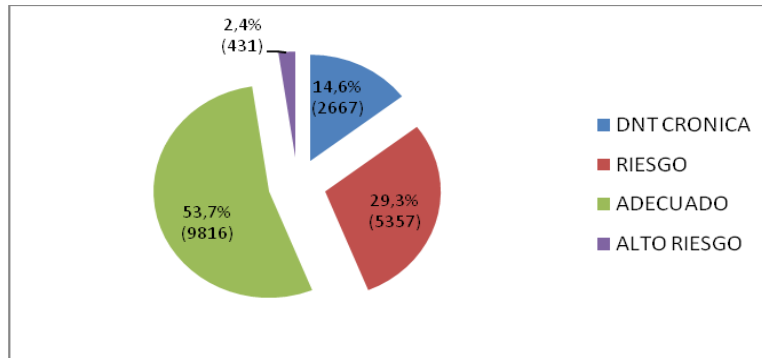
Fuente: SISVAN

Gráfico 23. Distribución de casos notificados en Menores de 10 años según riesgo para Desnutrición Aguda. Localidad de Usme. Año 2009



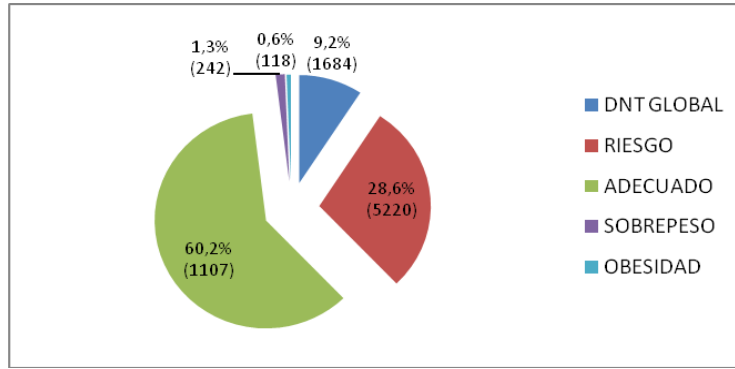
Fuente: SISVAN

Gráfico 24. Distribución de casos notificados en Menores de 10 años según riesgo para Desnutrición Crónica. Localidad de Usme. Año 2009



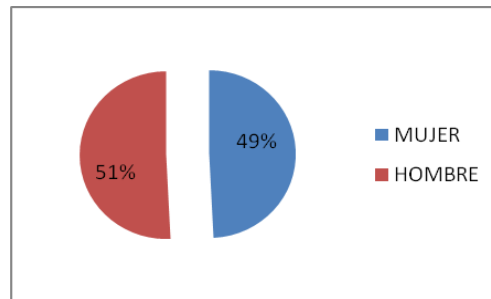
Fuente: SISVAN

Gráfico 25. Distribución de casos notificados en Menores de 10 años según riesgo para Desnutrición Global. Localidad de Usme. Año 2009



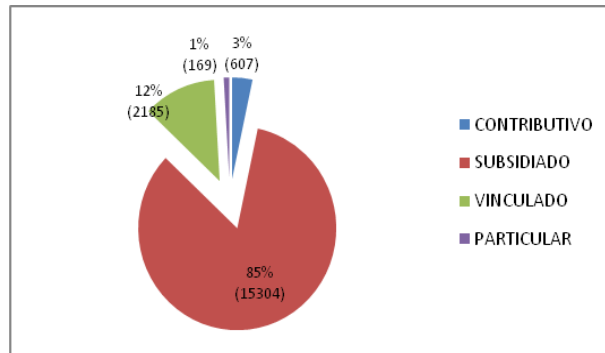
Fuente: SISVAN

Gráfico 26. Distribución de casos notificados en Menores de 10 años según sexo. Localidad de Usme. Año 2009



Fuente: SISVAN

Gráfico 27. Distribución de casos notificados en Menores de 10 años según Afiliación a SGSSS. Localidad de Usme. Año 2009



Fuente: SISVAN

e. SUBSISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SIVIM.

Durante el año 2009, se han notificado al SIVIM un total de 3441 eventos en 1607 personas, de los cuales el 98% (3355 eventos) y 1565 casos corresponden a residentes de la localidad de Usme.

Tabla 7. Distribución de casos notificados casos según localidad de residencia. Localidad de Usme. Año 2009

LOCALIDAD DE RESIDENCIA	n	%
-------------------------	---	---



HOSPITAL DE USME
I NIVEL E.S.E.

Un Compromiso Social con la Salud



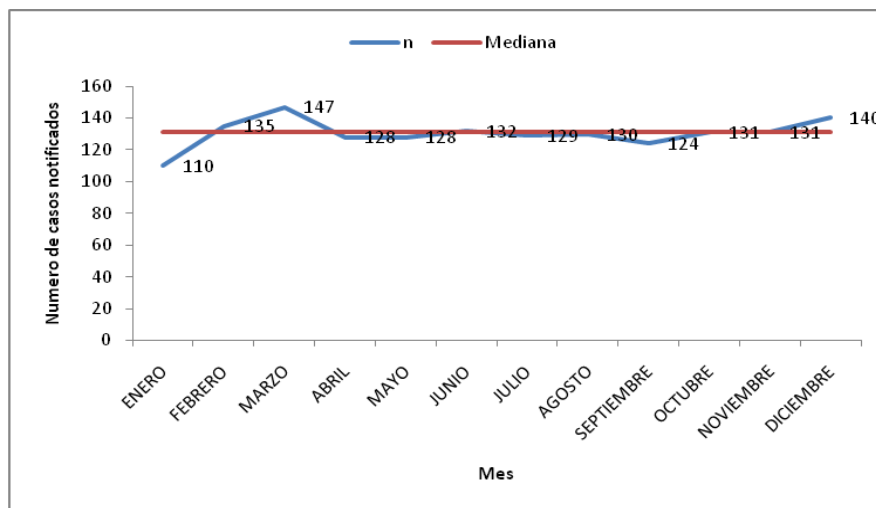
ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD



TUNJUELITO	2	0,06%
KENNEDY	2	0,06%
ENGATIVA	2	0,06%
PUENTE ARANDA	2	0,06%
RAFAEL URIBE	2	0,06%
CIUDAD BOLIVAR	2	0,06%
SUMAPAZ	2	0,06%
CHAPINERO	8	0,24%
SUBA	9	0,26%
SAN CRISTOBAL	11	0,32%
USME	3355	98,76%
TOTAL	3397	100,00%

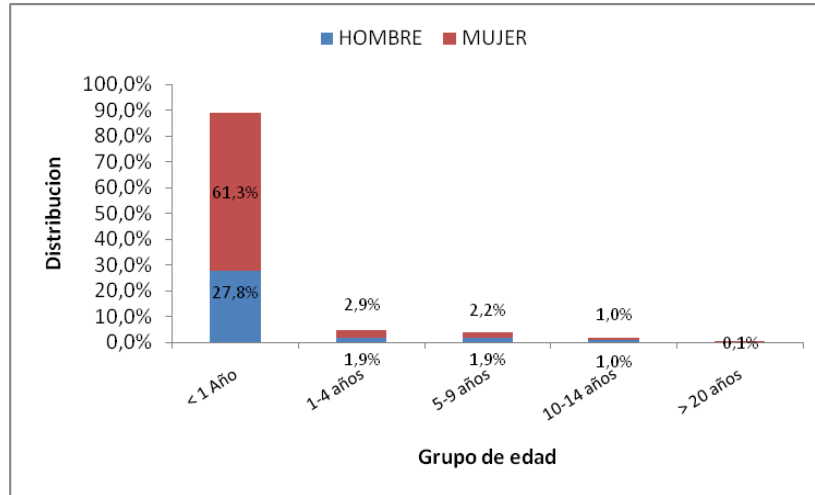
Fuente: SIVIM

Grafico 28. Comportamiento de la notificación de casos según mes. Localidad de Usme. Año 2009



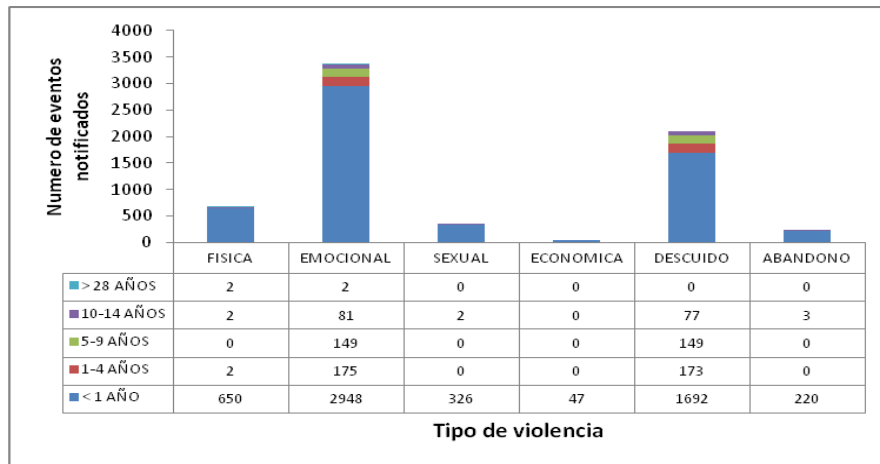
Fuente: SIVIM

Grafico 29. Distribución de casos notificados según Edad y sexo. Localidad de Usme. Año 2009



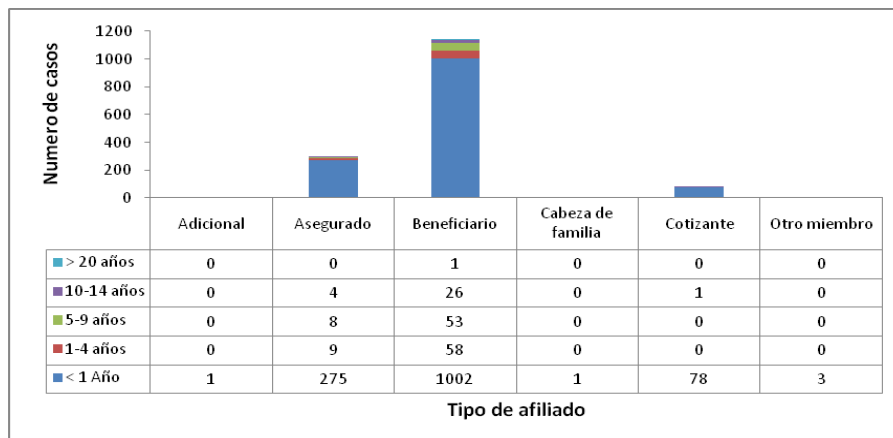
Fuente: SIVIM

Grafico 30. Distribución de eventos notificados según tipo de violencia y edad de la víctima. Localidad de Usme. Año 2009.



Fuente: SIVIM

Grafico 31. Distribución de eventos notificados según edad de la víctima y aseguramiento. Localidad de Usme. Año 2009.





HOSPITAL DE USME
I NIVEL E.S.E.

Un Compromiso Social con la Salud

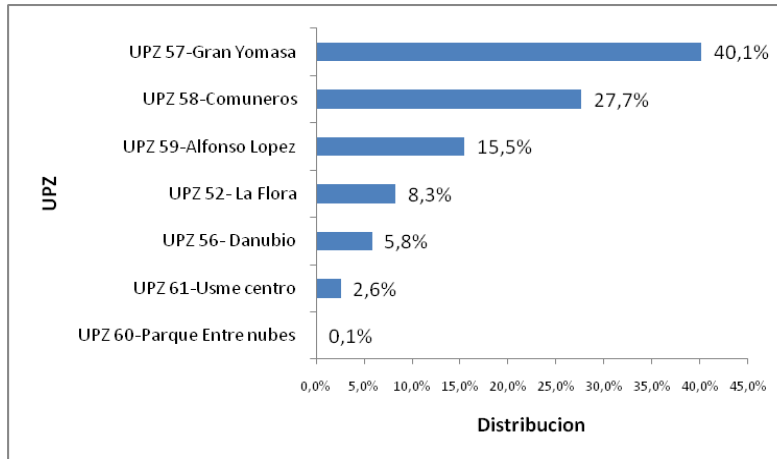


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD



Fuente: SIVIM

Grafico 32. Distribución de casos notificados según UPZ de residencia. Localidad de Usme. Año 2009.



Fuente: SIVIM

Grafico 33. Distribución de casos notificados según Entidad que identifica el evento. Localidad de Usme. Año 2009.

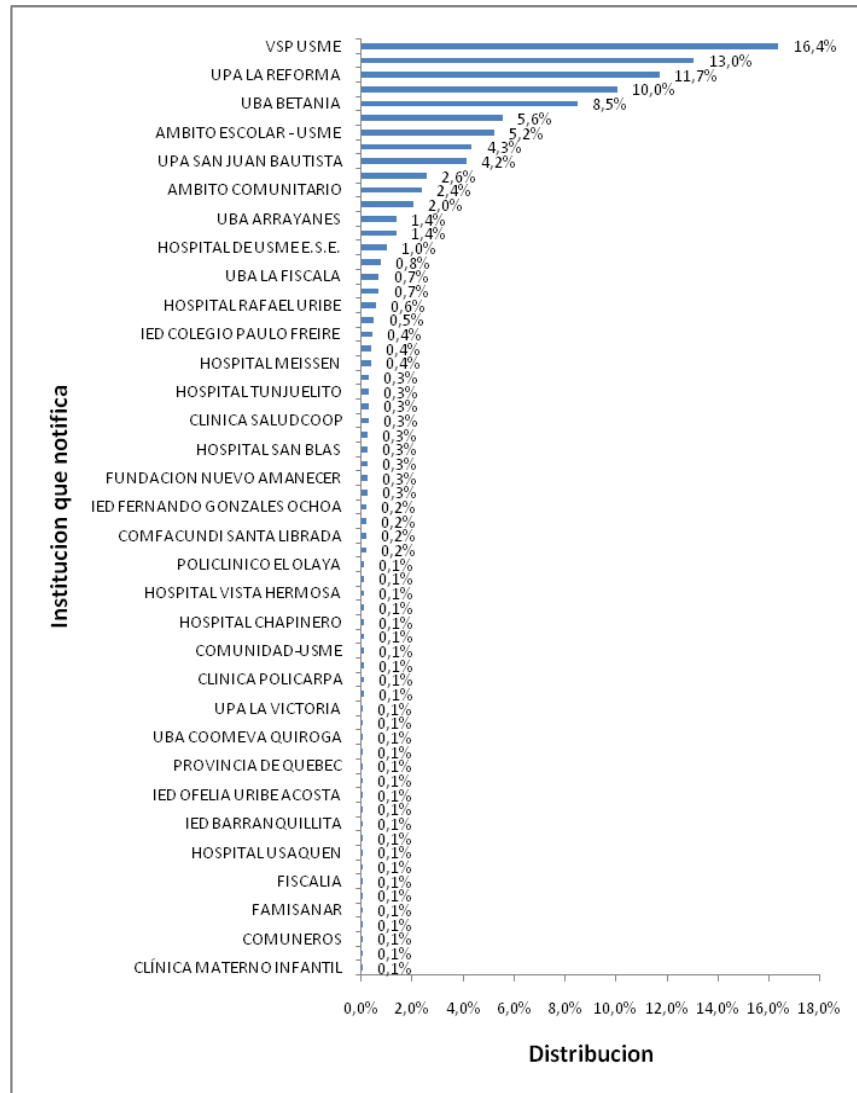


HOSPITAL DE USME
I NIVEL E.S.E.

Un Compromiso Social con la Salud

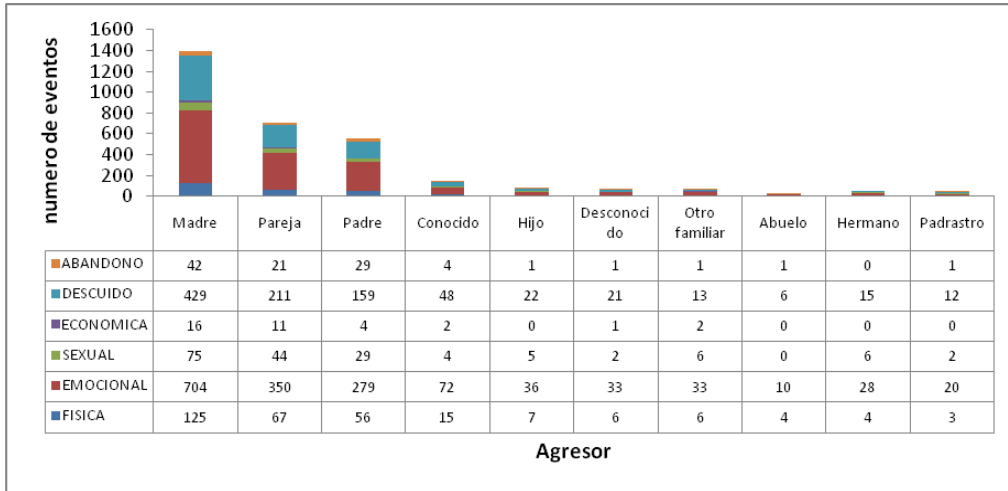


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

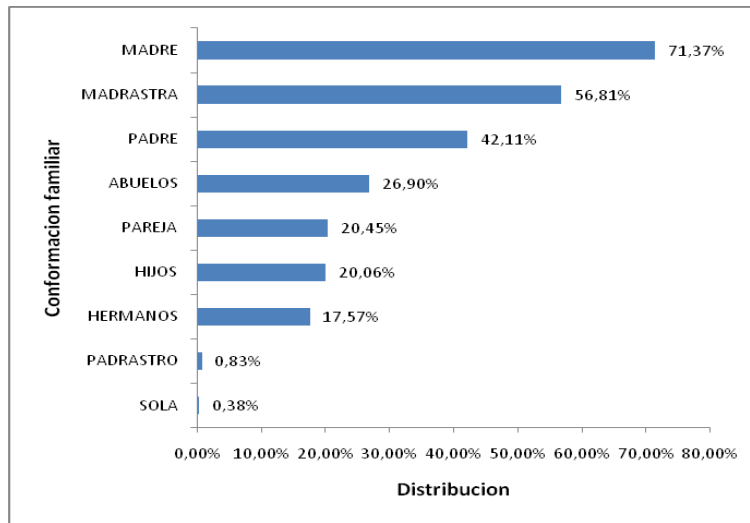


Fuente: SIVIM

Grafico 34. Distribución de casos notificados según tipo de violencia y agresor. Localidad de Usme. Año 2009.

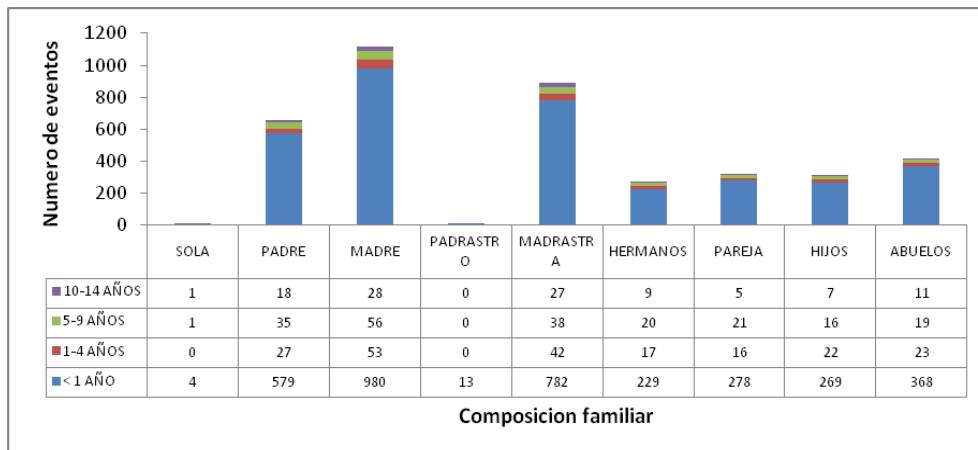


Fuente: SIVIM



Fuente: SIVIM

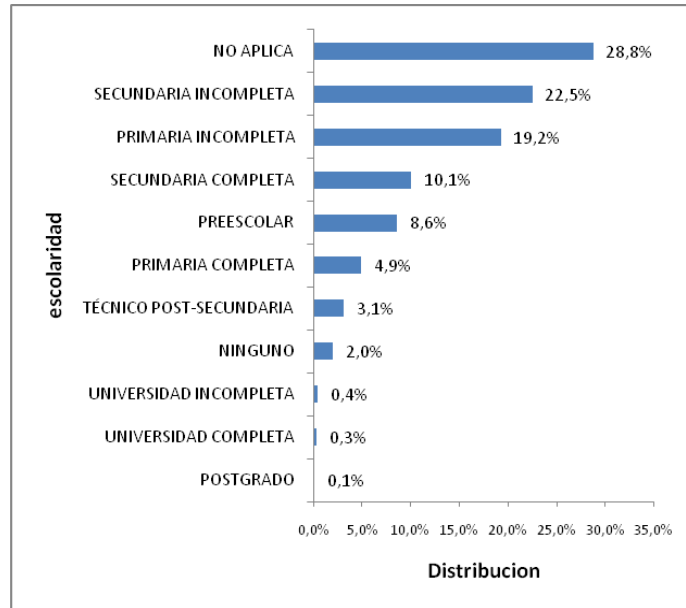
Gráfico 35. Distribución de casos notificados según composición familiar y edad de la víctima. Localidad de Usme. Año 2009.



Fuente: SIVIM

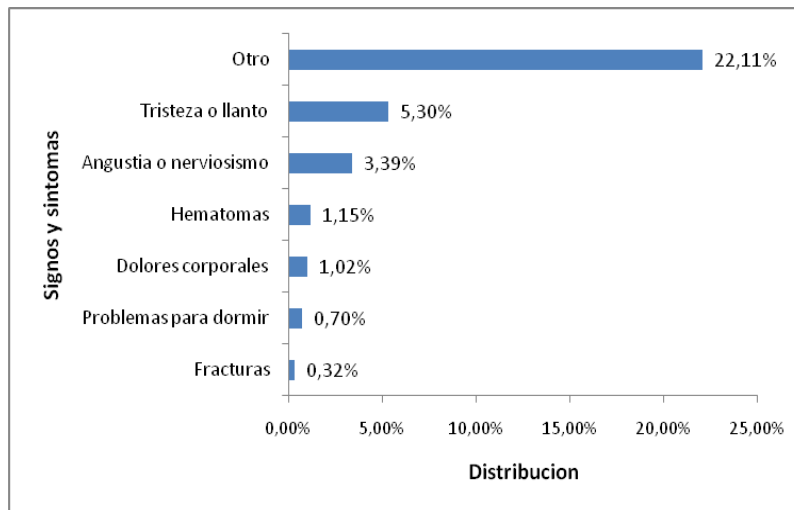


Grafico 36. Distribución de casos notificados según escolaridad de la víctima. Localidad de Usme. Año 2009.



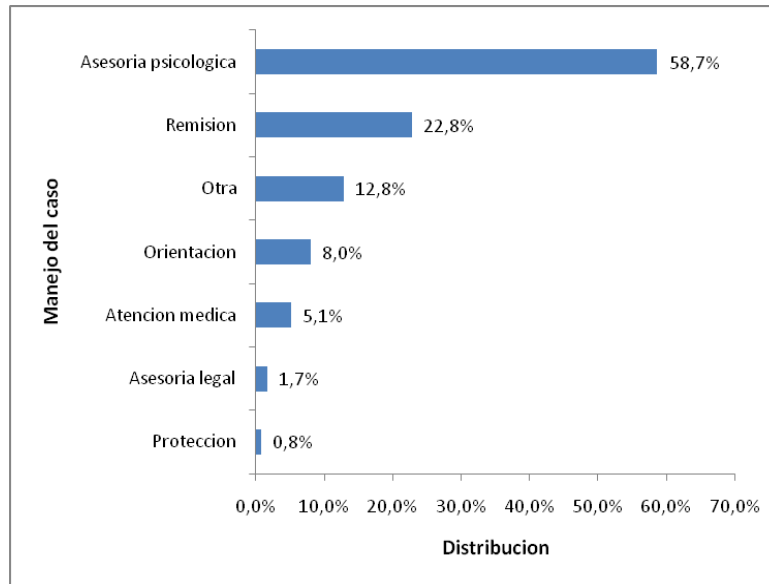
Fuente: SIVIM

Grafico 37. Distribución de casos notificados según signos y síntomas de la víctima. Localidad de Usme. Año 2009.



Fuente: SIVIM

Grafico 38. Distribución de casos notificados según tipo de intervención realizada. Localidad de Usme. Año 2009.



Fuente: SIVIM

DETERMINACIÓN SOCIAL

Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla.”⁴

El marco conceptual para la acción de la salud de la población basado en la determinación general consta de cinco categorías interrelacionadas que deben comprenderse como elementos de un sistema complejo. Una estrategia integral para mejorar la salud de la población debe incluir políticas e intervenciones para abordar algunas o todas esas categorías, reconociendo sus interrelaciones (Canada Health-OMS/OPS, 2000). Las cinco categorías son las siguientes:

- **Entorno socioeconómico:** ingreso económico, empleo, posición social, redes de apoyo social, educación, y factores sociales en el lugar de trabajo.
- **Entorno físico:** los aspectos físicos en el lugar de trabajo y en las viviendas, al igual que otros aspectos del entorno físico natural y construido por las personas.
- **Hábitos personales de salud:** comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud.
- **Capacidad individual y aptitudes de adaptación:** la estructura psicológicas de la persona, como la competencia personal, las aptitudes de adaptación y el sentido de control y dominio; y las características genéticas y biológicas.
- **Servicios de salud:** servicios para promover, mantener y restablecer la salud.

⁴ Es importante señalar que los determinantes sociales de la salud no son todos determinantes sociales de inequidades en salud. De manera que entre los muchos factores y procesos sociales que influyen sobre la salud, algunos pero no todos contribuyen a las brechas de salud entre grupos. Así es posible mejorar los estados promedios de salud sin alterar, o incluso aumentar, las brechas de equidad. Consecuentemente, las políticas de salud que surgen en el contexto de la reforma de la salud no deben expresamente considerar determinantes sociales de inequidades en salud. Ver GRAHAM H. *Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. The Milbank Quarterly, Vol 82, Nº 1, 2004. (pp. 101 –124)*



COMPONENTE AMBIENTE

DETERMINANTE	PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA	SITUACION LOCAL
Contaminación hídrica	Existen fuentes de contaminación antrópicas, tanto en la zona urbana como rural de la localidad. En la primera representada en las actividades domiciliarias, manejo de residuos sólidos, actividades productivas y mineras; y en la ruralidad, tanto actividades domiciliarias como agropecuarias.	En relación a las Hepatitis A, se notificaron 12 casos durante 2009 y un caso individual de ETA (enfermedad transmitida por alimentos). Representan el 1,4% de los eventos notificados de manera individual en la localidad.
Inocuidad alimentaria	La calidad e inocuidad de los alimentos está afectada en algunos casos por la deficiente calidad de las materias primas, la presencia de microorganismos patógenos y sustancias contaminantes de riesgo para la salud humana, el cumplimiento parcial de las Buenas Prácticas Agrícolas (BPA) y de Manufactura (BPM) en los diferentes eslabones de la cadena agroalimentaria, el deterioro del medio ambiente o por inadecuadas técnicas de manipulación, conservación y preparación.	En lo corrido del 2009, se han notificado un total de 921 casos de morbilidad por EDA con una mediana de 16 casos. El 48% de la notificación se concentra en los menores de 5 años. El pico más alto de la notificación se presenta en las semanas epidemiológicas 46 y 9 respectivamente.
Manejo inadecuado de residuos sólidos	No solamente la presencia del Relleno Sanitario es el problema relacionado con los residuos sólidos en la localidad, en segundo lugar se encuentra la contaminación de la mayoría de las quebradas y del mismo río Tunjuelo, por la disposición de residuos sólidos y de escombros tanto en los cuerpos de agua como en las rondas, creando habitat perfectos para el desarrollo tanto de microorganismos como de vectores: moscas, ratas que transmiten enfermedades infecciosas, e incluso perros que se encargan de trasladar la basura por todas partes.	Con respecto a casos de dermatitis, la enfermedad se presenta en todas las etapas de ciclo vital, con mayor prevalencia en infantes, seguido por jóvenes y adultos. Estas afecciones de la piel se podrían deber entre otras razones al contacto con residuos sólidos directamente o indirectamente a través de vectores como zancudos y moscas que proliferan en ambientes con presencia de basuras expuestas al aire libre: Caños, ríos, calles, alcantarillas, entre otros.
Tenencia inadecuada de animales	Las motivaciones que llevan a convivir con animales de compañía son entre otras afectivas, recreativas y de seguridad, pero existen otro tipo de animales llamados sinantrópicos como roedores y murciélagos, que se integran a los entornos donde el hombre se desarrolla; en ambas situaciones pueden surgir cierto tipo	La exposición rábica corresponde al segundo evento mayor notificado al subsistema de vigilancia Sivigila, con un 31%(287) casos de los cuales el 33% corresponde a hombres. El 60% del evento es notificado por el CAMI Santa Librada.



HOSPITAL DE USME
I NIVEL E.S.E.

Un Compromiso Social con la Salud



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD



	de accidentes específicos como las mordeduras; producto de la convivencia no adecuada y la falta de implementación de medidas de bioseguridad.	
--	--	--

PERSPECTIVA ETAPA DEL CICLO VITAL

Ciclo vital	Población total	Hombres		Mujeres	
		n	%	n	%
INFANCIA	70672	36476	22%	34196	20%
JOVEN	102782	52406	32%	50376	30%
ADULTO	142766	67785	41%	74981	44%
PERSONA MAYOR	19130	8368	5%	10762	6%
TOTAL	335350	165035	100%	170315	100%

Fuente: Proyecciones de población DANE-SDP. Localidad de Usme

DETERMINANTE	PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA	SITUACION LOCAL
Población en situación y condición de desplazamiento	<p>Usme es la cuarta localidad receptora de población desplazada en el distrito. Los(as) desplazados(as) no sólo cargan con sus hijos y sus escasos enseres auestas, también llevan consigo numerosos traumas mentales y físicos que, en algunos casos son agravados por el desconocimiento de su condición por parte de los funcionarios, profesionales de las ciencias de la salud, de las ciencias sociales y demás ciudadanos.</p> <p>La mayoría de familias son encabezadas por mujeres que han perdido de diferentes maneras violentas a sus esposos, padres, hermanos, hijos y compañeros, estas se han convertido en las víctimas reales y tangibles del conflicto que permanece en nuestras ciudades y campos llegando a calcularse hasta en 60% la proporción de mujeres frente a los hombres llegados a la ciudad³⁸</p>	<p>Para la localidad de Usme se ha identificado para el 2009 que un 42.2% del total de la población desplazada corresponde a población infantil⁴⁵ frente al 40% identificado en el 2008^{46a} partir de la línea de base proporcionada por la Dirección Local de Educación que registra la solicitud de cupos más no la permanencia de los estudiantes; respecto a los jóvenes en el 2009 se identificó un 15.6%⁴⁹ de la población que contrasta con el 21% correspondiente al 2008.</p> <p>En relación a la población adulta, se identifica un incremento notable en el 2009 con 38% superando con 14 puntos el 24% identificado en el 2008; respecto a las personas de 60 años en adelante, se identificó en el 2009 un 3.8% cifra que representa un leve aumento en el 2% identificado para el 2008 en la localidad.</p>
Violencia Intrafamiliar	La violencia intrafamiliar, el abuso sexual y el maltrato infantil son una problemática latente en la localidad de Usme que ha mostrado elevados índices de ocurrencia, los cuales han	Durante el año 2009, se han notificado al SIVIM un total de 3441 eventos en 1607 personas, de los cuales el 98% (3355 eventos) y 1565 casos



HOSPITAL DE USME
I NIVEL E.S.E.

Un Compromiso Social con la Salud



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD



	<p>venido en aumento durante los dos últimos años, afectando la calidad de vida de los habitantes de la localidad y vulnerando sus derechos fundamentales tanto en niños como en adultos.</p>	<p>corresponden a residentes de la localidad de Usme. En el mes de marzo fue donde se presentaron e mayor número de casos notificados, en total 147. El 90% de los casos notificados se concentra en menores de 1 año, lo cual muestra que la violencia intrafamiliar sigue afectando principalmente a los niños y niñas de la localidad. El principal tipo de violencia notificado fue la emocional seguida por la negligencia para este grupo de edad.</p>
<p>Población en situación y condición de discapacidad.</p>	<p>El Concepto de discapacidad, se relaciona con la capacidad de las personas para la realización de sus actividades de la vida diaria y en la forma como interactúa con su propio entorno para la realización de las mismas.</p>	<p>Según el tipo de discapacidad, para la localidad quinta se evidencia que en primer lugar se ubican los problemas del sistema nervioso central con un 2,18%, seguido por la deficiencias del sistema genital y reproductivo con un 1,42% y en tercer lugar las deficiencias en la digestión, metabolismo y hormonas con un 1,34%; según el tipo de limitación de la persona, se encuentra en primer lugar para la localidad de Usme con un 4.61% el relacionarse con las demás personas y el entorno, seguido de la limitación para pensar con un 2,12% y en tercer lugar las limitaciones de otro tipo con un 2.0%.</p>
<p>Seguridad alimentaria</p>	<p>De acuerdo a la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (Roma, 1996), existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades nutricionales y sus preferencias alimentarias a fin de llevar una vida activa y sana. El que un país tenga una disponibilidad global de alimentos suficiente para cubrir las necesidades de su población, no garantiza que todas las familias disfruten de seguridad alimentaria. Esta depende de diversos factores económicos, geográficos, sociales y culturales, que afectan el acceso físico</p>	<p>Durante el 2009, se notificaron a través del Sisvan un total de 6651 gestantes, con una mediana de 527 casos al mes. El 13% de los casos se notificaron a través de la UPA San Juan Bautista, IPS pública de la localidad. Las UPZ que concentran más del 60% de los casos son Gran Yomasa y Comuneros; el 30% de las gestantes notificadas se encontraba en bajo peso para la edad Gestacional, sin embargo es importante mencionar que casi el 40% de las gestantes se encontraba en sobrepeso y obesidad.</p>



HOSPITAL DE USME
I NIVEL E.S.E.

Un Compromiso Social con la Salud



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD



	a los alimentos y la capacidad de las familias para comprarlos o producirlos.	
--	---	--