

INFORME TRIMESTRAL

SEGUIMIENTO A METAS SECTORIALES DE SALUD
SEGUNDO TRIMESTRE 2011



05/09/2011

**HOSPITAL DE USME I NIVEL ESE
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA**



HOSPITAL DE USME
I NIVEL E.S.E.

Un Compromiso Social con la Salud



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD



GOBIERNO DE LA CIUDAD

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

Dr. José E. Delgado B.
Epidemiólogo ASIS – VSP

Tr. Gloria Cecilia Laverde Espejo
Epidemióloga ASIS – VSP

Giovanni Quevedo
Profesional ASIS-GSI



HOSPITAL DE USME
I NIVEL E.S.E.

Un Compromiso Social con la Salud



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD



GOBIERNO DE LA CIUDAD

INFORME TRIMESTRAL AL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN SALUD (ASIS) ABRIL- JUNIO 2010 – 2011

INTRODUCCIÓN

A nivel Local el Hospital de Usme aporta frente al cumplimiento de las metas Distritales, la información basada en la articulación de los diferentes programas, ámbitos, componentes y gestión local, con énfasis en la aplicación de las funciones esenciales de la vigilancia en Salud Pública que generan acciones intersectoriales, institucionales que aportan en la reducción de las mortalidades evitables, bajo peso al nacer, desnutrición global y embarazos en adolescentes, identificando los factores determinantes en salud e intervenibles desde Salud y enfocados en el ciclo vital, gestión social integral, género, unidad de planeación zonal, con el fin de realizar un seguimiento completo del estado de estas en la localidad de Usme y generar estrategias que ayuden a mejorar la situación de salud de la comunidad.

La información del presente documento se recolectó a través de las unidades de análisis lideradas por la Dirección de Salud Pública, Coordinación de Vigilancia en Salud Pública, Coordinación de Gestión Local, Especialistas Epidemiólogos de apoyo en ASIS y profesional de las ciencias sociales que generaron grupos de trabajo con los ámbitos de vida cotidiana promoción y prevención, Unidades Ejecutivas locales y demás áreas que conforman el hospital, donde se realizó un análisis de 7 metas priorizadas basadas en la información recolectada a través de grupos focales, Investigaciones Epidemiológicas de Campo y bases de datos.



ANALISIS CUANTITATIVO DE METAS

Tabla 1. Seguimiento a metas Plan de Desarrollo. Hospital de Usme

	Meta	FUENTE	I TRIMESTRE 2011	II TRIMESTRE 2011
META 1	Reducir a 16 la tasa de mortalidad perinatal (x 1000 nacidos vivos).	Certificado de Nacido Vivo. Sistema de Estadísticas Vitales -SDS., preliminares 2011. Datos Locales SIVIGILA y Certificados Defunción H. Usme.	Inst: 0 Local: 15	Inst: 0 Local: 18
META 2	Reducir a 10% la tasa de bajo peso al nacer	Consolidado mortalidades H. Usme, SIVIGILA	Inst: 3	Inst: 4
META 3	Reducir a uno [1] la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda [EDA] x 100.000 menores de cinco [5] años.	Sistema de Estadísticas Vitales -SDS, preliminares 2011. Datos Locales SIVIGILA y certificados defunción H. USME.	Inst: 0 Local: 0	Inst: 0 Local: 1
META 4	Reducir a 11,5 la tasa de mortalidad por neumonía x 100.000 menores de cinco [5] años.	Consolidado mortalidades H. Usme, SIVIGILA	Inst: 0 Local: 0	Inst: 1 Local: 1
META 5	Reducir a 9,9 la tasa de mortalidad Infantil [de menores de un año] x 1000 nacidos vivos.	Ruaf. Nacidos vivos H. Usme	Inst: 1 Local: 16	Inst: 1 Local: 15
META 6	Reducir a 23.7 la tasa de mortalidad en menores de 5 años (x 100.000 nacidos vivos)	Ruaf. Nacidos vivos H. Usme	Inst: 1 Local: 19	Inst: 1 Local: 16
META 7	Reducir a 3 la tasa de mortalidad por desnutricion en menores de 5 años x 100.000 menores de 5 años	SISVAN Hospital Usme I Nivel	0 Casos	0 Casos
META 8	Reducir a 7,5% la prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años.	SISVAN Hospital Usme I Nivel	8,33%	10%
META 9	Aumentar a seis meses el periodo de lactancia materna exclusiva	SISVAN Hospital Usme I Nivel	3,6 MESES	3,6 MESES
META 10	Reducir a 40 la tasa de mortalidad Materna x 100.000 nacidos vivos.	Consolidado mortalidades H. Usme, SIVIGILA	Inst: 0 Local: 0	Inst: 0 Local: 0
META 11	Reducir en 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años.	Ambito IPS. SIP. Hospital Usme I Nivel	16 Casos	12 Casos
META 12	Reducir en 20% los Embarazos/año en adolescentes entre 15 y 19 años.	Ambito IPS. SIP. Hospital Usme I Nivel	248 Casos	240 Casos
META 13	Alcanzar coberturas útiles de Vacunación (iguales o superiores a 95%) para todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones [PAI].	Polio	1328	1333
		DPT	1328	1333
		BCG	76	79
		Hepatitis B	1238	1333
		Haemophilus	1328	1333
		Tripe Viral	1399	1477
	Fiebre Amarilla	1385	2199	
META 14	Reducir a tres [3] la tasa de Suicidio x cada 100.000 habitantes.	SISVECO Hospital Usme	0 Casos	30 Casos
META 15	Cubrir 425 micro territorios con la estrategia Salud a su Casa.	Ambito familiar Hospital Usme I nivel	26	26
META 16	Cubrir 734 sedes educativas con el programa Salud al Colegio. Proporción de instituciones educativas cubiertas con el programa según metas.	Ambito Escolar Hospital Usme I Nivel.	35	35
META 17	Incrementar en 25% la cobertura del programa de Salud Oral al 2011	Ambito P y P Hospital Usme I Nivel.	Atencion a 20645	Atencion a 20645
META 18	Al 2011 aumentar la detección de tuberculosis en el distrito capital al 70% (sintomatios respiratorios)	Ambito IPS Hospital Usme I Nivel	21%	33%

Fuente: Base Distrital SIVIGILA 2010- Base SIVIGILA localidad de Usme 2011



TEMA CENTRAL

Metas analizadas en el II trimestre 2011.

El Equipo Ejecutivo ASIS determino para el II trimestre del año 2011 analizar las siguientes metas: mortalidad materna y perinatal, mortalidad por Desnutrición, bajo peso al nacer, desnutrición global y embarazos en adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años.

Reducir a 40 la tasa de mortalidad Materna x 100.000 nacidos vivos

La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (CIE-10, O00-O94). Dando cumplimiento a la meta Distrital de reducir a 40 por 100.000 nacidos vivos, en la localidad quinta de Usme a nivel institucional e interlocal no se reportaron casos por las UPGDs, para los años 2010 y 2011 en el trimestre abril – junio.

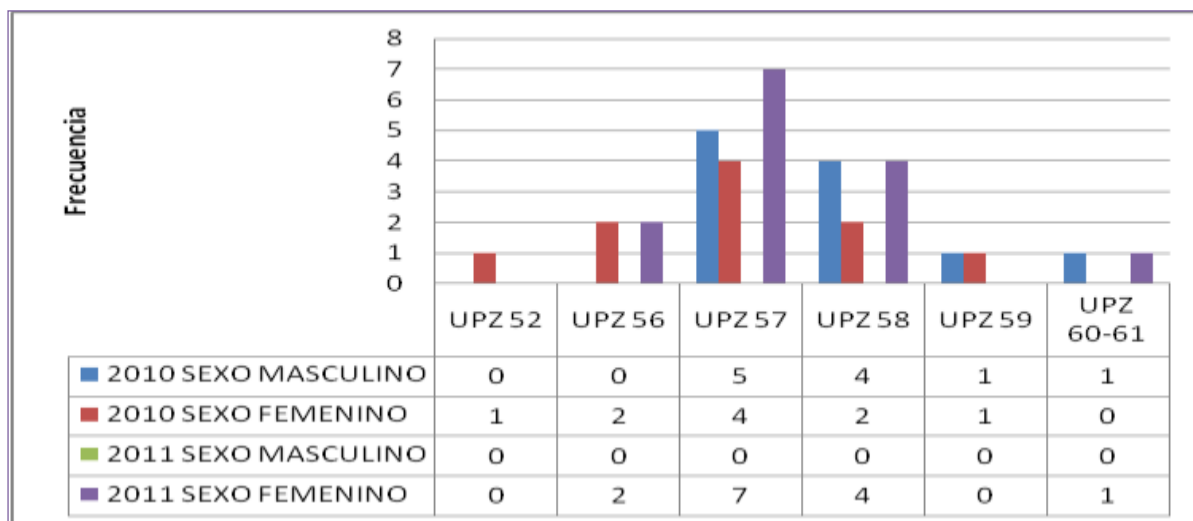
Reducir a 16 la tasa de mortalidad perinatal (x 1000 nacidos vivos)

Una muerte perinatal es la que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación o de más de 500 gramos de peso y los siete días completos después del nacimiento o en neonatos. La meta Distrital a 2012 es reducir a 16 la tasa de mortalidad perinatal x 1000 nacidos vivos). Desde el área de Vigilancia en Salud Pública se evidencia que la mortalidad perinatal para el año 2011 ha disminuido de 21 a 14 casos, comparada con el año 2010. El total de los casos es por localidad de residencia, a nivel institucional no se han reportado casos en este periodo para los 2 años comparados. Los participantes para el análisis en este ejercicio fueron: subsistema Sivigila, ámbito comunitario, unidad ejecutiva local (UEL), ámbito IPS (SSR), ámbito familiar, estadísticas vitales, infección asociada al cuidado de la salud, ámbito escolar, promoción y prevención.

utilizando como estrategia hacer grupos focales revisión de las entrevistas realizadas a través de las IEC, revisión bibliográfica, análisis de casos entre otros, en donde se han identificado factores que influyen como los sociales derivados de las creencias, para el caso de la localidad la creencia del alto costo de los partos, la condición urbano-rural, diferencias culturales, étnicas, cabildo indígena como los ambika - pijao quienes tiene sus propias matronas (parteras), actitudes y prácticas sobre las situaciones de salud que rodean el embarazo y el parto, el impacto del nivel del desarrollo económico, la exclusión social, la pobreza, el desempleo, nivel escolar, difícil acceso a los servicios de salud por sitio geográfico o administrativo y la calidad de atención.



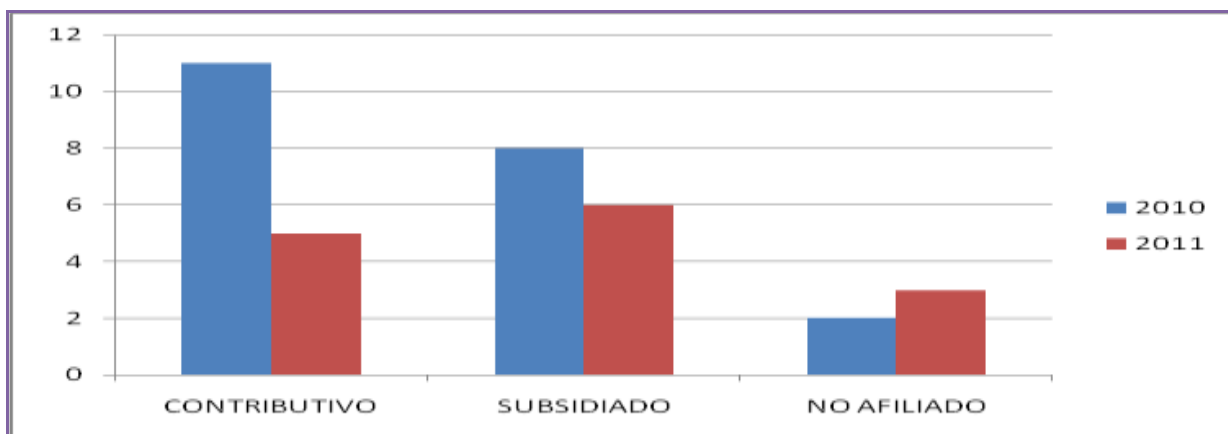
Gráfica 1. Mortalidad perinatal Gestión Social Integral vs sexo. II Trimestre 2010-2011
Localidad de Usme



Fuente: Base de datos preliminares SIVIGILA SAA hospital de Usme 2010 – 2011.

En el año 2010 se encontraron 21 casos de mortalidad perinatal que corresponden a 11 casos para el sexo masculino lo cual representa el 52.38%, y el 47.62% para el género femenino, estos están distribuidos en 6 UPZ. Para el año 2011 en el mismo periodo el porcentaje de mortalidad perinatal disminuyó en un 33% comportándose de la siguiente manera: disminuyó en un 100% en el sexo masculino y aumentó en un 40% en el sexo femenino. Al cruzar la información con la base de la Secretaria Distrital de salud año 2010 se evidencia que coincide, sin embargo para 2011 se encuentran inconsistencias basadas en los errores en el diligenciamiento de los certificados de defunción como por ejemplo el peso al nacer con la edad gestacional.

Gráfica 2. Mortalidades Perinatales vs Sistema general de seguridad social. II Trimestre 2010-2011



Fuente: Bases de datos SIVIGILA SAA hospital de Usme 2010 – 2011.



Con respecto al tipo de afiliación el régimen de seguridad social en las mortalidades perinatales comparando el segundo trimestre 2010 con respecto al 2011, se determina el siguiente comportamiento: el régimen contributivo disminuyó en un 54.54%, el subsidiado disminuyó en un 25%, mientras que los no afiliados tuvo un incremento del 50%. Se puede observar que una característica que comparten la mayoría de los casos es que a pesar de no desear quedar embarazadas las pacientes refieren no estar planificando con ningún método, lo que es contradictorio, se puede inferir que tal vez desconocen la gratuidad de los métodos bajo cualquier régimen.

Disminuir a 3 la tasa de Mortalidad por Desnutrición en cada 100.000 Niños Menores de 5 Años

Para Bogotá, las cifras de mortalidad en menores de 5 años específicamente por desnutrición, se han reducido pasando de 10 casos en 2009 a 2 casos en el 2010 en el Distrito Capital.

En la localidad en el periodo revisado abril- junio años 2010 y 2011 no se han presentado mortalidades en menores de cinco años asociadas a Desnutrición por sitio de residencia ni a nivel institucional; sin embargo como producto del análisis realizado con SISVAN-SIVIM-VSPC- Ámbito Familiar- laboral-Escolar IPS- UEL-Gestión Local y promoción y prevención, se deduce que podría existir un subregistro debido a varias situaciones, entre ellas están; Patologías crónicas como las renales y las cardíacas que incrementan los requerimientos nutricionales, muchos de los cuales la alimentación no supe y los menores presentan generalmente desnutrición secundaria, y quizás como esta condición es “normal” en estas patologías no se tiene en cuenta como factor causal de muerte, prácticas alimentarias inadecuadas pueden causar detrimento en el estado nutricional de los niños, influyendo en el estado actual de salud, condición que se agrava aún más en un menor con patología infecciosa generando desnutrición, estando está asociada a la causa principal de muerte, si esta se da por algún factor infeccioso, La atención oportuna y el criterio profesional que determina o no la Desnutrición como causa directa o factor asociado a la mortalidad del menor, los casos de mortalidad en menores de 5 años que fallecen en casa y las causas de mortalidad son desconocidas o se encuentran en estudio.

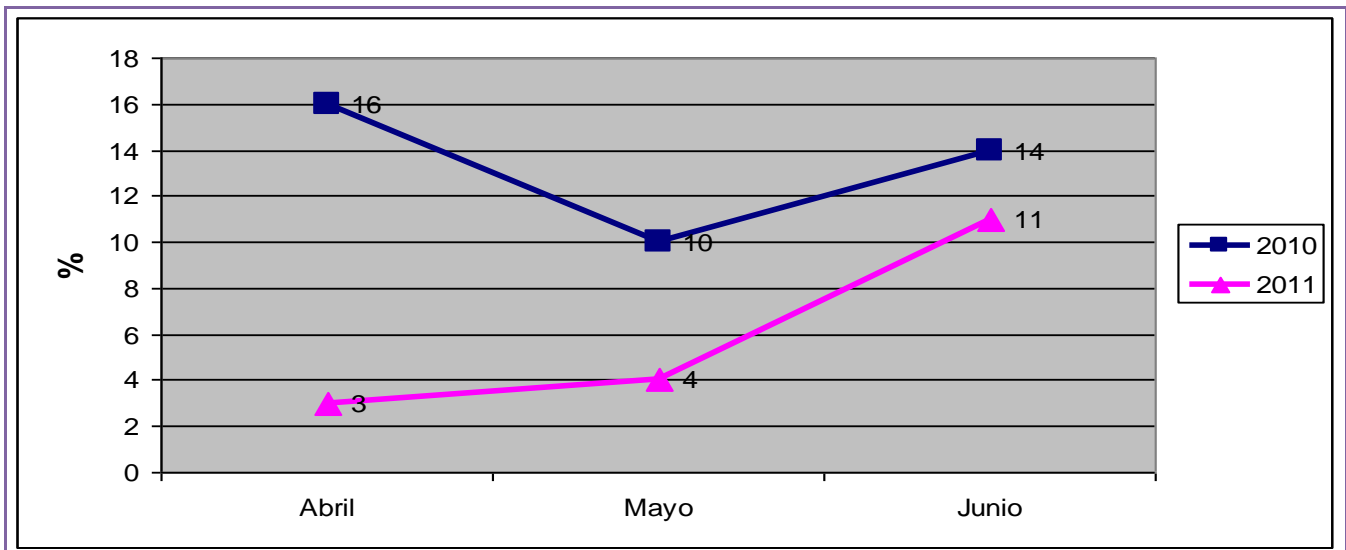
La respuesta social a esta problemática desde Vigilancia en Salud Pública va dirigida a realizar el monitoreo del comportamiento de este indicador en la localidad, especialmente analizando las causas de muerte de menores de 5 años si el estado nutricional estaba en déficit. Sin embargo, entre las causas de muerte reportadas desde Estadísticas Vitales no se evidencia la presencia de desnutrición.

Disminuir a 10 la tasa de bajo peso al nacer

El bajo peso de nacimiento ocurre cuando un bebé pesa menos de 2.500 gramos en el momento de nacer, se habla también del recién nacido con muy bajo peso al nacer (entre 1000 a 1500 gr) y Recién Nacido con extremadamente muy bajo peso al nacer (peso inferior a 1000 gramos).



Gráfica 4. Porcentaje de bajo peso al nacer II Trimestre 2010 - 2011



Fuente: Bases SISVAN. Preliminar segundo trimestre 2011. Hospital de Usme.

Se ha presentado una disminución en el porcentaje de BPN de la notificación institucional e interlocal entre los trimestres comparados, sin embargo, se observa que específicamente en el año 2011, aunque el porcentaje es menor al mismo periodo del año pasado, se observa un aumento con respecto a los meses de abril y mayo de 2011. Cabe resaltar que el número de nacimientos en los CAMIS Santa Librada y Usme, es bajo, por lo cual la presencia de un nacimiento con menos de 2500gr puede afectar el indicador de gran manera. El comportamiento del indicador en la Localidad, se encuentra por debajo de la tasa distrital

La localidad de Usme atiende partos de baja complejidad, los casos de alto riesgo son remitidos a Hospitales de segundo y tercer nivel Hospital de Meissen, Hospital El Tunal y Hospital La Victoria; existen partos que no son atendidos en la localidad, aun siendo de bajo riesgo por la afiliación a EPS del régimen contributivo y que son programados para ser atendidos en otras IPS como la EPS Saludcoop, EPS Cafesalud, EPS Compensar, Nueva EPS y regímenes especiales como la Policía Nacional y Ejército Nacional.

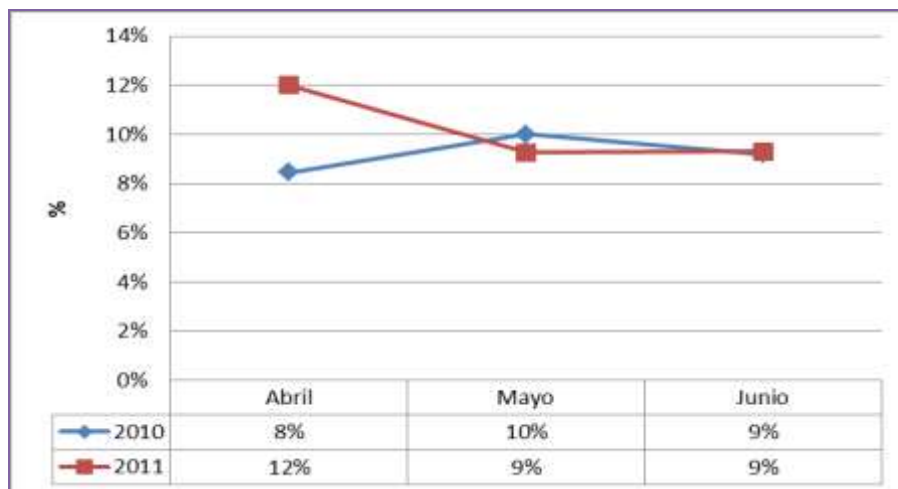
Desde VSP, específicamente en SISVAN (Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional) se realizan intervenciones epidemiológicas de campo a RNBP, con el fin de realizar un seguimiento a este grupo de población, con énfasis en acciones de promoción y prevención en lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad, canalizaciones a servicios de salud como vacunación, crecimiento y desarrollo, pediatría y programas de apoyo alimentario como FAMIS (Programa Familia, Mujer e Infancia) del ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) y al Programa de Bonos para Madres Lactantes de la SDIS (Secretaría Distrital de Integración Social). El objetivo de los programas de apoyo alimentario es garantizar la



seguridad alimentaria de grupos poblacionales vulnerables y/o en riesgo, en Usme, la oferta de programas es insuficiente para el número de población que lo necesita, ya que en el Programa FAMI, existe un cobro mínimo y en UPZ como Gran Yomasa y Comuneros, los FAMIS son insuficientes, ya que en estas zonas habita el mayor número de poblaciones, y en los programas de la SDIS ya tienen el cupo máximo permitido desde nivel central. Otra acción preventiva que se realiza es el seguimiento a las gestantes de bajo peso, que tienen como objetivo generar acciones que mejoren el estado nutricional de las madres gestantes, contribuyendo a que las mismas tengan el peso adecuado para la edad gestacional y por ende disminuyendo los factores de riesgo para que se produzca un nacimiento pretérmino o con un producto con bajo peso. Se realizan consejerías sobre alimentación y nutrición, signos de alarma, lactancia materna, suplementación con micronutrientes e importancia del control prenatal y también se realizan canalizaciones a programas de apoyo alimentario, cuya efectividad ha disminuido debido a la insuficiente cantidad de cupos programados para la localidad desde nivel central.

Disminuir a 7.5 la prevalencia de Desnutrición global en niños menores de 5 años

Grafica 5. Prevalencia de la desnutrición Global. II trimestre 2010 – 2011. Localidad de Usme.

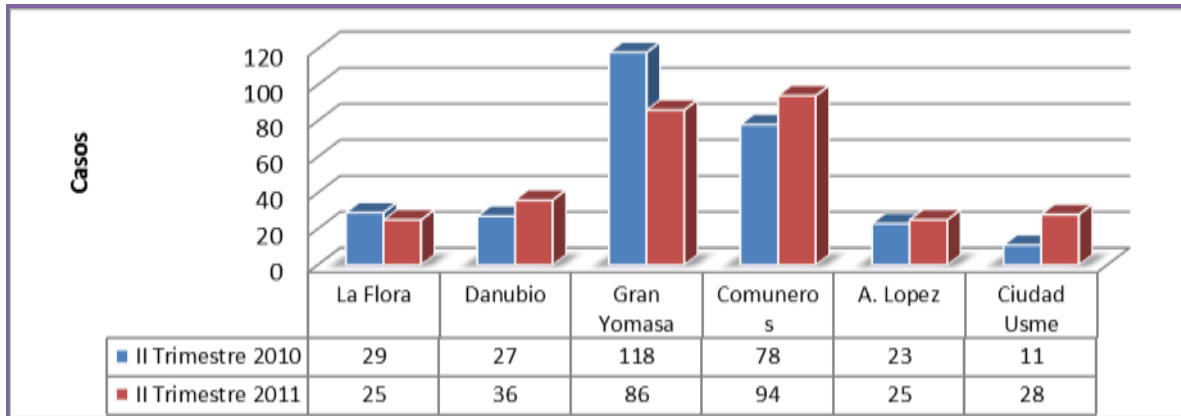


Fuente: Bases Oficiales SISVAN SDS.2010. Bases Preliminares SISVAN 2011.

La prevalencia local del indicador de desnutrición global (indicador peso/edad) ha estado cercana a la prevalencia distrital; comparando los 2 periodos se observa que para el 2011 hay un descenso significativo en los meses abril-mayo y en junio ha permanecido estable. Es importante revisar las estrategias que Salud Publica realiza con el fin de aportar en la disminución de este indicador como son: las acciones de diferentes los diferentes programas SISVAN-IAMI-IAFI y AIEPI, Escolar-Familiar, que trabajan en forma mancomunada con el fin de garantizar la canalización a los

programas de seguridad alimentaria de los menores de 5 años y el seguimiento de su estado nutricional.

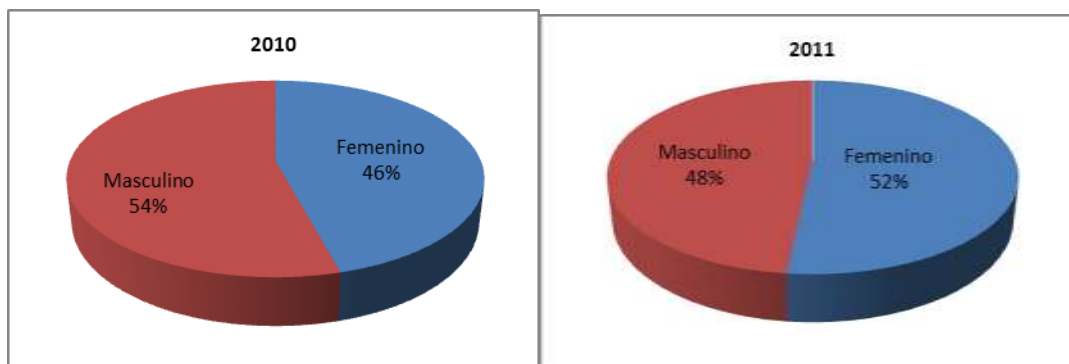
Grafica 6. Casos de Desnutrición Global en menores de 5 años por UPZ II trimestre 2010 – 2011. Localidad 05 de Usme.



Fuente: Bases Oficiales SISVAN SDS.2010. Bases Preliminares SISVAN 2011.

Las UPZ donde se presentaron más casos de desnutrición global fueron las zonas de Gran Yomasa y Comuneros, que son las zonas de mayor concentración de la población en la localidad, en las zonas de La Flora y Gran Yomasa se presentó una disminución de los casos entre el trimestre 2010 vs el 2011, mientras que en el resto de las UPZ los casos han aumentado comparando los trimestres. Es importante continuar con las acciones encaminadas a garantizar la seguridad alimentaria de la población, enfocándose no solamente a programas de apoyo alimentario sino a realizar articulaciones con el sector productivo, teniendo en cuenta que Usme tiene un porcentaje importante de terrenos para la producción de alimentos.

Grafica 7. Distribución por sexo de los casos de Desnutrición Global en menores de 5 años II trimestre 2010 – 2011. Localidad de Usme.



Fuente: Bases Oficiales SISVAN SDS.2010. Bases Preliminares SISVAN 2011.



La presencia de desnutrición global en los menores de 5 años es similar para ambos sexos, con leves diferencias, presentándose más casos entre los niños el segundo trimestre 2010 y más casos en las niñas para el 2011.

Desde VSP SISVAN se realizan Intervenciones epidemiológicas de campo que pretenden generar acciones encaminadas a controlar y detener el avance de la desnutrición global, realizando consejerías en alimentación y nutrición, factores de riesgo en la salud de los menores y promocionando derechos y deberes en salud y canalizaciones a servicios de salud y programas de apoyo alimentario, en estos últimos la efectividad a las canalizaciones es baja debido a los cupos limitados de las instituciones. Sin embargo, los menores que se encuentran escolarizados bien sea en jardines o colegios son beneficiados por los programas de refrigerios que tienen, también desde SIVIM, se realiza seguimiento a los menores que presentan deficiencias nutricionales evidentes o los cuidadores son negligentes en el cuidado de su salud, estas acciones indirectamente benefician a la población menor de 5 años alertando de un posible detrimento en las condiciones de cuidado, que pueden afectar su salud en un futuro.

Disminuir en un 40% los embarazos entre los 15 y los 19 años
Reducir en 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años

El ser humano experimenta diversas situaciones en la vida de las cuáles aprende cómo comportarse a través de su propio raciocinio o de un legado cultural permanente y que modifica sus acciones e interpretación frente a las mismas; es así como dentro de estas situaciones se ubica el embarazo como parte una etapa de la mujer donde la mente y el cuerpo se preparan para alojar a otro ser, y es ahí donde diferentes factores personales, familiares y de la comunidad influyen en el desarrollo beneficioso o no, para la diada madre-hijo.

Hablando de las diversas consecuencias propias de la gestación, y aquellas en que el entorno y la situación de la madre influyen, es decir, cuando se presenta en una etapa como la adolescencia, confluyen una serie de pensamientos de descubrimiento de un nuevo mundo en la independencia, en el reconocimiento y curiosidad por lo sexual y la sexualidad, como parte clave del paso de la infancia a la adolescencia y la adultez.

Entonces se activan una serie de mecanismos de defensa propios del individuo que desea reconocer ¿cómo aceptar este nuevo estado de gestación en la adolescencia?, y ¿cómo rápidamente se presentan una serie de solicitudes que requieren de respuestas inmediatas y ponen a prueba la madurez y el soporte familiar? y de ahí el encargo de actividades propias de la maternidad en un espacio de la vida en que se busca reconocerse como persona y cimentar un proyecto de vida superficial que demanda tenacidad y decisión.



De ahí que todas aquellas situaciones de rechazo o no por parte del entorno de la adolescente, el apoyo, el marco en que se da la gestación (abuso sexual, consentimiento de la relación, entre otros), los hábitos de vida, la presencia de la pareja, la situación económica, religiosa, la educación y la salud, entre muchos otros determinantes hacen que la madre realice consigo misma y con su bebé ya nacido, actividades que favorecen o no el desarrollo y le permiten interpretar o significar una maternidad a temprana edad con las acciones subsecuentes de cuidado, responsabilidad y protección sobre un nuevo ser como es su hijo o hija.

En la actualidad se dispone de recursos en torno a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, a través de estrategias educativas que buscan promover el uso de métodos de regulación de la fecundidad, educación sexual integral, autoestima, confianza, respeto y muchos otros valores, que contribuyan a reducir la decisión del embarazo en la adolescente y las enfermedades de transmisión sexual en la población adolescente y joven.

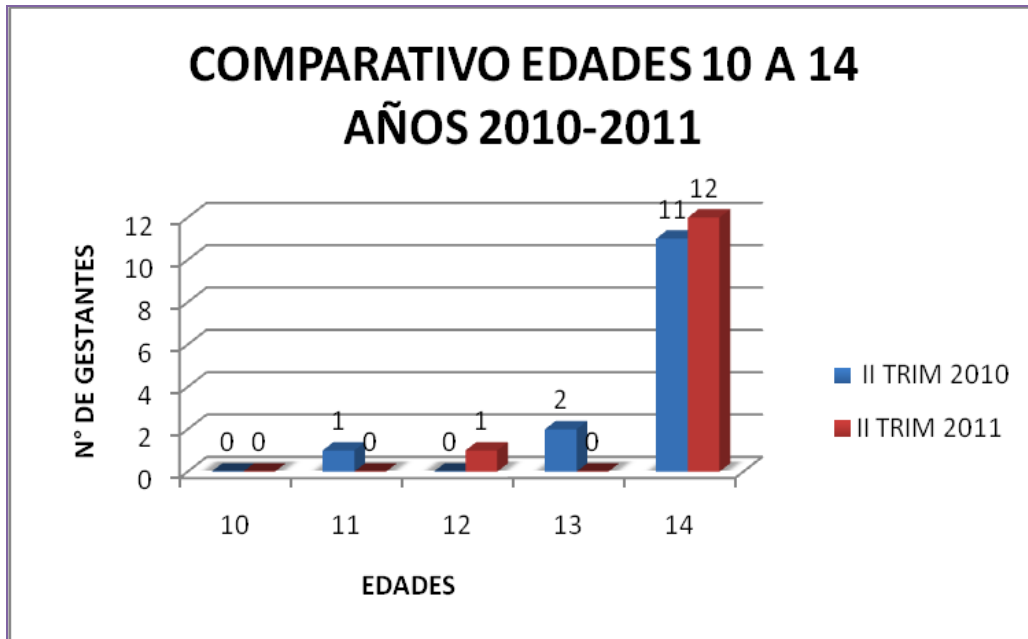
Acciones que responden a las demandas de la situación en salud sexual y reproductiva de los jóvenes y adolescentes con respecto a las directrices del Objetivo del Milenio cinco “Salud Materna”.

Desafortunadamente dichas estrategias aún no han alcanzado el impacto deseado y las adolescentes se siguen embarazando con las consecuencias que ello trae para la familia y la sociedad, por lo que es importante buscar un acercamiento a este grupo poblacional para reconocer la dinámica de la adolescencia y la identificación y significancia de la maternidad de la adolescente en el ejercicio de su proyecto de vida, y de esta manera incidir en el reconocimiento del embarazo no como una problemática sino como una situación prevalente en la adolescencia y trabajar en la prevención del embarazo no deseado, en el desarrollo del joven y en espaciar el periodo intergenésico.

En la localidad Quinta de Usme se encuentra un número de adolescentes en gestación de 10 a 14 años y de 15 a 19 años que cada vez más va en aumento y se relaciona con la participación de los jóvenes y adolescentes en los servicios de salud sexual y reproductiva y dependiendo el territorio se encuentra en mayor o menor número.



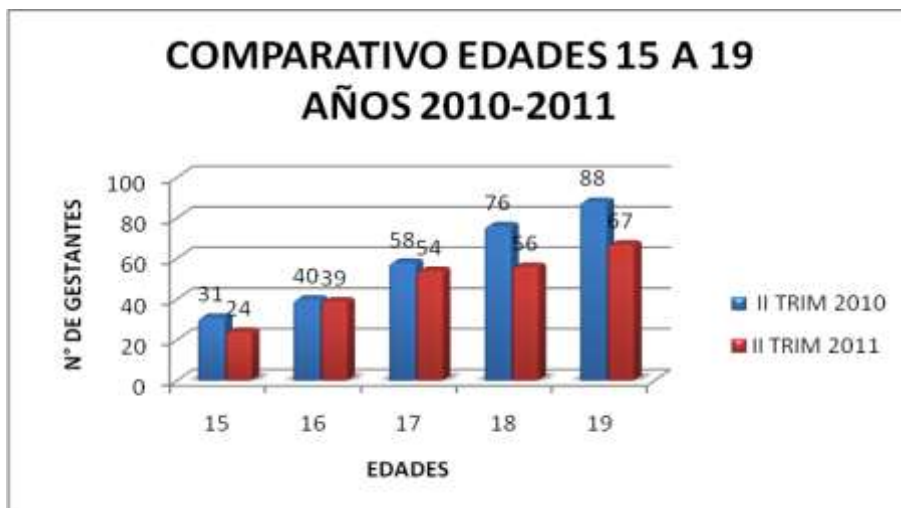
Grafica 8. Comportamiento Edades 10 a 14 Años. 2010-2011



Fuente: Base de datos Inscripción al control prenatal. Hospital de Usme ESE I Nivel. 2010-2011.

Como se muestra en la gráfica anterior, realizando el comparativo entre la población de 10 a 14 años reportada en la inscripción a control prenatal en el II trimestre entre 2010 y 2011 podemos evidenciar como en 2011 la cifra aumento en un 7% equivalente a 1 caso. Por otro lado se observa como en el año 2010 se presentó un caso de 11 años de edad, producto de incesto el cual se le realizaron las acciones correspondientes y las denuncias a las instituciones pertinentes, para posteriormente y por decisión de ella y su familia realizar la Interrupción Voluntaria de Embarazo en el Hospital de la Victoria, y en el año 2011, en el mes de Junio fue reportado un caso de 12 años el cual es producto de Abuso sexual y explotación sexual comercial, dicho caso está siendo intervenido por las respuestas en salud correspondientes, se instauraron las acciones judiciales para el caso, y la gestación por ser de la adolescente de la EPSS Humana Vivir está siendo valorada en la IPS Previmedica por el especialista y en el Hospital de Usme por la Enfermera del Programa.

Grafica 9. Comparativo Edades 15 a 19 Años. 2010-2011

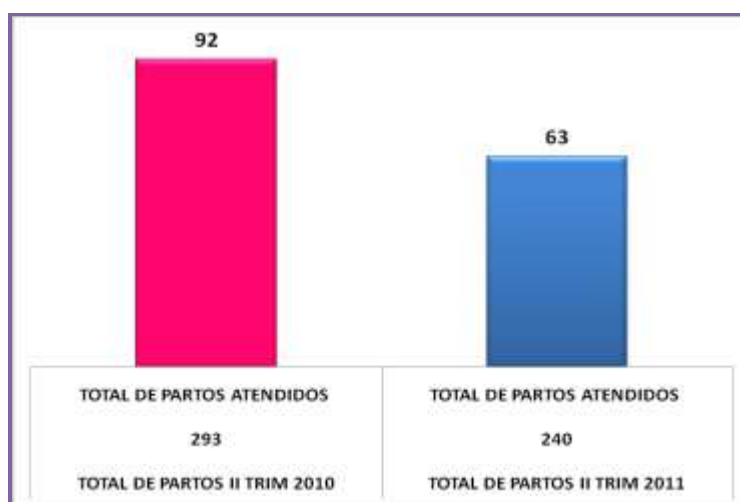


Fuente: Base de datos Inscripción al control prenatal. Hospital de Usme ESE I Nivel. 2010-2011.

En lo correspondiente a la población adolescente entre los 15 y 19 años se identifica como haciendo el comparativo de II trimestre 2010-2011 hubo una disminución del 19%, siendo las edades que más aportan a la misma las adolescentes de 18 y 19 años, y manteniéndose un promedio similar entre el resto de edades de éste rango.

Del total de usuarias inscritas al Control Prenatal en el Hospital de Usme en los años 2010 y 2011, se tiene un consolidado de atención de partos en donde se encuentra que del 100% de inscripciones del grupo de 15 a 19 años, el Hospital de Usme realiza una atención del 31,4% de los casos en el 2010, y en el 2011 4,9% en atenciones de parto que consideradas su estado pertenecen al alto riesgo.

Grafica 10. Distribución de atenciones de parto en el grupo de 15 a 19 años en el Hospital de Usme



Fuente. Base de datos de Sistema Informático Perinatal (SIP). Hospital de Usme. 2010-2011.



De la anterior información de atenciones de partos se encuentra que disminuye el número de controles prenatales a los cuáles ingresan las usuarias respecto al año 2010, lo cual evidencia preocupación del acceso a los servicios pero a su vez se correlaciona con la alta rotación de la población, principalmente en el territorio social de Danubio donde también se ubica el mayor número de adolescentes, aunque por sitio de atención se encuentran en los centros de atención de la ESE de Marichuela, Yomasa y Betania que son los más grandes de la ESE pero que no develan la ubicación por residencia de las gestantes.

De los partos atendidos se encuentran que en el 2010 se encuentran que hay una tasa 26,8 de las usuarias del grupo de 15 a 19 años cuentan con pareja referida en la atención de control prenatal (24 casos)* y en el 2011 una tasa de 23,8 con 15 casos lo cual señala un descenso del 38% en el acompañamiento de la pareja, evidenciando que la adolescente sigue siendo cabeza de familia y responsables de la maternidad, dato confirmado en la investigación realizada en el Hospital de significado de la maternidad para la mujer adolescente, donde ellas evidencian el no acompañamiento de la pareja durante la gestación y el parto.†

Para el año 2010 en el grupo de 15 a 19 años de partos atendidos se encuentra un total de 14 mujeres con antecedente de aborto versus 5 casos en el 2011, lo cual representa la disminución de los mismos y por ende las consecuencias físicas y psicológicas que conlleva una gestación con este antecedente y la gestación actual en la adolescencia y juventud.

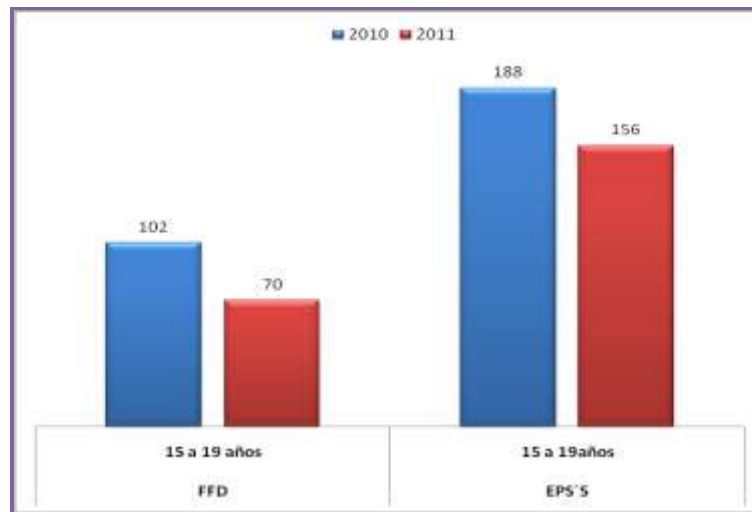
Es así como se encuentran datos del II trimestre de 2010 donde el número de embarazos adolescentes aumenta significativamente con respecto al 2011 en el mismo periodo, y en el rango de 15 a 19 años se encuentra una leve disminución respecto al año inmediatamente anterior, lo cual puede relacionarse con la contratación de las EPS-S adscritas a la ESE.

* Sistema Informática Perinatal. SIP. Hospital de Usme I nivel de atención. 2010-2011.

† Villamizar, Andrea. Significado de la Maternidad para la mujer adolescente. Trabajo desarrollado en el Hospital de Usme I nivel de atención. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. 2009-2011.



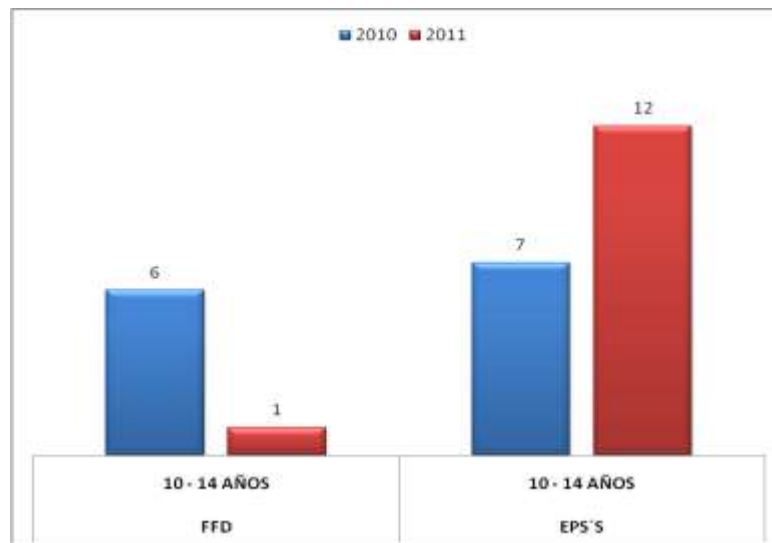
Grafica 11. Embarazo Adolescentes de 15 a 19 años Distribución por Aseguramiento II trimestre 2010 vs. II trimestre 2011



Fuente: Base de Datos Planilla de Inscripción al Control prenatal. Hospital de Usme. 2010-2011.

En la grafica anterior se evidencia la distribución de las gestantes por aseguramiento en el II trimestre de 2010 y el II trimestre de 2011, encontrando un aumento de población de EPS-S para el 2010 y 2011 respecto al FFDD, donde la población para el II trimestre de 2011 disminuye de manera significativa, mostrando que la población gestante esta accediendo al régimen de aseguramiento en salud subsidiado. Lo cual puede influir de manera significativa en el acceso a los servicios de salud y a la detección oportuna del riesgo en este grupo poblacional que por su estado pertenece a la clasificación más alta de tipo bio psico social, dadas sus consecuencias de entorno social, familiar e inclusión en el entorno social.

Grafica 12. Embarazo Adolescente de 10 a 14 años Distribución por Aseguramiento II trimestre 2010 vs. II trimestre 2011.



Fuente: Base de Datos Planilla de Inscripción al Control prenatal. Hospital de Usme. 2010-2011.



En relación al grupo etéreo de 10 a 14 años se presenta similar situación con el grupo de 15 a 19 años, mostrando un aumento en el 2011 de usuarias adscritas al régimen subsidiado respecto al 2010, y en el FFDD disminución drástica contrastada con el 2010, siendo de igual manera un factor protector dado que se puede formular que las usuarias están accediendo al régimen subsidiado en salud y por ende a sus controles prenatales, lo cual según los grupos focales realizados en el 2011 con las adolescentes escolarizadas, no significa un acceso seguro a los servicios y la apropiación a los derechos de la familia gestante por parte de la usuaria.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA-SIVIGILA SAA

SEGUIMIENTO A SUBSISTEMAS DE VIGILANCIA

Tabla 2. Eventos de notificación obligatoria SIVIGILA SAA hospital de Usme segundo trimestre 2010 – 2011.

EVENTOS DE CONTROL	2010	2011	ACUMULADO A JUNIO DE 2010	ACUMULADO A JUNIO DE 2011
	CASOS	CASOS	CASOS	CASOS
VARICELA	95	82	159	185
EXPOSICIÓN RÁBICA	91	59	165	100
PAROTIDITIS	28	59	45	98
INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍMICAS	17	5	47	14
ENFERMEDAD SIMILAR A LA INFLUENZA	12	0	14	0
INTOXICACIÓN POR FARMACOS ©	10	0	22	1
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS	0	9	4	10
DENGUE GRAVE	4	0	3	1
SIFILIS GESTACIONAL	4	0	6	2
LEISHMANIASIS	3	0	3	0
DENGUE	2	0	14	1
HEPATITIS A	2	0	4	0
INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	0	2	22	2
INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	0	2	0	9
RUBEOLA	2	0	4	1
INTOXICACIÓN POR SOLVENTES	2	0	2	0
TUBERCULOSIS PULMONAR	1	1	3	4
CHAGAS	2	0	3	0
HEPATITIS B	1	0	1	2
HEPATITIS C	1	0	1	1
VIH/SIDA	1	0	1	1
MORTALIDAD EVITABLE	2010	2011		
MALARIA VIVAX	1	0		
MORTALIDAD POR IRA	0	1		
EVENTOS DE ERRADICACIÓN Y ELIMINACION	2010	2011		
SARAMPIÓN (L)	1	1		

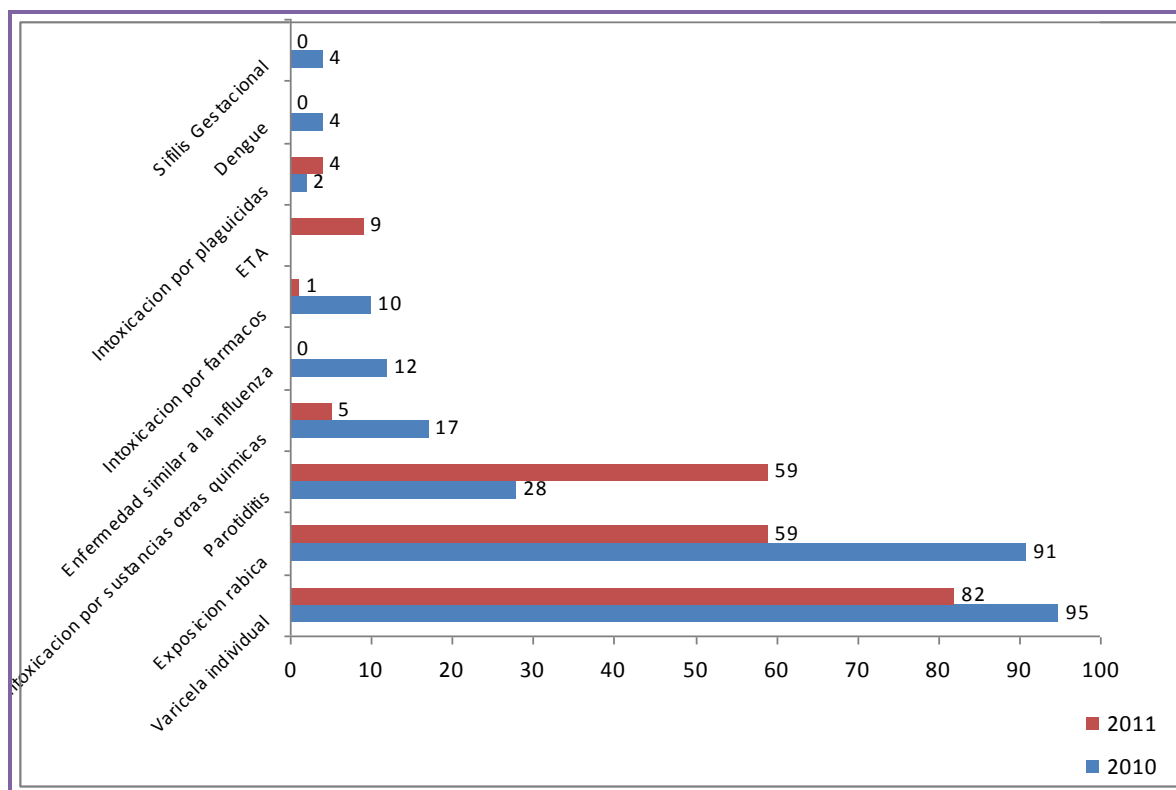
Fuente: Base de datos oficial Secretaría Distrital de Salud hospital de Usme 2010 – 2011.



En la tabla 2 se comparan los eventos del subsistema de alerta acción (SAA) que para los trimestres abril mayo y junio 2010 y 2011 tuvieron mayor notificación en el hospital de Usme en donde se evidencia que la varicela, parotiditis y exposiciones rábicas (estos tres son eventos de control) ocupan los primeros lugares, mientras que en los últimos lugares se encuentran el sarampión (evento de erradicación y eliminación), VIH/SIDA y la tuberculosis pulmonar, (estos dos últimos son eventos de control).

Dentro del sistema de vigilancia en Salud Pública que se desarrolla a nivel institucional para la localidad de Usme, es importante tener en cuenta aspectos importantes relacionados con el Nivel de Complejidad que corresponden a primer nivel de atención; características que crean una diferencia frente al tipo de eventos que se capturan en el aplicativo del SIVIGILA – SAA y los eventos que se reciben de notificación interlocal para la realización de intervención epidemiológica de campo.

Gráfica 13. Eventos de Notificación individual. Abril – Junio 2011



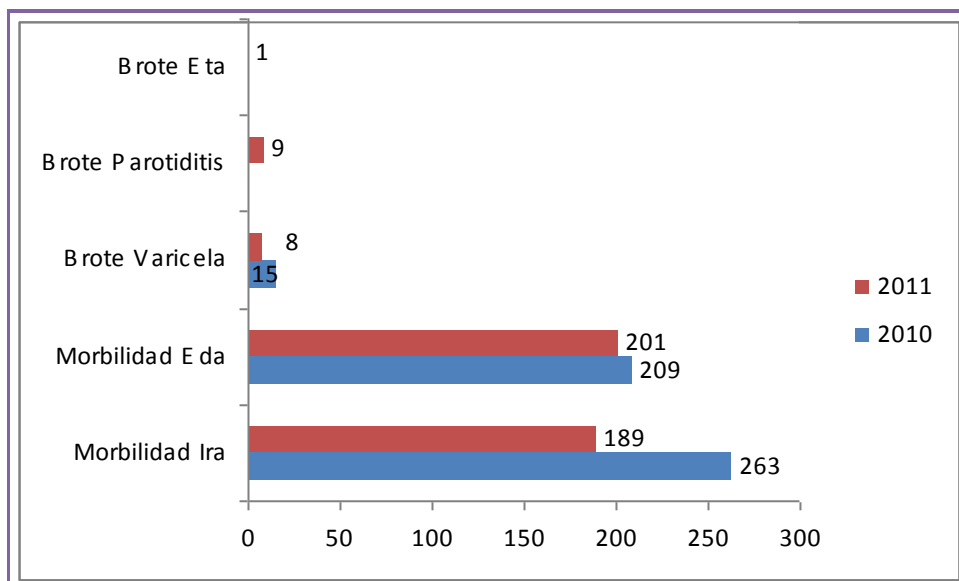
Fuente: Hospital de Usme I nivel ESE. Unidad Salud Pública. Plan Intervenciones Colectivas. Subcomponente de Vigilancia en Salud Pública. Base de Datos SIVIGILA - SAA. Años 2010- 2011.



Frente a la notificación de eventos individuales, se observa que en el SIVIGILA local durante el II trimestre del año 2011 se han notificado 227 eventos individuales, comparado con el año 2010 se presentaron 280, La disminución de casos es atribuible a que en el periodo revisado de 2010 se incluían todos los eventos desde la sospecha de ESI-IRAG para 2011 se incluyen solamente los casos de paciente hospitalizados o en UCI.

En la gráfica se resaltan los 10 eventos individuales más representativos de la localidad, la Varicela se encuentra en primer lugar con 82 casos, dada las características de tiempo y de alto contagio, el grupo de edad mayormente afectado es el de los menores de 9 años. Así mismo en segundo lugar se encuentra la exposición rábica y parotiditis cada una con 59 eventos, generalmente el grupo afectado por exposiciones rábicas se encuentra es la juventud. Frente a la Parotiditis que es una enfermedad vírica de alto contagio el grupo etáreo que aporta mayor número de casos se encuentra en la juventud dado por el mecanismo de transmisión que facilita la propagación en colegios y otras instituciones. De estos eventos los CAMI Santa Librada y Usme aportan el mayor número de casos notificados en la localidad Así mismo el Cami Usme reporto el 100% de los casos de Enfermedad Transmitida por Alimentos, el grupo que aporta el mayor numero de casos es el de menor de cinco años seguido de la población entre 25 y 49 años.

Grafica 14. Eventos de Notificación Colectiva. Abril – Junio 2011

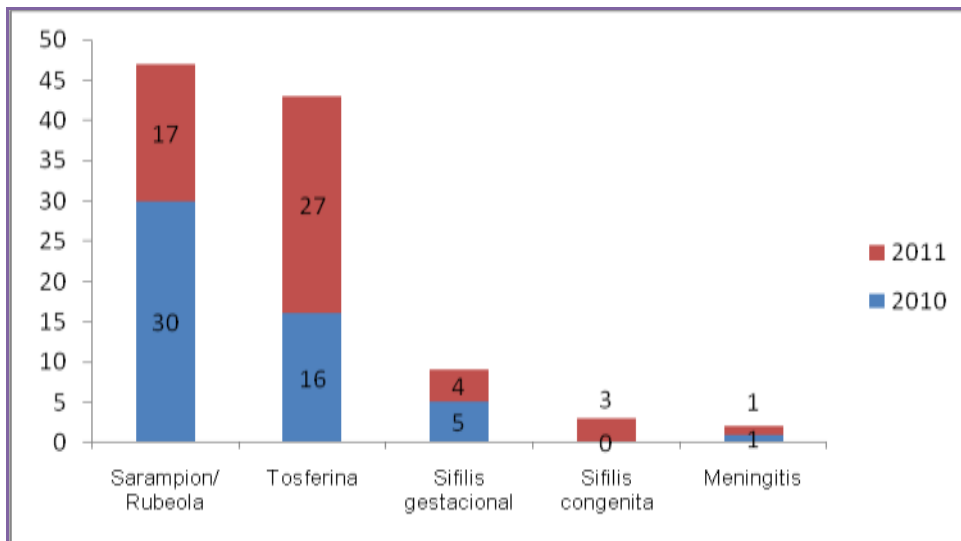


Fuente: Hospital de Usme I nivel ESE. Unidad Salud Pública. Plan Intervenciones Colectivas. Subcomponente de Vigilancia en Salud Pública. Base de Datos SIVIGILA - SAA. Año 2010- 2011.



Durante el II trimestre del año 2011 se han notificado 408 eventos colectivos lo que muestra un aumento en la notificación del I trimestre que fue de 369. Se encuentra que el evento colectivo con mayor número de notificaciones es la Morbilidad por EDA con 201 notificaciones. Durante los mantenimientos de este año se ha informado a las UPGD que deben notificar el evento de IRA colectiva a través del SIVIGILA de escritorio, así notifiquen vía web, lo que incremento la notificación de morbilidad de IRA de 128 en el I trimestre y a 189 en el II.

Gráfica 15. IEC Eventos de Alto Impacto. Abril- Junio 2010- 2011



Fuente: Hospital de Usme I nivel ESE. Unidad Salud Pública. Plan Intervenciones Colectivas. Subcomponente de Vigilancia en Salud Pública. Base de Datos IEC. Año 2010- 2011.

Durante el segundo trimestre de los años 2010 y 2011, los eventos inmunoprevenibles sarampión/rubeola y tosferina representaron más del 50% de las intervenciones realizadas en la localidad, para el año 2011 los casos de sarampión rubeola disminuyeron casi un 50%, el contrario los casos sospechosos de tosferina aumentaron casi en el mismo porcentaje. Durante la intervención a estos eventos se identifican factores de riesgo, posible fuente de contagio, contactos sintomáticos y se realiza toma de muestra cuando es necesario. Además se explica la importancia del tratamiento y de establecer medidas para evitar el contagio por parte de otras personas.

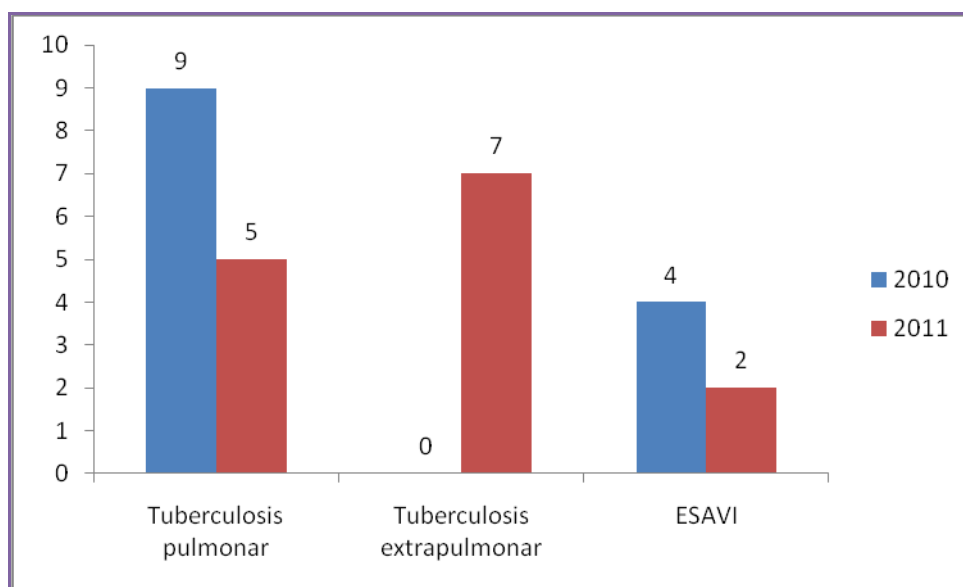
El número de intervenciones realizadas al evento de sífilis gestacional se mantuvo similar en el segundo trimestre de los años 2010 y 2011, durante esta se pretende prevenir el contagio y los efectos de la enfermedad sobre el feto, dando educación a la gestante sobre la enfermedad, sus causas, identificar factores de riesgo, posible



fuentes y compañeros sexuales, y explicando la importancia de recibir el tratamiento completo y continuar asistiendo a los controles prenatales.

En el segundo trimestre de 2010 no se realizaron intervenciones a sífilis congénitas, y en 2011 se realizaron 3. En esta visita se pretende educar a la madre del niño sobre la importancia de recibir tratamiento para ella y su hijo, y disminuir los efectos que esta enfermedad pueda causar sobre el recién nacido.

Gráfica 16. IEC Eventos de Control. Abril – Junio 2010- 2011



Fuente: Hospital de Usme I nivel ESE. Unidad Salud Pública. Plan Intervenciones Colectivas. Subcomponente de Vigilancia en Salud Pública. Base de Datos IEC. Año 2010-2011

Durante el segundo trimestre de 2010 y 2011 se realizaron intervenciones a pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, con el fin de dar educación sobre la enfermedad, como prevenir su transmisión, importancia del tratamiento, su duración, su carácter gratuito y la importancia de consultar si algún contacto presenta síntomas respiratorios.

Subsistema Sisvan

En la tabla 3 se observa el comportamiento de este indicador en las UPGD Públicas. Teniendo en cuenta que la prevalencia de Desnutrición Aguda se encuentra en 3.2%, existen 4 establecimientos que están por encima del promedio y son la UBA Danubio, UBA La Reforma, UPA Betania y el CAMI Usme, en este último puede deberse a que la atención se realiza a menores con alguna patología que ocasiona un déficit de peso temporal. En la UBA Destino y nuevamente en el CAMI Usme, se observa que el riesgo de desnutrición aguda se encuentra en más del 20%, estos centros de atención



se encuentran dentro de la UPZ que comprende la mayoría de las veredas de la localidad.

Tabla 3. Comportamiento del Indicador Peso/Talla en menores de 10 años en UPGD Privadas. Localidad V de Usme.

UPGD	DNT GLOBAL	%	RIESGO	%	ADECUADO	%	SOBRE PESO	%	OBESIDAD	%	total
CENTRO DE SALUD SAN JUAN BONAL	27	15,6	53	30,6	89	51,4	3	1,7	1	0,6	173
COMFACUNDI	55	14,6	107	28,5	204	54,3	6	1,6	4	1,1	376
UBA UNIÓN/DESTINO	19	14,5	38	29,0	67	51,1	5	3,8	2	1,5	131
UPA BETANIA	36	12,9	78	28,0	162	58,1	2	0,7	1	0,4	279
UPA MARICHUELA	50	11,1	127	28,2	258	57,3	8	1,8	7	1,6	450
UPA YOMASA	28	8,4	78	23,3	219	65,4	4	1,2	6	1,8	335
UPA SANTA MARTHA	24	8,0	88	29,2	186	61,8	2	0,7	1	0,3	301
UPA LORENZO ALCAN	17	7,2	60	25,4	158	66,9	1	0,4	0	0,0	236
UBA DANUBIO AZUL	18	7,0	74	28,9	157	61,3	4	1,6	3	1,2	256
UBA FISCALA	9	7,0	32	24,8	85	65,9	1	0,8	2	1,6	129
COLSUBSIDIO SANTA LIBRADA	15	6,8	66	29,7	137	61,7	2	0,9	2	0,9	222
UPA LA REFORMA	18	6,0	93	31,0	179	59,7	7	2,3	3	1,0	300
UBA LA FLORA	13	5,9	64	29,2	139	63,5	3	1,4	0	0,0	219
CAMI USME	14	5,5	73	1,7	162	64,0	4	1,6	0	0,0	253
UBA ARRAYANES	5	5,0	32	31,7	62	61,4	1	1,0	1	1,0	101
ABYSALUD	3	4,3	16	22,9	45	64,3	4	5,7	2	2,9	70
SERVIMED	2	4,2	16	33,3	29	60,4	1	2,1	0	0,0	48
TOTAL	353	8,5	1095	26,8	2338	60,5	58	1,7	35	0,9	3879

Fuente: Base de datos SISVAN depurada por SDS. Hospital de Usme. Primer Trimestre de 2011.

Con respecto al exceso de peso, se observa que en las UPGD Públicas UPA Marichuela, UBA La Reforma, UBA La Flora, UPA Betania y UPA Yomasa, presentan en general cerca del 5% de menores con sobrepeso u obesidad. En las UBAS Destino y Arrayanes el porcentaje es alto, pero está relacionado con el bajo volumen de notificación.

En las UPGD Privadas, la IPS SERVIMED presenta más del 5% de menores con sobrepeso, pero este alto porcentaje está relacionado con el bajo volumen en la notificación.

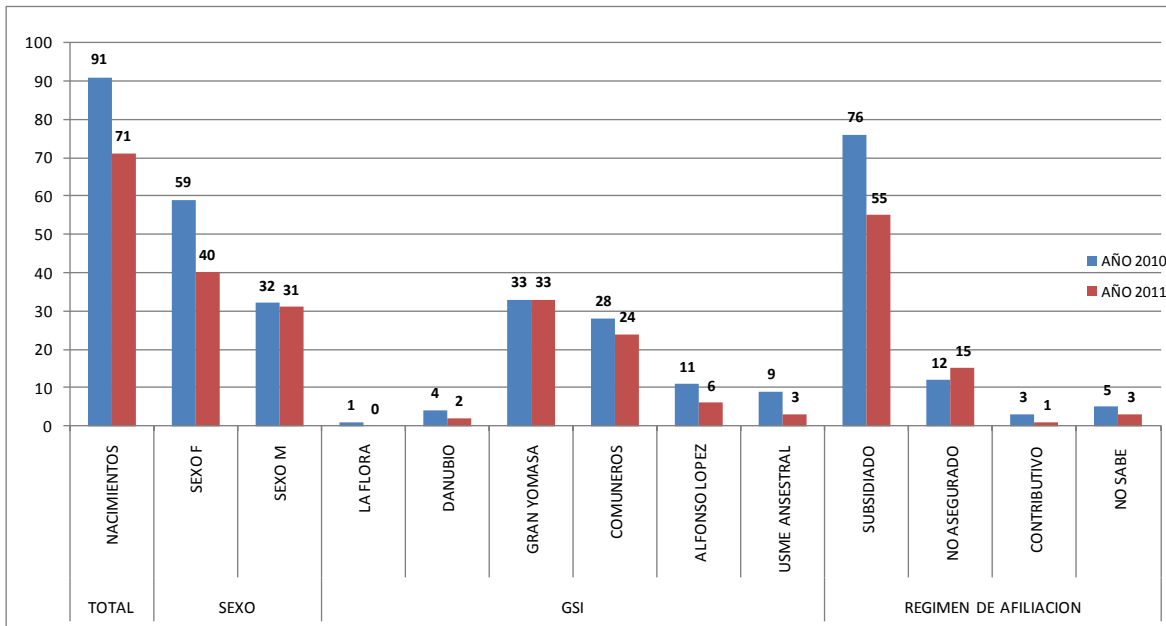
Al observar la Tabla No. 14, en la cual se presenta el comportamiento del indicador en las UPGD Privadas, la IPS Centro de Salud San Juan Bonal y SERVIMED se encuentran por encima del promedio local del trimestre, aunque esto también se genera dado el volumen de la notificación; en San Juan Bonal se encuentra en 10% el riesgo de bajo peso para la talla.

Lactancia Materna de acuerdo a los datos proporcionados por SISVAN, la mediana de lactancia materna exclusiva en la localidad para el segundo trimestre del 2010 fue de 3.4 meses mientras que para el mismo periodo del 2011 fue de 4.0 meses, este aumento es favorable, ya que la lactancia materna de forma exclusiva, disminuye el



riesgo de morbilidad e influye positivamente en el estado nutricional de los menores de 6 meses. Es importante continuar brindando información oportuna y veraz sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años en todos los grupos de población, no solamente a las gestantes y lactantes.

Grafica 17. Características De Sexo, UPZ, Y Régimen De Afiliación De Los Nacimientos Certificados Por El Hospital De Usme I Nivel Segundo Trimestre Del Año 2010-2011



Fuente: Bases Preliminares Estadísticas Vitales Hospital De Usme I Nivel, Segundo trimestre 2010 - 2011

La población de la localidad quinta en su mayoría pertenece al régimen subsidiado, por lo anterior las madres que acuden al los CAMI Santa librada y Usme, para la atención del parto, pertenecen a este régimen. Los hospitales de primer nivel de atención, solo le permite atender partos de bajo riesgo, esto excluye a las mujeres menores de edad, con antecedentes patológicos importantes y problemas de salud causados por el embarazo. Durante el periodo estudiado en el año 2011, los partos se vieron reducidos debido a que en el CAMI Usme y Santa Librada, se realizaron arreglos de infraestructura, por lo que los partos, solo fueron atendidos en el CAMI Usme.

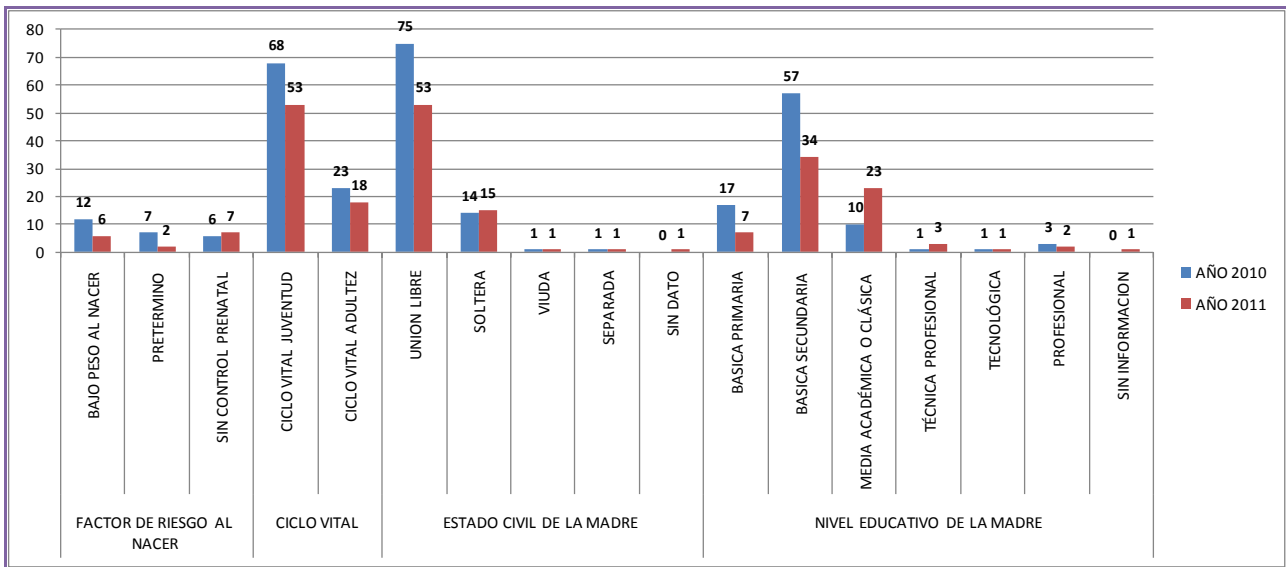
Durante los periodos analizados se muestra una importante disminución en el nacimiento de mujeres para el año 2011, representado en un 32%, este hecho contrasta con el comportamiento del nacimiento en varones el cual se sostuvo relativamente estable.

En relación con la GSI, se puede observar que Gran Yomasa y Comuneros son las zonas que registran mayores nacimientos en la localidad de Usme, esto se debe a su



ubicación en la localidad la cual facilita el acceso a los CAMI's del Hospital de Usme. Esto difiere con los restantes territorios, que debido a su ubicación se dificulta el acceso a estos centros debido a la carencia de medios de transporte, generando como consecuencia el desplazamiento de estas mujeres a otros centros de salud aledaños a Usme.

Grafica 18. Características De Factores De Riesgo Al Nacer, Ciclo Vital, Estado Civil De La Madre Y Nivel Educativo De Los Nacimientos Certificados Por El Hospital De Usme I Nivel Segundo Trimestre del año 2010-2011



Fuente: Bases Preliminares Estadísticas Vitales Hospital De Usme I Nivel, Segundo trimestre 2010 - 2011

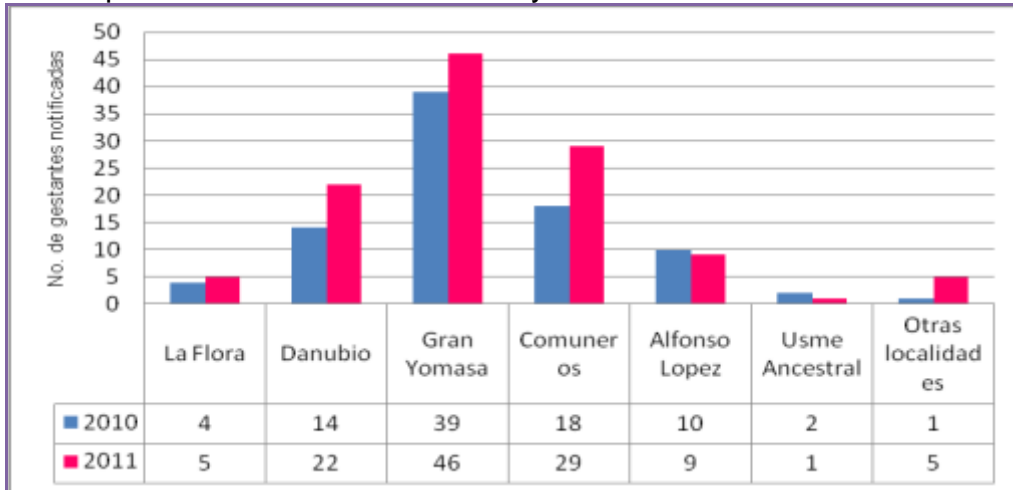
De los partos atendidos en el segundo trimestre del año 2010-2011 los factores de riesgo que podrían desencadenar en mortalidad perinatal, bajo peso al nacer, neumonía y lactancia materna menor a 6 meses fueron:

- Gestantes sin ningún control prenatal: esta conducta de la familia gestante se convierte en alto riesgo para la salud materna y del bebe, ya que no se puede detectar ninguna alteración física, psicológica o ambiental que pongan en riesgo la vida de la madre y su gestación.
- Parto pre termino: que el recién nacido nazca antes de la época esperada, causa: que todo su sistema este inmaduro, sea más propenso a adquirir cualquier enfermedad sobre todo respiratorias, la lactancia materna se vea afectada si requiere de hospitalización entre otras.
- Bajo nivel educativo: la mayor parte de la población alcanza solo hasta noveno grado, lo que dificulta la adherencia a las campañas educativas que brinda el hospital en aras incentivar los controles prenatales, curso de maternidad y paternidad feliz, prevención de la mortalidad materna y perinatal.



SUBSISTEMA SIVIM

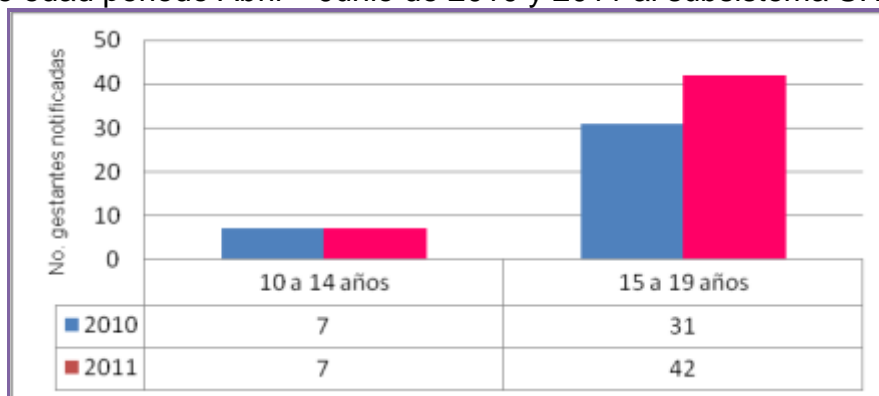
Grafica 19. Frecuencia trimestral de notificación de gestantes por territorio GSI periodo Abril – Junio de 2010 y 2011 al subsistema SIVIM



Fuente: Base de datos SIVIM 2010 - 2011 Vigilancia en Salud Publica, Hospital de Usme I nivel E.S.E.

El subsistema SIVIM registró 88 casos durante el segundo trimestre de 2010 y 117 casos para el 2011 de eventos de violencia intrafamiliar hacia gestantes, de los cuales el 87.5% pertenece al ciclo vital juventud y los restantes a adultez. Por territorio de GSI se evidenció para el 2011 un incremento en la notificación de eventos de gestantes residentes en Gran Yomasa de 15.2%, manteniéndose la tendencia de mayor reporte por GSI en la localidad. SIVIM realiza seguimiento a gestantes víctimas de violencia intrafamiliar con el fin de iniciar acciones encaminadas hacia la restitución de sus derechos y por ende del menor por nacer, lo cual permite que se contribuya con la reducción de la mortalidad materna y perinatal a partir de la orientación y compromiso con las gestantes de asistir oportunamente a controles prenatales, iniciar acompañamiento psicológico, inclusión en el SGSSS, denuncia de maltrato y de todas aquellas situaciones que amenacen su integridad física y mental.

Grafica 20. Frecuencia trimestral de notificación de gestantes adolescentes por grupo de edad periodo Abril – Junio de 2010 y 2011 al subsistema SIVIM

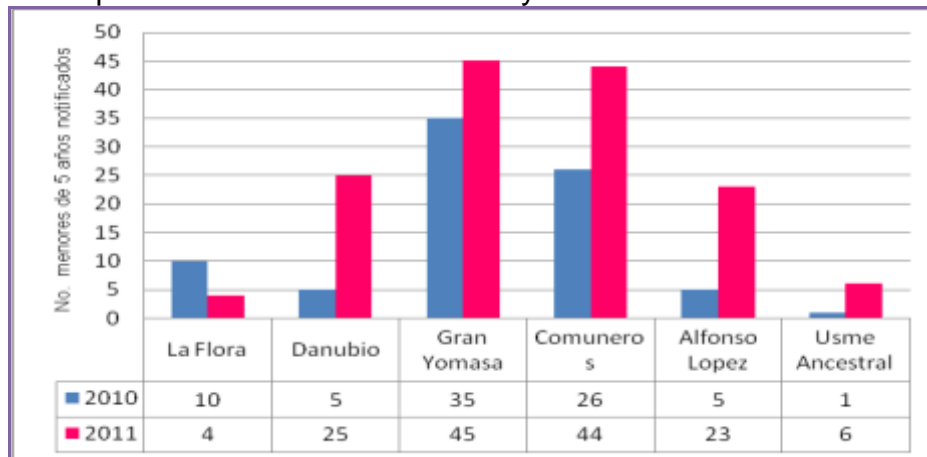


Fuente: Base de datos SIVIM 2010 - 2011 Vigilancia en Salud Publica, Hospital de Usme I nivel E.S.E.



Durante el periodo en análisis se realizó la atención de igual número de casos para los años 2010 y 2011 en menores de 10 a 14 años, los cuales fueron manejados de acuerdo con la legislación como presunto abuso sexual garantizándose la denuncia ante las autoridades competentes así como el inicio de la restitución de sus derechos. Las gestantes adolescentes de 15 a 19 años presentaron un incremento en su notificación para el 2011 con respecto al mismo trimestre del año anterior de 26.1% lo cual podría explicarse debido a la articulación con el ámbito Promoción y Prevención quienes registran las gestantes atendidas mensualmente en las IPS de la localidad. Se resalta el seguimiento a gestantes víctimas de maltrato con el fin de iniciar acciones que propendan por la restitución de sus derechos y que protejan a su vez al menor producto de su estado.

Grafica 21. Frecuencia trimestral de notificación de menores de 5 años por territorio GSI periodo Abril – Junio de 2010 y 2011 al subsistema SIVIM



Fuente: Base de datos SIVIM 2010 - 2011 Vigilancia en Salud Pública, Hospital de Usme I nivel E.S.E.

Los territorios de la GSI con mayor reporte de menores víctimas de violencia intrafamiliar para los meses de abril – junio de 2010 y 2011 fueron Gran Yomasa con un incremento del 22.2% para el 2011 y Comuneros con 41% debido a factores como mayor numero de UPGD y UI, así como alta densidad poblacional. SIVIM realizó el seguimiento a casos notificados en este grupo de edad principalmente por negligencia y abandono de sus padres o cuidadores relacionado con esquema de vacunación incompleto, inasistencia a controles de crecimiento y desarrollo, falta de oportunidad en la solicitud de atención medica, y en general situaciones que dificultan la detección de enfermedades que deterioran el estado de salud de los menores y podrían causar la muerte.

Vigilancia Sanitaria

Vigila los riesgos relacionados con los alimentos, medicamentos, tecnologías en salud, productos de uso doméstico, establecimientos públicos y las cadenas productivas. Para ello emplea la vigilancia activa haciendo uso entre otros de la metodología de buenas prácticas, y de la investigación”. (Plan Nacional de Salud



Pública). Las actividades realizadas en el área de medio ambiente se relacionan a continuación por línea de intervención. Durante el 2 trimestre del año 2010 y el año 2011.

Calidad Del Agua

El Hospital de Usme adelanta acciones dirigidas a la promoción y prevención de la Salud de los habitantes de la localidad Quinta de Usme. El componente de Vigilancia Sanitaria adelanta el Proyecto: Inspección Vigilancia y control de acueductos comunitarios, en el cual se adelantan acciones de vigilancia que se realizan por medio de monitoreos a las redes de Distribución de los 12 Sistemas que abastecen de agua a la zona rural. Con base en los resultados obtenidos de los análisis del laboratorio de la Secretaria distrital de Salud se determina el Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano el cual se determina asignándole un valor a cada parámetro que no se cumpla de acuerdo al Decreto 1575 y Resolución 2115 de 2007.

Instrumentos básicos para garantizar la calidad del agua para consumo humano

Artículo 13. *Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano, IRCA.* Para el cálculo del IRCA al que se refiere el artículo 12 del Decreto 1575 de 2007 se asignará el puntaje de riesgo contemplado en el Cuadro descrito a continuación, a cada característica física, química y microbiológica, por no cumplimiento de los valores aceptables establecidos en la presente resolución:

Tabla 4. Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano

CARACTERÍSTICA	PUNTAJE DE RIESGO
Color Aparente	6
Turbiedad	15
PH	1.5
Cloro Residual Libre	15
Alcalinidad Total	1
Calcio	1
Fosfatos	1
Manganeso	1



Molibdeno	1
Magnesio	1
Zinc	1
Dureza Total	1
Sulfatos	1
Hierro Total	1.5
Cloruros	1
Nitratos	1
Nitritos	3
Aluminio (Al ³⁺)	3
Fluoruros	1
COT	3
Coliformes Totales	15
Escherichia Coli	25
Sumatoria de puntajes asignados	100

FUENTE: de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano, IRCA. Para el cálculo del IRCA al que se refiere el artículo 12 del Decreto 1575 de Ministerio de Salud 2007.

Clasificación Del Nivel De Riesgo: Teniendo en cuenta los resultados del IRCA por muestra y del IRCA mensual, se define la siguiente clasificación del nivel de riesgo del agua suministrada para el consumo humano por la persona prestadora y se señalan las acciones que debe realizar la autoridad sanitaria competente:



Tabla 5. Clasificación del nivel de riesgo en salud según el IRCA por muestra y el IRCA mensual y acciones que deben adelantarse

CLASIFICACIÓN IRCA(%)	NIVEL DE RIESGO	IRCA POR MUESTRA(NOTIFICACIONES QUE ADELANTARÁ LA AUTORIDAD SANITARIA DE MANERA INMEDIATA)	IRCA MENSUAL(ACCIONES)
80.1 -100	INVIABLE SANITARIAMENTE	Informar a la persona prestadora, al COVE, Alcalde, Gobernador, SSPD, MPS, INS, MAVDT, Contraloría General y Procuraduría General.	Agua no apta para consumo humano, gestión directa de acuerdo a su competencia de la persona prestadora, alcaldes, gobernadores y entidades del orden nacional.
35.1 - 80	ALTO	Informar a la persona prestadora, COVE, Alcalde, Gobernador y a la SSPD.	Agua no apta para consumo humano, gestión directa de acuerdo a su competencia de la persona prestadora y de los alcaldes y gobernadores respectivos.
14.1 - 35	MEDIO	Informar a la persona prestadora, COVE, Alcalde y Gobernador.	Agua no apta para consumo humano, gestión directa de la persona prestadora.
5.1 - 14	BAJO	Informar a la persona prestadora y al COVE.	Agua no apta para consumo humano, susceptible de mejoramiento.



0 - 5	SIN RIESGO	Continuar el control y la vigilancia.	Agua apta para consumo humano. Continuar la vigilancia.
-------	------------	---------------------------------------	--

Fuente: Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano, IRCA. Para el cálculo del IRCA al que se refiere el artículo 12 del Decreto 1575 del Ministerio de Salud 2007.

Los resultados de los IRCAS se encuentran clasificados en esta tabla en donde se puede afirmar que cerca del 83% de los sistemas de distribución de agua en la zona rural de la localidad quinta de Usme presentan un índice de riesgo de la Calidad del agua ALTO que según el Decreto es Agua no apta para consumo humano, gestión directa de acuerdo a su competencia de la persona prestadora y de los alcaldes y gobernadores respectivos.

Con base en esto se realizan los análisis de los comportamientos de los IRCAS de los sistemas de distribución de agua de la zona rural de la localidad quinta de Usme.

Tabla 6. Resultados IRCAS Localidad de Usme

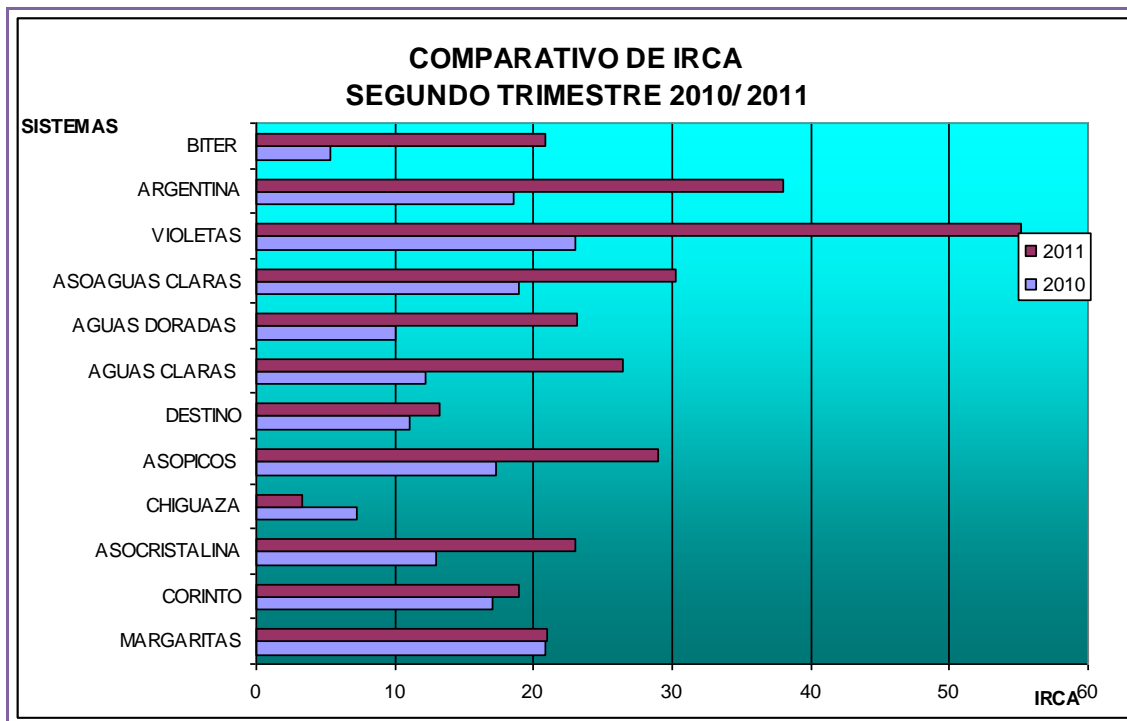
ACUEDUCTO VEREDAL	IRCA 2010	IRCA 2011	PROMEDIO	CALIFICACION
MARGARITAS	20,83	21	20,915	ALTO
CORINTO	17	19	18	ALTO
ASOCRISTALINA	13	23	18	ALTO
CHIGUAZA	7,25	3,3	5,275	MEDIO
ASOPICOS	17,25	29	23,125	ALTO
DESTINO	11	13,16	12,08	MEDIO
AGUAS CLARAS	12,2	26,5	19,35	ALTO
AGUAS DORADAS	10	23,16	16,58	ALTO
ASOAGUAS CLARAS	19	30,2	24,6	ALTO
VIOLETAS	23	55,2	39,1	INVIABLE



				SANITARIAMENTE
ARGENTINA	18,58	38	28,29	ALTO
BITER	5,33	20,83	13,08	MEDIO

Fuente: Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano, IRCA. Para el cálculo del IRCA al que se refiere el artículo 12 del Decreto 1575 del Ministerio de Salud 2007

Grafica 22. Comparativo de IRCA II Trimestre 2010-2011



Fuente: Base de datos preliminares medio ambiente hospital de Usme 2010 - 2011

Seguridad Alimentaria

En la Línea de intervención se realizan visitas a diferentes puntos críticos como: Panaderías, cafeterías, expendios minoristas, supermercados, expendios de bebidas alcohólicas, expendios de carne, expendios de pescado, restaurantes, comidas rápidas, etc. Durante el año 2010 se realizaron 1121 visitas mientras que en el año 2011 se realizan 2014, el incremento es significativo, además se realizan operativas de alimentos y bebidas alcohólicas. Igualmente en esta línea se dictan capacitaciones sobre manipulación de alimentos, dicha actividad es una de las más solicitadas por la comunidad en general.



Saneamiento Basico

En la Línea de Saneamiento Básico se intervienen los siguientes puntos críticos: Establecimientos educativos con más y con menos de 100 estudiantes, Hogares de bienestar, expendios de colchones, parques receptivos, centros comerciales sin áreas de alimentos, hoteles, moteles, almacenes, bancos y oficinas, de los cuales en el año 2010 se realizaron 1235 visitas y en el año 2011 se han realizado 1408 visitas.

Línea De Industria Y Ambiente

Se ha mantenido el proceso de inspección y vigilancia y control sobre establecimientos censados, se ha aumentado los puntos críticos por visitar o se han cambiado los lineamientos dados por la Secretaria Distrital de Salud. En el año 2010 se realizaron 217 actividades y en el año 2011 194 visitas, de acuerdo con los puntos críticos dados por la secretaria de salud

Medicamentos Seguros Y Servicios De Salud

IVC establecimientos donde se almacenan, comercializan o expenden medicamentos y productos naturales, en el año 2010 el hospital no realizaba la Ivc a estos establecimientos, debido que era responsabilidad del Hospital de Meissen.

Se han realizado 85 visitas de IVC a droguerías, emitiendo 3 conceptos favorables, 77 conceptos aplazados, 2 conceptos de funcionamiento desfavorables y se ha detectado el cierre de 3 establecimientos; se han aplicado tres decomisos de productos alterados y se han aplicado dos suspensiones parciales del servicio de insectología. Se han realizado tres (3) capacitaciones para usuarios de droguerías con asistencia de 45 ciudadanos, en el año 2010 estas actividades las realizaba el Hospital de Meissen, esto debido a los lineamientos de la secretaria de salud.



Enfermedades Compartidas Entre El Hombre Y Los Animales: Enfermedades Compartidas:

En la línea de enfermedades compartidas se realizaron las siguientes actividades para el 2 trimestre del año 2010 y 2011.

Tabla 6. Actividades Desarrolladas En El II Trimestre 2010-2011 Localidad De Usme

PUNTO CRITICO	2 TRIMESTRE 2010	2 TRIMESTRE 2011
Jornadas de la calidad de vida y salud, en la relación animal humano: Recolección canina callejera	4	5
Jornadas de la calidad de vida y salud, en la relación animal humano: Esterilización a hembras caninas y felinas	124	390
Jornadas de la calidad de vida y salud, en la relación animal humano: Vacunación antirrábica canina Intramural y Extramural.	2350	1320
Jornadas de la calidad de vida y salud, en la relación animal humano: Control de insectos	42500	6075
Jornadas de la calidad de vida y salud, en la relación animal humano: Control de roedores	31541	26041

Fuente: Base de datos medio ambiente hospital de Usme 2010 - 2011



HOSPITAL DE USME
I NIVEL E.S.E.

Un Compromiso Social con la Salud



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD



GOBIERNO DE LA CIUDAD

Se observa que las Actividades se han mantenido constantes en general observando solo un aumento en las esterilizaciones debido a la política de control poblacional así como una disminución del control de insectos y roedores el cual si se ha disminuido ostensiblemente debido a lineamientos de Secretaria de Salud.