

DIAGNÓSTICO LOCAL 2014

LOCALIDAD DE USME

HOSPITAL DE USME I NIVEL, E.S.E

Bogotá, 12 de Abril de 2016

CRÉDITOS

Dra. Beatriz Eugenia Gómez Consuegra
Gerente Hospital de Usme

Dra. Liliana del Pilar Castaño Ríos
Subgerente de atención en salud

Dra. Sandra Patricia Amado Reyes
Coordinación de Salud Pública – PIC

Lic. Nancy Rodríguez Chaparro
Coordinación Vigilancia en Salud Pública

Yerly Johanna Flórez Angarita
Epidemióloga ASIS Local – VSP

José Francisco Vargas González
Antropólogo ASIS Local - VSP

Manuel José Tosse Muñoz
Geógrafo ASIS Local – VSP

**Equipo del Componente de Gestión de Políticas y Programas
Salud Pública e Intersectorial**

Equipo de Colaboradores:

Territorios Saludables
Vigilancia en Salud Pública
Hospital de Usme E.S.E.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	7
Objetivos	8
Marco conceptual	9
Marco metodológico	11
Capítulo 1: Relación población, territorio, ambiente y sociedad	13
1.1 Contexto Territorial (Descripción general de la Localidad)	13
1.1.1 Localización.....	13
1.1.2 Características físicas del territorio	13
1.1.3 Accesibilidad Geográfica	17
1.1.4 Historia y asentamiento de la localidad.....	17
1.2 Contexto Demográfico (Aspectos sociodemográficos locales)	19
1.2.1. Tamaño y volumen	19
1.2.2. Estructura poblacional	20
1.2.3. Dinámica poblacional.....	24
1.2.4. Movilidad.....	25
1.3 Contexto Socioeconómico	26
1.3.1 Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).....	26
1.3.2 Coeficiente de GINI.....	26
1.3.3 Nivel de Ingreso de la Localidad de Usme.....	27
1.3.4 Cobertura en educación.....	27
1.3.5 Cobertura y calidad de servicios públicos.....	28
1.3.6 Condiciones de vivienda	28
1.3.7 Sistema de salud	29
1.3.8 Tasa de ocupación y desempleo	30
1.4 Priorización UPZ Críticas	31
Capítulo 2: Análisis de los determinantes sociales de la salud en el ámbito de las dimensiones prioritarias	36
2.1 Perfil Salud – Enfermedad	36
2.1.1 Mortalidad	36
2.1.2 Análisis de la Morbilidad	45
2.1.3 Discapacidad	52
2.2 Indicadores por Dimensiones Prioritarias	54
2.2.1 Dimensión Salud Ambiental.....	54
2.2.2 Dimensión Vida Saludable Libre de Enfermedades Transmisibles.....	58
2.2.3 Dimensión Convivencia Social y Salud Mental	64
2.2.4 Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional	70
2.2.5 Dimensión Derechos Sexuales y Sexualidad	76
2.2.6 Dimensión Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles.....	82
2.2.7 Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres	90
2.2.8 Dimensión Salud y Ámbito Laboral.....	93

Capítulo 3: Identificación de tensiones en salud presentes en la localidad...	98
3.1 Identificación de tensiones en salud presentes en la localidad	98
3.1.1 Tensiones Dimensión Salud Ambiental	98
3.1.2 Tensiones Dimensión Vida Saludable Libre de Enfermedades Transmisibles.....	102
3.1.3 Tensiones Dimensión Convivencia Social y Salud Mental.....	103
3.1.4 Tensiones Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional.....	110
3.1.5 Tensiones Dimensión Derechos Sexuales y Sexualidad	117
3.1.6 Tensiones Dimensión Vida Saludable y Condiciones No transmisibles	123
3.1.7 Tensiones Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres	132
3.1.8 Tensiones Dimensión Salud y Ámbito Laboral	133
Referencias Bibliográficas	138

PRELIMINAR

TABLA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Pirámide poblacional Localidad de Usme, comparativo 2005-2014	21
Gráfico 2. Tasas específicas de fecundidad por grupos de edad, Localidad de Usme, comparativo años 2010 a 2014	24
Gráfico 3. Razón de Mortalidad Materna Por 100000 Nacidos Vivos, Comparativo Bogotá – Usme, años 2010 – 2014.....	39
Gráfico 4. Tasa de Mortalidad Perinatal Por 1000 Nacidos Vivos, comparativo Bogotá – Usme, años 2010 - 2014	40
Gráfico 5. Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 10000 nacidos vivos, comparativo Bogotá – Usme, años 2010 – 2014	41
Gráfico 6. Casos y tasa mortalidad infantil por 1000 Nacidos Vivos, Localidad Usme, años 2010– 2014.....	42
Gráfico 7. Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Neumonía por cada 100.000 menores de 5 años, comparativo Bogotá – Usme, años 2009 - 2013	44
Gráfico 8. Proporción de los diez eventos que con mayor frecuencia se notifican al SIVIGILA, Localidad de Usme, años 2010-2014.....	49
Gráfico 9. Frecuencia por grupo etario de los eventos de Interés en salud Publica Notificados al SIVIGILA, Localidad de Usme, años 2010-2014	51
Gráfico 10. Tasa de Notificación de casos nuevos de TB pulmonar en la Localidad DE USME 2010 al 2014.....	62

TABLA DE TABLAS

Tabla 1. Población por pertenencia étnica en la Localidad Usme, año 2014.....	20
Tabla 2. Razón de dependencia en la Localidad Usme por Unidades de Planeación Zonal (UPZ), año 2014.....	23
Tabla 3. NBI por componente, localidad de Usme, comparativo años 2011-2014	26
Tabla 4. Coeficiente GINI comparativo localidades, 2003, 2007, 2011.....	27
Tabla 5. Porcentaje de Asistencia Escolar, localidad de Usme, comparativo años 2011-2014.....	28
Tabla 6. Porcentaje de Personas afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud, localidad de Usme, comparativo años 2011-2014	29
Tabla 7. Mortalidad Infantil. Año 2014. Localidad de Usme	32
Tabla 8. Mortalidad por neumonía menores de 5 años, año 2014. Localidad de Usme	33
Tabla 9. Prevalencia de bajo peso al nacer, año 2014, Localidad de Usme.....	33

Tabla 10. Prevalencia de bajo desnutrición global, año 2014, Localidad de Usme	34
Tabla 11. Prevalencia de desnutrición crónica, año 2014, Localidad de Usme	35
Tabla 12. Primeras diez causas de mortalidad general, Localidad de Usme. Periodo 2008 – 2012	37
Tabla 13. Mortalidad específica por subgrupos. Localidad de Usme. Periodo 2008 – 2012	38
Tabla 12. Primeras diez causas de morbilidad en consulta externa, Localidad Usme. Periodo 2009 – 2014	46
Tabla 13. Primeras diez causas de morbilidad en servicios de hospitalización, Localidad Usme, años 2009 – 2014	47
Tabla 14. Primeras diez causas de morbilidad en servicios de urgencias, Localidad Usme, años 2009 – 2013	48
Tabla 15 Población con discapacidad residente en la localidad de Usme. Año 2014	53
Tabla 16. ETA	72

TABLA DE MAPAS

Mapa 1. División Política Administrativa y Límites de la Localidad de Usme	14
Mapa 2. Mapa de Relieve, Hidrografía y Zonas de Riesgo, Localidad de Usme	16
Mapa 3. Vías de Comunicación, Localidad de Usme	18
Mapa 4. UPZ Priorizadas, Localidad de Usme 2014	31
Mapa 5. Pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en la Localidad de Usme, II semestre 2013-2014	63

Introducción

El diagnóstico de la situación en salud y calidad de vida de la población que habita en la Localidad de Usme, puede considerarse como parte de la primera etapa del proceso de planeación y ejecución de la administración de la salud pública pues le permite al sector salud la identificación, priorización y análisis de las problemáticas que afectan a la población de la Localidad así como la respuesta desde los diferentes sectores públicos, privados y comunitarios que en ella intervienen.

El presente documento cuenta con la siguiente estructura: En el primer capítulo de este diagnóstico se dará una contextualización general de la Localidad de Usme en términos de sus características territoriales, sociodemográficas, socioeconómicas y ambientales; algunas de las problemáticas evidenciadas serán analizadas a profundidad en el segundo capítulo, donde se nombrarán todos los eventos en salud que se han priorizado como los más graves y prevalentes en cada uno de los ciclos vitales de la población de la Localidad de Usme. En el tercer capítulo se desarrolla un análisis de la respuesta de las instituciones distritales a la problemáticas identificadas para finalmente desarrollar propuestas de respuestas a las mismas en el cuarto capítulo.

Este documento tiene como fin conocer y tratar de entender desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud cuáles son los efectos de los eventos en salud de las ciudadanas y ciudadanos que habitan en la localidad, identificando las principales problemáticas que afectan a la población a partir de los ciclos vitales de infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez, busca identificar la respuesta a estas problemáticas y generar propuestas de respuesta a las mismas.

Objetivos

Objetivo General

Explicar la situación de salud y calidad de vida de la localidad incluyendo el análisis de las inequidades con el modelo conceptual de determinantes sociales de la salud, apropiando las percepciones de la población, en la identificación y priorización de las problemáticas en salud.

Objetivos Específicos

- Problematizar y analizar la situación de salud y calidad de vida de la población local apropiando la información cuantitativa, cualitativa y espacial, que permita dar cuenta de las principales necesidades, problemáticas y potencialidades de los grupos humanos en las diferentes escalas del territorio, interpretando los hallazgos mediante una aproximación al análisis de determinantes sociales de la salud.
- Profundizar en el análisis de la situación de salud y calidad de vida desde el enfoque de determinantes de la salud y por dimensiones prioritarias.
- Analizar y evaluar las tensiones de las diferentes dimensiones prioritarias con relación a las necesidades y problemáticas que afectan la salud y calidad de vida en la localidad.

Marco conceptual

A continuación se presentaran los conceptos que son la base para el desarrollo del Diagnóstico Local 2014:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la salud no sólo se define como la ausencia de enfermedad, sino como el bienestar físico, mental y social de las personas. Este mismo concepto es utilizado en el Plan de Salud Territorial de Bogotá D.C. 2012-2016, en el cual refiere que la salud implica que “las personas gocen del buen vivir, accedan a los servicios que necesitan, se desempeñen en las actividades que prefieran y, en consecuencia, alcancen el desarrollo pleno de su autonomía y dignidad, es decir, que estén satisfechos con la realización cotidiana de su proyecto vital con expresiones diferenciales acordes con la identidad de género, orientaciones sexuales, etnia, clase social, etapa de ciclo vital, generación, situaciones y condiciones, territorio, capacidades y habilidades” .

Tomando el concepto de salud mencionado anteriormente comprender el contexto e implicaciones es un trabajo integral que recorre la comprensión de las dinámicas sociales que enmarcan el bienestar en pleno de la población. Para explicarlas y darles un sentido referido a la salud es necesario remitirse a la teoría social, la cual es un conjunto teórico compartido por diferentes disciplinas que estudian la conducta de los seres humanos. Son varias las disciplinas que se encuentran bajo el marco de la llamada teoría social, algunas son la economía, la antropología, la sociología, la ciencia política, la geografía humana, la filosofía, la historia, entre otras. Todas estas perspectivas contribuyen en el análisis de cómo el proceso de salud-enfermedad es consecuencia de factores como las condiciones de vida, la cultura, la política, las desigualdades económicas y sociales y la situación política de la población.

Desde el enfoque de la epidemiología crítica, los determinantes estructurales, intermedios y proximales serían planteados a partir de esta base común, en la cual la salud se desarrolla como un “proceso concatenado entre las dimensiones espaciales de lo general (G), lo particular (P) y lo singular (S)”. Esta base común permite definir el campo de acción de sus diferentes elementos, en los cuales los determinantes macro o estructurales se corresponden con el capitalismo, la globalización, las políticas públicas, la organización política, los mecanismos de instauración y regulación de los recursos y el poder, etc. Los factores de contexto o intermediarios, dentro de los que se encuentran el acceso a servicios básicos, creencias, imaginarios, condiciones de vida, condiciones laborales, conductas de la población, etc. Los factores ligados al individuo o también llamados proximales son aquellos relacionados con los estilos de vida, la personalidad, las motivaciones, la genética, etc. La interrelación de estos determinantes conforma un complejo esquema de circunstancias que influyen en los procesos vitales humanos.

Los análisis de los determinantes sociales de la salud es uno de los enfoques que permitirá explicar la incidencia de factores como el social, económico, biológico

etc., en la salud, éstos definen que “las desigualdades injustas en la distribución de los bienes sociales: ingreso, riqueza, empleo estable, alimentación saludable, hábitos de vida saludables, acceso a servicios de salud, educación, recreación, entre otros, se manifiestan generando diferencias injustas en el estado de salud de los grupos sociales” , esta perspectiva permite identificar estas desigualdades y su incidencia en la salud de la población local.

Así mismo, se tienen en cuenta diferentes enfoques que permiten tener una visión particular de los diversos contextos en el proceso salud-enfermedad, estos enfoques son el territorial, poblacional y diferencial. En el enfoque territorial se hará referencia al análisis espacial de los eventos de salud y su relación con la población en términos de su ocurrencia en la localidad, este enfoque permite identificar la relación entre la población y el territorio respecto a sus repercusiones sociales, económicas y de salud. La unidad espacial de análisis serán las Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ), las cuales corresponden a unidades administrativas en las cuales se divide la localidad.

El concepto de enfoque poblacional manejado en este documento parte de concebir “las políticas e intervenciones en función del ser humano y los grupos poblacionales desde su integralidad y su interrelación con el territorio” y busca reconocer al ser humano desde su integralidad, diversidad y las particularidades de su ciclo vital, identidad cultural y condiciones de vida.

El enfoque diferencial tiene en cuenta que la realidad social depende y es diferente según las características específicas de cada uno de los grupos que componen la sociedad. Este enfoque busca tener en cuenta particularidades de grupos poblacionales específicos como los grupos étnicos, la población víctima del conflicto armado, la población LGBTI y las personas con discapacidad. A través de este enfoque se identificó un panorama general de estas poblaciones en la localidad, para encontrar vacíos sociales e institucionales y los riesgos alrededor de la protección de sus derechos como parte de los análisis de la población de la localidad.

Marco metodológico

Para la elaboración del primer capítulo la información se recolectó a través de sesiones de trabajo lideradas por ASIS Local con los distintos subsistemas del equipo de Vigilancia en Salud Pública y con el equipo de Gestión de Políticas, Programas e Intersectorialidad del Hospital de Usme. El Perfil Salud-Enfermedad de la Localidad de Usme correspondiente al año 2013 se realizó utilizando como instrumento metodológico la matriz de Perfil Salud-Enfermedad. En ésta se abordaron las siguientes dimensiones: los determinantes sociales que se ven involucrados en determinada enfermedad, evento o situación, el ciclo vital, la Unidad de Planeación Zonal en el que se presenta (UPZ) y las poblaciones diferenciales que se han visto afectadas.

Para identificar los problemas de salud en la localidad se integró a la información de la tabla Perfil Salud-Enfermedad y la Matriz de problematización de la situación de salud y calidad de vida. Esta última estaba compuesta por cuatro puntos: la identificación, la definición, la explicación y el análisis del problema en salud. Las matrices se discutieron y diligenciaron en sesiones de trabajo en las que participaron las profesiones de cada uno de los equipos de Vigilancia en Salud Pública del Hospital de Usme y el equipo de Gestión de políticas, Programas e Intersectorialidad. Por último, ya una vez la matriz había sido diligenciada, el equipo de ASIS Local efectuó un análisis desde las perspectivas cualitativa, cuantitativa y espacial.

La concepción del documento fue replanteada a partir de la revisión de las versiones recientes de los diagnósticos locales, diagnósticos internacionales y del estudio del marco metodológico-conceptual enunciado en la Guía de ASIS del Ministerio de Salud y Protección Social 2013 y el PDSP 2012-2021. Además, el documento se estructura a partir de las dimensiones prioritarias, sus entradas y el modelo conceptual de los determinantes sociales de salud, con diferentes enfoques (diferencial, poblacional, territorial, ciclo de vida) que fortalecen de forma transversal el análisis de cada problemática en las distintas escalas del territorio (Localidad, UPZ). Todo lo anterior se concibe prestando especial atención a las brechas sociales que generan alta inequidad, teniendo como ordenadores las dimensiones prioritarias y el ciclo vital 2012. Tanto la estructura del documento, como la metodología propuesta para su construcción pretenden propiciar un ejercicio de generación de diagnósticos locales más analíticos, claros y provechosos para los diferentes actores involucrados.

“La estrategia PASE a la Equidad en Salud es una adaptación conceptual, metodológica y técnica – operativa del modelo BIT PASE (Balance de Interacciones y Tensiones – Dimensiones del desarrollo: Poblacional, Ambiental, Social y Económico) y de la estrategia de asistencia técnica y formación activa PASE al desarrollo para la comprensión integral del territorio, la formulación de planes territoriales de salud y la planeación del desarrollo integral, en busca de sociedades poblacional y ambientalmente sustentables, económicamente

equitativas y socialmente más solidarias. PASE a la equidad en Salud es una propuesta metodológica y de asistencia técnica producto de la adaptación del modelo BIT PASE y de la estrategia de asistencia técnica y formación activa PASE al desarrollo a las condiciones del Plan Decenal de Salud Pública. Durante el último trimestre de 2013 y el primer trimestre de 2014, la estrategia PASE al desarrollo ha avanzado, de forma articulada con el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en la consolidación de la estrategia PASE a la Equidad en Salud”1.

El ASIS y específicamente el Diagnóstico local se constituyen en una herramienta e insumo para fortalecer los análisis que permiten el desarrollo de la metodología BIT PASE, en concordancia con el Plan Decenal de Salud Pública, razón por la cual se hace necesario que el desarrollo de este análisis situacional guarde coherencia no solo en los términos técnicos sino que también facilite las mediciones para realizar lecturas pertinentes de los procesos de salud-enfermedad explicadas desde el enfoque de los determinantes sociales y orienten de manera adecuada la toma de decisiones.

Para el año 2015 la estructura del diagnóstico responderá a las necesidades anteriormente mencionadas, se realizaran dos entregas un documento preliminar y el definitivo por localidad, se debe evidenciar avance en términos de complejidad de los análisis de los componentes cualitativos, cuantitativos y espacial.

Capítulo 1: Relación población, territorio, ambiente y sociedad

1.1 Contexto Territorial (Descripción general de la Localidad)

1.1.1 Localización

La localidad de Usme cuenta con siete (7) Unidades de Planeación Zona - UPZ y dos (2) Unidades de Planeación Rural – UPR¹; 5 de las UPZ son unidades de tipo 1 residencial de urbanización incompleta, a esta clasificación corresponden las UPZ 52 la Flora, 56 Danubio, 57 Gran Yomasa, 58 Comuneros, 59 Alfonso López, una UPZ es tipo 4, de desarrollo como la UPZ 61 Ciudad Usme y la Unidad tipo 8, de predominio dotacional como la 60 Parque Entre Nubes que hace parte del sistema de áreas protegidas del distrito capital debido a su riqueza forestal y boscosa, a la categoría de Unidad de Planeación Rural pertenecen UPR 02 - Cerros Orientales y la UPR 03 –Tunjuelo.

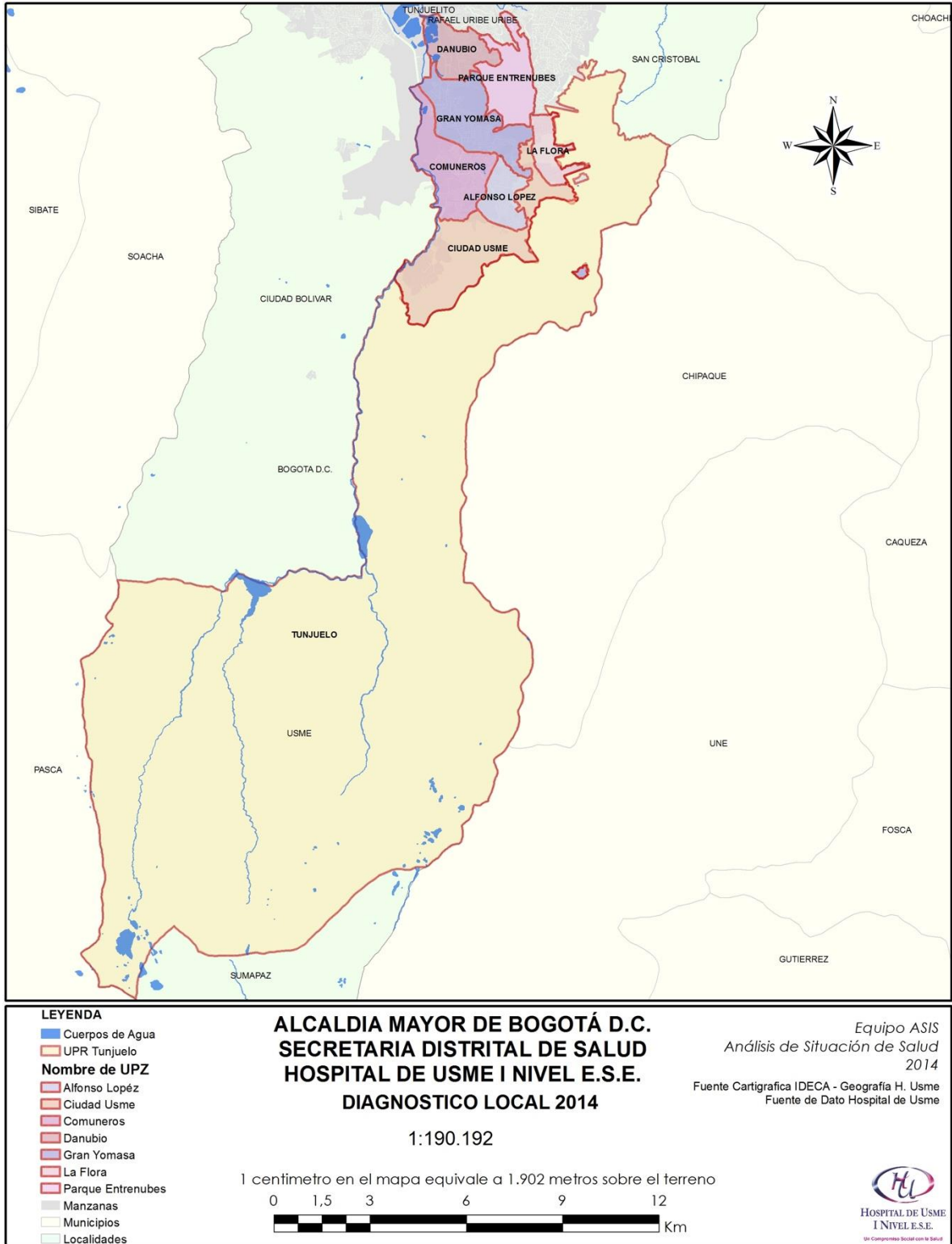
La localidad está ubicada al costado suroriental de Bogotá Distrito Capital, limita al norte con la localidad de San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe y Tunjuelito; al sur limita con la localidad de Sumapaz; al oriente con los municipios de Ubaque Chipaque y al occidente con el Río Tunjuelito, la localidad de Ciudad Bolívar y el municipio de Pasca².

Usme es la segunda localidad con mayor extensión del distrito capital, cuenta con un área total de 21.507 hectáreas las cuales en su mayor extensión es de uso agrícola 19.394 hectáreas y 2.114 hectáreas de uso urbano y de expansión.

1.1.2 Características físicas del territorio

La localidad es primordialmente rural, se extiende desde una altura que van de los 2.650 hasta los 3.750 m.s.n.m, cuenta con grandes fuentes de recurso hídrico; entre ella el nacimiento del río Tunjuelo, uno de los afluentes del río Bogotá, además, cuenta con otras fuentes hídricas importantes que tienen como nacimiento el parque Ecológico Entrenubes: Seca, Chiguaza, Bolonia, Verejones, La Olla del Ramo, Santa Librada y Yomasa, que desembocan en el río Tunjuelo. Otros ríos importantes son Curubital, Lechoso, El Mugroso y las quebradas El Destino, Guanda, Leñonero, Santa Elena, Chuzcal, Hierbabuena y Trompeta. También son importantes los embalses de Chisacá y La Regadera³.

Mapa 1. División Política Administrativa y Límites de la Localidad de Usme



Fuente cartográfica IDECA

Dada su ubicación geográfica y sus características del relieve, el clima de la zona se caracteriza por su gran variedad, asociada a la presencia de diferentes pisos térmicos. Las temperaturas promedio varían de acuerdo con la altitud oscila entre los 12 y 15° en la parte baja de la localidad, en la zona media puede estar entre los 9 y 12° y en las partes más altas o páramos el clima puede estar entre los 6 y 9° C⁴.

El riesgo ambiental se encuentra asociado a la posibilidad de que se produzca un daño en el medio ambiente, ya sea por un fenómeno natural o por acciones de la población. En el caso de la localidad de Usme, uno de los factores que contribuyen en que haya riesgos ambientales es la inadecuada disposición de sus desechos sólidos, esta problemática se encuentra atada a la falta de conciencia sobre las prácticas de separación y manejo de los residuos.

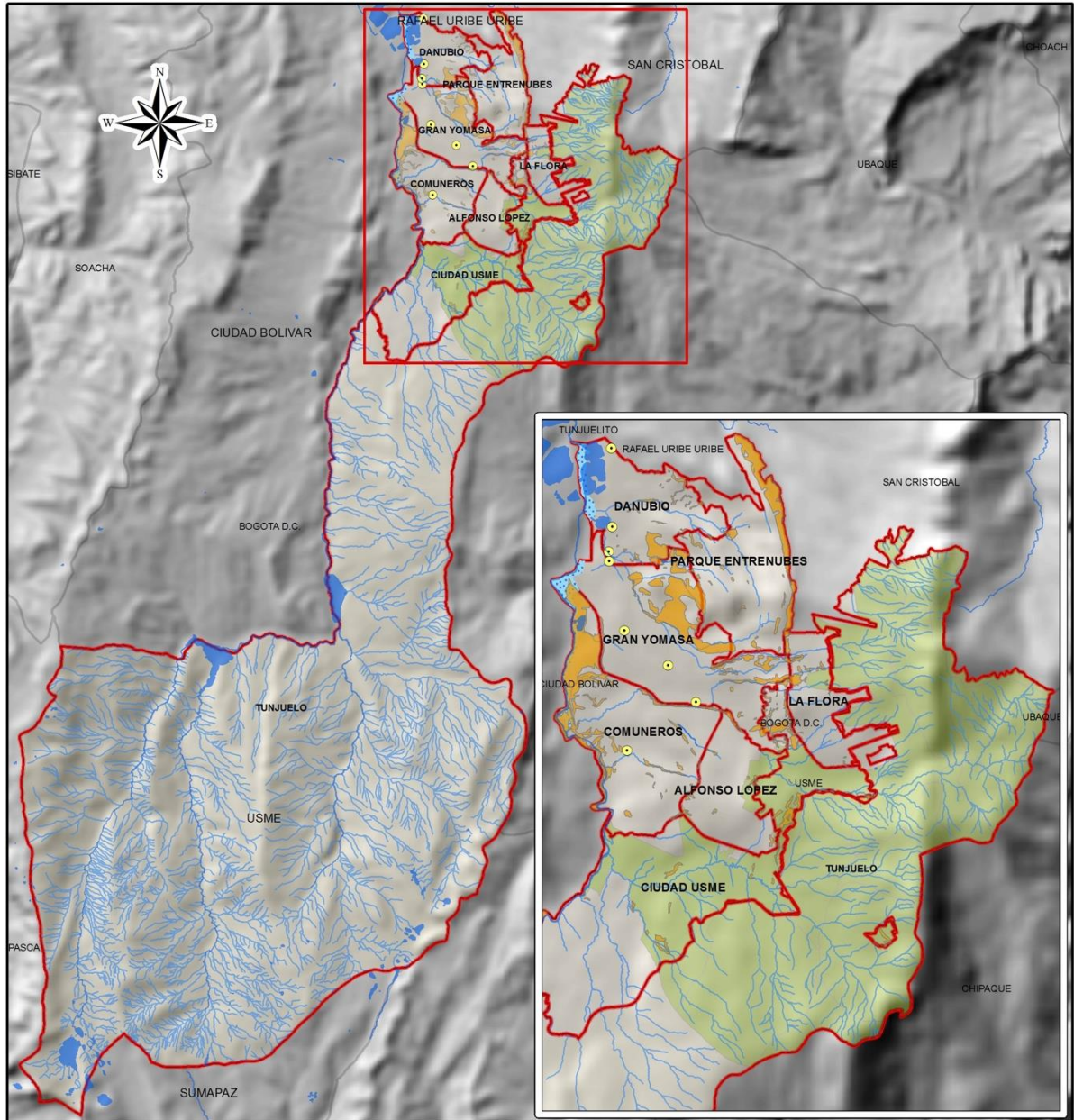
En algunas zonas de la localidad ha habido ausencias en el servicio de recolección de basuras, como en la parte alta de la UPZ Alfonso López. Esta ausencia genera que para algunos casos los habitantes quemen las basuras para así desecharlas, aumentando negativamente el impacto ambiental, pues con los componentes químicos que se producen en la quema se propician gran cantidad de enfermedades respiratorias (principalmente en el ciclo vital infancia) como la enfermedad respiratoria aguda (ERA), causando también enfermedad diarreica aguda (EDA), brotes en la piel, rabia, toxoplasmosis y triquinosis causados por la proliferación de vectores, insectos, roedores, moscas y zancudos que son medios de transmisión de enfermedades al ser humano.

Es importante mencionar que la localidad de Usme se encuentra expuesta a consecuencias por la cercanía al Relleno Sanitario Doña Juana, aunque el relleno se encuentra ubicado en territorio de la localidad de Ciudad Bolívar, eventos como el ocurrido en 27 de septiembre de 1997.

Las zonas de la localidad que tiene amenaza por erosión y remoción en masa, son las UPZ Gran Yomasa, Comuneros, Danubio, Alfonso López y La Flora.

Respeto a la amenaza por inundaciones se han diferenciado que en el sector noroccidental de la UPZ Comuneros, en la rivera del río Tunjuelo es la más susceptible a este tipo de eventos.

Mapa 2. Mapa de Relieve, Hidrografía y Zonas de Riesgo, Localidad de Usme



- LEYENDA**
- AMENAZAS**
- Amenaza Alta de Remoción en Masa
 - Amenaza de Incendio Forestal
 - Amenaza por Inundación
 - Amenaza Tecnológica
- UPZ**
- UPZ
 - UPR
- Relieve**
- Valor**
- Alto : 254
 - Bajo : 0

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
HOSPITAL DE USME I NIVEL E.S.E.

Equipo ASIS
 Análisis de Situación de Salud
 2014

Fuente Cartográfica IDECA - Geografía H. Usme
 Fuente de Dato Hospital de Usme

DIAGNOSTICO LOCAL 2014

1:190.759

1 centimetro en el mapa equivale a 1.908 metros sobre el terreno



Fuente cartográfica IDEC

1.1.3 Accesibilidad Geográfica

Las vías de comunicación de la localidad, tiene como principales arterias viales la Avenida Boyaca, Avenida de los Cerros y la Avenida Caracas, la Avenida al Llano que funciona como una vía de ciudad región, la malla vial local esta compuesta por la Avenida a Sumapaz, Avenida EL Uval, Avenida Usminia⁵.

Cuenta con rutas de sistema transporte publico como el Transmilenio y SITP y rutas de transporte publico tradicional.

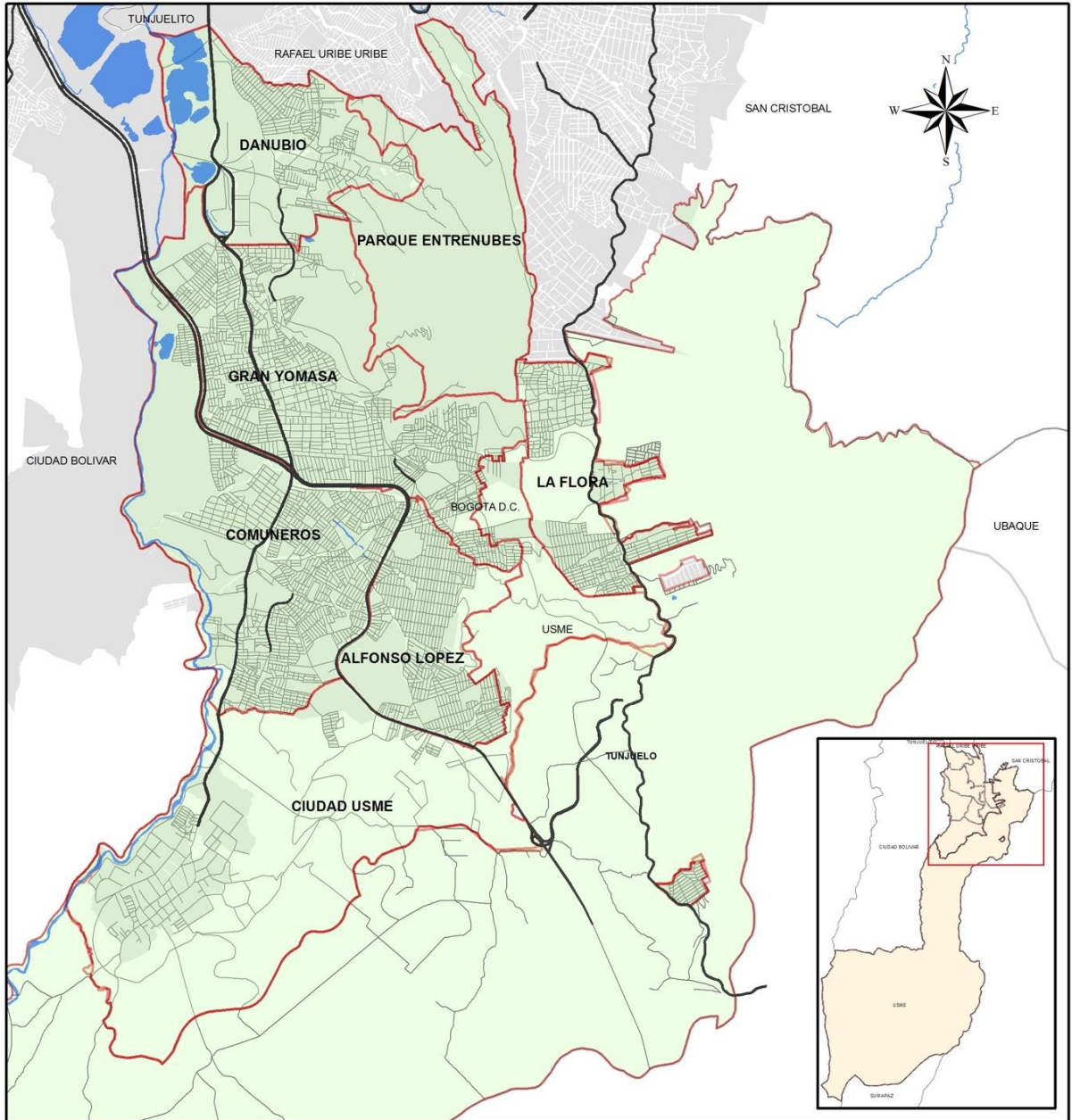
1.1.4 Historia y asentamiento de la localidad

Usme, al igual que otros cinco municipios, empezó a integrarse a Bogotá como parte de su perímetro urbano desde la década de 1950. Fue un proceso gradual en sus comienzos, más a finales de los años 70 fue vertiginoso. Actualmente, Usme es el producto de una transformación de un paisaje netamente rural a uno con las nuevas tonalidades urbanas⁶.

La dinámica de crecimiento y urbanización de la Localidad de Usme tuvo dos etapas. La primera inició a finales de la década de 1930 y finalizó en la década de 1970. En esta etapa tuvo lugar la denominada urbanización industrial y de servicios, se construyeron una serie de equipamientos urbanos como embalses, la penitenciaría la Picota, la Escuela de Artillería y una industria minera en el valle medio del Tunjuelito (hoy parque minero industrial).

Así se incentivó la siguiente etapa, la del poblamiento a través de la construcción de residencias y viviendas, la cual tuvo lugar a partir de la segunda mitad de la década de 1970. En esta segunda etapa se comenzó a gestar una nueva utilización del suelo. Algunas haciendas comenzaron a perder su vocación agrícola y dieron paso a zonas de expansión urbana soportadas en el crecimiento del trazado de una nueva infraestructura en vías y en la gran variedad de recursos mineros e hídricos que ofrece el territorio. De este proceso de urbanización han quedado equipamientos urbanísticos como ciudadelas, urbanizaciones, planteles educativos, centros de recreación y de cultura⁷.

Mapa 3. Vías de Comunicación, Localidad de Usme



LEYENDA

- Malla Vial
- <all other values>
- Cuerpos de Agua
- UPR
- UPZ
- Municipios
- Localidades

**ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARIA DISTRICTAL DE SALUD
HOSPITAL DE USME I NIVEL E.S.E.**

DIAGNOSTICO LOCAL 2014

1:589.063

1 centimetro en el mapa = 643 metros sobre el terreno

0 0,5 1 2 3 4

Km

Equipo ASIS
Análisis de Situación de Salud
2014

Fuente Cartográfica IDECA - Geografía H. Usme
Fuente de Dato Hospital de Usme



HOSPITAL DE USME
I NIVEL E.S.E.
Un Compromiso Social con la Salud

Fuente cartográfica IDECA

1.2 Contexto Demográfico (Aspectos sociodemográficos locales)

1.2.1. Tamaño y volumen

La localidad de Usme cuenta con 427.090 habitantes, un 2,62% (11.192 habitantes) más de población con respecto al 2013.⁸ Teniendo en cuenta su extensión de 21.507 hectáreas, se estima una densidad poblacional de 20 habitantes por hectárea considerando la cantidad de población que habita en la zona rural y en la zona urbana. Con 3.029 hectáreas y 426.840 habitantes en el área urbana, la población aproximada es de 141 habitantes por hectárea en esta zona; en contraste, para el área rural la extensión alcanza 18.477 hectáreas y alrededor 250 habitantes, con una densidad de 0.013 habitantes por hectárea.

La población que habita el área urbana ha crecido en el período 2005 – 2014 en un 42%, teniendo en cuenta que la localidad se considera como una de las zonas de expansión urbana del distrito. De la misma manera, para el 2014 se estima que el 99,8% de la población se encuentra habitando la zona urbana, lo cual determina el grado de urbanización como de alta concentración de población en la cabecera de la localidad, dado que sobrepasa el 80% de habitantes locales, siendo coherente con las zonas que cuentan con mayor oferta en salud, educación, vías de acceso y viviendas con servicios públicos.

En cuanto a las UPZ con mayor densidad poblacional: UPZ 59 - Alfonso López con 368 habitantes por hectárea, seguida de la UPZ 57 - Gran Yomasa con 294 y en tercer lugar la UPZ 58 - Comuneros con 208. Lo anterior, está relacionado con una mayor actividad económica, educativa y de oferta de servicios en general, en estas UPZ. La UPZ 60 - Parque Entre Nubes, presenta la menor densidad poblacional con 7 personas por hectárea, contando con que el territorio es una zona de protección ambiental en la cual no se encuentran asentamientos habitacionales y que configuran el Parque Entre Nubes, el cual a su vez colinda con la Localidad de San Cristóbal.

El número de viviendas para la localidad de Usme, de acuerdo con la Encuesta Multipropósito 2011 – 2014⁹ estima que 423.650 personas habitan en 118.675 viviendas, en las cuales el tipo de construcción que predomina en un 80% son las casas o apartamentos y el restante 20% corresponde a cuartos u otros tipos de edificación. Se encuentra que, frente a la tenencia de vivienda, el 41,2% de los hogares encuestados vive en arriendo, el 32,7% en vivienda propia, el 8,8% la están pagando y un 6,8% vive en otras condiciones. De la misma manera, el 95,4% de estas viviendas están construidas en bloques o ladrillos y las restantes en diferentes materiales como tapia pisada, bahareque, madera, guadua, caña, zinc, tela, lona teniendo en cuenta los asentamientos ilegales de la localidad. En las viviendas visitadas se encontró que el 98,75% cuenta con servicio de acueducto, el 97,6% con alcantarillado, el 99,8% con energía, el 99,8% con recolección de basuras; el 62% posee servicio telefónico y el 89,1% servicio de gas natural.¹⁰

De acuerdo con el índice de calidad de la vivienda urbana en Bogotá a 2013¹¹, con el cual se busca identificar cuáles son las zonas de la ciudad en las que se encuentran las viviendas en las mejores condiciones teniendo en cuenta tres dimensiones materiales de la construcción, acceso a estaciones de transporte público y acceso a zonas de recreación. Dentro de las localidades cuyas UPZ presentan las viviendas en peores condiciones se Usme ocupando el segundo puesto después de Ciudad Bolívar, con Alfonso López, La Flora y Parque Entrenubes.

La UPZ que ocupó el último puesto en la clasificación general del distrito fue La Flora, ocupando el puesto 95 en la dimensión “construcción de la vivienda”, el puesto 105 en “acceso a transporte público” y el puesto 94 en la dimensión “cercanía a zonas verdes y parques metropolitanos y zonales”, siendo consecuentes con la estratificación socioeconómica 1 con que cuenta el 100% de las viviendas en este sector.

Según datos consignados en la Monografía de la localidad de Usme 2011¹², realizada con base en la recopilación de las estadísticas de la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011, el 46,5% de los estrato entrevistados en la localidad quinta están conformados por tres o cuatro personas, el 13,9% están compuestos por dos integrantes y el 8,1% de los hogares son unipersonales. Por otra parte, se cuenta con 1,04 hogares por cada vivienda caracterizada en la Encuesta SISBÉN III, Enero 2010 a Abril 2013. El estrato socioeconómico de los hogares encuestados en su mayoría pertenecen al estrato 2 con el 53% (39.359 viviendas), estrato 1 el 47% (34.762 viviendas) principalmente, sin embargo se encuentran 40 viviendas con estrato socioeconómico 3 y 9 viviendas con estratos 4, 5 y 6.

Del total de personas caracterizadas y registradas en la base APS 2012 a 2014, 283.833 habitantes, el 0,66% se autoreconocen como pertenecientes a una etnia, el mayor porcentaje corresponde a afrocolombianos con el 0,41%, población indígena con el 0,18% y en menor proporción ROM/Gitano con el 0,07%.

Tabla 1. Población por pertenencia étnica en la Localidad Usme, año 2014

Etnias	Hombre	Mujer	Total	% Total
Ninguno	135.977	145.973	281.950	99,34%
Afrocolombiano	554	622	1.176	0,41%
Indígena	233	269	502	0,18%
Rom/Gitano	95	110	205	0,07%
Total General	136.859	146.974	283.833	100%

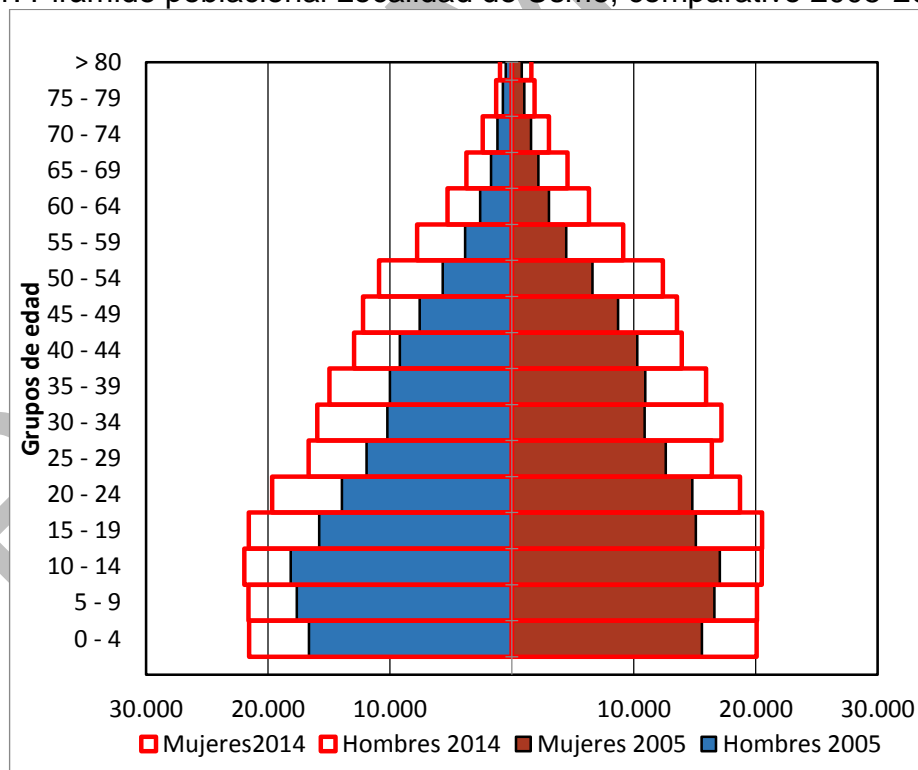
Fuente: Base APS 2012 - 2014

1.2.2. Estructura poblacional

Como se mencionó anteriormente, la población de la localidad de Usme creció en un 2,62% (11.192 habitantes) con respecto al 2013.¹³ El crecimiento demográfico se explica considerando que la localidad por ser de gran extensión, cuenta con zonas de expansión territorial, las cuales han permitido la planificación y construcción de viviendas de interés social (VIS) dando continuidad a los planes parciales de desarrollo aprobados en 2009 y 2010 (Bolonia, Hacienda El Carmen y Tres Quebradas), que ocupan en total 378,26 hectáreas y cuentan con un potencial de construcción de 30.311 viviendas, de las cuales el 51% corresponden a VIS. Así mismo, Usme es una de las principales localidades de Bogotá, receptoras de población desplazada después de Ciudad Bolívar, Bosa y Santa Fe. Se puede evidenciar que la mayoría de los habitantes (53,8%) en el 2005 se encuentran dentro de los ciclos vitales de infancia, adolescencia y juventud, de igual manera aunque en mayor proporción para el 2014, un poco más de la mitad de la población (56%) de Usme se encuentra en los mismos ciclos vitales.

Se observa que la dinámica poblacional de la localidad se encuentra en expansión, teniendo en cuenta la alta proporción de nacimientos así como población en los ciclos vitales infancia y juventud reflejadas en su base ancha y por otra parte se hace estrecha debido al equilibrio existente entre la natalidad y mortalidad.

Gráfico 1. Pirámide poblacional Localidad de Usme, comparativo 2005-2014



Fuente: Censo DANE 2005; proyecciones de población. 2014

La distribución de la población por sexo para el 2014, el 50,5% son mujeres y el 49,5% hombres; desde el nacimiento hasta los 54 años quienes predominan son

los hombres. En relación a la distribución por quinquenios se encuentran con mayor proporción los grupos de 10 - 14 años y 15 - 19 años para el 2005 y 2014 con 22,1% y 20% del total de la población respectivamente, estos grupos corresponden a adolescencia temprana y tardía, en segundo lugar se encuentran los grupos de 0 - 4 años y 5 - 9 años con 22,2% en el 2005 y 16% para el 2014. En el 2005 el 5,1% de la población son personas mayores de 60 años, se muestra un leve incremento para el 2014 con 7,3% del total de la población.

Se observa en la distribución porcentual de la población local del año 2014 por UPZ, el 37% reside en la UPZ Gran Yomasa, 24% en la UPZ Comuneros, 18,6% en la UPZ Alfonso López, 10,9% UPZ Danubio, 5% UPZ La Flora, 3,9% UPZ Ciudad de Usme, 0,6% UPZ Parque Entre Nubes y el 0,1% de la población reside en la zona rural. Teniendo en cuenta lo anterior, se puede decir que el crecimiento poblacional en Usme ha sido estable, la mayoría de los habitantes (56%) se encuentran dentro de los ciclos vitales de infancia (19,5%), adolescencia (19,8%) y juventud (16,7%). En el ciclo vital adultez se encuentra 36,7% de la población.

En la localidad por cada 100 mujeres hay 97,8 hombres. Se observa que el índice de masculinidad total de la localidad de Usme aumenta progresivamente pasando de 96,57 en 2005 a 97,88 en 2014, lo cual indica que habrá un aumento de la población de hombres frente al de mujeres obteniendo una variación de la relación hombre: mujer de 1,31¹⁴.

Para el año 2014 por cada 37 niños y niñas (0 – 4 años), hay 100 mujeres en edad fértil (15 – 49 años) en Usme. En el 2005 por cada 100 mujeres en edad fértil, había 39 niños en el grupo de edad de 0 a 4 años. Se puede evidenciar un descenso en el número de nacimientos en los últimos 10 años.

El índice de infancia para la localidad se estima en 29 menores de 14 años por cada 100 habitantes en comparación con la población del último censo DANE del 2005 en el cual se calculó en 34 menores de 14 años por cada 100 habitantes. Para el índice de juventud se observa descenso en el número de jóvenes de 15 a 29 años, evidenciándose para el 2005 28 jóvenes versus 26 para el 2014, por cada 100 habitantes.

En la localidad de Usme, el índice de vejez relacionado con la población menor de 65 años por cada 100 habitantes, se estima en 4 personas en este grupo de edad, en cantidad similar se presentó para el 2005 con 5 personas mayores de 65 años por cada 100 habitantes. Así mismo, en relación con el índice de envejecimiento, por para el año 2014 por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años, habitan 15,4 adultos mayores de 65 años .

En cuanto al índice de envejecimiento de zona rural y urbana existen diferencias, en el área rural por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años hay 133,3 adultos mayores, mientras que en zona urbana son 15,4 los adultos mayores; lo anterior puede estar relacionado con la búsqueda de oportunidades por parte de quienes se hacen cargo de esta población menor, la cual queriendo un estilo de

vida mejor para sus hijos, los obliga a salir de la zona rural a asentarse en el perímetro urbano, dejando la zona rural poblada por adultos mayores, los cuales ya tienen su vida asentada en este lugar. El menor índice de envejecimiento se encontró en la UPZ Usme con 11,7. En las Unidades de Planeación Zonal los mayores índices de envejecimiento se ubican en las UPZ Gran Yomasa con 18,2 en segundo lugar se encuentra la UPZ Comuneros con 15,1 y en tercer lugar la UPZ Danubio con 14,2, las cuales corresponden a las UPZ con mayor cantidad de población y actividad económica.

Para el año 2014 por cada 100 personas en edad de trabajar hay 51,5 personas dependientes en edades inactivas (0 – 14 y mayores de 65 años). Las Unidades de Planeación Zonal que presentan mayor razón de dependencia son la UPZ La Flora con 59,4 y Entre Nubes con 57,6 personas en edades inactivas, sin embargo se debe tener en cuenta que la UPR Rural al ser la zona de la localidad que presenta mayor índice de envejecimiento es el área es el área con mayor razón de dependencia de la localidad, dado el gran aporte de este grupo de edad.

Tabla 2. Razón de dependencia en la Localidad Usme por Unidades de Planeación Zonal (UPZ), año 2014

UPZ	Razón de dependencia		
	H	M	Total
52 Flora	63,0	56,0	59,4
56 Danubio	51,6	47,7	49,6
57 Gran Yomasa	52,3	49,1	50,6
58 Comuneros	51,8	49,2	50,5
59 Alfonso López	55,7	51,1	53,3
60 Entre Nubes	53,7	62,2	57,6
61 Usme	53,7	51,2	52,4
Rural	61,0	71,2	64,5
Total	53,3	49,8	51,7

Fuente: Censo DANE 2005; proyecciones de población por UPZ, año 2014

En relación al sexo se pueden observar algunas diferencias, la razón de dependencia en hombres es de 53,3 y en mujeres 49,8, lo anterior puede estar relacionado con la distribución poblacional de los ciclos vitales en la Localidad de Usme, así como también los grupos de edades. Por lo anterior, se puede decir que un poco más de la mitad de los habitantes de la localidad son inactivos económicamente, lo cual está relacionado con la mayor proporción de población en los ciclos vitales de infancia y adolescencia los cuales se encuentran en actividades educativas y a los altos índices de desempleo para la población económicamente activa.

La relación de dependencia infantil en la localidad, estima que 45 menores de 15 años y 7 personas mayores dependen económicamente de cada 100 personas en edad productiva (15 – 64 años). Por otro lado, se puede determinar según el índice de Friz, el cual establece el envejecimiento de todos los habitantes, que la

población local es madura, teniendo en cuenta que el índice arroja para Usme 143,9 correspondiendo con el aumento progresivo en las personas mayores de 60 años, en contraste con la disminución en la cantidad de jóvenes.

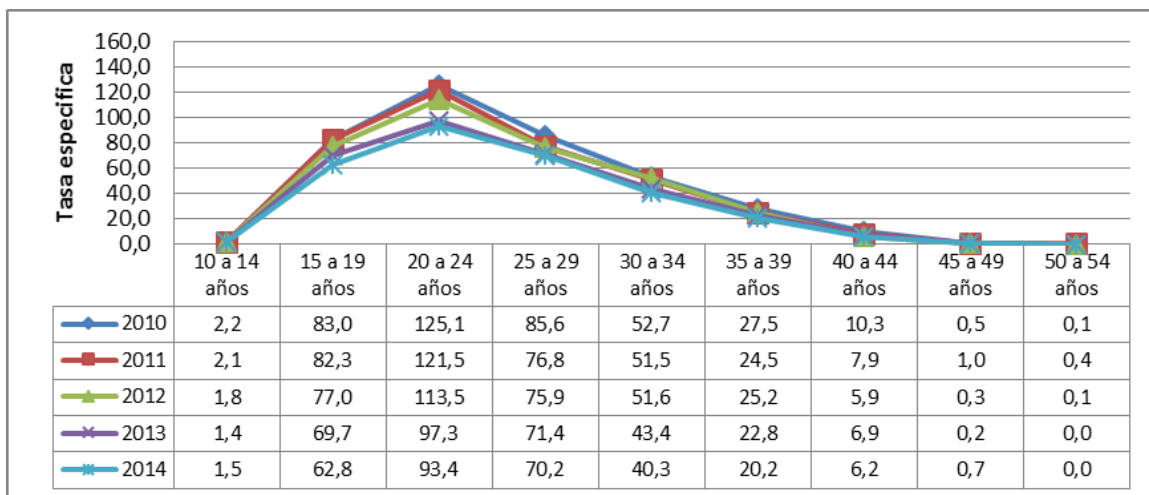
1.2.3. Dinámica poblacional

La población de la localidad de Usme tiene una menor capacidad de renovación, en comparación con el distrito considerando que, para Bogotá por cada 1.000 habitantes nacieron 13,3 niños en el 2014, para la localidad quinta se presentaron 12,5 nacimientos en el mismo período¹⁵. Se evidencia un descenso en la tasa de natalidad para Usme en comparación con los datos del Censo 2005 en el cual se estimaban 19,8 nacimientos por cada 1.000 habitantes. Por otra parte, la tasa de mortalidad se calculó para el 2013 en 3 defunciones por cada 1.000 habitantes de Usme, lo que para el distrito representó 3,7.

Por otra parte, teniendo en cuenta que Usme es una de las principales localidades receptoras de población desplazada, así como de familias que adquieren vivienda de interés social, se estima en 18,5 inmigrantes a la localidad por cada 1.000 habitantes. El promedio de hijos por cada mujer que reside en la localidad es de 1,6. Para el quinquenio 2010-2015 la edad en que las mujeres deciden con mayor frecuencia tener hijos en la localidad de Usme es de 26 años. Según datos de la base distrital de nacidos vivos, en el 2014 nacieron 44,6 niños y niñas por cada mil mujeres en edad fértil; por otra parte, se estiman en 1,3 el número de hijos que tienen en promedio las mujeres en edad fértil de la localidad.

Por cada mil mujeres de 20 a 24 años nacieron 93,4 niños y niñas; siendo este grupo en el que más se presentan nacimientos para la localidad, en segundo lugar se encontró el grupo de 25 a 29 años con 70,2 nacimientos. En cuanto a los grupos que hacen referencia a embarazos en adolescentes se observó que en la adolescencia temprana (10 a 14 años) nacieron 1,5 niños y niñas y en el grupo de 15 a 19 años (adolescencia tardía) nacieron 62,8. En la localidad quinta para el período 2010 – 2015 por cada mujer en edad fértil, el promedio de hijas nacidas vivas es de 1,05. En cuanto a las tasas de fecundidad los mayores valores se presentan en la población femenina de 20 a 24 años, seguida por la población de 25 a 29 años y 15 a 19 años, observando una disminución progresiva en la tasa para los años 2010 a 2014. (Ver Gráfica 2)

Gráfico 2. Tasas específicas de fecundidad por grupos de edad, Localidad de Usme, comparativo años 2010 a 2014



Fuente: NV 2003-2014: -Bases de datos RUAF ND. -Sistema de estadísticas Vitales SDS-ADE. Preliminares

En relación a la esperanza de vida al nacer para los años 2010 a 2015 en la localidad de Usme, el promedio de vida es de 72,6 años, en relación al sexo las mujeres tienen probabilidad de vivir 75,3 años y los hombres 70,1 años, presentándose una diferencia de 5,2 años¹⁶.

1.2.4. Movilidad

En la ciudad de Bogotá con corte a septiembre 30 de 2013, se han reportado un total de 415.174 víctimas que corresponden a 98.921 hogares afectados por el desplazamiento forzado. Entre las principales localidades de Bogotá a las que llegan el mayor número de desplazados son Ciudad Bolívar (28.813), Bosa (21.067), Kennedy (20.659), Suba (15.251), San Cristóbal (13.003) y Usme (12,112)¹⁷.

Desde el programa territorios saludables durante el año 2013 en la localidad de Usme se caracterizaron 417 personas víctimas de desplazamiento forzado de las cuales el 54% eran mujeres y el 46% hombres, donde el mayor número de personas se concentra en el ciclo de adultez 27 a 59 años (180 personas), seguido del ciclo vital de infancia 0 a 13 años (113 personas). La mayoría de las personas víctimas del desplazamiento forzado se encuentran asentadas en la UPZ Alfonso López (148 personas) luego en la UPZ 57 Gran Yomasa (70 personas), y en tercer lugar en la UPZ 56 Danubio (64 personas)¹⁸.

El desplazamiento como consecuencia del conflicto armado, trae consigo un sin número de problemáticas en las personas que lo padecen, como el deterioro en las condiciones de vida y de salud, la pérdida de la estabilidad psicosocial de las familias, acentuando la exclusión social, transformaciones en la identidad, modificación en cuanto a sus relaciones, desintegración familiar y laboral, cambios

culturales, aislamiento grupal, limitación para insertarse en los mercados del trabajo conduciéndolos a la informalidad laboral, pérdida de bienes materiales, barreras de acceso en servicios de salud y para acceder a los auxilios que otorga el Estado. Del total de personas caracterizadas 37 (8,8%) pertenecen a grupos étnicos, lo cual incide en problemáticas como la pérdida de identidad como sujeto social, pérdida del sistema de seguridad social o debilidad en los sistemas de participación, lo cual afecta de manera transversal a la población víctima del conflicto armado.

1.3 Contexto Socioeconómico

1.3.1 Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)

Según la Encuesta Multipropósito realizada en el 2011, las localidades con un mayor índice de necesidades básicas insatisfechas son: Usme, Ciudad Bolívar, San Cristóbal y Bosa. De acuerdo con la Encuesta Multipropósito de Bogotá 2014, para la ciudad se observó una reducción en casi todas componentes del NBI. El hacinamiento crítico bajó de 2,4% en el año 2011 a un 1,8% en el año 2014. Los servicios inadecuados también presentaron una reducción al pasar de 0,2% a 0,1%, y la alta dependencia económica se redujo de 1,9% en el año 2011 a 1,6% en el año 2014¹⁹.

Tabla 3. NBI por componente, localidad de Usme, comparativo años 2011-2014

Necesidades Básicas Insatisfechas Componente	Bogotá		Usme	
	2011(%)	2014(%)	2011(%)	2014(%)
Vivienda inadecuada	0,5	0,5	2,1	0,9
Hacinamiento crítico	2,4	1,8	3,4	2,8
Servicios inadecuados	0,2	0,1	1,0	0,2
Inasistencia escolar niños 7 y 11 años	0,5	0,5	0,3	0,4
Alta dependencia económica	1,9	1,6	3,0	3,0
Pobre por NBI	5,2	4,2	8,5	6,7
Miseria por NBI	0,3	0,2	1,1	0,6

Fuente: DANE - SDP, Encuesta Multipropósito 2014

Se observa una disminución en los componentes de vivienda inadecuada, hacinamiento crítico, pobreza por NBI y miseria por NBI. Respecto a servicios inadecuados e inasistencia escolar en niños entre 7 y 11 años se presenta un incremento de 0,1 para cada uno. El índice de dependencia económica permanece igual. Respecto a Bogotá, la localidad de Usme presenta un índice de NBI más alto en cada uno de sus componentes.

1.3.2 Coeficiente de GINI

El coeficiente de GINI mide la desigualdad en la distribución de los ingresos, considerando que 0 se corresponde con la perfecta igualdad (todos tienen los mismos ingresos) y donde el valor 1 corresponde con la perfecta desigualdad (una persona tiene todos los ingresos y los demás ninguno), la Localidad de Usme aumentó el coeficiente de GINI respecto a los años 2003 a 2011, pasando de 0,35 en el 2003 a 0,39 en el 2011, esto indica que la desigualdad en la distribución del ingreso en localidad ha venido en aumento.

Tabla 4. Coeficiente GINI comparativo localidades, 2003, 2007, 2011

Localidades	2003	2007	2011
Ciudad Bolívar	0,40	0,47	0,38
San Cristóbal	0,43	0,43	0,39
Usme	0,35	0,39	0,39
Bosa	0,43	0,40	0,36
Bogotá	0,56	0,51	0,54

Fuente: Encuesta Multipropósito 2011

Respecto al análisis de este coeficiente por localidad se observan grandes diferencias de una localidad a otra, variando entre un máximo de 0.58 en las localidad de Santa Fe y Candelaria en donde se registra la mayor desigualdad y 0,36 (Bosa), 0.38 (Ciudad Bolívar) y 0.39 en la localidad de Usme, las cuales presentan una menor desigualdad respecto a los ingresos de sus habitantes a nivel distrital.

1.3.3 Nivel de Ingreso de la Localidad de Usme

De acuerdo con la Encuesta Multipropósito de Bogotá 2014, la pobreza monetaria se calcula con base en la definición de unas líneas de pobreza e indigencia que son comparadas con el ingreso per cápita de la unidad de gasto, el cual es construido según la metodología establecida por la Misión para Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad (MESEP). El porcentaje de personas que estuvieron por debajo de la línea de pobreza monetaria en Bogotá en 2014, fue del 15,8%, que correspondió a 1.228.033 de individuos²⁰.

Para las localidades se observaron diferencias significativas, si se tiene en cuenta que en Ciudad Bolívar y Usme los porcentajes fueron de aproximadamente el 29%. En Santafé, San Cristóbal y Bosa de alrededor del 23%, mientras que en otras localidades como Chapinero, Engativá y Suba, las cantidades relativas fueron muy inferiores, 9,1%, 9,0% y 8,1%, respectivamente²¹.

1.3.4 Cobertura en educación

El porcentaje de personas de 15 o más años que a 2014 sabían leer y escribir a

nivel de Bogotá fue del 98,6%. Para Usme, el porcentaje de personas de 15 años o más que saben leer en el 2011 fue de 98% y para el 2014 de 97,5²².

Tabla 5. Porcentaje de Asistencia Escolar, localidad de Usme, comparativo años 2011-2014

Asistencia Escolar	Bogotá		Usme	
	2011(%)	2014(%)	2011(%)	2014(%)
Edades/años				
5 a 11	98,2	96,9	99,2	97,2
12 a 15	97,3	95,4	96,9	95,7
16 a 17	81,3	84,2	74,9	76,5
18 a 25	41,5	42,2	23,4	23,8
26 y más	7,2	5,5	5,1	4,1

Fuente: DANE - SDP, Encuesta Multipropósito 2014

Para la localidad de Usme, el porcentaje de asistencia escolar es mayor respecto a la de Bogotá para las edades entre los 5 a 11 años, sin embargo se aprecia una disminución respecto al año 2011 pasando de 99,2% a 97,2% en el 2014. En las edades de 12 a 15 años es relativamente mayor respecto a Bogotá, pero presenta una disminución respecto al 2011 pasando de 96,9% a 95,7%. Para las edades de 16 a 17, 18 a 25 y 26 años y más, la localidad presenta porcentajes significativamente inferiores a los distritales, correspondientes a educación secundaria, técnica y profesional.

1.3.5 Cobertura y calidad de servicios públicos

La Localidad de Usme no cuenta con una cobertura al 100% en servicios públicos domiciliarios. La cobertura del alcantarillado pluvial y gas natural es del 93% y 92% respectivamente y la telefonía cubre cerca del 81% de los domicilios. Además hay que tener en cuenta que, adicional al servicio que presta la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá, en Usme hay 10 acueductos veredales que tienen 1.235 suscriptores y atienden a una población de 7.518 personas²³.

Los hogares en Bogotá bajaron su cobertura en el servicio de telefonía fija desde 2011 (70%) a 2014 (61%). Los hogares en Bogotá que más bajaron la cobertura en este servicio desde 2011 a 2014 se encontraron principalmente en las localidades de Usme, Los Mártires, Santafé y Chapinero donde pasó de 62,7% a 46,9%. Los hogares que contaron con la menor cobertura del servicio de internet se encuentra en Usme (36,6%), Ciudad Bolívar (38,6%) y Santa Fe (41,1%)²⁴.

1.3.6 Condiciones de vivienda

En consideración de la encuesta de las asesorías para una Vivienda Saludable, en las cuales se tienen en cuenta aspectos relacionados con la ubicación segura, la

calidad de materiales de construcción de la vivienda, iluminación, ventilación, condiciones físicas de la cocina, etc, se puede decir que según los hogares intervenidos la UPZ la Flora (95,4%), Comuneros (93,8%), Alfonso López (99,6%), cuentan con condiciones aceptables de vivienda, mientras que en el caso de las UPZ Ciudad de Usme (82,9%), Gran Yomasa (78,8%) y Danubio (66,3%), presentan deficiencias significativas²⁵. En estas UPZ se cuenta con diversidad de espacios habitacionales, entre las cuales se encuentran barrios de invasión que no cuentan con la cobertura adecuada de servicios públicos.

Las localidades que en 2011 presentaron un número de personas más alto por hogar fueron San Cristóbal y Usme con un promedio de 3,7 personas, y Ciudad Bolívar con un promedio de 3,8 personas por hogar. Para estas tres localidades, en 2014, el promedio se redujo a 3,5 personas por hogar.

Según los resultados de 2014, las localidades con un mayor promedio de personas por hogar fueron las de San Cristóbal, Usme, Bosa, Rafael Uribe Uribe y Ciudad Bolívar con un valor común para todas las localidades de 3,5 personas por hogar. (boletín resultados EMB 2014 pag 37

Usme ocupa el quinto lugar respecto a proporción de viviendas con problemas de humedad en paredes, pisos o techos, con un 32,5%, después de La candelaria (42,9), Santa Fé (42,4), San Cristobal (38,9) y Tunjuelito (35,8). Esta proporción se redujo respecto a la obtenida en 2011 (41,0)

1.3.7 Sistema de salud

La afiliación de personas al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Bogotá, pasó de un 92% en 2011 a un 93,9% en 2014. Este cambio fue consecuente con una caída en el porcentaje de personas no afiliadas de 7,6% a 5,8% para los mismos años. De manera desagregada por localidades, se observó que en la mayoría de localidades se experimentó un aumento significativo en el porcentaje de personas afiliadas como en la localidad quinta con un 87,9% en 2011 y un 94% en 2014, donde la afiliación subió en no menos de cuatro puntos porcentuales y relacionado con la disminución de personas no afiliadas de 10% a 5,9%²⁶.

Tabla 6. Porcentaje de Personas afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud, localidad de Usme, comparativo años 2011-2014

Estado de afiliación/años	Bogotá		Usme	
	2011(%)	2014(%)	2011(%)	2014(%)
Personas afiliadas	92	93,9	87,9	94
Personas no afiliadas	7,6	5,2	10	5,9

Fuente: DANE - SDP, Encuesta Multipropósito 2014

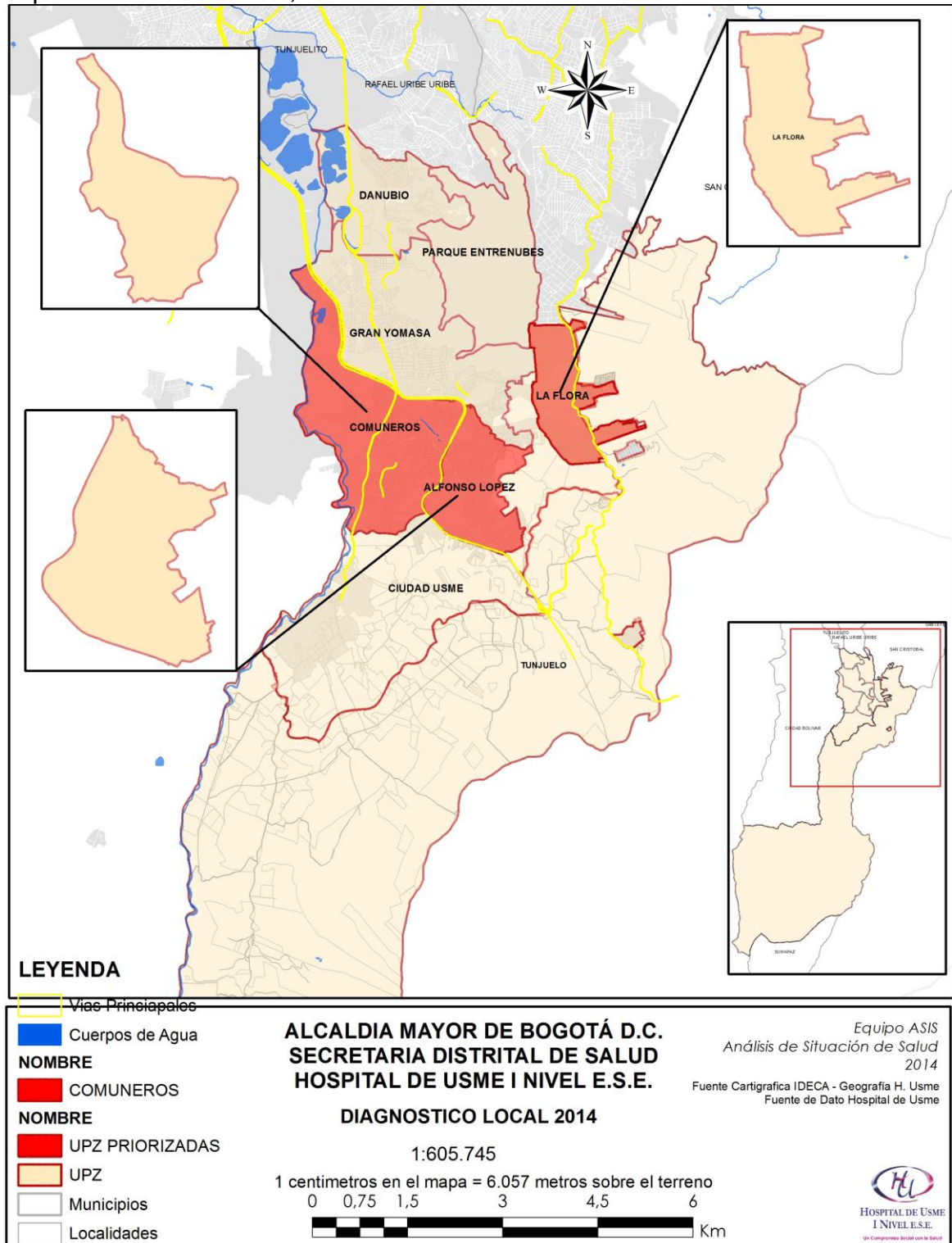
Por tipo de régimen, se observó, en términos generales, un incremento entre 2011 y 2014 de la afiliación en el Régimen Contributivo y una reducción de las afiliaciones del Régimen Subsidiado y Especial. En el primero se encontró un aumento de 72,3% al 74,2%. Por el contrario, la cantidad de afiliaciones al Régimen Subsidiado se redujo en aproximadamente un punto porcentual, desde 23,9% a 22,8%.

1.3.8 Tasa de ocupación y desempleo

La localidad de Usme es la tercera zona con mayor desempleo en el distrito capital con una tasa de desempleo del 11%, muy por encima del promedio distrital que está en 8,6%. Los primeros lugares son ocupados por localidades de Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Usme y Bosa, ubicadas en zonas periféricas de la ciudad, donde prevalecen los estratos 1 y 2²⁷. Tiene pocas vías de acceso lo cual afecta directamente la movilidad y ocasiona que a los habitantes se les extienda el tiempo de desplazamiento a sus lugares de trabajo. Adicionalmente, no cuenta con una industria desarrollada de modo que la gran mayoría de los habitantes deban desplazarse grandes distancias para acceder a empleos en otras zonas del distrito. Por otra parte, el trabajo informal es una actividad de gran importancia entre los habitantes de la localidad pues, pese a las pocas garantías, bajos ingresos y riesgos que conlleva esta práctica laboral, es el sustento económico de gran parte de dicha población.

1.4 Priorización UPZ Críticas

Mapa 4. UPZ Priorizadas, Localidad de Usme 2014



Fuente cartográfica IDECA

Se realiza priorización de las UPZ críticas para la localidad de Usme a partir de la comparación de las condiciones demográficas y socioeconómicas en conjunción con la prevalencia de eventos de mortalidad evitable y el cumplimiento de las metas trazadoras del Plan de Desarrollo en la localidad aplicado a las 7 UPZ: 52 La Flora, 56 Danubio, 57 Gran Yomasa, 58 Comuneros, 59 Alfonso López, 60 Parque entre Nubres y 61 Ciudad Usme y las UPR – unidades de planeación rural: Tunjuelo y Cerros Orientales. Se realiza cruce con los problemas zona de riesgo, NBI, GINI y TM.

Se identificaron como UPZ críticas La Flora, Alfonso López y comuneros, a partir de la evaluación de los problemas más representativos por unidad territorial, encontrándose que en estas existen asentamientos subnormales, inadecuada disposición de residuos sólidos, contaminación del recurso hídrico, inseguridad, agotamiento de la flora, remoción en masa y erosión. Por otra parte, falta de vías de acceso, escasos centros de salud para cubrir la demanda de atención de la población, hogares con inadecuadas condiciones en su construcción, hacinamiento y altos índices de dependencia económica.

Frente al cumplimiento de las metas trazadoras del Plan de Desarrollo Distrital se obtienen los siguientes resultados encontrados en la priorización:

Meta: Reducir a 8 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil:

Tabla 7. Mortalidad Infantil. Año 2014. Localidad de Usme

UPZ	2014		
	Casos	Nacidos vivos	Tasa
La Flora (52)	4	268	14,9
Comuneros (58)	16	1283	12,5
Alfonso López (59)	8	646	12,4
Total Localidad	56	5453	10,3

FUENTE 2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015) preliminar

Según la distribución del evento en las unidades de Planeación Zonal priorizadas, correspondiente a las tasas registradas para el 2014, se ubica en primer lugar la UPZ La Flora con 14,9, en segundo lugar la UPZ comuneros con 12,5 y en tercer lugar la UPZ Alfonso López con 12,4.

Al hacer referencia a la distribución por tipo de afiliación al SGSSS, se identifica en la UPZ (52) La Flora para el 2014 que, de los 4 casos presentados, 2 pertenecen al régimen contributivo y 2 al subsidiado. Dentro de los factores identificados en los casos de mortalidad infantil, se puede evidenciar que la mayoría de los casos, por UPZ presentaron al nacer un peso menor a 2500gr, para el 2014 La Flora con el 50%, Comuneros con 69% y Alfonso López con 87,5%.

De los casos de mortalidad infantil registrados para la localidad durante 2014, predomina el sexo masculino con el 57,4% en las UPZ priorizadas.

Meta: Reducir la mortalidad por neumonía a menos de 9 por 100.000 menores de 5 años.

Tabla 8. Mortalidad por neumonía menores de 5 años, año 2014. Localidad de Usme

UPZ	2014		
	CASOS	POBLACIÓN < 5 AÑOS	TASA * 100000 < 5 AÑOS
La Flora (52)	0	2406	0,0
Comuneros (58)	1	9853	10,1
Alfonso López (59)	1	8309	12,0

FUENTE: Certificado Defunción - Bases datos SDS y RUAF -Sistema Estadísticas Vitales SDS. Preliminares; Enero a Diciembre de 2014 -2015

Es importante mencionar que en términos generales, la población menor de 5 años de la localidad está expuesta a condiciones socio demográficas que generan vulnerabilidad y mayor predisposición para los eventos de morbi - mortalidad por Enfermedad Respiratoria, dichos factores como: accesibilidad geográfica, equipamiento en salud, ingresos económicos, factores climáticos, se acentúan con mayor o menor fuerza según la UPZ y genera impacto de acuerdo al número de población que como se observa en la tabla, difiere significativamente, sin embargo desde los equipos de territorios saludables de forma permanente se ha trabajado en el fortaleciendo de las estrategias de promoción y prevención; lo que impacta positivamente y favorece que los miembros de las familias puedan identificar los signos de peligro de muerte asociados a la Enfermedad Respiratoria y de este modo acceder de forma oportuna a los servicios de salud con el objetivo de mitigar la ocurrencia de eventos en la localidad.

Meta: Reducir a 10% la prevalencia del bajo peso al nacer en los niños y niñas:

Tabla 9. Prevalencia de bajo peso al nacer, año 2014, Localidad de Usme

Año	Casos	Nacidos vivos con edad gestacional a término	Tasa
2014	293	4834	6.1

FUENTE: Certificado Defunción - Bases datos SDS y RUAF -Sistema Estadísticas Vitales SDS. Preliminares; Enero a Diciembre de 2014

Para el año 2014 se presentaron 4834 nacimientos de los cuales 293, tuvieron bajo peso al nacer. Entre los factores que encontramos en la incidencia de este evento es el estado nutricional que presentan las madres, muchas de ellas con malnutrición (sobrepeso, obesidad y bajo peso), en edades que oscilan entre los 13 y los 19 años y las de 35 y los 44 años; estos datos hacen evidentes los mayores factores de riesgos para la presentación del evento bajo peso al nacer;

Problemas de multifiliación, inasistencia a controles prenatales, no consumo de micronutrientes y el no practicarse los exámenes rutinarios para el caso.

Dentro de las condiciones ambientales, tenemos que la mayoría de esta población vive en hacinamiento lo cual puede generar en los recién nacidos un ambiente propicio para contraer múltiples enfermedades, deteriorando su estado nutricional y de salud, la mayoría de las familias de estos menores sobreviven con un salario mínimo y menos.

Al evaluar las variables alimentarias en los recién nacidos con bajo peso, se evidencia la práctica de la lactancia materna exclusiva como mínimo 12 veces al día y la introducción de fórmulas lácteas, garantizando un aumento rápido de peso y una mejoría en su estado nutricional; cabe aclarar que la mayoría de éstos se alimentan con leche materna y una minoría de ellos lo hacen alternando con fórmula láctea.

Además se puede evidenciar que las madres junto a sus familias, no cuentan con seguridad alimentaria y nutricional y las redes de apoyo tanto familiares e institucionales no son efectivas en la mayoría de los casos.

Meta: Reducir a 3% la prevalencia de desnutrición global en niños y niñas menores de 5 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016:

Tabla 10. Prevalencia de bajo desnutrición global, año 2014, Localidad de Usme

UPZ	Enero a Diciembre 2014		
	Casos	Total < 5 años atendidos	Prevalencia
La Flora (52)	51	392	13,0
Comuneros (58)	178	1868	9,5
Alfonso López (59)	150	1496	10,0
Total	379	3756	10.1

Fuente: Hospital de Usme. Base de datos SISVAN; 2014

Teniendo en cuenta las Unidades de Planeación Zonal (UPZ), la mayor prevalencia de desnutrición global en el año 2014, afecta a las UPZ: La Flora, Alfonso López, Comuneros y Gran Yomasa, donde se caracterizan por ser zonas susceptibles a condiciones de riesgo como: Ingresos inferiores o iguales a un salario mínimo, dificultades en cuanto al acceso de servicios básicos lo que no favorece una atención oportuna, Muchos de los niños con desnutrición global viven en hogares donde los ingresos económicos de la familia son bajos (un salario mínimo y menos).

Por otro lado, es importante destacar que los bajos índices de escolaridad que se presentan en la localidad y el gran número de madres adolescentes, pueden llegar a influenciar en el poco conocimiento de los cuidadores acerca de una alimentación sana durante esta etapa y la baja asistencia al control de crecimiento y desarrollo. Esto se ve reflejado en la poca suplementación con micronutrientes (vitamina A y sulfato ferroso). Existen condiciones de hacinamiento, madres adolescentes, familias extensas y situaciones de riesgo a nivel psicosocial, factores que influyen en la calidad de vida de los menores de esta población y genera un mayor riesgo para condiciones de desnutrición.

Por otro lado, se evidencia la necesidad de fortalecer los programas de seguridad alimentaria que cubran diferencialmente las necesidades de los diferentes ciclos vitales dándoles prioridad a la infancia.

Meta: Reducir a 12% la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016.

Tabla 11. Prevalencia de desnutrición crónica, año 2014, Localidad de Usme

UPZ	Enero a Diciembre 2014		
	Casos	Total < 5 años atendidos	Prevalencia
La Flora (52)	78	364	21,4
Comuneros (58)	279	1868	14,9
Alfonso López (59)	262	1496	17,5
Total	619	3728	16,6

Fuente: Hospital de Usme. Base de datos SISVAN; 2014.

En cuanto al comportamiento por Unidades de Planeación Zonal (UPZ) para el año 2014 se identifica que la prevalencia más alta se encuentran en: La Flora, Alfonso López, comuneros y Danubio Azul. De acuerdo a esta distribución por UPZ, se observan condiciones similares a la presentadas para el indicador de Desnutrición Global, lo que hace referencia a la presencia de ingresos económicos iguales o menores al salario mínimo, inadecuadas condiciones de vivienda, hacinamiento, familias extensas, bajo poder adquisitivo de alimentos, madres cabeza de hogar, falta de acciones educativas en los colegio, influencia de medios de comunicación para la adopción de hábitos alimenticios no saludables, en este sentido, los factores mencionados anteriormente pueden estar relacionados con la presencia de desnutrición crónica en los menores de la localidad.

Capítulo 2: Análisis de los determinantes sociales de la salud en el ámbito de las dimensiones prioritarias

2.1 Perfil Salud – Enfermedad

2.1.1 Mortalidad

A continuación se presentan datos sobre mortalidad general por grandes causas, mortalidad específica por subgrupos (de acuerdo con el Plan Decenal de Salud pública 2012-2021) y materno infantil y en la niñez (mortalidad materna, mortalidad perinatal, mortalidad infantil, mortalidad en menores de cinco años, mortalidad por neumonía, mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda, mortalidad por desnutrición) cuya información preliminar proviene de las Bases de datos DANE y RUAF - Sistema de Estadísticas Vitales con corte 2012.

2.1.1.1 Mortalidad general por grandes causas

Al observar las 10 primeras causas de mortalidad en la localidad de Usme durante los años 2008a 2012, se puede establecer que las primeras 4 causas están relacionadas con: enfermedad isquémica del corazón, agresiones (homicidios), enfermedad cerebrovascular y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, las cuales se han mantenido estables durante los 5 años observado, lo mismo sucede con el distrito capital en general, comportándose de similar manera.

Las principales causas de mortalidad evidencian dificultades al momento de generar estilos de vida saludables en la comunidad residente en la localidad de Usme. Factores como el sedentarismo, la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol, la obesidad entre otras, potencializan la ocurrencia de estos eventos, los cuales en la gran mayoría de los casos afectan a la población mayor de 60 años. Así mismo se observa una alta prevalencia relacionada con agresiones y homicidios, las cuales se relacionan con condiciones socioeconómicas y culturales que parten de la incidencia de situaciones como el desempleo y la delincuencia en la localidad.

Otros factores relacionados con las primeras causas de mortalidad son las viviendas que cuentan con condiciones inadecuadas en relación con la convivencia con mascotas sin las debidas condiciones de saneamiento básico, la proliferación de vectores, condiciones de hacinamiento, humedad, viviendas construidas con materiales inadecuados y/o inapropiados, dificultades de acceso, malos hábitos de higiene y aseo en hogar, entre otros aspectos, los cuales se relacionan directamente con eventos respiratorios.

Tabla 12. Primeras diez causas de mortalidad general, Localidad de Usme. Período 2008 – 2012

Causa	2008		2009		2010		2011		2012	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
I051 Enfermedades isquémicas del corazón	131	15%	125	29%	167	33%	162	28%	171	30%
I101 Agresiones (homicidios) y secuelas	39	4%	69	16%	63	13%	85	15%	53	9%
I055 Enfermedades cerebrovasculares	57	6%	57	13%	68	14%	80	14%	64	11%
I060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	57	6%	58	13%	63	13%	74	13%	70	12%
I041 Diabetes mellitus	18	2%	21	5%	35	7%	35	6%	27	5%
I059 Neumonía	35	4%	34	8%	30	6%	33	6%	31	5%
I013 Tumor maligno del estómago	27	3%	29	7%	18	4%	31	5%	58	10%
I090 Accidentes de transporte de motor	28	3%	--	--	22	4%	29	5%	39	7%
I050 Enfermedades hipertensivas	19	2%	21	5%	21	4%	27	5%	38	7%
I082 Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	--	--	22	5%	16	3%	16	3%	22	4%
Total	897	100%	436	100%	503	100%	572	100%	573	100%

Fuente: 2011-2012 Base de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales ADE SDS.- (Publicación DANE octubre 31 del 2014)

Es importante mencionar el incremento en el número de casos evidenciado desde los años 2008 a 2012 en relación con las tres primeras causas, eventos que se presentan constantemente y que en estos últimos años han presentado un importante incremento ubicándolos entre las 10 primeras causas de mortalidad para la localidad de Usme. Para el año 2014 en la localidad, la tasa de mortalidad general fue de 13,1.

Con relación a la primera causa de muerte por grupos de edad, se presentó el siguiente comportamiento: de menores de 1 año y 1 a 4 años: malformaciones congénitas del sistema circulatorio; de 5 a 14 años: neumonía; de 15 a 44 años: agresiones (homicidios) y secuelas; de 45 a 59 y 60 y más años: enfermedades isquémicas del corazón.

2.1.1.2 Mortalidad específica por subgrupos

Al realizar seguimiento a los eventos mortales de 2008 a 2012, se observa que en el año 2012 presentó la mayor incidencia de mortalidad por accidentes de transporte terrestre con una tasa 10,7 defunciones por cada 100.000 habitantes de Usme. Así mismo, la tasa de mortalidad por tumor maligno del estómago incrementó de manera significativa para el 2012 con 14,5 fallecimientos por cada 100.000 habitantes con una variación de 31 casos con respecto al 2008.

Por otra parte, se identifica descenso en la tasa de mortalidad por agresiones (homicidios) para el 2012 con 53 casos y una tasa de 13,2 muertes por cada 100.000 habitantes locales, en contraste de los años en mención, el 2008 presentó 39 casos y una tasa de 11,6.

Tabla 13. Mortalidad específica por subgrupos. Localidad de Usme. Periodo 2008 – 2012

Mortalidad específica por subgrupo	2008		2009		2010		2011		2012	
	Casos	Tasa por 100.000 Hab	Casos	Tasa por 100.000 Hab	Casos	Tasa por 100.000 Hab	Casos	Tasa por 100.000 Hab	Casos	Tasa por 100.000 Hab
Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre	33	9,8	28	8,0	30	8,2	36	9,4	43	10,7
Tasa de mortalidad por tumor maligno de la próstata	8	4,8	11	6,4	13	7,3	13	6,9	10	5,1
Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama	8	4,7	12	6,8	8	4,3	10	5,2	17	8,4
Tasa de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino	7	4,1	8	4,5	8	4,3	11	5,7	8	3,9
Tasa de mortalidad por tumor maligno del estomago	27	8,1	29	8,3	18	4,9	31	8,1	58	14,5
Tasa de mortalidad por diabetes mellitus	18	5,4	21	6,0	35	9,6	35	9,1	27	6,7
Tasa de mortalidad por lesiones auto-infringidas intencionalmente	16	4,8	14	4,0	10	2,7	6	1,6	11	2,7
Tasa de mortalidad por agresiones (homicidios)	39	11,6	69	19,8	63	17,3	85	22,2	53	13,2
Tasa de mortalidad por tuberculosis	4	1,2	1	0,3	1	0,3	6	1,6	2	0,5
Mortalidad por enfermedades infecciosas (A00-A99)	10	3,0	7	2,0	6	1,6	15	3,9	6	1,5

FUENTE: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales -Análisis demográfico.- (Preliminares 2013, publicación de octubre 2014)

2.1.1.3 Mortalidad Materno-infantil y en la niñez

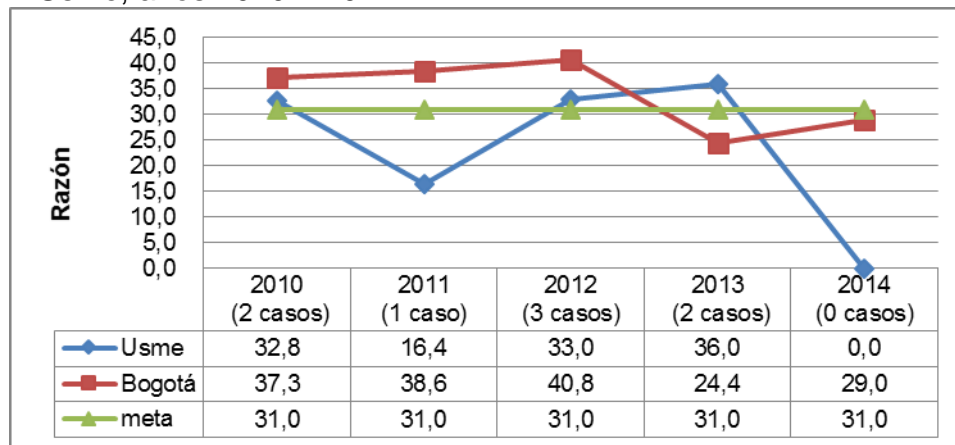
La razón de mortalidad materna ha tenido un comportamiento irregular a nivel local, hecho que contrasta con la estabilidad del dato del distrito, quien además presenta descensos importantes. El número de casos ocurridos en la localidad de Usme no superan los 3 en los años 2010 a 2014, teniendo en cuenta que para el último año no se registran datos, la localidad alcanza la meta al igual que el distrito. En relación al objetivo del milenio, este último año para Bogotá permite contar con una mirada optimista para su cumplimiento.

Durante los años 2012 y 2013 se han presentado cantidades similares de mortalidades maternas, pero teniendo en cuenta que en 2013 se presentaron menos nacimientos, el indicador se incrementó para este último año.

Este indicador presento un importante descenso en el último año a nivel distrital, pasando de 25 a 30 casos, evidenciado una reducción del 17%. En la localidad se ha realizado un trabajo constante desde los territorios saludables con los equipos

de respuesta inicial y complementaria y desde Vigilancia en Salud Pública, priorizando a la población en proceso de gestación, sin embargo no ha sido posible reducir este indicador en la localidad.

Gráfico 3. Razón de Mortalidad Materna Por 100000 Nacidos Vivos, Comparativo Bogotá – Usme, años 2010 – 2014



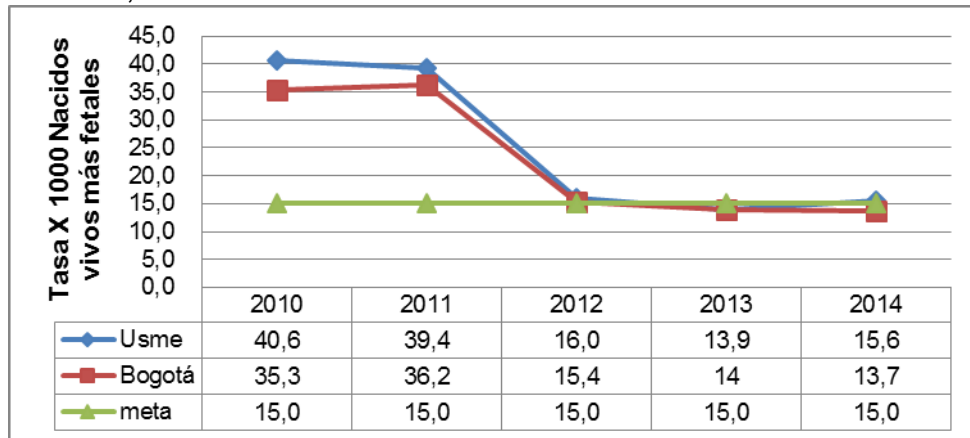
Fuente: 2010-2012: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.- Preliminar 2013FUENTE 2013-2014 : Bases de datos SDS-RUAF-ND , el año 2013 actualizado 31-10-2014- Preliminar. el 2014 actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015)

Las conclusiones generadas de los análisis se resume en falta de asesoría y educación en derechos sexuales y reproductivos, en la interrupción voluntaria del embarazo y en socialización de signos de alarma, dificultades en los procesos de diagnóstico y acceso a medicamentos, deficiencias en el manejo clínico y ausencia de seguimiento, deficiencia en el diligenciamiento de historias clínicas y en la recolección de información relacionada con el riesgo psicosocial de la gestante.

La mortalidad perinatal ha presentado una importante disminución en los últimos años, tanto a nivel distrital como local, de manera consistente. Es importante mencionar que de los últimos 5 años, en el 2013 la localidad de Usme, genera un dato por debajo del resultado distrital.

Por lo tanto, para el año 2014 la tasa de mortalidad perinatal fue de 84 casos por cada 1000 nacidos vivos, dato que ubica la localidad por encima de la meta distrital. En relación al número de casos se puede observar que el año 2014 presento un aumento frente al año inmediatamente anterior de 6 casos, sin embargo al comparar los últimos 5 años se evidencia que se ha presentado una disminución de casos, pasando de 248 en 2010 a 84 en 2014.

Gráfico 4. Tasa de Mortalidad Perinatal Por 1000 Nacidos Vivos, comparativo Bogotá – Usme, años 2010 - 2014



Fuente: 2010-2012: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.- Preliminar 2013FUENTE 2013-2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND el año 2013 actualizado 31-10-2014-Preliminar. el 2014 actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015)

Es importante mencionar el trabajo realizado desde el sector salud, entre otros sectores, con programas como los servicios amigables dirigido a jóvenes, relacionados con métodos de planificación familiar, así como el trabajo desarrollado por los equipos de respuesta inicial y complementaria de los territorios saludables, quienes tienen como población priorizada a las gestantes de la localidad.

Es necesario continuar con los esfuerzos para prevenir su ocurrencia y garantizar la notificación y seguimiento de todos los casos que se presenten, con el fin de evitar la mayor cantidad posible, permitiendo recolectar información de primera mano que permita una mejora constante las condiciones de las gestantes.

Por último no se debe olvidar el posible subregistro de casos, teniendo en cuenta las características del evento, debido a la interrupción de embarazos mediante métodos caseros o con la ayuda de sustancias químicas, además de los abortos que no son registrados por el sistema de salud.

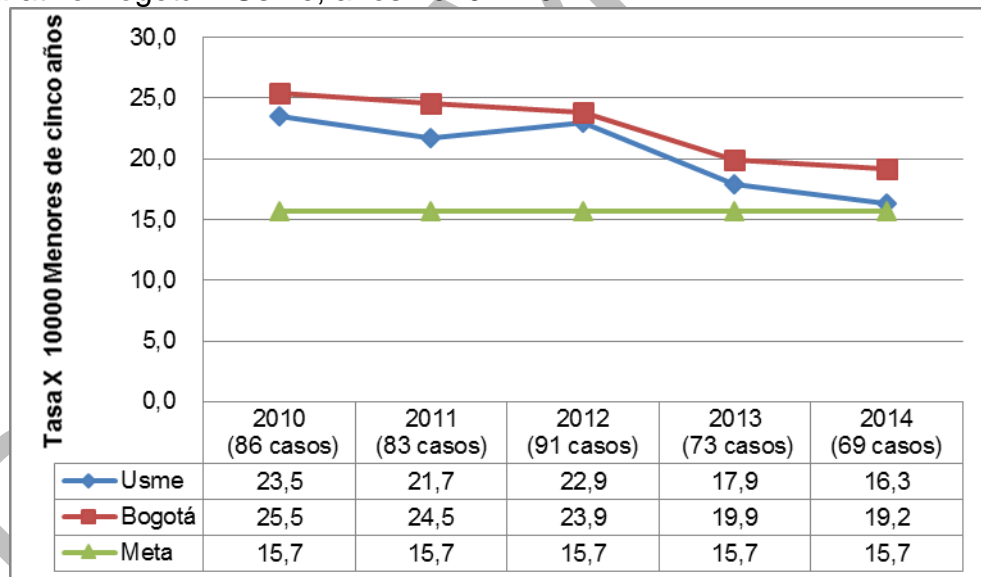
La distribución porcentual de los casos de mortalidad perinatal por Unidades de Planeación Zonal (UPZ) ocurridos durante el año 2014 fue la siguiente: Alfonso López (59); 31,0%, Danubio (56); 30,2%, Gran Yomasa (57); 23,8%, Comuneros (58); 23,4%, Ciudad Usme (61); 22,2%, La Flora (52); 14,9%, en Parque Entre Nubes (60); no se presentaron casos.

La no planeación del embarazo es uno de los factores que puede influir en el desarrollo del mismo, la ausencia de controles preconceptionales, que favorecerían una gestación, disminuyendo el riesgo de enfermedades previas y/o su detección temprana es otro tema a tratar al momento de analizar este evento.

Lo anterior, sumado a las dificultades económicas que afronta gran parte de los residentes en la localidad de Usme, puede estar relacionado con el feliz término de una gestación, el dinero que se requiere para garantizar el acceso a una alimentación óptima, los desplazamientos para el acceso a controles y exámenes, además de otros gastos relacionados con su estado. No se debe dejar de lado que algunas de estas mujeres deben mantenerse por sí mismas en muchas ocasiones requiriendo un desempeño laboral en campos que no siempre favorecen un adecuado desarrollo del embarazo.

Se observa en la gráfica que el comportamiento de la tasa de mortalidad en menores de cinco años en el quinquenio 2010 - 2014 es descendiente, los datos permiten evidenciar impacto en la meta distrital trazada cada año. Es importante mencionar que para el año 2014 se presentó un cumplimiento que nos acerca a la meta local con una tasa de 16,1. En relación a la ocurrencia de casos también se presentó un importante descenso logrando pasar de 70 casos en 2013 a 67 casos en 2014, lo que indica una reducción de 3 casos. (Ver grafica 4)

Gráfico 5. Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 10000 nacidos vivos, comparativo Bogotá – Usme, años 2010 – 2014



Fuente: 2010-2012: Bases de datos DANE-RUAF-ND. Análisis Demográfico SDS.- Preliminar 2013FUENTE 2013- 2014: Bases de datos SDS-RUAF-ND, el año 2013 actualizado 31-10-2014-Preliminar. el 2014 actualizado el 14 de junio del 2015 (Corte 7 de abril del 2015)

Para el año 2014 se presentó una disminución de 3 casos de mortalidad en menores de 5 años, con respecto al mismo periodo del año 2013. Del total de casos (67) presentados en la localidad para 2014, el mayor porcentaje con 32,4% lo registra la UPZ (58) Comuneros con 22 casos, seguido por la UPZ (57) Gran

Yomasa con el 31,4%; 21 casos. Se resalta el comportamiento en la UPZ (61) Ciudad de Usme, que en comparación al año anterior paso de 5 a 3 caso, en comparación con el año 2013. El mayor número de mortalidades en menores de cinco años se presentó en hombres, según el régimen de seguridad social el 43,3% pertenecen a contributivo, el 35,8% subsidiado, no asegurado 14,9% y el 6% registra como régimen de excepción.

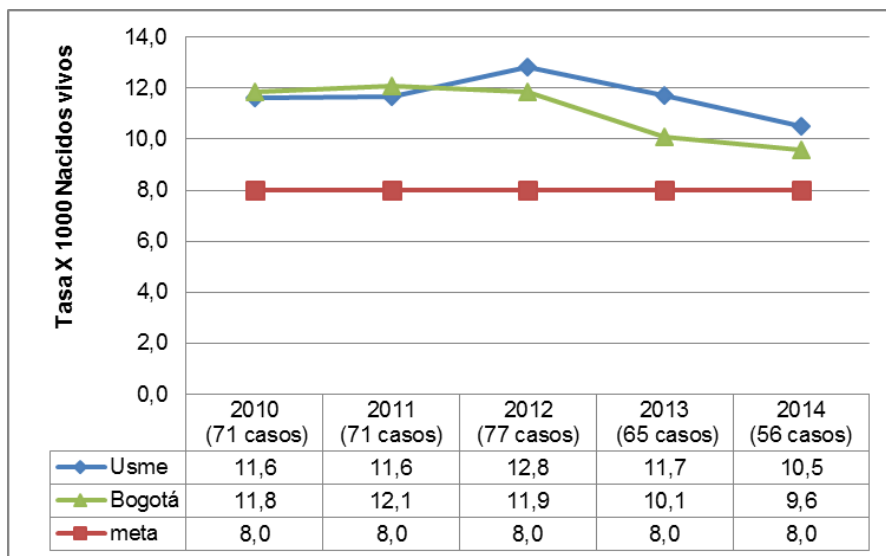
Para la localidad de Usme en general el comportamiento de las mortalidades, obedece principalmente a la gran densidad poblacional en infantes menores de 5 años que se concentra en esta zona de la ciudad; particularmente se destaca el territorio Usme, que experimenta un proceso de crecimiento acelerado dado por los procesos de urbanización recientes en el territorio ya que esta zona colindante con el territorio Comuneros es receptora de población proveniente de otras zonas del país, lo cual incide en un mayor número de casos reportados.

Las características de la población que arriba a la ciudad está marcada por la afiliación al SGSSS de otras ciudades y municipios, lo que hace que se presenten barreras en los servicios de salud, tales como el cambio repentino de E.P.S.-S., lo que ha generado serios traumatismos para el acceso a los servicios de salud en esta población.

Por último, en los factores culturales, se enumeran como posibles causas que influyen en la muerte de menores de 5 años, la poca importancia que las familias le otorgan a enfermedades tales como la diarrea y la desnutrición; estos hechos son más notables en población en situación de desplazamiento, quienes arriban a una ciudad extraña para ellos, provenientes de municipios y regiones donde los esquemas preventivos de salud no tienen mayor impacto en la población.

Se puede observar que la ocurrencia de casos de mortalidad en menores de 1 año en 2014 en la localidad de Usme, en comparación con el año 2013 ha disminuido en 9 casos. Al comparar los últimos 5 años la reducción ha sido importante, pasando de 71 casos a 56 casos lo que refleja una reducción de 15 casos, sin embargo a pesar de los esfuerzos no permitió un cumplimiento satisfactorio para 2014 (tasa 10,5 por 1.000 nacidos vivos), lo cual ubica a la localidad con una diferencia 2,5 por encima de lo esperado.

Gráfico 6. Casos y tasa mortalidad infantil por 1000 Nacidos Vivos, Localidad Usme, años 2010– 2014



Fuente: Bases de datos Sistema Estadísticas Vitales SDS RUAF Preliminares: Certificado defunción - Nacido vivo – DANE: Datos. 2008 a 2010: actualizado 17-07-2012. 2011: actualizado 09-02-2012. 2012: actualizado 11-02-2013. 2013: actualizado 13-01-2014. 2014: actualizado 16-01-2015.

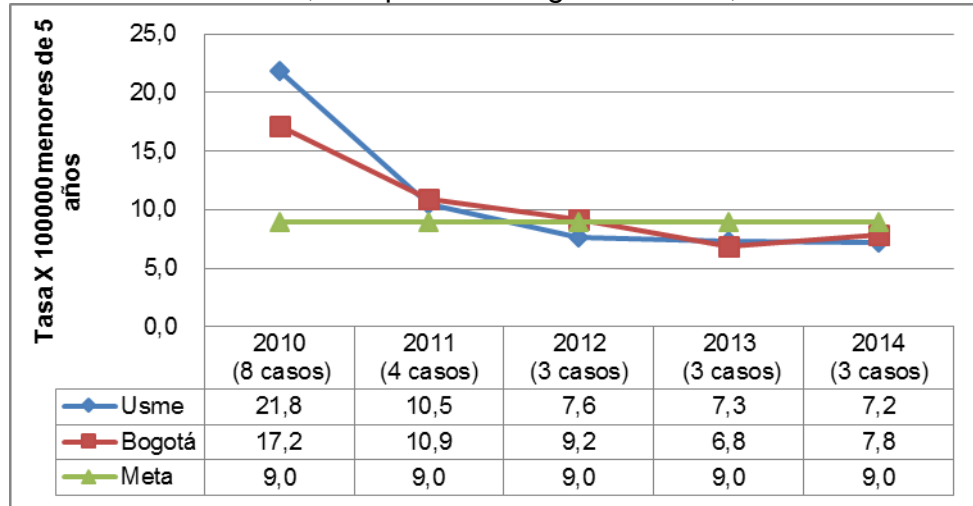
Según la distribución del evento por Unidades de Planeación Zonal, correspondiente a las tasas registradas para el 2014, se ubica en primer lugar la UPZ Flora con (14,9), en segundo lugar la UPZ Alfonso López con (13,9), y en tercer lugar las UPZ Gran Yomasa 12,5, es importante mencionar que en la UPZ Parque Entre Nubes no se presentaron casos. Se resalta el trabajo realizado en general en las UPZ de la localidad al reducir para 2014 un 0,5 en la tasa frente al año anterior. En relación al número de casos también se presentó disminución en la ocurrencia del evento logrando pasar de 65 casos en 2013 a 56 casos para 2014.

Al hacer referencia a la distribución por tipo de afiliación al SGSSS, se identifica que la afiliación del 43,9% de las mortalidades (25 casos), corresponde al régimen contributivo, el 31,5% (20 casos) a régimen subsidiado, el 15,8% (9 casos) no se encuentran afiliado, mientras que 3 casos corresponde al régimen de excepción, con el 5,3%.

Dentro de los factores que se identifican en los casos de mortalidad infantil, se puede evidenciar que la mayoría de los casos presentaron al nacer un peso al nacer menor a 2500gr. De los casos de mortalidad infantil registrados para la localidad durante 2014, predomina el sexo masculino.

A nivel local para los años 2012 - 2014 se observa un comportamiento estable de la tasa con 3 casos por 100.000 habitantes, para cada año. (Ver grafica 5)

Gráfico 7. Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Neumonía por cada 100.000 menores de 5 años, comparativo Bogotá – Usme, años 2009 - 2013



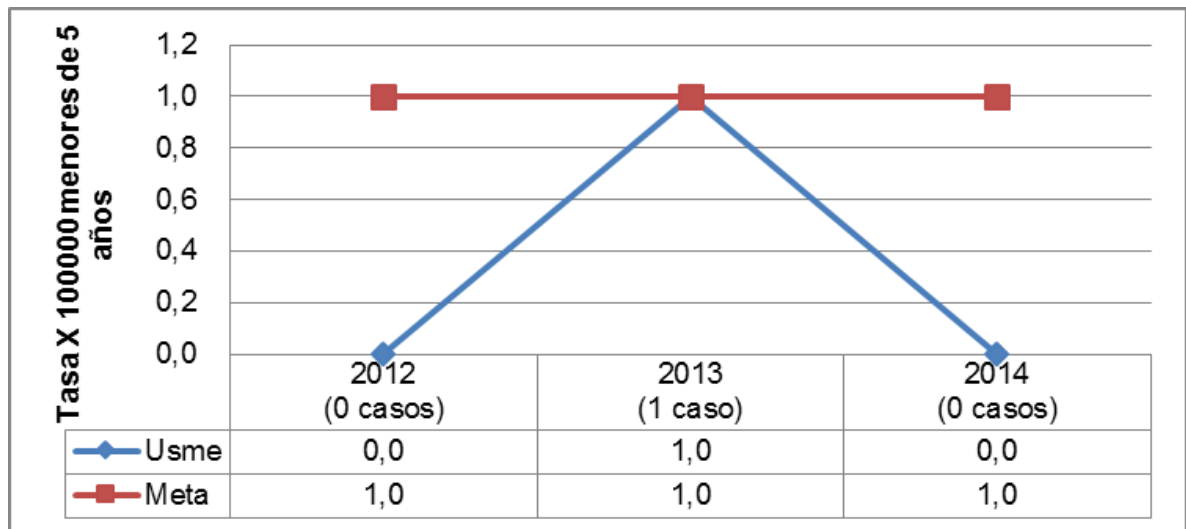
Fuente: Bases de datos Sistema Estadísticas Vitales SDS RUAF Preliminares: Certificado defunción - Nacido vivo – DANE: Datos. 2008 a 2010: actualizado 17-07-2012. 2011: actualizado 09-02-2012. 2012: actualizado 11-02-2013. 2013: actualizado 13-01-2014. 2014: actualizado 16-01-2015

Entre los factores que influyen para la ocurrencia de mortalidad por neumonía en la localidad de Usme, se puede destacar las condiciones de vivienda en las que vive la población, ya que fueron construidas con materiales no propicios en paredes y pisos, los suelos en tierra, gran cantidad de material particulado, paredes cuya consistencia y solidez no permiten una verdadera protección del frío y la lluvia y deficientes formas de ventilación. Por otra parte, el hacinamiento en el que viven las familias de la localidad que por lo general son numerosas permite la transmisión de la enfermedad con facilidad, dada la cercanía que mantienen sus integrantes así como los utensilios y espacios domésticos que comparten constantemente.

Se evidencia que si bien Bogotá presenta una tendencia a la disminución del evento, a nivel local no se cumplió con la meta para el año 2013, se presentó un caso de mortalidad por EDA en el mes de Junio; según lugar de residencia dicho evento se presentó en la UPZ 56, territorio 5 la Fiscala, microterritorio Fortuna.

Según variables sociodemográficas se identifica que el caso presentado en Fiscala es un menor de sexo masculino, menor de un año, no asegurado al régimen de seguridad social; los padres del menor según nivel educativo tienen bachillerato incompleto y se identifica vulnerabilidad psicosocial al ser una pareja joven con bajos ingresos económicos. Para el mismo período del 2014 no se presentaron casos en la localidad de Usme.

Gráfica X . Casos de mortalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda, Localidad de Usme, 2012 – 2014



FUENTE: Certificado Defunción - Bases datos SDS y RUAF -Sistema Estadísticas Vitales SDS. Preliminares; Enero - Septiembre de 2013 -2014

2.1.2 Análisis de la Morbilidad

Morbilidad atendida (consulta externa, hospitalización y urgencias)

La información descrita en este apartado da cuenta de la situación de morbilidad atendida en consulta externa, hospitalización y urgencias de la localidad. La fuente de esta información son los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) de los años 2009 a 2014 entregados por la Secretaria Distrital de Salud, corresponden a población vinculada, desplazada y atenciones no contempladas en el Plan Obligatorio de Salud.

Primeras diez causas de morbilidad en consulta externa

Las principales causas de morbilidad en los servicios de consulta externa para el periodo 2009 - 2014 fueron: caries de la dentina, hipermetropía, astigmatismo, rinofaringitis aguda y miopía, lo cual puede obedecer a que el mayor número de consultas corresponden al grupo de niños y niñas menores de 10 años, quienes por lo general asistieron a controles de crecimiento y desarrollo, de donde se remiten a los programas de salud oral y optometría.

Tabla 14. Primeras diez causas de morbilidad en consulta externa, Localidad Usme. Periodo 2009 – 2014

Diagnóstico	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
K021 Caries de la dentina	6586	33%	5805	34%	4041	30%	3120	31%	1470	41%	1689	38%
H520 Hipermetropía	1291	6%	1274	7%	1229	9%	1157	11%	672	19%	640	14%
H522 Astigmatismo	2106	11%	1365	8%	1252	9%	1346	13%	418	12%	677	15%
J00X Rinofaringitis aguda (resfriado común)	2671	13%	2045	12%	1159	9%	1107	11%	295	8%	301	7%
H521 Miopia	1605	8%	2167	13%	1510	11%	748	7%	287	8%	210	5%
H524 Presbicia	2168	11%	1941	11%	1634	12%	1007	10%	163	5%	0	0%
B829 Parasitosis intestinal, sin otra especificación	763	4%	573	3%	--	--	458	5%	155	4%	175	4%
N760 Vaginitis aguda	831	4%	--	--	--	--	--	--	45	1%	0	0%
R51X Cefalea	931	5%	797	5%	--	--	401	4%	29	1%	224	5%
J449 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no específica	--	--	--	--	--	--	357	4%	26	1%	0	0%
R104 Otros dolores abdominales y los no especificados	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	233	5%
R030 Lectura elevada de la presión sanguínea, sin diagnóstico de hipertensión	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	174	4%
K051 Gingivitis crónica	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	162	4%
Total	18952	95%	15967	93%	10825	80%	9701	96%	3560	100%	4485	100%

Fuente: Base datos RIPS 2009-2014 SDS, población vinculada, desplazada y atenciones no POSS, datos reportados por Empresas Sociales del Estado red Adscrita, red urgencias y red complementaria, validado por Secretaria Distrital de Salud

Para el periodo 2009 a 2014, dentro de las 10 primeras causas de morbilidad se pasó de 18.952 consultas atendidas a 4485, la disminución en el número de registros corresponde a la disminución de aseguradoras que prestan servicios POSS en la Localidad de Usme.

Para el año 2014, se evidencia que tres de los diez principales diagnósticos identificados en la consulta, obedecen a los problemas relacionados con la salud visual; estas enfermedades generalmente se presentan desde la infancia y es importante que se traten a tiempo para evitar complicaciones. Estas enfermedades puede que no vayan en aumento sino que probablemente se ha fortalecido la capacidad en términos de identificación y diagnóstico de estas enfermedades.

Con relación a los diagnósticos que se presentaron con mayor frecuencia en el año 2014 por ciclos vitales, se identificó que la caries de la dentina es la primera casusa de consulta en todos los ciclo vitales, (adolescencia 42%, juventud 43,4%, adultez 46% y adulto mayor 30%) excepto en la infancia, donde es la hipermetropía la causa por la que más consultan.

Para el diagnostico de astigmatismo se observó que sigue estando presente en todos los ciclos vitales los más afectados fueron los jóvenes (18,7%), en segundo

lugar los adultos (16,7%), tercer lugar adulto mayor (13,9) y finalmente los adolescentes (13,2%); la hipermetropía es la tercera causa de consulta y el ciclo vital más afectado es la infancia con el 56%; la morbilidad por rinofaringitis la población afectada fueron los niños con 73%, los mayores con 13,6%; en cuanto a parasitosis intestinal las ciclos afectados fueron la infancia (89,7%) y adolescencia (10,3%).

Primeras diez causas de morbilidad en servicios de hospitalización

Se puede observar que durante el periodo 2009 – 2014 las principales causas de hospitalización de la población vinculada, desplazada y aquella que recibe atención no contemplada dentro del Plan Obligatorio de Salud son: parto, bronquiolitis aguda, infecciones de vías urinarias, y otras enfermedades respiratorias.

Tabla 15. Primeras diez causas de morbilidad en servicios de hospitalización, Localidad Usme, años 2009 – 2014

Diagnóstico	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
O800 Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice.	129	10%	73	10%	152	18%	155	29%	80	28%	57	27%
J219 Bronquiolitis aguda, no especificada	189	14%	87	11%	91	11%	64	12%	51	18%	37	17%
N390 Infección de vías urinarias, sitio no especificado	280	21%	152	20%	165	20%	140	25%	40	14%	8	3%
J980 Enfermedades de la tráquea y de los bronquios, no clasificadas en otra parte	113	8%	56	7%	63	8%	33	6%	31	11%	7	3%
O809 Parto único espontáneo, sin otra especificación	115	9%	69	9%	50	6%	47	9%	30	11%	17	8%
A09X Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	--	--	48	6%	--	--	32	6%	18	6%	10	4%
J189 Neumonía, no especificada	97	7%	--	--	--	--	35	7%	10	4%	11	5%
P599 Ictericia neonatal, no específica	--	--	--	--	--	--	25	5%	10	4%	--	--
R104 Otros dolores abdominales y los no especificados	--	--	61	8%	--	--	--	--	9	3%	11	5%
J449 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	160	12%	133	17%	104	13%	--	--	5	2%	--	--
O821 Parto por cesárea de emergencia	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	21	10%
R104 Otros dolores abdominales y los no especificados	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	11	5%
R509 Fiebre, no especificada	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	11	5%
O470 Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	7	3%
Total	1083	81%	679	89%	625	75%	531	99%	284	100%	208	100%

Fuente: Base datos RIPS 2009-2014 SDS, población vinculada, desplazada y atenciones no POSS, datos reportados por Empresas Sociales del Estado red Adscrita, red urgencias y red complementaria, validado por Secretaria Distrital de Salud.

Para el año 2014, comportamiento de las principales causas de hospitalización fue similar a los años anteriores; la principal causa está relacionada con atención del parto (39%), en segundo lugar se encuentran las enfermedades respiratorias (32%), sin embargo, para ese año en tercer lugar el parto por cesárea de urgencias (10%). Algunas causas de hospitalización pueden estar relacionadas con las condiciones de vida de algunos de los habitantes de la localidad, donde

predominan los procesos relacionados con: vivienda inadecuada, hacinamiento, barrios ilegales, deficiencia de servicios públicos, bajo ingreso económico e inadecuados estilos de vida y el autocuidado.

En el análisis de algunos de los diagnósticos que se presentaron con mayor frecuencia en el año 2014 por ciclos vitales, se identificó que para el ciclo vital infancia el primer motivo de consulta (50%) fue la bronquiolitis, en la juventud (51%) y la adultez (47%) el parto único espontáneo.

Primeras diez causas de morbilidad en servicios de urgencias

La morbilidad identificada en los servicios de urgencias de la población vinculada, desplazada y de atención no contemplada dentro del Plan Obligatorio de Salud, refleja que dentro de los primeros diez diagnósticos generados en la Localidad de Usme, para el periodo 2009 – 2014, están relacionados con los sistemas: gastrointestinal, respiratorio y genitourinario; dolor abdominal, diarrea, gastroenteritis, rinofaringitis o resfriado común, dolor pélvico, infección de vías urinarias, náuseas y vómito. (Ver tabla 5)

Tabla 16. Primeras diez causas de morbilidad en servicios de urgencias, Localidad Usme, años 2009 – 2013

Diagnóstico	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
R104 Otros dolores abdominales y los no especificados	508	14%	192	7%	497	17%	475	19%	310	20%	251	22%
R509 Fiebre, no especificada	625	18%	528	19%	446	16%	448	18%	268	17%	113	10%
A09X Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	474	14%	363	13%	424	15%	326	13%	223	14%	77	7%
N390 Infección de vías urinarias, sitio no especificado	514	15%	475	17%	444	16%	350	14%	190	12%	126	11%
J219 Bronquiolitis aguda no especificada	--	--	--	--	332	12%	189	7%	133	9%	96	8%
J00X Rinofaringitis aguda (resfriado común)	621	18%	356	12%	245	9%	206	8%	128	8%	68	6%
R102 Dolor pélvico y perineal	425	12%	650	23%	284	10%	191	8%	95	6%	91	8%
O200 Amenaza de aborto	--	--	--	--	--	--	--	--	82	5%	--	0%
R11X Náusea y vómito	344	10%	288	10%	179	6%	172	7%	77	5%	63	6%
O318 Otras complicaciones especificadas del embarazo	--	--	--	--	--	--	175	7%	37	2%	--	0%
J039 Amigdalitis aguda, no especificada	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	96	8%
R51x Cefalea	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	76	7%
O269 Complicación relacionada con el embarazo, no especificada	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	47	4%
Total	3511	100%	2852	100%	2851	100%	2532	100%	1543	100%	1104	100%

Fuente: Base datos RIPS 2009-2013 SDS, población vinculada, desplazada y atenciones no POSS, datos reportados por Empresas Sociales del Estado red Adscrita, red urgencias y red complementaria, validado por Secretaria Distrital de Salud.

Las principales causas de morbilidad pueden estar relacionadas con las inadecuadas condiciones ambientales, nutricionales y sanitarias en algunas zonas de la localidad de Usme. También se identificaron diagnósticos relacionados con complicaciones del embarazo, lo cual está relacionado con los deficientes cuidados durante la gestación, el inicio tardío a controles prenatales en ocasiones

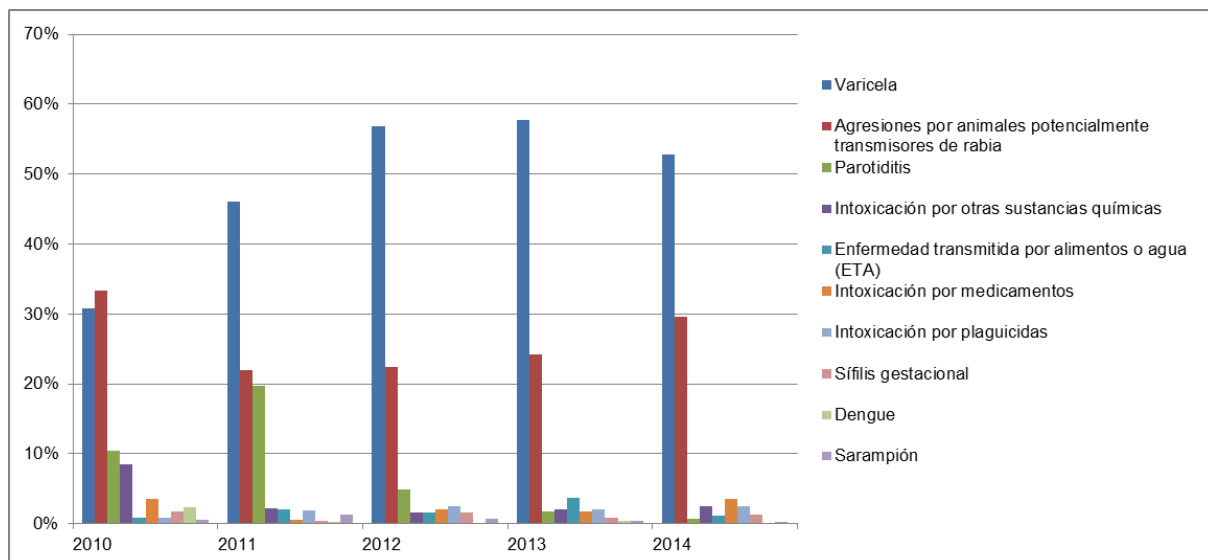
son gestantes adolescentes, dificultades de acceso a los centros de salud por distancia o dificultades económicas que obstaculizan el desplazamiento.

Cuando se analiza por ciclo vital, se observa que en la infancia las principales causas de consulta están relacionadas con infecciones fiebre, no especificada (20%) bronquiolitis aguda, no especificada (20%) y amigdalitis aguda, no especificada (13,7%); las consultas de las infecciones respiratorias de vías superiores altas con apoyadas con la sala ERA para la resolución efectiva de estas sin requerir hospitalización, ni traslados, la resolutivez de las salas ERA es bastante alta. Estas se encuentran instaladas en los mismos centros donde se atiende el servicio de urgencias por lo que los menores no deben ser trasladados grandes distancias. En la adolescencia las principales causas de consulta son otros dolores abdominales y los no especificados (29,3%) infección de vías urinarias, sitio no especificado (22,4%) y dolor pélvico y perineal (17,2%). En la juventud se presentaron las mismas 3 primeras causas de consulta, otros dolores abdominales y los no especificados (29,6%), dolor pélvico y perineal (18,7%) e infección de vías urinarias, sitio no especificado (17,5%), en los adultos las dos primeras causas son iguales a los ciclos anteriores son otros dolores abdominales y los no especificados (40,8%) infección de vías urinarias, sitio no especificado (14,1%), pero aparece la cefalea como tercera causa de consulta (11,6%). Los adultos mayores tiene un numero bajo de consultas y se destacan como diagnósticos principales de consulta otros dolores abdominales y los no especificados (42%) y la cefalea (26,3%).

Eventos notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública (SIVIGILA)

La captación de los eventos de interés en salud pública para la localidad de Usme, ha mejorado de manera progresiva en los últimos años pasando de 627 en 2010 a 1668 en 2014, en promedio la tendencia con respecto al número de notificaciones eventos a través de los años ha incrementado en un 31%. Los eventos que se presentaron con mayor frecuencia fueron varicela y agresión por animal potencialmente transmisor de rabia.

Gráfico 8. Proporción de los diez eventos que con mayor frecuencia se notifican al SIVIGILA, Localidad de Usme, años 2010-2014



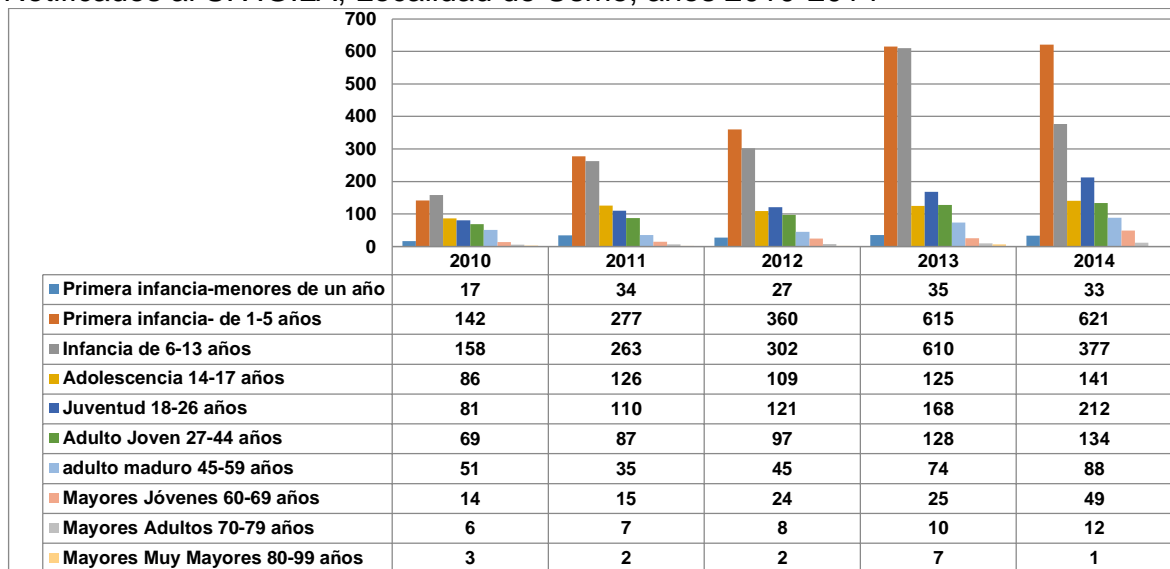
Fuente: Base de datos SIVIGILA Hospital de Usme I nivel ESE

La importante labor de vigilancia en salud pública comunitaria y los territorios saludables mediante las asesorías brindadas a los colegios de la localidad, han fortalecido la notificación de los eventos de mayor frecuencia en la población escolar; como se evidencia en la gráfica anterior la captación de la varicela paso de tener 193 casos notificados para el año 2010, alcanzó un alto nivel con 1.037 casos en el año 2013 y para el año 2014 se obtuvieron 881 casos notificados.

La parotiditis, se consolidó como el tercer evento con mayor número de notificación durante los años 2010, 2011 y 2012, en los que el promedio de casos fue de 102. Para los años 2013 y 2014 notoriamente descendió encontrándose 32 y 12 casos respectivamente, disminuyendo así mismo el promedio durante estos dos últimos años a 22 casos notificados.

Comportamientos estables en la notificación se observan durante el periodo 2010-2015, para los eventos de Intoxicación por otras sustancias químicas y enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA), los cuales consolidaron una mediana de 36 y 18 eventos notificados respectivamente.

Gráfico 9. Frecuencia por grupo etario de los eventos de Interés en salud Publica Notificados al SIVIGILA, Localidad de Usme, años 2010-2014



Fuente: base de datos SIVIGILA Hospital de Usme I nivel ESE

En los últimos cinco años el ciclo vital que tuvo mayor notificación fue la primera infancia (1-5 años), siguiéndole el ciclo de la infancia (6-13 años). Sumadas estas poblaciones representan en promedio el 38% de las notificaciones del 2010 al 2015 y los eventos que más se reportaron para esta población comprensiblemente se relacionan en su orden con los eventos de mayor notificación: la varicela, la agresión por animal potencialmente transmisor de rabia y la parotiditis.

Eventos precursores

En el hospital de Usme en relación con la enfermedad renal crónica ERC, no se encuentra totalmente caracterizada. En el año 2014 se obtuvo el dato de 59 usuarios reportados con ERC estadio 3 en la localidad, esto a través de la base de datos reportada por la secretaria de salud. Sin embargo, no se manejan bases de años anteriores para hacer un análisis del porcentaje de progreso de la enfermedad renal crónica.

En cuanto a la hipertensión arterial HTA, cuya condición crónica es la más común en la población de la localidad, se encuentra que es un reflejo del perfil de morbilidad de la población colombiana. En el programa de condiciones crónicas de la localidad para el año 2014, se contó con un total de 6.745 usuarios, de los cuales 6.287 tienen diagnóstico de HTA lo que corresponde a un 93,2 %. De acuerdo a estos datos la prevalencia de HTA para la localidad de Usme en el 2014 es de 6,49%.

Dentro de las atenciones realizadas en el hospital de Usme, según RIPS 2014 se encuentra 10.912 registros de hipertensión esencial (primaria) en los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa. De los cuales el 71,6% corresponde a mujeres y el 28,4% a hombres.

Para el año 2014 se obtiene que la tasa de mortalidad por Diabetes en la localidad es de 0,15 por cada 1000 habitantes, no se cuentan con datos relacionados con morbilidad. Sin embargo, se cuenta con un registro de 1.466 atenciones en los centros de atención del hospital de las cuales el 61,3% corresponden a mujeres con este diagnóstico.

Eventos de alto costo

Teniendo en cuenta que el hospital de Usme es una institución de I nivel, no se cuentan con información sobre algunos eventos de alto costo debido a que no se habían implementado programas para su seguimiento en el 2014. Dentro de estos eventos se encuentran: cáncer de mama, cáncer de estómago, cáncer de colón y recto, cáncer de próstata, leucemia linfoide y mieloide agudas, linfoma Hodking y no Hodking y artritis reumatoidea.

2.1.3 Discapacidad

La vigilancia en salud pública de la discapacidad se entiende como el proceso constante y sistemático de recolección, organización y análisis de datos específicos relacionados con la salud y sus determinantes en la población con discapacidad. La secretaria distrital de salud como ente rector debe garantizar el conocimiento de la situación de salud de la población con discapacidad como insumo para la planificación de actividades integrales que transformen las realidades adversas de esta población, mediante la creación de políticas públicas; por esta razón desde el año 2005 se inició el proceso registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad en el cual hasta el año 2014 se han caracterizado 10623 personas con discapacidad en la localidad de Usme; de éstas 1501 ya han fallecido para un total de 9122 personas activas en el registro.

Según sexo el 54% (4925) son mujeres y el 46% (4197) son hombres; según etapa de ciclo vital en la población registrada se evidencia que la mayor proporción de población se encuentra en el ciclo vital vejez con el 43.1% (3938) aquí es importante mencionar que se ha evidenciado que un importante grupo de adultos mayores viven solos, lo cual potencia su situación de vulnerabilidad social y económica.

Según el estrato socioeconómico la mayor proporción de población se encuentran en los estratos 1 y 2 con el 98,8% del total de personas vivas registradas, es importante resaltar 38 personas que se encuentran caracterizadas en estrato 0.

En cuanto al tipo de afiliación al sistema general de seguridad social en salud se evidencia que la mayor proporción de personas registradas se encuentran en el

régimen subsidiado con el 63% del total de personas registradas en la localidad (5749 personas registradas); seguido se encuentran las personas afiliadas al régimen contributivo con el 23,2% (2112 personas registradas), el 7,8% no se encuentra afiliado a ningún régimen en salud (709 personas registradas) y el 4,1% son vinculados.

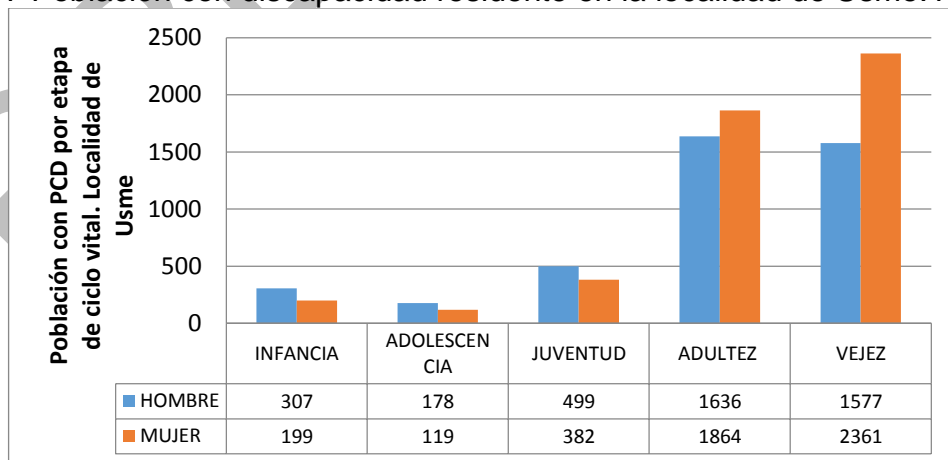
Es importante resaltar que de las 9122 personas activas en el registro como personas con discapacidad en la localidad de Usme el 67,1% sabe leer y escribir y el 73% manifestó en el momento de la realización del registro encontrarse estudiando en un establecimiento educativo. Aquí es importante resaltar que la proporción restante que no sabe leer ni escribir es una población que se encuentra limitada en el aprendizaje por su misma condición de discapacidad.

En relación a la situación de salud según el tipo de alteración que más le afecta el 41,3% presenta alteración en el movimiento (3770 personas registradas), seguido por el 23,2% con alteración en el sistema nervioso (2112 personas registradas) y el 14% con alteración de tipo cardiorespiratorio (1281 personas) siendo los tipos de alteración más representativos dentro de la población con discapacidad residente en la localidad.

Aquí también es de importancia resaltar que se ha identificado un porcentaje importante de población registrada hasta el año 2014 víctimas del conflicto (513 personas) es decir el 5,3% del total de la población, aquí es importante mencionar que gran parte de esta población se encuentra concentrada en el territorio Ciudad de Usme ya que allí se encuentra un conjunto residencial en el cual se reubicaron varias personas víctimas del conflicto.

Desde la Vigilancia de la discapacidad y en articulación permanente con los equipos RBC territoriales y el banco de ayudas técnicas se trabaja para orientar y ayudar a la población con discapacidad a defender sus derechos fundamentales.

Tabla 17 Población con discapacidad residente en la localidad de Usme. Año 2014



Fuente: Registro para la localización y caracterización de Personas con discapacidad 2004-2014 MPS-SDS, actualización 2014.

2.2 Indicadores por Dimensiones Prioritarias

2.2.1 Dimensión Salud Ambiental

La dimensión de salud ambiental en el marco del Plan Decenal de Salud Pública, se define como:

Conjunto de políticas, planificado y desarrollado de manera transectorial, con la participación de los diferentes actores sociales, que busca favorecer y promover la calidad de vida y salud de la población, de las presentes y futuras generaciones, y materializar el derecho a un ambiente sano, a través de la transformación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales, bajo el enfoque metodológico de las fuerzas motrices o fuerzas impulsoras o propulsoras (FPEEEA, Fuerza Motriz, Presión, Estado, Exposición, Efecto sobre la salud humana y Acción). Modelo que identifica cinco niveles de causa y efecto para establecer las relaciones entre las condiciones ambientales y la salud.

Su aplicación evidencia la cadena de articulación entre factores ambientales y afectaciones a la salud, necesaria para establecer intervenciones dirigidas a mejorar las relaciones entre ambiente y salud; más específicamente, propone que las acciones encaminadas a controlar las 'fuerzas motrices' y las 'presiones' que causan la degradación ambiental pueden ser las formas más efectivas de intervención, ya que actúan desde lo estructural, requiriendo de mayor voluntad y compromiso político. Este modelo es, por tanto, el hilo conductor del análisis de las interrelaciones entre salud y ambiente, incluyendo los aspectos comunes de las fuerzas motrices, las presiones y las acciones para todas las condiciones ambientales, el análisis de la exposición, el estado y los efectos específicos de cada condición ambiental prioritaria. Esta metodología les permite a los gobiernos nacionales y locales identificar y caracterizar los factores determinantes de orden estructural, intermedio y proximal; y a su vez identificar actores y sectores competentes y plantear acciones sectoriales e transectoriales, de carácter preventivo y correctivo²⁸.

Para la localidad de Usme, se adopta el decreto 596 de 2011 por medio del cual se adopta la Política Distrital de Salud Ambiental para Bogotá, D.C. 2011- 2023, donde se articulará con las políticas, planes y programas distritales y sectoriales pertinentes que se formulen en el período 2011-2023, en concordancia con las disposiciones de la Secretaría Distrital de Planeación; este decreto aplica en el territorio urbano y rural del Distrito, su implementación son responsables las entidades de los Sectores de la Administración Distrital y de las Localidades que la conforman, cuyos principios se fundamentan en el Respeto, Universalidad, Equidad, Integralidad, Participación, Responsabilidad y corresponsabilidad, Precaución y Transparencia. A continuación se realiza una breve descripción de la situación presente en la localidad de Usme en la dimensiones de salud ambiental bajo el componente de Hábitat Saludable.

2.2.1.1 Coberturas útiles de vacunación para rabia en animales

Componente: Hábitat saludable

En el Hospital de Usme se vacunaron 15.476 caninos y 6.659 felinos para un total de 22.135 animales vacunados contra la rabia en todas las UPZ de la localidad incluyendo el área rural para el 2014, según el observatorio de salud ambiental en su indicador de Cobertura vacunación antirrábica por localidad en Bogotá D.C en el año en mención la localidad de Usme registra una cobertura de vacunación del 48%. Para el año 2014, Bogotá alcanzó el 69% de cobertura de vacunación y con relación al año inmediatamente anterior se presentó un incremento del 11,6% lo cual es un avance importante en el control de la rabia y relacionado con la implementación de algunas estrategias a nivel de territorios y microterritorios, como fortalecimiento de la actividad enmarcada en la temática de tenencia responsable de animales de compañía. Según el Ministerio de Salud y Protección Social, en el 2013 la Coberturas vacúnales antirrábicas de perros y gatos en los departamentos de Colombia fue del 66,95%. Paradójicamente mientras se evidencia un fortalecimiento en el número de animales vacunados por parte del sector oficial, el insuficiente reporte por parte del sector privado hace que la cobertura obtenida sea muy baja.

2.2.1.2 Disponibilidad de mapas de riesgo y vigilancia de la calidad del agua para consumo humano

Componente: Hábitat saludable

Para el año 2014, en la localidad de Usme cuenta con 13 sistemas de abastecimiento identificados y vigilados, uno es el Acueducto de Bogotá (EAB) y 12 son acueductos comunitarios de la zona rural, la línea de calidad del agua y saneamiento básico del Hospital de Usme realiza monitoreo y seguimiento bajo el Decreto 1575 de 2007, Por el cual se establece el sistema para la protección y control de la calidad del agua para consumo humano. En el Artículo 12. Define el Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para Consumo Humano, IRCA como el grado de riesgo de ocurrencia de enfermedades relacionadas con el no cumplimiento de las características físicas, químicas y microbiológicas del agua para consumo humano. En la ruralidad de Usme, las asociaciones presentan los siguientes IRCA: la asociación MANANTIAL DE AGUAS CORINTO por el sistema acumulado tiene un IRCA sin riesgo, la asociaciones de AGUAS CLARAS OLARTE, AGUAS DORADAS REQUILINA, ASOAGUAS CRISTALINAS SOCHES, ASOAGUALINDA CHIGUAZA tienen IRCA bajo, las asociaciones EL DESTINO, ARRAYANES ARGENTINA, BITER, ACUAMAR MARGARITAS, CURUBITAL ASOCRISTALINA tienen un IRCA medio, la asociación ASOPICOS ANDES tiene IRCA alto y la asociación VIOLETAS posee un IRCA inviable sanitariamente.

En Bogotá, el Observatorio de salud ambiental al 2014, el distrito cuenta con 75 sistemas de abastecimientos identificados y vigilados, uno es el Acueducto de Bogotá (EAB) y 74 son acueductos comunitarios y otros sistemas. En Colombia, el

marco situacional reportó resultados de 6.454 personas prestadoras (acueductos) vigilados, que captaron aguas de 5.269 fuentes de abastecimiento, siendo las más usadas las fuentes superficiales como quebradas y ríos con 83.87 %. Las fuentes subterráneas como pozos, nacimientos a aljibes se usaron en un 13.39 % y con datos marginales aguas represadas natural o artificialmente, cuya utilización fue de 1.14 % (Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Grupo Calidad del Agua. Estado de la Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo humano – 2013.)

2.2.1.3 Disponibilidad de políticas relacionadas con la reducción de emisión de contaminantes

Componente: Hábitat saludable

Según el Informe sobre el estado de los Recursos Naturales y del Ambiente 2014-2015 de la Contraloría General de la Republica de Colombia, en materia de cambio climático, el PND 2010-2014 incorporó los principales componentes del CONPES 3700 de 2011 “Estrategia institucional para la articulación de políticas y acciones en materia de cambio climático en Colombia”, relacionados con la creación de un Sistema Nacional de Cambio Climático, la formulación de un Plan Nacional de Adaptación y de la Estrategia Colombiana de Desarrollo Bajo en Carbono, Mecanismos de Desarrollo Limpio (MDL), Estrategia nacional REDD, entre otras. Para Bogotá se crea el DECRETO 596 DE 2011 "Por medio del cual se adopta la Política Distrital de Salud Ambiental para Bogotá, D.C. 2011- 2023.", en donde a través de su Línea de Aire, Ruido y Radiación Electromagnética, busca Mejorar la calidad de vida y la salud de los/as habitantes del Distrito Capital, previniendo y controlando los contaminantes del aire, el ruido y la radiación electromagnética, y promoviendo hábitos de vida saludable.

En la Localidad de Usme, La línea de Aire, Ruido y Radiaciones Electromagnéticas hace parte de la transversalidad de salud ambiental, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección organización, análisis, interpretación, actualización y divulgación de datos específicos relacionados con la salud y sus determinantes. Vigila los posibles efectos en salud en la población debido a los contaminantes atmosféricos criterio como material particulado (pm10), ozono, óxidos de azufre óxidos de nitrógeno entre otros, incluyendo las temáticas como espacios libres de humo de tabaco, radiaciones electromagnéticas, ruido y la atención de quejas por estas temáticas.

En el año 2014 se realizaron las siguientes actividades: 42 mesas de trabajo, (27 intersectoriales de aire, 14 de REM y 1 sectorial de aire), 1 actividad de identificación de zonas potenciales de exposición a contaminación del aire, se definieron 23 unidades centinelas. *Total encuestados 1443 de los cuales 671 fueron de 5 a 14 años, 672 menores de 5 años, 100 mayores de 60 años,*Se digitaron 1443 encuestas con su respectiva crítica y precritica. * 70 capacitaciones en temas de la línea de las cuales 4 en aire PM10 con 60 personas

capacitadas, 24 en Monóxido de carbono con 379 personas capacitadas, 34 personas fueron capacitados por la línea de Monóxido Suba en una sesión), 42 sobre humo de tabaco con 630 personas capacitadas para un total de 1069 personas capacitadas * se han elaborado 12 boletines epidemiológicos. * 12 análisis de información estadística y epidemiológica * 12 análisis de información ambiental. *37 operativos espacios libres de humo. Todo lo programado se ha cumplido al 100%de acuerdo a lo ofertado a la SDS. En el punto crítico radiaciones electromagnéticas y Ruido se realizaron 32 capacitaciones de las cuales 18 Fueron en temas de REM con 270 Personas capacitadas y 14 capacitaciones en tema de Ruido con 210 personas capacitadas. Se realizaron 381 encuestas en REM, Digitadas con su respectiva crítica y precritica.

2.2.1.4 Disponibilidad de sistemas de suministro de agua para consumo humano.

Componente: Hábitat saludable

En Usme, la cobertura del servicio de acueducto ascendió a 99,82% al 2014,refleja un incremento con respecto al año 1993, en el que la localidad tenía una cobertura de 87,4%. Según el Observatorio Ambiental de Bogotá, en su indicador de Cobertura Residencial y Legal Servicio de Acueducto- CAC en el 2014, la Disponibilidad y Consumo para la localidad de Usme es del 99.82% y para la Ciudad de Bogotá es del 99.96%. Sin embargo, para la localidad en la UPZ Gran Yomasa en sectores como Tocaimita y Altos del Pino, al igual que en la UPZ la Flora sector San Pedro, se evidencia zonas sin cobertura de acueducto y esto debido son barrios no legalizados. El DANE con la aplicación de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) de 2012, informa que en Colombia las Coberturas de Acueducto Urbano y Rural son para la area urbana del 97% y área rural del 73%.

2.2.1.5 Disponibilidad de sistemas para el manejo y disposición final de residuos.

Componente: Hábitat saludable

En Usme, el consorcio de aseo Aguas de Bogotá SA ESP se encarga del manejo y disposición final de residuos sólidos para la localidad, cabe agregar que cerca del límite de Usme con Ciudad Bolívar está ubicado actualmente el relleno sanitario Doña Juana, a donde llegan todos los residuos sólidos de la ciudad. Sin embargo este consorcio no presta su servicio en el área rural, en algunas familias de las veredas queman de los residuos inorgánicos. Aunque en la localidad de Usme cuenta con la cobertura aseo al 100%, se presenta problemas de aseo evidenciándose puntos críticos de aseo, que son aquellos donde se ven afectadas las condiciones del espacio público, las zonas verdes y las rondas de quebradas y ríos. En estos lugares se depositan de manera irregular escombros, residuos sólidos de diferente tipo y lodos provenientes de sumideros entre otros, que

generan problemáticas ambientales y sociales. En Usme, para 2010 se identificaron 179 puntos críticos de aseo, la mayoría de ellos ubicados en las UPZ Gran Yomasa (83), Comuneros (46) y Danubio (33) (Plan ambiental local "PAL". Alcaldía local de Usme. 2013 – 2016. INFORME DE GESTIÓN UAESP VIGENCIA 2014 Página: 80 de 239). La UAESP ha garantizado la prestación del servicio público domiciliario de aseo en el 100% área urbana del Distrito Capital de Bogotá, en sus componentes de recolección, barrido, limpieza, corte de césped y poda de árboles de áreas públicas y transporte hasta los sitios de disposición final.

2.2.2 Dimensión Vida Saludable Libre de Enfermedades Transmisibles

Espacio de acción sectorial, transectorial y comunitario que busca garantizar el disfrute de una vida sana, en las diferentes etapas del ciclo de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los territorios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y eventos transmisibles, con enfoque diferencial y equidad social, desde una perspectiva de desarrollo humano sostenible²⁹.

2.2.2.1 Cobertura de vacunación con esquema completo

Componente: Enfermedades inmunoprevenibles

El comportamiento de la localidad de Usme y del Distrito en relación a la meta asignada según la población del Ministerio de Protección Social, es similar para todos los biológicos, alcanzando en Usme el 84,9% de coberturas de vacunación útiles para el trazador de menores de un año con terceras dosis de pentavalente y para el trazador de niño de Un año con Triple Viral se alcanzó el 88,2% para el año 2014. Las acciones del PAI durante la vigencia han permitido la reducción de la morbi - mortalidad en la niñez, mejorar la salud materna, controlar enfermedades de importancia global y forjar alianzas estratégicas en salud.

Al hacer un comparativo entre los años 2013 - 2014 de las coberturas administrativas de vacunación se ve una disminución significativa en la cobertura de niños menores de 1 año, lo contrario ocurre en los trazadores de la población de 1 año de edad donde se observa el aumento de la cobertura administrativa especialmente en el último año, sin embargo el PAI de la localidad de Usme ha realizado todas las estrategias de articulación intramural y extramural entre las IPS públicas y privadas que tienen puntos de vacunación, lo que ha permitido acceder más a los usuarios a dichos servicios. Lo anterior se relaciona con que la población asignada está por encima de la población que habita en la localidad, el no acceso de la población objeto al programa PAI debido a que la mayoría de los servicios de salud especializados se prestan fuera de la Localidad de Usme, además la disminución progresiva de la población desplazada en la localidad afecto sustancialmente el cumplimiento de coberturas en los últimos años y Usme se caracteriza por que su población es flotante.

Teniendo en cuenta lo anterior y realizando un análisis crítico del programa de vacunación, se identificaron a nivel local las causas que originan el no cumplimiento de las coberturas en vacunación en la población menor de un año y de un año:

El cálculo de las metas desde el nivel central se realiza por históricos de vacunación más el censo DANE del año 2005 suministrado por el Ministerio, lo que en un ejercicio matemático da como resultado el aumento de las coberturas para el año siguiente, sin embargo este ejercicio no tiene en cuenta las dinámicas sociales mencionadas, así como tampoco la tasa de natalidad de cada localidad, la cual ha disminuido de manera vertiginosa en los últimos 2 en la localidad de Usme, esto no se ha tenido en cuenta a la hora de realizar la proyección de las metas para cada localidad, situación que afecta el cumplimiento de las mismas por parte del Hospital de Usme.

La estrategia extramural se mantuvo operando durante todo el año 2014, se contó con el 100% de los vehículos para todos los meses de la ejecución de las actividades permanentemente. El grupo extramural realizó todas las intervenciones contempladas para la estrategia: Se logra un total de visitas casa a casa de 98.730, de las cuales 6.674 fueron efectivas para el PAI, encontrando 5.825 menores de cinco años y 608 gestantes, se lograron vacunar 458 menores de cinco años. Para la estrategia extramural de intervención en jardines se logró intervenir todas las asociaciones de jardines del ICBF donde se encontraron un total de 3145 menores de cinco años, vacunando un total de 67 niños menores de 5 años, se realizó intervención en los jardines de la Secretaria de Integración Social de la Localidad de Usme, encontrando un total de 5703 niños menores de cinco años, entre estos se vacunó a 334 niños con dosis de esquema regular de vacunación para el menor de cinco años. Para la intervención en jardines privados de la localidad de Usme se encontró un total de 162 niños menores de cinco años, vacunando 4 niños con esquema regular.

Se ejecutó la estrategia de horarios extendidos en la localidad de Usme a 6 IPS públicas y 2 IPS privadas. Se realizó el seguimiento, control y evaluación de los Horarios Extendidos en cada uno con el fin de dar cumplimiento a la meta, administrando un total de 1047 dosis menores de 5 años.

Los logros alcanzados con el desarrollo de estrategias extramural han sido:

- Permitted llegar a los niños que corren mayor riesgo de contraer las enfermedades y vacunarlos.
- El personal llega a conocer a los habitantes de la zona de influencia del servicio de salud y estos a su vez se familiarizaron con el personal de salud.
- Se realizó articulación con el componente de Territorios Saludables, logrando el desarrollo de jornadas dentro de cada uno de los mismos, realizando barrido de

vacunación para captar los niños que se encontraban pendientes o atrasados con sus esquemas.

- Se capacitó a los vacunadores del equipo extramural, se brindó inducciones al personal que ingreso nuevo.
- Se garantizó que el 100% de los equipos vacunadores contaran con los elementos e insumos necesarios para el desarrollo de las actividades de la estrategia extramural.
- Permitió atender a los niños que no han asistido a la institución o que no tienen acceso a los servicios de salud.
- Se realizó articulación con el componente de Territorios Saludables, logrando el desarrollo de jornadas de vacunación en colegios y jardines.
- Desde el mes de abril se abrieron espacios en iglesias, geriátricos y salones comunales donde se vacunó al adulto mayor con influenza y neumococo.
- Durante todo el año se realizaron concertaciones de espacios de vacunación en el centro comercial AltaVista, donde se vacunó fines de semana a gran cantidad de personas que circulaban por el lugar.
- El 100% del personal de IPS y extramural de la localidad participó de manera activa en las jornadas de vacunación del Distrito y la Nación. Previo a todas las jornadas se difundieron los lineamientos en la ESE Hospital de Usme, logrando el cubrimiento el día de la jornada con puntos de concentración para cubrir los territorios de la localidad de Usme.
- Se realizó el seguimiento al 100% de las bases de cohortes de Nacidos Vivos de la red pública, centralizando el seguimiento con una auxiliar de enfermería extramural.

2.2.2.2 Implementación del programa de prevención y el control de las IAAS, la resistencia antimicrobiana y el consumo de antibióticos en las instituciones de alta y media complejidad

Componente: Enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas

Las infecciones asociadas a la atención en salud, constituyen un problema de salud pública de alto impacto, su control es un desafío para las instituciones de salud, el personal asistencial y los usuarios; se ha demostrado que los pacientes han sufrido diversas complicaciones e incluso hasta llegar a morir por estas, además de la diseminación de diferentes microorganismos cada vez más resistentes a la acción antimicrobiana, por esto es considerado por la OMS como problema de salud pública que aumenta la estancia hospitalaria, la morbimortalidad de los usuarios de los servicios de salud fuera de los factores de riesgo inherentes a la atención de cada uno. Además es considerado como evento adverso, ya que es producto de la atención en salud que de manera no intencional se produce un daño en este caso la transmisión de una infección ya sea por el uso inadecuado de algún dispositivo, no aplicación de las técnicas asepticas y/o desconocimientos de los microorganismos circulantes en la institución.

En relación con esta problemática que se ve a nivel mundial, las instituciones han

trabajado diversas estrategias para la contención y prevención de infecciones, articulándose con el programa de seguridad al paciente; en el Hospital de Usme los programas de seguridad la paciente y control de infecciones trabajan arduamente para mantener controlado este fenómeno, consientizando al talento humano institucional en la atención del paciente y a su comunidad en los cuidados básicos como lavado de manos y demás estrategias para evitar la propagación de infecciones y así evitar la traslocación de microorganismos con resistencias microbianas a la comunidad.

Durante el 2014 con base en la política distrital de control de infecciones el programa del Hospital de Usme se ha venido fortaleciendo gracias a las diferentes estrategias aplicadas en la contención de infecciones, como son lavado de manos, uso racional de antibióticos, manejo de pacientes aislados y técnica de limpieza y desinfección a contribuido a que durante este año la tasa de infección institucional se mantuviera por debajo del 0,3% lo que quiere decir que nuestro programa y el programa de seguridad al paciente a cumplido con las expectativas para el control de infecciones.

2.2.2.3 Letalidad por Tosferina

Componente: Enfermedades inmunoprevenibles

En la localidad de Usme no se presentaron casos de letalidad por Tosferina durante el año 2014

2.2.2.4 Porcentaje de personas con lepra con discapacidad g2 al momento del diagnóstico

Componente: Enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas

La enfermedad de Hansen o Lepra presenta un alto grado de discapacidad de no ser diagnosticada de manera oportuna.

Para el año 2014 en la localidad de Usme no se suministraron tratamientos para Lepra, los pacientes diagnosticados (2) lo reciben en el DERMATOLOGICO y el programa se encarga de la visias y seguimientos a los pacientes y sus familias.

2.2.2.5 Porcentaje de personas curadas de tuberculosis pulmonar

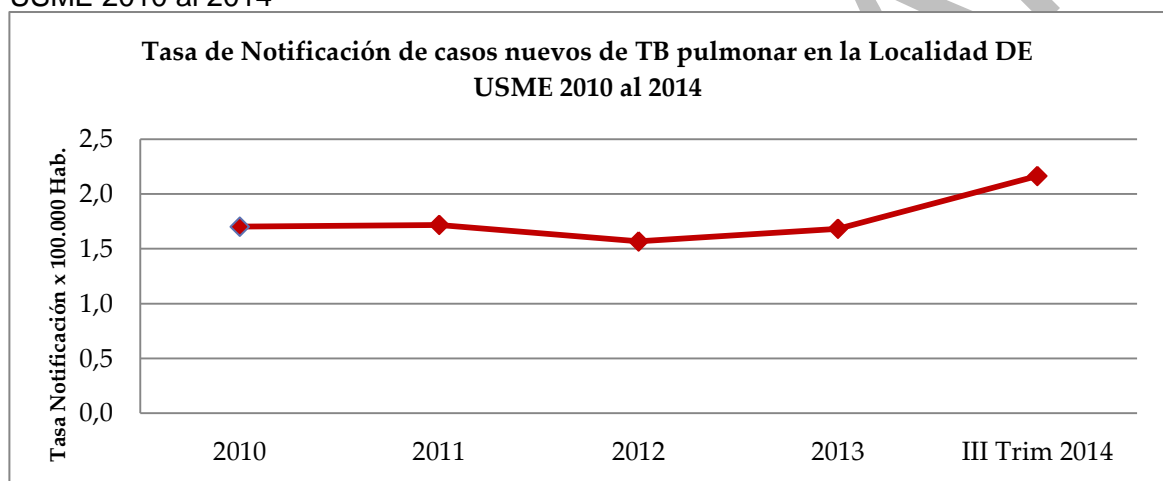
Componente: Enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas

El programa de Enfermedades Transmisibles contempla el desarrollo de diferentes acciones y estrategias, que permitan fomentar el acceso a la atención integral con intervenciones que posibilitan la captación, diagnóstico, seguimiento y tratamiento oportuno de los casos, la asesoría, asistencia técnica y poner en disposición la gestión, distribución de medicamentos e insumos así como la sensibilización a la comunidad.

Con estas y otras intervenciones dimos atención a un total de 51 casos de Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar con edades que oscilan entre los 3 y 78 años, con un promedio de 63 contactos con estricto seguimiento, así como la meta de los sintomáticos respiratorios como casos sospechosos de tuberculosis para su posterior diagnóstico o descarte.

Aunque somos un hospital de I nivel y solo diagnosticamos TUBERCULOSIS PULMONAR, hemos mantenido a través de los años un promedio bajo de diagnóstico de la misma, aunque se ha mejorado con el cumplimiento de metas de captación de Sintomático Respiratorio, como se representa en el gráfico.

Gráfico 10. Tasa de Notificación de casos nuevos de TB pulmonar en la Localidad DE USME 2010 al 2014



Fuente: Base programa transmisible 2014

Es de gran importancia la educación que desde el programa se brinda a comunidad, actores comunitarios, profesionales de la salud, pacientes y familiares en las enfermedades transmisibles y la garantía de obtener el medicamento para la prescripción médica que brinde tratamiento al diagnóstico descrito (Tuberculosis, lepra, leishmaniasis, malaria, fiebre amarilla, chagas y dengue) todas incluidas en el programa y a las cuales en menor porcentaje se trataron también.

Dentro de la educación al paciente, la familia y al profesional que está administrando el TAES (Tratamiento acortado estrictamente supervisado), se resalta la importancia de informar y no permitir que el paciente abandone el TAES para prevenir una *MULTIDROGORESISTENCIA*; lo cual se complica cuando el paciente es un habitante de calle ya que por su situación de abandono social, familiar y farmacodependencia hace que el paciente no genera adherencia al tratamiento y no visualice la importancia de cumplir el TAES, además que al no tener un entorno de soporte familiar y/o de apoyo están susceptibles al abandono del tratamiento, por lo cual siempre se ubica el tratamiento en un entorno cercano

al paciente y se localiza a la familia para que esta lo aliente a continuarlo y así no permitir que lo abandone y la enfermedad se cure.

Mapa 5. Pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar en la Localidad de Usme, II semestre 2013-2014

Se destaca que la UPZ Fiscala es donde habitan los pacientes diagnosticados con un total de 4, seguido por la UPZ Comuneros con 4 pacientes, es importante realizar un seguimiento y/o investigación ya que en la UPZ Fiscala es donde están las dos ladrilleras en funcionamiento y también existe la contaminación del río Tunjuelo, el cual se desborda en invierno produciendo inundaciones y mal olor en los alrededores.

2.2.2.6 Tasa de mortalidad por Malaria

Componente: Condiciones y situaciones endemo-epidémicas

La localidad de Usme no es zona endémica, ni cuenta con la temperatura propicia para el crecimiento del vector, por lo que los casos tienen origen en otros sitios, pero al regreso del paciente presenta los síntomas por lo cual acuden al servicio médico, específicamente a urgencias donde son diagnosticadas por medio de gota gruesa y según clasificación del caso si es complicado o no para manejo de forma ambulatoria donde el programa se encarga de realizar los seguimientos y controles parasitológicos. Durante el 2014 no se presentó ninguna mortalidad por Malaria.

2.2.2.7 Tasa de mortalidad por Rabia Humana

Componente: Condiciones y situaciones endemo-epidémicas

En el 2014, el Hospital de Usme realizó 105 actividades educativas en toda la localidad, capacitando a un total de 1.425 personas en Tenencia Responsable de Mascotas, se realizaron 11 operativos de recolección canina callejera, capturando 188 caninos y 5 felinos, para un total de 193 animales capturados, se visitaron 46 establecimientos veterinarios de la localidad de Usme. Se atendieron 75 visitas por tenencia inadecuada de animales. La línea de eventos transmisibles de origen zoonótico para el 2014 no se reportaron casos de rabia humana en la localidad de Usme.

Para el 2014, en Bogotá no se han presentado casos de rabia humana, durante la semana epidemiológica 24 de 2014 en Colombia no se reportaron casos de rabia en humanos. Instituto Nacional de Salud. Semana epidemiológica número 24 de 2014 (08 Jun. al 14 Jun.).

El año en donde más se presentaron exposiciones rábicas en la localidad de Usme, fue el 2007 con 324 casos, probablemente esto se debe a la mayor notificación del evento y al aumento de la población canina en la localidad 5. Por otra parte, el fenómeno de “explosión demográfica” que se produce en los

humanos también se observa en los caninos; el censo de Bogotá 2005 registra incrementos anuales del 5% en promedio, pasando de 599.621 en 1999 a 775.631 en 2005, cifras que incluyen las poblaciones con dueño y callejera, encontrando una proporción de un (1) macho por cada dos (2) hembras caninas y un total de 144.928 gatos. En el censo de población canina realizado por la Secretaría Distrital de Salud para el año 2007 habitaban 6200 perros aproximadamente en la localidad de Usme.

2.2.2.8 Tasa de mortalidad por Tuberculosis

Componente: Enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas

En la localidad solo se diagnostica tb pulmonar y esta se diagnosticada de manera mínima aclarando que por otra parte si presentan un gran numero de residentes pacientes con TB pulmonar y extrapulmonar georreferenciados.(Es decir diagnosticados en niveles II-III y IV) para luego recibir el tratamiento en la localidad.

Muchas veces por diagnostico tardío, por comorbilidades y en otros casos la coinfeccion, se presentan como agravantes de la TUBERCULOSIS, así como la situación social del paciente (ya que si es CHC) se dificulta la adherencia al TAES por lo cual se ha venido incrementando la tasa de mortalidad; durante el 2014 se presentaron 10 mortalidades en la localidad.

2.2.3 Dimensión Convivencia Social y Salud Mental

Espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos³⁰.

2.2.3.1 Adopción de política de salud mental

Componente: Promoción de la salud mental y la convivencia

Desde la gestión de políticas y programas, la política se visibiliza desde el año 2013 en la localidad de Usme mediante el accionar por categorías: En posicionamiento político con la participación y socialización de la política en consejo local de atención a víctimas de violencia intrafamiliar, comité de seguimiento a casos de violencias y la red del buen trato; la gestión intersectorial, siendo la de mayor incidencia con Secretaría de Integración Social, seguido de Educación, comisaria de familia, ICBF y secretaria de la mujer con casa de igualdad. Desde direccionamiento estratégico con el comité de salud mental y asistencias técnicas a equipo ERI y ERC; En construcción del conocimiento con aportes a ASIS para el diagnóstico local. Seguimiento y monitoreo a las acciones

del PDA salud mental en territorios saludables que brindan respuesta a eventos de violencias, conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas, trastorno de la conducta alimentaria y trastorno por déficit de atención e hiperactividad en concordancia con las metas de salud mental del plan de desarrollo.

A nivel local, distrital y nacional no se cuenta con indicadores, y se reconoce que la política distrital de salud mental se encuentra en revisión final.

2.2.3.2 Edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes

Componente: Promoción de la salud mental y la convivencia

Según registro en base de datos de salud mental 2014, de 38 personas atendidas por consumo de alguna sustancia psicoactiva, 6 adolescentes recibieron atención por evento de consumo de alcohol, encontrando la edad promedio de inicio a los 16 años; estas personas residen en UPZ comuneros y Gran Yomasa con el 50% (3 casos) respectivamente, igual porcentaje aplica para hombres y mujeres. Para esta muestra se tiene en cuenta la edad del adolescente en el momento de la visita domiciliaria.

Para el año 2015, de los 28 usuarios atendidos durante el primer semestre por intervención psicosocial que consumen psicoactivos, 6 usuarios reconocieron consumo de alcohol con edad promedio de inicio, 15.3% años, y con mayor prevalencia en UPZ comuneros y Gran Yomasa.

De acuerdo con registro de base de datos CAMAD 2014: de los 115 usuarios atendidos que consumen alguna sustancia, 12 usuarios reconocen inicio en consumo de alcohol, edad promedio 11.91 años, siendo la UPZ comuneros con mayor porcentaje con un número de 4 casos, seguido de Alfonso López con 2 casos y Gran Yomasa 2 casos. Así mismo el consumo es mayor en hombres con el 75% (9 niños y adolescentes).

En año 2015: de los 138 atendidos por consumo de alguna sustancia, 31 casos corresponden a consumo de alcohol, con edad promedio de inicio 12.54 años, siendo la UPZ Gran Yomasa con 19 casos, seguido de UPZ Comuneros con 5 casos y Alfonso Lopez 4 casos.

Con relación al estudio de consumo de sustancias psicoactivas realizado en 2009, se encuentra que la edad de promedio de inicio ha disminuido de 16 años a 12.54% años en los últimos 5 años. Así mismo, la edad promedio en el último año a nivel local disminuye pasando de 13.95 años, edad promedio inicio en 2014 y 13.93 años, edad promedio inicio en 2015.

2.2.3.3 Inserción social de personas con enfermedades mentales

Componente: Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia

En la localidad habitan personas con enfermedad mental como esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, episodios depresivos, quienes son reconocidas desde la discapacidad mental mediante el código CIF, pero no se cuenta con base de datos de personas con enfermedades mentales, debido a que la atención para esta población se brinda en hospital de II Nivel.

2.2.3.4 Prevalencia de consumo de SPA en el último mes

Componente: Promoción de la salud mental y la convivencia

Situación local: Según base datos intervención psicosocial 2015, durante el mes de abril se han atendido 20 casos de los 72 casos del año 2015 por consumo de alguna sustancia psicoactiva, siendo en UPZ ciudad Usme con el mayor porcentaje que corresponde a 35% (7 casos), seguido de UPZ comuneros, gran Yomasa y Alfonso Lopez.

De acuerdo con base de datos CAMAD 2015, durante el mes de junio, se atendieron 66 casos por consumo de alguna sustancia psicoactiva en todos los ciclos vitales y corresponde al 18.59%, de los 355 atendidos durante el año 2015, siendo UPZ comuneros donde se registra el mayor porcentaje con el 50% (33 casos), seguida de UPZ Gran Yomasa con 30 casos.

2.2.3.5. Seguimiento a casos de violencia intrafamiliar

Componente: Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia

Al tener en cuenta el registro de base de datos Sivim 2014, se hizo seguimiento a 2233 casos por evento de violencias (violencia intrafamiliar, maltrato infantil y delitos sexuales). El mayor porcentaje de víctimas de violencia corresponde a la mujer con el 70.08% (1565 casos), residentes en UPZ gran yomasa con el 21.67% (484 casos) seguido de Upz Comuneros 20.15% (450 casos) y Alfonso López con 13.79% (308 casos). También se reconoce que el ciclo vital infancia presenta el mayor porcentaje con el 48.05% (1073 casos), seguido de juventud con el 19.30% (431 casos).

En el seguimiento se verifican las condiciones de las familias, se identifica si el agresor convive con la víctima aun. Se establecen compromisos de acuerdo con el tipo de violencia y la situación actual y posteriormente se verifica a través de un nuevo seguimiento si la situación de violencia persiste. En el indicador local se tomó como fuente de datos la base exportada del 2014 del aplicativo siviliga D.C.(Sivim).

2.2.3.6 Tasa de incidencia de violencia contra la mujer

Componente: Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia

La violencia contra la mujer es un fenómeno que ocupa gran importancia en la mayoría de países, considerada como una violación a los derechos humanos es materia de preocupación de las políticas públicas, de los gobiernos y de la sociedad civil. En los últimos años la comunidad internacional ha reconocido cada vez más la violencia contra la mujer como problema de salud pública aspecto que la Organización Mundial de la Salud en junio de 2013 ratificó “la violencia contra las mujeres es un problema global de salud pública de proporciones epidémicas” (OMS, 2013).

Según el Instituto de Medicina Legal en Colombia para el año 2014 se registraron 47575 casos de violencia contra la mujer; en Bogotá durante el período 2004 – 2012 fueron asesinadas 1.246 mujeres, lo que equivale a un promedio de 138 al año y a una mujer cada tres días. Del total de mujeres asesinadas en este periodo, al menos 252 casos se identifican como víctimas de feminicidio, los agresores fueron sus parejas, familiares u otros conocidos, o el asesinato se perpetró en el marco de un delito sexual. (Secretaría Distrital de la Mujer, 2013) Entre enero y diciembre de 2014 se reportaron 118 casos de femicidios (mujeres asesinadas), de acuerdo a los cálculos realizados por el Observatorio de Mujeres y Equidad de Género de la Secretaría Distrital de la Mujer (OMEG) a partir de los datos expuestos por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en cual se evidencia también un total de 10.836 mujeres víctimas de violencia, estas cifras revelan, la permanente y sistemática violencia contra las mujeres en todas sus formas.

En Usme, la población para el año 2014 según el DANE es de 427.090 habitantes de los cuales el 50,6% son mujeres. Durante el año 2012 en esta localidad se reportaron 1449 eventos de violencia contra mujeres y para el año 2013 se presentaron 1.466 casos.

Para el año 2014 se captaron en la localidad 1565 casos de violencia intrafamiliar maltrato infantil y delitos sexuales donde la víctima es una mujer de los 2233 casos en total, lo que significa que el 70% de los casos son mujeres y el 30% son hombres constituyendo una amplia diferencia, es decir por cada 3 hombres agredidos 7 son las mujeres violentadas al interior de la localidad de Usme.

Se considera a la violencia contra la mujer como un problema social que afecta a las mujeres en toda su diversidad lo cual impacta de forma negativa en el desarrollo y ejercicio de su autonomía, diferentes determinantes influyen en la situación de violencia contra la mujer, dentro de los cuales se resaltan los culturales, educativos y algunos asociados a la desigualdad de género, la investigación feminista ha puesto de manifiesto la relación que hay entre la violencia y las formas culturales de considerar a las mujeres inferiores a los

hombres, la violencia contra las mujeres es resultado de la idea de superioridad masculina y de los valores que se reflejan en el código patriarcal. Así mismo se relaciona con la discriminación social de las mujeres al trabajo remunerado y/o menores oportunidades de empleo, promoción y salarios dignos, que hacen posicionarla en una clara desventaja social, con repercusiones importantes para toda su vida.

2.2.3.7 Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar

Componente: Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia

Al tener en cuenta el registro de base de datos Sivim 2014, se hizo seguimiento a 2233 casos por evento de violencias (violencia intrafamiliar, maltrato infantil y delitos sexuales). El mayor porcentaje de víctimas de violencia corresponde a la mujer con el 70.08% (1565 casos), residentes en UPZ gran yomasa con el 21.67% (484 casos) seguido de Upz Comuneros 20.15% (450 casos) y Alfonso López con 13.79% (308 casos). También se reconoce que el ciclo vital infancia presenta el mayor porcentaje con el 48.05% (1073 casos), seguido de juventud con el 19.30% (431 casos).

A estos casos se les realizó seguimiento con el fin de buscar alternativas para el restablecimiento de derechos de las víctimas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y delitos sexuales en la localidad, es decir el 15% de los casos en el distrito.

Según reporte del Centro de Estudio y Análisis en Convivencia y Seguridad Ciudadana (CEACSC) 2014, se registraron 18.995 casos de diferente formas de violencias (maltrato infantil, violencia de pareja, contra persona mayor, entre otros familias y violencia sexual) en Bogota, siendo Usme la septima localidad donde más se presenta este evento con el 6.2% con relación al distrito capital.

2.2.3.8 Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre

Componente: Promoción de la salud mental y la convivencia

Durante el primer semestre del año 2014 se presentaron 12 casos por accidente de tránsito en la localidad según reporte del Centro de Estudio y Análisis en Convivencia y Seguridad Ciudadana (CEACSC). Según la misma fuente para el mismo periodo, en la ciudad de Bogotá, se presentaron 621 muertes por accidente de tránsito.

2.2.3.9 Tasa de mortalidad por accidentes excluidos los de transporte

Componente: Promoción de la salud mental y la convivencia

Durante el primer semestre de 2014, se presentaron 3 muertes accidentales en la localidad según reporte de CEACSC.

Al revisar el indicador a nivel distrital, durante el primer semestre en el periodo 2010 - 2014, este se reduce en último año pasando de 151 a 104 casos. Estas muertes accidentales obedecen a sofocación, contundente caída, electrocución y otra. Según la misma fuente, para el año 2014, se presentaron 214 muertes accidentales en la ciudad de Bogotá.

2.2.3.10 Tasa de mortalidad por agresiones

Componente: *Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia*

A nivel local no se cuenta con fuente de información; mientras que en el distrito se registran 1361 casos por homicidio. Nacional: 12.626 homicidios.

2.2.3.11 Tasa de mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente

Componente: *Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia*

Desde el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la conducta Suicida SISVECOS, En el año 2014 se atendieron 801 IEC de alto impacto y de 797 IEC control. Durante la vigencia Enero - Diciembre 2014 se dio cumplimiento al número de actividades programadas (1598 IEC: 801 de alto impacto y de 797 control). De las 801 IEC de alto impacto, 260 correspondieron a hombres y 524 a mujeres. En su mayoría conducta suicida por ideación con 457 casos, seguido del intento con 328 casos, posteriormente 5 casos de amenaza suicida Y 4 casos de suicidio consumado. A nivel de ciclo vital el 32% de casos correspondió respectivamente a los ciclos vitales de juventud y adultez, el 21% a adolescencia, el 14 % a infancia, y finalmente el 1% a vejez.

Cabe mencionar que en el año 2014 se caracterizaron cinco UPGD en la localidad, pasando de 11 a 16 Unidades Informadoras a las que se les realiza asistencias y asesorías técnicas, seguimiento a la notificación, acompañamiento en relación a casos hallados de conducta suicida. Este aumento en las UPGDs de la localidad de Usme y las acciones desarrolladas en cada una, ha evidenciado aumento la cantidad de notificaciones con respecto al primer semestre del año 2014, además de las acciones desarrolladas por los equipos ERI y ERC de los territorios saludables, el reconocimiento de la intervención en las Instituciones Educativas Distritales y Privadas de la localidad. el aumento en el reporte en parte se debió a la detección y posterior reporte a VSP que realizan los equipos en cada uno de los territorios de la localidad, así como la asesoría y mantenimiento que se realiza por parte del SISVECOS las UPGD-UI locales en las que se incluyen IPS del Hospital de Usme, Instituciones Educativas y otras Instituciones Territoriales.

Se tiene reconocimiento de la intervención por parte de diferentes entes locales como los IED, colegios privados, SLIS, CIO, Alcaldía de Usme, Centro Dignificar y

casos foráneos notificados. A través del tiempo para lograr el cumplimiento de la meta que apunta a reducir al 3,3 o menos la tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes en el distrito, desde el Hospital de Usme, se presenta una tasa en el año 2012 de 2.0 con atención de 342 casos, en el año 2013 con una tasa de 2.9 con atención a 624 casos, en el año 2014 con tasa de 2.1 y atención a 793 casos.

En relación a los determinantes de la conducta suicida se evidencian eventos relacionados con la familia como grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares.

Eventos relacionados con el área biológica como son la enfermedad consuntiva; el ajuste a las transiciones del ciclo vital; eventos sociales como la relación de pareja, la ruptura familiar por separación o divorcio, problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia y con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar.

En el área social del individuo las circunstancias económicas, problemas relacionados con el ambiente social, Síndromes de maltrato y abuso sexual. Otros determinantes como son los escolares en el que se involucra el rendimiento escolar y la relación con pares

En las generalidades de los eventos desencadenantes presentes en las cuatro manifestaciones de la conducta suicida (ideación, intento, amenaza y consumado), se evidencian eventos en común y no específicos para cada uno, confirmando al comportamiento suicida como un fenómeno multifactorial que incluye factores causales biológicos, psicológicos y sociales.

En las intervenciones a las familias se evidencia, a nivel Social, bajo nivel educativo de padres y cuidadores, violencia intrafamiliar, débiles redes de apoyo. Y otro aspecto presente en la población es la desintegración familiar: desarticulación del núcleo familiar, abandono de las madres, falta de figura paterna, mujer cabeza de hogar, inversión de roles entre la madre y las hijas.

Se observó también carencia de habilidades para la vida, falta de estrategias de afrontamiento que disminuyen la vulnerabilidad hacia eventos que ponen en riesgo su salud mental, personas vulnerables emocionalmente y con baja tolerancia a la frustración. Presencia de trastornos del comportamiento y consumo de psicoactivos; episodios depresivos que afectan el desempeño en todas las áreas de funcionamiento del individuo y afectan la autoestima, la capacidad de relacionarse con los demás, y el desempeño laboral y social.

2.2.4 Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional

Acciones que buscan garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y

la gestión transectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial³¹.

2.2.4.1 Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (mediana en meses)

Componente: Consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos

De acuerdo al dato nacional, la duración de la lactancia materna exclusiva para el año 2014 en menores de 6 meses de edad, se calculó en promedio de 2.2 meses, a diferencia del dato distrital que tuvo un aumento de 3.0 meses de lactancia materna exclusiva. El dato para la localidad de usme fue de 3.66 meses, superando el promedio nacional y distrital. De acuerdo al informe generado en 2014 por el Sistema de Monitoreo de las Condiciones de vida de la infancia y la adolescencia de Bogotá, se observó el promedio en meses para niños menores de seis meses de 3.1 meses. Para niñas se calculó en 3.0 meses. Los datos concuerdan con la UPZ 57 Gran Yomasa donde más se presenta desnutrición crónica y global de acuerdo a las cifras de SISVAN.

Con respecto a los datos a través del tiempo, en 2008 y 2009 se presentó un dato de lactancia materna exclusiva para menores de seis meses de 3.3 meses, en 2010 de 3.2 meses, 2011 de 3.0 meses y 2014 de 3.66 meses.

De acuerdo a la tendencia en el tiempo, la lactancia materna exclusiva desde 2008 a 2014 ha aumentado lentamente a partir de los 3.3 meses a los 3.6 meses respectivamente. Se ha mantenido en el tiempo este valor sin aun alcanzar la meta distrital de los 4 meses.

En cuanto a los determinantes sociales, la falta de educación en salud que no permite fortalecer la práctica y protección de la lactancia materna es una gran dificultad. El poco tiempo de licencia de maternidad obliga a las madres a dar lactancia materna exclusiva hasta los 3 meses y posteriormente debe iniciar nuevamente actividades laborales que dificultan o detienen la práctica de la lactancia. La falta de apoyo institucional no ha logrado que la lactancia materna exclusiva se logre hasta los seis meses de edad.

No se ha generado una norma gubernamental que permita ampliar la licencia de maternidad hasta los seis meses para las mujeres que tienen un trabajo formal.

2.2.4.2 Identificación en cada ETA del agente etiológico

Componente: Calidad e inocuidad de los alimentos

En el 2014 al Hospital de Usme se reportan al área de vigilancia epidemiológica 6 brotes de ETA, 4 positivos ubicados 2 en la UPZ Danubio y 2 en la UPZ Comuneros; un caso que no se identifica como brote y otro caso que no puede seguir por datos erróneos en la notificación. Estas 4 ETAS en la localidad

de Usme para el año 2014, no se tomaron muestras de alimentos. A continuación se observa el comportamiento por género y ciclo vital de la comunidad afectada.

Tabla 18. ETA

NUMERO DE CASOS	GENERO		5-9 AÑOS	1
	HOMBRES	MUJERES	10-14 AÑOS	11
22	8	14	15-19 AÑOS	2
			25-29 AÑOS	1
			35-39 AÑOS	2
			40-44 AÑOS	2
			45-49 AÑOS	1
			50-54 AÑOS	1
			55-59 AÑOS	1

Fuente: Hospital de Usme. 2014.

En el año 2014, se notificaron a nivel del distrito capital 123 brotes en la ciudad de Bogotá. Para el 2013 se notificaron 135 brotes, evidenciándose una disminución del 8,87% con respecto al año 2014. La localidad con mayor notificación de brotes fue Kennedy (14 brotes), seguido de Suba (12 brotes) y Usaquén (11 brotes). Por consumo de alimentos fuera de Bogotá se presentaron 11 brotes cuyas personas afectadas fueron atendidas en la ciudad. En las localidades Sumapaz y Tunjuelito no se presentaron brotes de ETA durante el año 2014 de acuerdo a la notificación ingresada al aplicativo SIVIGILA.

Hasta la semana epidemiológica 53 del 2014 se ha notificado al SIVIGILA 11 025 casos de ETA, involucrados en 833 brotes. Durante el 2014 el promedio por semana es de 15,7 brotes. Los agentes etiológicos detectados en muestras biológicas y muestras de alimentos procedentes de brotes de ETA fueron: Salmonella spp, Escherichia coli, Fasciola hepática, Coliformes fecales, Shigella sp, Staphylococcus aureus, Endolimax nana, Coliformes totales, Salmonella Typhi, Salmonella Paratyphi, Streptococcus sp, Taenia solium, Bacillus cereus, Listeria monocytogenes, Rotavirus. Instituto Nacional de Salud. Semana epidemiológica número 53 de 2014 (28 dic. - 03 ene 2015)

2.2.4.3 Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer

Componente: Consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos

Según el dato nacional se presentó un 9.0% de nacidos vivos con bajo peso al nacer. Para el distrito, este dato fue mayor con un 12.3% y a nivel local el dato superó el registro nacional y distrital con un 13.56%.

Según la distribución por lugar de residencia la UPZ que presenta mayor prevalencia de bajo peso al nacer es la UPZ 57 Gran Yomasa con 29.5, le sigue la

UPZ 58 Centro Usme con 26.5. (2013). En general la prevalencia de bajo peso al nacer en todas las UPZ se ha mantenido por encima de la meta distrital. La mayor densidad poblacional la encontramos en las UPZ 57 y 58 con el mayor número de nacimientos, al compararla con las otras unidades de planeación zonal.

Los territorios La Flora, la Fiscala, Zona Rural, Comuneros, Gran Yomasa Alta, Gran Yomasa Baja y Alfonso López Alto registraron incrementos notables en el indicador analizado, poniendo de relieve barreras de carácter alimentario en la población de madres gestantes.

En el año 2013 se evidenció un dato del 13.8% y en 2014 de 13.5, valor que se ha mantenido con el tiempo y que ha superado la meta distrital del 10%.

Dentro de los determinantes sociales encontrados se evidencian algunos limitantes que tienen las familias gestantes en el acceso de alimentos o hábitos alimentarios que están basados en el consumo de alimentos hipocalóricos y bajos en nutrientes por parte de las madres gestantes. Unido a lo anterior, el uso inadecuado de los micronutrientes durante la gestación, acusa bajos niveles de cubrimiento, situación que incrementa las probabilidades de bajo peso al nacer en el presente y en el mediano plazo.

Otro factor que incide directamente en el bajo peso al nacer es la carencia de recursos económicos para el grueso de la población, las familias numerosas, las convivencias en hacinamiento, las madres gestantes tienen trabajos discontinuos o laboran en la informalidad, situación que se agudiza al no tener apoyo permanente por parte de sus compañeros quienes viven también de la informalidad o bien abandonan a sus parejas, incrementándose así la inseguridad alimentaria.

Por último, en los factores culturales, se enumeran como posibles causas que influyen en el Bajo Peso al Nacer, son la poca importancia que las madres en especial las adolescentes le otorgan a la alimentación saludable y los eventuales riesgos que acarrearán la desnutrición para sus bebés; las pocas prácticas de autocuidado y el consumo de sustancias psicoactivas en el embarazo, son algunas de las situaciones evidenciadas por los profesionales de algunos de los territorios más afectados.

2.2.4.4 Porcentaje de personas que padezcan hambre

Componente: Disponibilidad y acceso a los alimentos

Existen hogares en los que algún miembro del hogar no consumió ninguna de las tres comidas uno o más días a la semana.

Para esta problemática, no se evidencian datos nacionales que den cuenta de este indicador. El dato distrital de acuerdo a la encuesta multipropósito de 2014, fue de 4.9% y local de 7.1%.

De acuerdo a la encuesta multipropósito, no se especifican los ciclos vitales que padecen hambre a nivel distrital o local. En la localidad de Usme esta tendencia está marcada para todas las etapas de ciclo ya que son los adultos económicamente activos por causas de desempleo o bajos ingresos quienes sostienen la alimentación familiar, lo que ocasiona que el resto de la familia no consuma alimentos en ninguna de las tres comidas principales uno o más días a la semana.

Gran Yomasa UPZ 57 presenta la mayor cantidad de casos por desnutrición Global y Crónica además de bajo peso al nacer de acuerdo a las bases de datos generadas por SISVAN en 2013, lo que se relaciona directamente con la privación de alimentos en esta zona de la localidad.

Para el año 2011, Usme era la localidad con el más alto porcentaje de hogares que reportaba que algún miembro del hogar, por falta de dinero, no consumió ninguna de las tres comidas uno o más días de la semana, con un porcentaje de 12,7%. Para 2014, este porcentaje disminuyó a 7,1% de hogares.

Los determinantes sociales para esta problemática, refiere que los aspectos socioeconómicos adversos que padece la población de Usme permiten generar tensiones que afectan la salud de la comunidad. El desempleo a causa de la falta de oportunidades para las personas económicamente activas, imposibilita mejorar el estado nutricional de los individuos y sus familias. Esto también permite que el dinero obtenido sea empleado para otras necesidades como el pago de servicios públicos, necesidades del hogar y demás, dejando a un lado el uso del poco ingreso para una alimentación adecuada y suficiente.

2.2.4.5 Porcentaje de población bajo línea de pobreza.

Componente: Disponibilidad y acceso a los alimentos

El porcentaje de población bajo línea de pobreza tuvo un dato nacional de 44.1%, mientras que el dato distrital reportó valores muy por debajo del nacional con 15.8%. El dato local refiere cifras de 29.1%, cifra que se encuentra por encima del dato distrital y que corresponde a su gran mayoría al estrato 1 y 2. (2014). Todas las etapas de ciclo incluidas se encuentran incluidas.

No se evidenció registro que permita establecer las condiciones de pobreza por UPZ en la localidad Usme.

En cuanto al tiempo en que se ha presentado la información, en 2011 cerca del 34% de la población de Usme se encontraba bajo la línea de pobreza, para el año 2014, se redujo esta cifra al 29.1% de acuerdo a la Encuesta Multipropósito 2011 y 2014.

Sus determinantes sociales se relacionan a la desigualdad y falta de oportunidades de empleo. De un total de 102.380 hogares en la Localidad de Usme, el 25,2% (25.771 hogares) afirmaron que sus ingresos no alcanzan para

cubrir los gastos mínimos, el 66,0% (67.528 hogares) dijeron que sus ingresos sólo alcanzan para cubrir los gastos mínimos y el 8,9% (9.082 hogares) reportaron que sus ingresos cubren más que los gastos mínimos. (Encuesta Multipropósito 2011).

2.2.4.6 Prevalencia de anemia

Componente: Consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos

El dato nacional para la prevalencia de anemia de las gestantes a nivel nacional fue del 27.5%, el dato distrital reportó valores de 29.4% por encima del dato nacional, mientras que el dato local fue de apenas el 4.04% también para el grupo poblacional gestantes.

Los determinantes sociales construidos para la prevalencia de anemia fue la falta de planeación de las familias gestantes a la hora de concebir un hijo hace que la mujer inicie su gestación con deficiencias nutricionales, dentro de éstas la deficiencia de hierro. Niños y niñas que no se les ofrece alimentos fuente de hierro a partir de los seis meses de edad aumenta el riesgo de presentar anemia ferropénica. El factor cultural en los hábitos de alimentación permite que las familias no tengan la costumbre de comprar ni consumir alimentos fuentes de hierro.

2.2.4.7 Prevalencia de desnutrición crónica (retraso en talla para la edad) en menores de 5 años

Componente: Consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos

Con respecto a la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años, el dato nacional reportó cifras de 13.2%, el dato distrital del 12% en 2010 y el dato local del 13.61%. se evidencian cifras locales por encima de los datos reportados a nivel nacional y distrital.

Dentro de los determinantes sociales encontrados se encuentra los bajos ó nulos ingresos económicos que imposibilitan la adquisición y compra de alimentos que le permitan a las familias ofrecer una alimentación sana y balanceada a los niños y niñas menores de cinco años. Bajo consumo de productos lácteos y derivados, carnes, huevos (fuentes de calcio y aminoácidos que favorecen su crecimiento).

2.2.4.8 Prevalencia de desnutrición global (retraso en peso para la edad) en menores de 5 años

Componente: Consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos

El dato nacional reportado para la desnutrición global en menores de 5 años se encuentra en 3.4%, mientras que el valor distrital fue de 5.2% y 9.30 para la localidad. Dentro de los determinantes sociales se encuentran los bajos ó nulos ingresos económicos que imposibilitan la adquisición y compra de alimentos que le

permitan a las familias ofrecer una alimentación sana y balanceada a los niños y niñas menores de cinco años. Bajo consumo de productos lácteos y derivados, carnes, huevos (fuentes de calcio y aminoácidos que favorecen su crecimiento).

2.2.4.9 Prevalencia de obesidad

Componente: Consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos

A nivel nacional se tiene una cifra del 51.2% para la prevalencia de obesidad en la población gestante y menores de 5 años. El distrito reporta datos del 16.6% y a nivel local para gestantes del 16.6% y 0.85% para los menores de 5 años. Los determinantes sociales se orientan hacia la falta de una cultura alimentaria por parte de los padres de familia y cuidadores hacia sus hijos. Los bajos ingresos económicos obliga a las familias a comprar alimentos económicos que favorecen la obesidad como el consumo de carbohidratos tipo almidón (harinas), embutidos, productos de panadería, pastelería, bebidas azucaradas, alimentos con grasas saturadas, productos de paquete y comidas rápidas. Falta de hábitos y estilos de vida saludables (ausencia de actividad física).

2.2.5 Dimensión Derechos Sexuales y Sexualidad

Conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad; el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital; y el desarrollo social de los grupos y comunidades³².

2.2.5.1 Cobertura de servicios de salud amigables

Componente: Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género

La localidad de Usme se cuenta con cuatro servicios amigables distribuidos geográficamente así, dos en UPZ 57 Gran Yomasa, uno en UPZ 56 Danubio y uno en UPZ 61 Ciudad Usme. Sin embargo en los 9 centros restantes se ofrece la consulta a los jóvenes. La cobertura incluye adolescentes y jóvenes de 10 a 29 años.

La cifra obtenida revela que el 11% de los y las adolescentes, del total estimado por las proyecciones poblacionales del DANE¹ para la localidad, asistieron a consulta de joven o a regulación de la fecundidad dentro de las instalaciones del Hospital de Usme; se observa un mayor acceso en los ciclos de adolescencia tardía y juventud. Cabe destacar que el acceso a los servicios por parte de los adolescentes y jóvenes está mediado por el régimen de aseguramiento al que

¹ DANE (Internet). Colombia; Danegov. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/BoletinProyecciones.pdf>

pertenecen, para el caso de la localidad de Usme, se ha evidenciado que la mayoría de la población a la que va dirigida la estrategia de Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes, se encuentra en el régimen contributivo.

Otro factor que se ha evidenciado es la falta de conocimiento por parte de la población objeto acerca del acceso a los servicios, tanto adolescentes y jóvenes desconocen su régimen de afiliación y la empresa administradora de planes de beneficios a la que pertenecen, lo cual afecta directamente en entender y aprender la ruta de acceso que desde las acciones del ámbito escolar del área de salud pública se trabaja. Uno de los determinantes proximales es la dificultad que expresan al acercarse solos a los servicios. Influye también el tabú que existe al hablar de sexualidad y el concepto que tienen sobre la consulta a los servicios que es solo cuando se está enfermo.

2.2.5.2 Mortalidad materna

Componente: Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva SSR desde un enfoque de derechos

La razón de mortalidad materna ha tenido un comportamiento irregular a nivel local, hecho que contrasta con la estabilidad del dato del distrito, quien además presenta descensos importantes. El número de casos ocurridos en la localidad de Usme no superan los 2 en los años 2010, 2012 y 2013, pero debido al denominador local, se reporta una alta razón que nos ubica muy por encima del distrito en el 2013, sin embargo se resalta el comportamiento en la localidad de Usme para el año 2014 debido a que se redujo a cero el número de casos de muerte materna, lo cual genero el cumplimiento de la meta de cero mortalidad materna y aportar a la meta distrital con respecto a reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna, en coordinación con otros sectores de la Administración Distrital, al 2016.

2.2.5.3 Mortalidad por VIH/SIDA

Componente: Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva SSR desde un enfoque de derechos

Las muertes asociadas a VIH/ SIDA en la localidad de Usme para el 2014 fue de 5 casos de los cuales el 80% pertenecían al sexo masculino y el 20 % al sexo femenino, de los datos obtenidos no se identifica la ubicación de los mismos, por lo que no se tendrían datos para UPZ.

2.2.5.4 Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas por primera vez

Para el caso de Colombia el indicador presenta un porcentaje de 19,5% en el año 2010² de acuerdo a la ENDS, en adelante no se cuentan con más datos publicados, para Colombia ni para Bogotá. Para el caso de la localidad de Usme se calculó para el 2014 un porcentaje de 18%³.

Se identifican los casos principalmente en la UPZ 57 Yomasa y 58 Comuneros que son las que tienen una mayor densidad poblacional de acuerdo al diagnóstico local de 2012.⁴

De acuerdo a lo analizado se mantiene la cifra, la cual está directamente relacionada con el acceso a los servicios de anticoncepción y asesorías en salud sexual, el cual no ha mejorado y la población encuentra barreras para el acceso a estos; de manera proximal influyen consideraciones en las adolescentes en donde tener hijos es un proyecto de vida y al tenerlo tan jóvenes se incrementa la probabilidad de tener más de dos hijos. A esto también se suma la falta de oportunidades que tienen los y las adolescentes un ejemplo de ello, es el acceso a la educación superior.

Bajo dichas condiciones una familia constituida con estos determinantes tiene una mayor vulnerabilidad en su desarrollo y tiene mayor dificultad para encontrar otras oportunidades.

2.2.5.5 Porcentaje de transmisión materno infantil del VIH

Componente: Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva SSR desde un enfoque de derechos

Disminuir el número de casos de transmisión materno infantil del VIH a 2% o menos, Los elementos fundamentales para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH se relacionan estrechamente con la captación temprana de la gestante en el primer trimestre de la gestación y con brindar un tratamiento oportuno y adecuado. Para la localidad de Usme no se presentan casos para el año 2014, lo cual responde al manejo adecuado de las gestantes que se fueron diagnosticadas con VIH durante éste periodo.

² Profamilia (Internet). Colombia 2011. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-5.pdf>

³ Fuente: Bases de datos nacimientos RUAF 2014 Hospital Usme.

⁴Hospital Usme (Internet). Colombia 2014. Disponible en: <http://www.eseusme.gov.co/index.php/diagnostico-local>

2.2.5.6 Prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (15-49 años)

Componente: Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva SSR desde un enfoque de derechos

La cifra obtenida para el nivel local solo corresponde a las atenciones dentro del Hospital de Usme durante el 2014, y no se cuenta con seguimiento del indicador para otros años. No se evidencia una disgregación para cada UPZ de la localidad. El dato nacional se presenta en 63,10% en 2010⁵ adolescentes sexualmente activas y a nivel local se muestra en un 11%.

Se observa de manera frecuente que la anticoncepción es una actividad que solo debe asumir la mujer. En lo local, dentro de la información obtenida no se evidencia el uso de métodos naturales, sin embargo en los adolescentes existen creencias o mitos de uso de productos distintos a los anticonceptivos, como tomar gaseosa caliente con limón, para la prevención del embarazo. También se han evidenciado barreras para que las mujeres accedan a los métodos, porque cuando consulta no hay o se ha acabado el contrato con la EAPB y no es posible atenderla, y en ocasiones se evidencia que no comprenden en su totalidad la importancia de hacer un uso oportuno de ellos.

Por otra parte, se ve afectada esta cifra porque no se cuenta con datos de la población no capitada con el Hospital, que en una buena cifra corresponde al régimen contributivo.

2.2.5.7 Prevalencia de VIH/SIDA

Componente: Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva SSR desde un enfoque de derechos

Durante el año 2014 se presentaron 79 casos de VIH de los cuales (63 casos) 79,7% corresponden al sexo masculino y (16 casos) 20,3% son del sexo femenino. En comparación con el año 2013 el número de casos aumento pasando de 43 a 79 casos. De acuerdo con la distribución por UPZ de residencia, la mayor incidencia de VIH se presenta en las UPZ (57) Gran yomasa con 31,6%; seguido de UPZ comuneros con 27,8%; UPZ(56) Danubio 12,6%; UPZ (59) y UPZ (61) Ciudad Usme con 10,1% cada una de ellas, la UPZ (52) La Flora presentó 7,5% de los casos, de los casos presentados (72 casos) corresponden a población general y (7 casos) 8,8 % hacen referencia a casos de gestantes que conviven con VIH; no se registraron casos de transmisión vertical . La población de la localidad presenta vulnerabilidad asociada a condiciones económicas, sociales y culturales lo que probablemente influye significativamente en los factores de riesgo asociados a la transmisión del virus de inmunodeficiencia adquirido.

⁵ Ministerio de Salud (Internet). Colombia; Minsalud 2014. MONITOREO A LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/bolet%C3%ADn%20ODM%202014.pdf>

2.2.5.8 Proporción de mujeres gestantes que ingresan al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional

Componente: Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva SSR desde un enfoque de derechos

Para la localidad de Usme el dato se presenta en un 49%⁶ siendo la cifra obtenida alta, la cual se ve afectada porque la mujer nota su estado de gestación a una avanzada edad gestacional o posterior a las 12 semanas y no tienen clara la importancia de iniciar en el primer trimestre. Por otra parte sugiere que las mujeres no están en control permanente y que no ha sido promovida y/o implementada la consulta preconcepcional. La información no se encuentra desagregada por UPZ.

Desde el nivel local también se evidencian esfuerzos desde el Hospital de Usme para una captación temprana de la gestante con los resultados de prueba de embarazo positivos, que una vez son consolidados se realiza búsqueda activa de la mujer gestante. En los territorios saludables igualmente se canaliza a la población no capitada.

2.2.5.9 Proporción de mujeres gestantes que tienen 4 o más controles prenatales

Componente: Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva SSR desde un enfoque de derechos

A nivel Nacional el dato es de 84,79% a 2012⁷ y el dato local es de 86%⁸, de acuerdo a los rangos de edad desde la adolescencia tardía (15-19 años) hasta la juventud y en la adulta joven se observan el mayor número de casos, de lo cual se puede inferir que el mayor número de gestaciones ocurre en estas etapas de ciclo.

La mayor concentración de mujeres gestantes que tienen más de 4 controles se encuentran ubicadas en las dos UPZs, las de mayor densidad poblacional que son la 57 Gran Yomasa y 58 Comuneros, en donde respectivamente se encuentran 5 UPAs del Hospital de Usme para la primera y 1 UPA para la segunda.

En Colombia el porcentaje desde el 2010 al 2012 se ha mantenido, sin embargo a nivel de la localidad de Usme no se encuentran otros datos para hacer la comparación, pero la cifra obtenida

La cifra es alta y sugiere que las mujeres continúan con su control para una detección temprana de alteraciones y remisión oportuna para el nivel de atención correspondiente, ellas comprenden la importancia de tener el seguimiento.

⁶ Fuente: Base gestantes área P y D 2014, Hospital Usme ESE I Nivel.

⁷ Ministerio de Salud (Internet). Colombia; Minsalud 2014. MONITOREO A LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/bolet%C3%ADn%20ODM%202014.pdf>

⁸ Fuente: Bases de datos nacimientos RUAF 2014 Hospital Usme.

Además el permanecer en seguimiento es un requisito para recibir subsidios desde otras instituciones.

2.2.5.10 Tasa de incidencia de Hepatitis B

Componente: Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva SSR desde un enfoque de derechos

Prevalencia de Hepatitis B y C Para el evento de Hepatitis B se contó con un total de 22 casos durante el año 2014, sin embargo existen fragilidades en la oferta de salud para el diagnóstico de la hepatitis B, dadas por barreras en acceso al diagnóstico con respecto a la prueba confirmatoria, lo cual puede generar subregistro de los casos.

Por otra parte de acuerdo con la distribución por UPZ de residencia, la mayor incidencia de Hepatitis B se presenta en las UPZ (57) Gran yomasa y (58) Comuneros con 37,5% de los casos en cada una de las UPZ mencionadas; seguido de la UPZ (59) Alfonso López con 12,1% de los casos presentados; las UPZ (56) Danubio y UPZ (52) Flora con 6,2% en cada una de ellas, la UPZ (61) Ciudad de Usme no presentó casos para el año 2014.

2.2.5.11 Tasa de incidencia de Sífilis Congénita

Componente: Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva SSR desde un enfoque de derechos

A nivel local en el año 2014 la incidencia de sífilis congénita para la localidad de Usme fue de 4,1% por cada 1000 nacidos vivos, según la distribución de los casos de acuerdo a la UPZ de residencia de los mismos se observa que UPZ con mayor incidencia de sífilis congénita es Comuneros (UPZ 58) con 39,1% de los casos; la UPZ (57) Gran yomasa con 21,7%; UPZ La Flora (52) con 17,4%; seguidos de las UPZ (61) Ciudad Usme y UPZ (56) Danubio que tienen un comportamiento similar con 8,7% de los casos en cada una de ellas; la UPZ Alfonso López (59) presentó 4,3% del total de los casos.

2.2.5.12 Tasa General de Fecundidad

Componente: Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva SSR desde un enfoque de derechos

A nivel nacional la tasa de fecundidad es de 74,6 x 1000 mujeres, 2005-2010, a nivel distrital es de 58,2 x 1000 mujeres, 2005-2010 y a nivel local es de 43,17 x 1000 mujeres, 2014⁹ para las mujeres entre los 15 a 49 años

Este indicador expresa el número de nacimientos anuales por cada mil mujeres en edad fértil, de acuerdo a la cifra reportada por el diagnóstico distrital en salud

⁹ Fuente: Bases de datos nacimientos RUAF 2014 Hospital Usme.

2010¹⁰, señala que entre los años 2005 a 2010 por cada mil mujeres en edad fértil ocurrieron 58,2 nacimientos en Bogotá; para el caso de Usme en ese mismo periodo se calculó una tasa general de 68,2 a 78,7. Para el año 2014 es de 43,17 x 1000 mujeres, observándose una disminución significativa en nacimientos. La mayoría de nacidos vivos ocurrieron en la UPZ 57 Yomasa y en la 58 Comuneros, que de acuerdo al diagnóstico local de 2012 son las que mayor densidad poblacional tienen.

Dicha cifra puede estar relacionada también con el acceso a los servicios de anticoncepción que se ofrecen desde el sistema de salud, pues cabe aclarar que no toda la población está capitada en el Hospital de Usme sino en otras IPSs.

2.2.6 Dimensión Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles

Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial³³.

2.2.6.1 Acceso a terapia farmacológica para personas con riesgo cardiovascular

Componente: Condiciones crónicas prevalentes

Esta área de observación pertenece a la dimensión Vida Saludable y condiciones no transmisibles

Los usuarios que pertenecen al programa de condiciones crónicas con riesgo cardiovascular bajo o moderado reciben atención trimestral con respectiva formulación de terapia farmacológica para el control de su condición crónica. Para favorecer la adherencia a la terapia farmacológica, se entrega fórmula para 3 meses la cual es dispensada por la farmacia del Hospital o de la EPS del usuario de acuerdo al tipo de afiliación. Para el segundo semestre de 2014 se obtiene como dato que 3708 usuarios accedieron a terapia farmacológica sobre un total de 6745 usuarios registrados en el programa. Es importante anotar que en el 2014 se brindó atención a un total de 5399 usuarios con corte hasta el mes de diciembre y de este total 4211 están afiliados a capital salud o pertenecen a Fondo Financiero Distrital con quienes el Hospital tiene convenio para entrega de medicamentos. Por ende, el dato de usuarios que accedieron a medicamentos se toma de la base de datos de la institución donde se registran los capitados con la EAPB mencionada y el Fondo Financiero Distrital. Por lo anterior se encuentra

¹⁰ Salud Capital (Internet). Colombia 2012. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/Documento%20Preliminar%20Diagn%C3%B3stico%20Distrital%202010.pdf>

que el 88,05% de usuarios que reciben medicamentos en las farmacias de las ESE accedieron a terapia farmacológica.

Respecto a los Indicadores básicos que permiten verificar la situación actual de la localidad: 3708 usuarios que accedieron a terapia farmacológica en el segundo semestre del 2014. Este dato se obtiene de la Base de datos facturación de farmacia Hospital de Usme junio a diciembre de 2014 y la Base de datos programa de condiciones crónicas ESE Usme 2014. Se obtuvo la base de datos de facturación únicamente del segundo semestre del 2014. No se encontró información de este indicador a nivel distrital ni nacional.

2.2.6.2 Edad media de inicio de consumo de tabaco en escolares

Componente: Modos, condiciones y estilos de vida saludables.

A nivel distrital, la edad promedio del primer uso fue de 12,4 años, muy similar para hombres y mujeres. Desde el punto de vista de la mediana, las mujeres se inician 1 año más tarde que los hombres: un 50% de los escolares varones que han consumido tabaco, iniciaron el consumo a los 12 años o menos, mientras que ese mismo porcentaje entre las mujeres ocurre a los 13 años de edad³⁴.

Durante el año 2014 (octubre-diciembre) en la localidad de Usme se atendieron 19 casos del ciclo vital infancia y adolescencia (niños, niñas y adolescentes) por consumo de tabaco desde la estrategia CAMAD, en cuanto variable sexo, el mayor porcentaje corresponde a hombres con el 78.94% (15 casos). De acuerdo el número de usuarios atendidos, el promedio en la edad de inicio del consumo corresponde a 15.31 años. Desde intervención psicosocial se atendieron 3 casos por consumo de tabaco, estudiantes, lo cual no es representativo teniendo en cuenta que se brindó atención por otros eventos a 2904 personas.

2.2.6.3 Identificación de la hipoacusia

Componente: Condiciones crónicas prevalentes

El proceso de identificación de la hipoacusia, se realiza en localidad de Usme por medio del Registro y caracterización de la población con discapacidad, el cual es un instrumento que permite recolectar información, para conocer la situación de la población con discapacidad a nivel Nacional, Distrital; su finalidad es la formulación de políticas, planes y programas en relación a las necesidades humanas que den respuestas reales a la población con Discapacidad.

Desde el año 2005 al 2014 se han registrado en la localidad de Usme, un total de 9122 personas con discapacidad, de las cuales 1541 pertenece a las personas que presentan alteración en el oído, correspondiente a hipoacusia que por su intensidad puede ser leve, moderada, severa y profunda. Por su localización: conductiva, neurosensorial, mixta y central. Y por su momento de aparición respecto al lenguaje: prelocutiva, perilocutiva y postlocutiva. Cabe resaltar que desde el registro no se identifica únicamente el déficit, sino también la limitación

en actividades, la restricción en la participación que tiene la población con el entorno, y también por el análisis de los factores ambientales y contextuales por medio de los cuales se afectan los determinantes sociales. Dicho proceso de identificación se basa en la Clasificación Internacional de la Funcionalidad CIF.

El registro para la localización de las personas con discapacidad de la localidad de Usme, identificó desde el 2005 a 2014, un total de 1541 personas con discapacidad auditiva, de las cuales 804 pertenecen al ciclo vital vejez con un 52,2 %, seguido de 437 personas adultas con un 28,4 %, y con menor porcentaje se encuentran los ciclos de Juventud con el 11,5%, seguido de Infancia con un 5,5% y por último el ciclo vital Adolescencia con el 2,5% de la totalidad de personas con discapacidad auditiva registradas

En Bogotá al igual que en la nación, se cuenta con la información del Registro para la localización y caracterización de población con discapacidad, orientado por el DANE para el periodo 2004 a 2010, actualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social y administrado en la Capital por la Secretaria Distrital de Salud. Esta información permite integrar los datos soportados en la Clasificación internacional del funcionamiento, la Discapacidad y Salud OMS- 2001, que identifican además de la situación sociodemográfica, las principales, deficiencias o alteraciones, las limitaciones en las actividades de la vida diaria y las restricciones en la participación. Según los datos preliminares de este registro, hasta el 27 de mayo de 2015 (dato preliminar)iv se han identificado y caracterizado 227.642 personas con discapacidad con residencia en la ciudad; de las cuales el 58% son mujeres y 42% son hombres. Las localidades con mayor número de personas registradas son en su orden: Kennedy, Rafael Uribe, Bosa y San Cristóbal. El grupo de edad que concentra la mayoría es el de los 65 a 69 años, en ambos sexos. Con base a las etapas del transcurrir vital 7.986 están entre los 0 y 13 años, 5.505 corresponden al rango de 14 a 17, 16.482 están entre los 18 y 26 años, 71.804 se encuentran en etapa adulta y el mayor de población con discapacidad continua siendo el de mayores de 60 años con 119.63 personas. De igual forma el mayor número de hombres en la niñez, adolescencia y la juventud; en la adultez y la vejez se invierte esta situación, y la mayor parte de la población se concentra en las mujeres.

Para Colombia, según el último censo reportado por el Ministerio de Salud y la Protección Social de 2005, Colombia tiene 2.624.898 personas con algún tipo de limitación, de ellos el 20% son personas menores de 18 años. De acuerdo con el Registro para la Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad, a corte 2014 hay 1.121.274 personas registradas, correspondiente a un 42.7% total según Censo 2005; la cobertura geográfica corresponde al 97% de los municipios del país. Del total de población con discapacidad caracterizada, el 48,8% corresponde al sexo masculino y 51,1% al femenino. La alteración permanente que más afecta a la población colombiana con discapacidad corresponde al movimiento corporal, seguida por las alteraciones del sistema

nervioso, y en tercer lugar las personas que tienen alteración permanente de los ojos y los oídos.

La fuente de los indicadores son la base del registro para la localización de las personas con discapacidad de la ESE Hospital de Usme. Aportes a la proyección de la Política Pública de Discapacidad en Bogotá. 2016-2020. Sistema Distrital de Discapacidad.

2.2.6.4 Implementar la estrategia "once para la salud" en las Instituciones de educación media

Componente: Modos, condiciones y estilos de vida saludables

“Once para la salud” es una iniciativa para la prevención de enfermedades en los niños y la población colombiana con el impulso de Presidencia de la República, Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, Coldeportes Nacional y el soporte de la Federación Internacional de Fútbol Asociado (FIFA). No se conocen actividades para implementación de esta estrategia dentro de la localidad, no se encontró actividad o presencia de este programa en la localidad de Usme a corte de Diciembre de 2015.

2.2.6.5 Mortalidad por Diabetes Mellitus

Componente: Condiciones crónicas prevalentes

De acuerdo a la información del Diagnostico Local con Participación Social 2013, la Diabetes Mellitus ocupa la quinta causa de mortalidad en la localidad.

Para el año 2014 se obtiene que la tasa de mortalidad por Diabetes en la localidad es de 0,15 por cada 1000 habitantes. De acuerdo a la relación de los factores de riesgo para la incidencia/prevalencia de Diabetes y mortalidad se encuentra en la localidad una tendencia al alto consumo de carbohidratos, pobre consumo de frutas y verduras y en general malos hábitos alimentarios, lo que conlleva a una malnutrición por exceso. La obesidad y el sobrepeso son los principales factores de riesgo para la aparición de la enfermedad, sumado a esto la detección no se realiza de manera temprana dado a que la población accede tardíamente a los servicios de salud, situación que dificulta el manejo y control de la patología y aumenta el riesgo de mortalidad.

La tasa de mortalidad por Diabetes Mellitus en la localidad es de 0,15 por cada 1000 habitantes. "La Diabetes es la séptima causa de muerte en la población general con una tasa de 5,32 por 100.000 habitantes.

La fuente de los indicadores es el anexo técnico gestión de políticas y programa de condiciones crónicas. Diagnostico local con participación local 2013. Instituto nacional de salud, observatorio nacional de salud, tercer informe ONS: mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011. Base de datos de mortalidad Usme 2014"

2.2.6.6 Mortalidad prematura por cáncer

Componente: Condiciones crónicas prevalentes

El cáncer constituye un grupo de enfermedades con grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales. Para el año 2014 se presentaron un total de 38 casos de mortalidad por cáncer en la localidad. En cuanto al tipo de cáncer se encuentra un 26 % de mortalidad por cáncer gástrico, un 18 % por leucemias, 13 % por cáncer de colon, 11 % por cáncer de ovario, 8 % cáncer de pulmón y un 23 % corresponde a otros tipos de cáncer como Ca de páncreas, Sistema Nervioso Central, peritoneo, cáncer hepático y cáncer de grandes vas

En cuanto a género, el 55% de las mortalidades corresponden al género masculino y el 45% al género femenino. En cuanto a etapa de ciclo vital se tienen dos casos de mortalidad para la etapa infancia (5%). En la etapa de juventud se tienen 4 casos (11%), para la etapa adultez se encuentran 16 casos (42%) al igual que para la etapa de vejez. Se encuentra un total de 922 años de vida potencialmente perdidos, lo que en términos de tasa corresponde a 2,161 años por cada 1000 habitantes

Se encuentra un total de 922 años de vida potencialmente perdidos, lo que en términos de tasa corresponde a 2,161 años por cada 1000 habitantes. En 2010, se registraron 33.450 defunciones por cáncer, que representaron 16.9% del total de defunciones, de estas 16.381 fueron en hombres y 17.069 en mujeres, con una tasa cruda de mortalidad por cáncer de 72,9 por 100.000 y 74.1 por 100.000, respectivamente.

Fuente de los indicadores: DANE. Colombia. Proyecciones anuales de población por sexo y edad 1985- 2015. Esperanza de vida para Colombia. Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012 – 2021. Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología, ESE. Base de datos de mortalidad Usme 2014"

2.2.6.7 Mortalidad prematura por Eventos Cerebro Vasculares

Componente: Condiciones crónicas prevalentes

De las 10 principales causas de mortalidad en la localidad de Usme durante los años 2007 a 2011, se puede establecer que las primeras 4 causas están relacionadas con: enfermedad isquémica del corazón, Enfermedad cerebrovascular, enfermedades crónicas de las vías respiratorias y los homicidios, Estas se han mantenido estables durante los 5 años observados. Durante el 2014 se reportan 8 casos de mortalidad por eventos cerebrovasculares, 4 corresponden a mayores de 70 años y los otros 4 a menores de 70 años. Se tiene en cuenta esta edad, puesto que hace parte del indicador distrital para la medición de enfermedades evitables que se maneja a nivel distrital. El 75% de los casos son población femenina y el 25% corresponden a población masculina. La tasa de años de vida perdida como indicador de mortalidad prematura para la

localidad de Usme es de 0,16 por cada 1000 habitantes con un total de 71,54 AVPP

La tasa de años de vida perdida como indicador de mortalidad prematura para la localidad de Usme es de 0,16 por cada 1000 habitantes con un total de 71,54 AVPP. Los accidentes cerebrovasculares de tipo hemorrágico o isquémico son la tercera causa de muerte en la población general con una tasa de 7,96 por 100.000 habitantes.

Fuente de los indicadores: DANE. Colombia. Proyecciones anuales de población por sexo y edad 1985- 2015. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Tercer Informe ONS: Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011. Base de datos de mortalidad Usme 2014

2.2.6.8 Mortalidad prematura por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Componente: Condiciones crónicas prevalentes

Entre de las 10 principales causas de mortalidad en la localidad de Usme durante los años 2007 a 2011, se establecen como la cuarta causa de mortalidad las enfermedades crónicas de las vías respiratorias. Estas se mantuvieron estables durante los 5 años observados. Durante el 2014 se reportan 13 casos de mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, lo que corresponde a un 0,9 % de las defunciones totales de la localidad para ese periodo. 10 casos corresponden a mayores de 70 años y los otros 3 a menores de 70 años. Se tiene en cuenta esta edad, puesto que hace parte del indicador distrital para la medición de enfermedades evitables. El 46,1 % de los casos son población femenina y el 53,9 % corresponden a población masculina. La tasa de años de vida perdida como indicador de mortalidad prematura para la localidad de Usme es de 0,168 por cada 1000 habitantes. Al igual que la tendencia nacional, en la localidad de Usme se atribuyen como causas de incidencia de EPOC el tabaquismo y se adiciona la exposición al humo de leña.

La tasa de años de vida perdida como indicador de mortalidad prematura para la localidad de Usme es de 0,16 por cada 1000 habitantes con un total de 71,25 AVPP. Según cifras de mortalidad presentadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, en 2010, del total de muertes ocurridas en Colombia, cerca de 4500 fueron por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores atribuidas al consumo de tabaco

Fuente de los indicadores: DANE. Colombia. Proyecciones anuales de población por sexo y edad 1985- 2015. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Tercer Informe ONS: Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011. Base de datos de mortalidad Usme 2014

2.2.6.9 Porcentaje de personas que consumen frutas 3 o más veces al día

Componente: Modos, condiciones y estilos de vida saludables

De acuerdo a los datos del MPS sobre consumo de frutas y verduras: “En población nivel 1 del SISBEN, el porcentaje de no consumo es de 41,2% en frutas y 6,7% en verduras”. Para la localidad la población nivel I SISBEN es una población representativa.

De acuerdo a los datos que arroja la base de datos de los tamizajes de condiciones crónicas el 64% de la población valorada refiere consumir más de 3 frutas y verduras al día.

La frecuencia diaria de consumo es mayor en el área urbana (urbana 69,5% vs rural 58,5%). Teniendo en cuenta que la localidad de Usme cuenta con la mayor población rural del distrito, se mantiene la tendencia a una baja ingesta de frutas en la población de la localidad. De acuerdo a la OMS, se estima que la ingesta insuficiente de frutas y verduras es causante de aproximadamente un 19% de los cánceres gastrointestinales, un 31% de las cardiopatías isquémicas y un 11% de los accidentes vasculares cerebrales”

De acuerdo a los datos que arroja la base de datos de los tamizajes de condiciones crónicas el 64% de la población valorada refiere consumir más de 3 frutas y verduras al día.

Respecto al consumo de frutas y verduras, a partir de las bases de datos de la encuesta ENSIN 2005 se identificaron algunos aspectos: el primero es que el 27,1% de la población colombiana refiere no consumir frutas frecuentemente y que además quienes sí lo hacen, sólo aprovechan una pequeña variedad de especies, entre ellas el mango, el banano, la guayaba, el tomate de árbol, la naranja y la mora, a pesar de la amplia biodiversidad y disponibilidad de éste grupo de alimentos. Segundo : En población nivel 1 del SISBEN, el porcentaje de no consumo es de 41,2% en frutas y 6,7% en verduras

Fuente de los indicadores: "Base de datos jornadas de valoración de condiciones crónicas ""medidas a tu medida "" 2014. Lineamiento técnico nacional para la Promoción de frutas y verduras. 2013".

2.2.6.10 Porcentaje de progreso de Enfermedad Renal Crónica

Componente: Condiciones crónicas prevalentes

La enfermedad Renal en la localidad de Usme no se encuentra totalmente caracterizada. En el año 2014 se obtuvo el dato de 59 usuarios reportados con ERC estadio 3 en la localidad, esto a través de la base de datos reportada por la secretaria de salud. Sin embargo no se manejan bases anteriores para hacer un análisis del porcentaje de progreso de la enfermedad renal crónica. Para mediados del año 2015 se inició recolección de información del diagnóstico de

enfermedad renal crónica en los usuarios con condición crónica que pertenecen al programa

De acuerdo a lo anterior no se tiene indicadores locales de esta área de observación. A nivel nacional la Enfermedad Renal Crónica representa en la carga de enfermedad. A mediados de 2011 habían registrados en la Cuenta de Alto Costo (CAC) 788.565 personas, que en su mayoría aún no están clasificados según su estadio clínico (46,2%); en estadio 1 están clasificados el 18,2%, en estadio 2 el 31,7%, en estadio 3 el 43,6%, estadio 4 el 3,3% y estadio 5 el 3,2. Por sexo no hay diferencias y por grupos de edad la mayoría están por encima de los 50 años de edad¹¹

2.2.6.11 Prevalencia de actividad física en tiempo libre (>150 minutos a la semana)

Componente: Modos, condiciones y estilos de vida saludables

A pesar de la importancia de la actividad física en la implementación de hábitos saludables para la población de todas las etapas del ciclo vital en Usme, esta práctica no ha tenido el incremento deseado, conforme a los objetivos de la política pública Bogotá + activa. La razón según lo observado y referido por la comunidad, es que la Localidad no cuenta con espacios públicos suficientes para la recreación y el deporte, principalmente en las zonas rurales y más alejadas de la localidad. Los pocos que existen representan riesgo para los menores por estar en malas condiciones o por la presencia de consumidores de sustancias psicoactivas, a su vez la baja oferta de programas y proyectos de instituciones como el IDR, cultura, alcaldía local, dependen de los presupuestos asignados desde los planes de gobierno distritales, o se encuentran centralizados en algunas UPZ de acuerdo a los escenarios disponibles, por otra parte para la población adulta y adulta mayor en etapa productiva no es la prioridad en su diario vivir, por lo cual siempre hay una “excusa” del porque no practican actividad física.

2.2.6.12 Prevalencia de hipertensión arterial

Componente: Condiciones crónicas prevalentes

La hipertensión arterial es la condición crónica más común en la población de la localidad, encontrándose un reflejo del perfil de morbilidad de la población colombiana. En el programa de condiciones crónicas de la localidad para el año 2014 se cuenta con un total de 6745 usuarios, de los cuales 6287 tienen diagnóstico de HTA lo que corresponde a un 93,2 %. De acuerdo a estos datos la prevalencia de HTA para la localidad de Usme en el 2014 es de 6,49%. Los principales factores de riesgo que se asocian a esta condición de acuerdo al

¹¹ Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública. [Internet] 2012".[Internet] 2012 citado 18 de julio 2015]]. Disponible en:<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Documento-completo-PDSP.pdf>

perfil socioeconómico y cultural de la localidad son: malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad), sedentarismo, alto consumo de sodio, pobres hábitos y estilos de vida saludables relacionados con nivel socioeconómico y educativo.

En el programa de condiciones crónicas de la localidad para el año 2014 se cuenta con un total de 6745 usuarios, de los cuales 6287 tienen diagnóstico de HTA lo que corresponde a un 93,2 %. De acuerdo a estos datos la prevalencia de HTA para la localidad de Usme en el 2014 es de 6,49%. La prevalencia de hipertensión arterial en adultos para Colombia fue 8,8%.

Fuente de los indicadores: Base de datos programa de condiciones crónicas Hospital de Usme ESE. Corte diciembre de 2014. DANE. Colombia. Proyecciones anuales de población por sexo y edad 1985- 2015. Informe Salud en la Américas. Colombia. 2012

2.2.6.13 Supervivencia de los menores de 18 años con leucemias agudas pediátricas

Componente: Condiciones crónicas prevalentes

De acuerdo a los datos arrojados por el DANE la supervivencia de los menores con cáncer infantil en Colombia es muy inferior a la supervivencia en comparación a los países desarrollados. El factor de supervivencia de los menores con leucemia infantil depende más de las barreras de acceso en salud que de la misma severidad de la enfermedad. En la localidad de Usme para el 2014 no se contaba con datos de los menores identificados con leucemias infantiles, por tanto se dificulta calcular la supervivencia en esta etapa de ciclo vital. "Según el DANE, se diagnosticaron en Colombia, 2.000 casos nuevos de cáncer, 38 % en menores de 19 años, el 17% falleció en el primer año, 35 % abandonaron el tratamiento y la tasa de sobrevivencia global no superó el 43%, comparado con 85% en países más desarrollados"

Fuente de los indicadores: "Guía de práctica clínica para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento Y seguimiento de leucemia linfocítica aguda en niños, niñas y adolescentes. Ministerio de protección social".

2.2.7 Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres

Espacio de acción sectorial, transectorial y comunitaria, que propende por la protección de individuos y colectivos ante los riesgos de emergencias o desastres que tengan impacto en salud pública, procurando reducir los efectos negativos en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo como un proceso social que orienta la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas, proyectos y acciones permanentes para el conocimiento, la reducción del riesgo y el manejo de emergencias y desastres, con el fin de contribuir en la seguridad sanitaria, el bienestar, la calidad de vida de las personas y al desarrollo sostenible en el territorio nacional³⁵.

2.2.7.1 Avance en la articulación de los hospitales con los planes territoriales sectoriales de gestión de riesgo de desastres

Componente: Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres

Desde el nivel local, la gestión de Urgencias y Emergencias por parte del Hospital de Usme se articula con el Consejo Local de Gestión del Riesgo y Cambio Climático (CLGR-CC), articulando a nivel de cada localidad las nuevas orientaciones distritales y nacionales. Estos escenarios se presiden por la Alcaldía Local y el IDIGER, en conjunto con la Secretaría de Ambiente, Secretaría de Salud, Secretaría de Integración Social, Secretaría de Educación, Empresa de Acueducto y Alcantarillado y Aseo de Bogotá E.S.P, Secretaría Distrital de movilidad, Bomberos, Policía, Defensa Civil, Cruz Roja, Secretaría de Planeación, Corporación Autónoma Regional y representación de las organizaciones sociales y comunitarias de la localidad. En este sentido, se desarrollan acciones como la evaluación y seguimiento de la Matriz de Puntos Críticos de la localidad; en donde se evalúan los factores de riesgos ambientales que se presentan en el territorio de usme, desarrollando acciones que permitan minimizar los impactos ambientales en articulación con los escenarios nacionales de gestión del riesgo.

2.2.7.2 Avance en la articulación del plan nacional de gestión integral del riesgo de desastres

Componente: Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres

En el escenario nacional; a partir de la Ley 1523 de 2012 en donde se transforma y consolida la normatividad adoptando la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres se han adelantado acciones de formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de acciones tendientes a articular procesos encaminados a contribuir a la seguridad, el bienestar, la calidad de vida de las personas y al desarrollo sostenible. En este contexto, desde la localidad de usme por medio del consejo local se busca permanentemente la articulación con escenarios nacionales en acciones encaminadas a la gestión de riesgo.

2.2.7.3 Cobertura de la Red Nacional de toxicología

Componente: Respuesta en salud ante situaciones de urgencia, emergencias en salud pública y desastres

Las intoxicaciones por sustancias químicas son causa de morbilidad y discapacidad importante. Sin embargo, a pesar de la exposición ubicua a las sustancias químicas en el mundo, se conoce muy poco acerca del impacto en la salud pública, atribuido a intoxicaciones por sustancias químicas, debido a la poca información disponible y al conocimiento parcial del riesgo para la salud y medio ambiente para algunas sustancias. En este orden de ideas, desde la Referencia de Urgencias y Emergencias del hospital se realiza el manejo hospitalario a todos los casos de brotes asociados a intoxicaciones por sustancias químicas que así lo

requieran, realizando Investigaciones Epidemiológicas de Campo al 100% de los brotes de acuerdo a los lineamientos establecidos para el evento en donde se toman las muestras biológicas de todos los contactos con exposición comprobada a sustancias químicas, de acuerdo a la disponibilidad de laboratorio e identificando las falencias o carencias en el manejo institucional de los casos, y en la vigilancia epidemiológica de la intoxicación.

2.2.7.4 Implementación del índice de seguridad hospitalaria en los hospitales

Componente: Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres

A nivel institucional, el hospital tiene establecida una política de administración de riesgo la cual genera un compromiso interno de identificar, analizar, evaluar, valorar, eliminar y controlar los posibles riesgos que incidan y afecten sobre la calidad de la prestación de los servicios de salud a los habitantes de la localidad. En consecuencia, se enfoca en criterios de prevención, respecto a los riesgos estratégicos, operativos, financieros, ambientales, de control, de cumplimiento, tecnológicos y de información que se puedan presentar en el desarrollo de sus actividades, por medio de la aplicación de diferentes estrategias para tratar y manejar los riesgos priorizados, permitiendo tomar decisiones adecuadas para evitar, reducir, compartir, transferir o aceptar el riesgo y gestionar las acciones necesarias para contrarrestarlos. De igual forma, en cuanto a la perspectiva de seguridad del paciente adelanta acciones que propendan por la generación de una cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas y estrategias a aplicar) y la conformación del comité de seguridad de pacientes para prestar servicios de atención seguros, a través del análisis y mejoramiento de los procesos de atención, con el fin de prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del usuario, su familia y la comunidad.

2.2.7.5 Implementación del sistema de emergencias médicas

Componente: Respuesta en salud ante situaciones de urgencia, emergencias en salud pública y desastres

Se tiene establecido internamente la atención de emergencias internas y externas. De tal forma que en el parámetro interno pueden llegar a colocar en peligro las instalaciones del hospital, la población general que se encuentren al interior, dotación y los equipos con que se cuenta en un momento dado, las maniobras de evacuación; lo cual depende del estado de la estructura física con que se cuenta, de la funcionalidad de los equipos y servicios, de la integridad del personal y su capacidad de respuesta, determinada en gran parte por el entrenamiento, la organización y el equipamiento necesario para enfrentar la emergencia. Otro aspecto importantes son las emergencias externas las cuales se clasifican en dos grupos: Las previsible: como su nombre lo indica, permiten por parte del hospital

tomar una serie de pasos previos, que van desde una etapa de alerta, en la cual se definen tres grados con sus respectivas categorías de alistamiento, hasta llegar a la fase de atención misma de la emergencia y las Imprevisibles: no hay posibilidad de establecer un alistamiento previo, y tendrá que iniciarse directamente en la fase de atención.

2.2.7.6 Mortalidad por emergencias y desastres

Componente: Respuesta en salud ante situaciones de urgencia, emergencias en salud pública y desastres

De acuerdo al Diagnóstico Local elaborado por el Hospital de Usme 2015; para el 2014 la localidad de usme contaba con 427.090 habitantes. En éste sentido, el registro de mortalidad relacionada con emergencias y desastres es consolidado por la plataforma SIRE; la cual se concibe como un instrumento que permite recopilar, integrar, producir y divulgar información técnica y de coordinación a las entidades del Sistema Distrital de Prevención y Atención de Emergencias, y facilita la inclusión del riesgo en la cultura a través de la disponible información y los servicios en línea dirigidos a la comunidad.

2.2.7.7 Personas que quedan arruinadas por emergencias y desastres

Componente: Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres

Para el año 2014 se presentaron emergencias priorizadas por el Consejo Local de Gestión del riesgo y Cambio Climático en los siguientes sectores de la localidad. Alerta Amarilla: Barranquillita - Quebrada Santa Librada: filtraciones de agua por tubería de desagüe. Barrio Charalá: inundación de varias manzanas por desvío de cauce en el Canal Chuniza. Danubio - Monte Blanco: Quebrada Hoya del Ramo - Quebrada Yomasa vertimiento de residuos sólidos en la ronda lo cual generó represamiento del cauce y creciente súbita de la quebrada. Alerta Naranja: Los sectores de San Juan de Usme, Urbanización Germinar, Yopal Pedregal, La Fiscala, La Morena II y Villa Anita presentaron fenómeno de remoción en masa por condiciones de inestabilidad del terreno.

2.2.8 Dimensión Salud y Ámbito Laboral

Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales y transectoriales que buscan el bienestar y protección de la salud de los trabajadores, a través de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables en el ámbito laboral, el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de las personas en todas las ocupaciones, y el fomento de las intervenciones que modifican positivamente las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal de la economía³⁶.

2.2.8.1 Cobertura de la población ocupada en riesgo laboral

Componente: Seguridad y salud en el trabajo

Desde la estrategia de entornos de trabajo saludable se realiza a los empleadores y empleados de las Unidades de Trabajo Informal asesorías que mejoren las condiciones de trabajo a 2500 trabajadores aproximadamente, teniendo en cuenta que por su informalidad no es importante el uso de elementos de protección personal, ni la disminución de riesgos en la unidad de trabajo, así como la afiliación al SGSSS.

2.2.8.2 Incidencia de accidentalidad en el trabajo

Componente: Situaciones prevalentes de origen laboral

A partir de la Intervención de Entornos de Trabajo saludable se ha podido identificar en algunos de los trabajadores informales algún evento de Accidente de Trabajo (AT), notificando 20 casos, aunque la ESE no tiene a cargo intervenirlos, estos casos son notificados a SIVISTRA del hospital Pablo sexto quienes son los encargados de realizar la intervención correspondiente y reportará que en la localidad se realizó abordaje de 190 eventos de Accidentes de Trabajo, del total de eventos el 66% (126) corresponden a mujeres y el 34% (64) corresponden a Hombres.

Las ocupaciones que mayor representación tuvieron en cuanto a los eventos investigados de Accidente de Trabajo, corresponden a los cocineros y afines con un total de 55 trabajadores es decir el 29%, seguido de los vendedores de puesto fijo con 45 (24%) del total y en tercer lugar están los sastres, modistos, costureros y afines con un total de 26 (14%) eventos.

Diferente al común de las demás localidades, en Usme el tipo de lesión más frecuente corresponde a las quemaduras en el caso de las mujeres con 53 (28%) eventos y en el caso de los hombres fueron los golpes, contusiones y aplastamientos los de mayor frecuencia con 22 (11%) eventos; en relación con lo anterior 36 eventos que reportaron quemaduras en el caso de las mujeres son trabajadoras de la cocina o afines y en el caso de los hombres 8 corresponden a vendedores de puesto fijo y 7 a operarios de la madera.

Es importante recordar que en la Localidad de Usme la ocupación que mayor número de eventos de Accidente de Trabajo se presentó fueron los cocineros y afines, por lo tanto está relacionado con los anteriores resultados, en este tipo de ocupación se ha evidenciado que las personas tienden a normalizar las quemaduras dentro del contexto común del desarrollo de las actividades laborales y no está concebido claramente la protección frente al riesgo de contacto con temperaturas extremas.

El 46% (88) de los trabajadores presentan eventos relacionados con el uso de herramientas, el 25% (47) a causa de materiales o sustancias y el 23% (43) por las condiciones locativas.

En la localidad la mayor frecuencia de accidentalidad fue leve 96,8% (184), en cuanto a los eventos determinados como moderados correspondió a 0,5% (1), mientras que 2,6% (5) correspondieron a un grado Severo por las consecuencias ocasionadas en el trabajador, 3 de los eventos tuvieron como consecuencia la amputación de una parte o de un segmento corporal que se dio durante la operación de maquinaria durante el desarrollo de la labor, en los casos anteriores la incapacidad fue superior a 1 mes.

2.2.8.3 Incidencia de enfermedades relacionadas con el trabajo

Componente: Situaciones prevalentes de origen laboral

Desde la Intervención de Entornos de Trabajo saludable se ha podido identificar en algunos de los trabajadores informales algún evento de Enfermedad Laboral (EL), notificando 93 casos, aunque la ESE no tiene a cargo intervenirlos, estos casos son notificados a SIVISTRA del hospital Pablo sexto quienes son los encargados de realizar la intervención correspondiente y quienes en su informe socializan que en la localidad de Usme durante el año 2014 se abordaron 100 trabajadores notificados por posible enfermedad laboral, de los cuales 67 que corresponde al 67% fueron clasificados por el subsistema como probables, posterior a la valoración física y a la correlación con las condiciones de trabajo, del total de 67 trabajadores declarados como probables, el 68.65% (46) corresponde a mujeres y el 31.3% (21) son hombres, mostrando una dinámica similar a las demás Localidades donde por lo general ha predominado el sexo Mujer, lo que permite evidenciar una gran incursión de las mujeres en las fuerzas laborales, más aun en el contexto de la informalidad, dados los determinantes sociales que han presionado para que las mujeres se conviertan en aportantes económicas en los hogares.

La ocupación que mayor frecuencia presento para la Localidad fueron aquellas personas que se dedican al comercio siendo los vendedores con un 26.8% (18), seguido de las costureras y/o zapateros con un 22,38% (15) y los cocineros y afines con el 20,8% (14).

Las probables patologías más frecuentes fueron el síndrome del túnel del carpo con una frecuencia del 47.7% (32) lo que corresponde a casi la mitad de los trabajadores declarados como probables, lo que demuestra en esta localidad también una gran incidencia, las mujeres fueron las que presentaron mayor afectación (27) y tan solo (5) hombres aportan a este diagnóstico; en cuanto a los hombres también aportaron con (5) eventos al diagnóstico de Lumbago que se ubico como el segundo en la Localidad con 11.9% (8) las ocupaciones que refirieron esta condición son aquellas involucradas con la adopción permanente de posición bípeda.

Desde el área de fonoaudiología para la localidad, se evaluaron 13 trabajadores con sospecha de Hipoacusia Inducida por Ruido, distribuidos de la siguiente manera: el 61% (8) son mujeres y el 39% (5) son Hombres.

Para la localidad de Usme, las actividades económicas que mayor representación tuvieron para ser valorados por fonoaudiología corresponden al área de confección con 5 trabajadores lo que representa el 39% del total de trabajadores, seguidamente se encuentra personal doméstico con el 23% con 3 trabajadoras. Se reporta para este periodo un trabajador de construcción, uno como conductor y uno en ventas lo que corresponde al 7% cada uno respectivamente.

Para la Hipoacusia Inducida por Ruido se encuentra que el 30% de los trabajadores manifiestan estar o haber trabajado en ocupaciones donde no utilizaron elementos de protección auditiva lo que lleva a presentar esta situación en 4 trabajadores. La localidad de Usme refleja que para las áreas de confección y personal doméstico son las mujeres las que se ubican en estas ocupaciones económicas.

Sin embargo según la Federación de Aseguradores Colombianos (Fasecolda), dicho sistema es un mecanismo de protección para todos los trabajadores del país, orientado hacia el aseguramiento y atención, ante la posible ocurrencia de accidentes de trabajo o una enfermedad laboral.

A lo largo de los años la cobertura del seguro sigue expandiéndose en todas las regiones del país. En este escenario, la Cámara de Riesgos Laborales de Fasecolda propende por el crecimiento, desarrollo y sostenibilidad de este renglón asegurador. También representa a la totalidad de las ARL que hoy en día operan el ramo, buscando además el diseño e impulso de políticas y proyectos que estimulen el fortalecimiento y la productividad de las Administradoras de Riesgos Laborales en Colombia, las cuales son: ARL Sura, Compañía de Seguros de Vida Aurora S.A, Seguros Bolívar S.A., La Equidad Seguros Generales, Organismo Cooperativo, Positiva Compañía de Seguros S.A., Liberty Seguros S.A., Axa Colpatria Seguros S.A., Seguros ALFA S.A. y Seguros de Vida ALFA S.A., Colmena S.A. Compañía de Seguros de Vida, Mapfre Colombia Vida Seguros S.A.

A continuación se muestra en la tabla la comparación de las personas afiliadas al sistema anualmente:

FASECOLDA cerró el 2013 con 8,5 millones de afiliados al sistema, quienes contaron con protección en caso de accidentes o enfermedades producto de la labor que desempeñan. Comparado con el 2012, el número de afiliados creció 14,8 %.

En abril de 2014, el número de empresas afiliadas fue de 584.317. El número de trabajadores afiliados a abril de 2013 fue de 8'222.659. En el mismo mes de 2014

esta cifra ascendió a 8'911.882. Este crecimiento podría ser explicado por las políticas de formalización laboral¹².

Situaciones prevalentes de origen laboral

En Colombia según el Ministerio del Trabajo, 1283 personas murieron en los dos últimos años realizando trabajos en alturas. Gracias a actividades de prevención, Positiva ARL ha disminuido los accidentes mortales en sus empresas afiliadas, en todos los sectores económicos, en el periodo enero – mayo 2014 frente a igual periodo de 2013.

Por su parte Positiva Compañía de Seguros como Administradora de Riesgos Laborales, reportó en 2013 un total de 201.668 accidentes laborales, alrededor de 12.000 accidentes más que en 2012, lo cual se traduce en una tasa de accidentalidad de 6.64 por cada 100 trabajadores. Del total de los accidentes reportados, el 83% corresponde a los sectores de construcción, agricultura, actividades inmobiliarias, manufactura, comercio, minero y administración pública, siendo el sector de la construcción el que muestra la mayor accidentalidad con 48.782 accidentes reportados en 2013.

Este sector es también el que mayor cantidad de accidentes graves presenta; en 2013, del total de accidentes reportados, 3.302 (1,6%), fueron de gravedad, es decir una tasa de 90 accidentes graves por cada 100.000 trabajadores. De ese número, 651 accidentes (19,7%), se presentaron en el sector construcción.

En cuanto a accidentes mortales, según cifras del Ministerio del Trabajo, durante el 2013 en Colombia 755 personas murieron a causa de accidentes de trabajo, la mayoría de ellas, desarrollando actividades en alturas. Las cifras reportadas en Positiva revelan para ese año 455 accidentes fatales. De éstos, nuevamente fue el sector de la construcción el que mayor cantidad presentó con 84 muertes en el periodo analizado

- Los sectores con mayor tasa de accidentalidad son agricultura (15,21 %), industria manufacturera (9,65 %), hoteles y restaurantes (9,20 %) y minas y canteras (9,08 %). Todas estas tasas disminuyeron con respecto a 2013.
- Los sectores con mayor tasa de enfermedad laboral son agricultura (375,9 %), industria manufacturera (292,8%), administración (245,3 %) y hoteles y restaurantes (214,2 %).

¹² <http://www.fasecolda.com/>

Capítulo 3: Identificación de tensiones en salud presentes en la localidad

En este capítulo se realiza la identificación, valoración y análisis de tensiones a partir de la mirada relacional entre las dimensiones del desarrollo PASE y los objetivos y componentes de las dimensiones del PDSP. En este juego de interacciones se identifican eventos, generadores, implicaciones, reforzadores y liberadores que permiten avanzar en la comprensión de situaciones y condiciones en salud específicas para cada territorio³⁷.

3.1 Identificación de tensiones en salud presentes en la localidad

3.1.1 Tensiones Dimensión Salud Ambiental

Coberturas útiles de vacunación para rabia en animales

Componente: Hábitat saludable

Ciclo vital: infancia, juventud, adultez y vejez

Para el 2014, en la localidad de Usme registra una cobertura de vacunación del 48%, la cual debería estar en sobre el 80% en el manejo regular según la Organización Mundial para la Salud; según el observatorio de salud ambiental de Bogotá, en el periodo comprendido entre el año 2008 al año 2014 no se ha superado la cobertura útil de vacunación para rabia en animales del 80%. Estos índices se atribuyen a la falta de información a la población en general, dinámicas de urbanización superan la capacidad de respuesta institucional, crecimiento urbano informal de en la localidad incrementan la población de animales de compañía, Abandono de animales de compañía en Usme provenientes de otras localidades, falta de personal en la institución para dar cumplimiento a las directrices de la OMS. Falta de normatividad para controlar la tasa de natalidad de animales de compañía, por ende hace falta de acciones y políticas más resolutivas de las instituciones, así como el apoyo intersectorial para el fortalecimiento de la situación en el tema de bienestar y protección animal.

Esta tensión no se puede discriminar por UPZ, ya que afecta a toda la localidad, donde la dimensión social se ve afectada desde el punto de vista de la atención en salud de la población por la presentación del evento de rabia en animales o autóctona en humanos, para lo cual implica que en Usme se podrían registrar casos de rabia humana autóctona, a pesar de que en el 2001 se tuvo el último reporte de un caso de rabia animal autóctono, no se puede inferir que Bogotá no es una zona en riesgo para la transmisión del virus y presentación de la enfermedad, ya que factores altamente asociados a la aparición de casos de rabia en poblaciones humanas y animales, son aun constantes en el Distrito.

Si bien el Hospital de Usme realiza vacunación extramural en los centros de salud en los horarios establecidos por la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y campañas concertadas con la comunidad en los barrios, e Intramural con la estrategia de vivienda saludable se realiza intervención familiar en temas de bienestar animal y vacunación antirrábica en caninos y felinos. Desde el sector privado los centros veterinarios también realiza la aplicación de vacunas de caninos y felinos, estos deben documentar la vacunación antirrábica ante la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

Disponibilidad de mapas de riesgo y vigilancia de la calidad del agua para consumo humano

Componente: Hábitat saludable

Ciclo vital: infancia y vejez

Para el año 2014, la UPR Tunjuelo de la ruralidad de Usme 11 de 12 acueductos están con IRCA con riesgo bajo a inviable sanitariamente, las asociaciones presentan los siguientes Índices Riesgo Calidad del Agua: la asociación manantial de aguas corinto por el sistema acumulado para el 2014 tiene un IRCA sin riesgo, la asociaciones de aguas claras olarte, aguas doradas requilina, asoaguas cristalinas soches, asoagualinda chiguaza tienen IRCA bajo, las asociaciones el destino, arrayanes argentina, biter, acuamar margaritas, curubital asocristalina tienen un IRCA medio, la asociación asopicos andes tiene IRCA alto y la asociación violetas posee un IRCA inviable sanitariamente. Esta se evidencia por la falta de infraestructura adecuada para potabilización de agua para consumo humano, ya que la dotación del servicio de otorga de las fuentes naturales de la zona. Los eventos que se pueden presentar son las enfermedades diarreicas agudas y hepatitis A, infecciones genitourinarias y de la piel en todos los grupos etarios con mayor incidencia en niños principalmente.

Estas acciones se refuerzan con la inoperancia de las plantas de tratamiento de agua para consumo humano, desertificación de las zonas productoras de agua y falta de seguimiento administrativo a las asociaciones de los acueductos veredales. La dimensión Social se afecta dado que la comunidad beneficiaria posible reside en las 14 veredas de Usme y todas son vulnerables a la afectación en salud y solo hay un centro de salud en la zona rural, cuyas implicaciones son la desnutrición e inadecuado crecimiento y desarrollo, así como altos costos sobre el sistema por el tratamiento de las enfermedades asociadas al agua.

Los elementos presentes en el territorio que contribuyen a la superación de una tensión son las intervenciones realizadas por la Secretaria Distrital Hábitat, a partir del fortalecimiento y mejoramiento de los acueductos comunitarios establecidos en el Plan de Desarrollo Bogotá Humana con asistencia técnica en las asociaciones y acompañamiento al monitoreo de agua para consumo humano, desde el Hospital de Usme con la Gestión ambiental del recurso hídrico y los servicios

hidrológicos se monitorea mensualmente a los 12 sistemas de abastecimiento, Asistencia técnica a las asociaciones, recorrido a las estructuras de los sistemas, notificación a las entidades territoriales según IRCA, al igual el Hospital de Usme realiza la aplicación de los ámbitos territorios ambientalmente saludables por medio de la Estrategia de vivienda saludable, la Empresa de Acueducto de Bogotá colabora a disminuir las pérdidas de agua potable, Reducir la vulnerabilidad del sistema de abastecimiento y distribución, por medio de Asistencia técnica y gestión para dotación de equipos para monitoreo del agua. El espacio de articulación entre las asociaciones y entidades gubernamentales a través de la Mesa de acueductos veredales donde la ESE lleva la secretaría técnica.

Disponibilidad de políticas relacionadas con la reducción de emisión de contaminantes

Componente: Hábitat saludable

Ciclo vital: infancia y vejez

La política distrital en salud ambiental creó la línea de Aire, ruido y Radiaciones Electromagnéticas – REM, pero en el Hospital de Usme trabaja en las temáticas de Aire principalmente, pero se no hace vigilancia ambiental ni epidemiológica el tema de ruido ni REM. Faltan acciones institucionales o interinstitucionales para el fortalecimiento de la situación en salud concerniente al tema de ruido. Por ende el Ambiente natural se ve afectado porque administrativamente falta mejorar la Clasificación y delimitación del territorio. Por ende se pueden generar posibles incumplimientos de la Resolución No. 627/06 MAVDT por la cual se adopta la norma nacional de emisión de ruido y ruido ambiental (parámetros permisibles, procedimientos técnicos y metodológicos para la medición de ruido, presentación de informes, y otras disposiciones. Sin embargo desde el componente de aire, en la vigilancia sanitaria y ambiental se presentan incumplimientos de la ley 1335 de 2009 considerada como la ley antitabaco.

Esto se refuerza, ya que no existen protocolos conjuntos entre los sectores de salud, ambiente y gobierno, para la inspección, vigilancia y control de fuentes fijas de emisión e inmisión de ruido, ladrilleras y/o fabricas de producción a cielo abierto, ni vigilancia epidemiológica para identificar y prevenir la discapacidad auditiva y los efectos extra-auditivos generados por el ruido en la población. Esto afecta a la dimensión poblacional y económica de los habitantes de la localidad de Usme referido a las principales causas de morbilidad presentes en el territorio por ruido y aire, desde la población se puede llegar a la alteración de la tranquilidad y bienestar de las personas evidenciado en Estrés, Pérdida del sueño (insomnio), Ansiedad, Depresión, Cambios en el comportamiento (conductas agresivas) y Baja Productividad.

Desde el Hospital de Usme se viene desarrollando la Vigilancia en salud ambiental de la calidad del aire en mesas de trabajo, identificación de zonas potenciales de exposición a contaminación del aire, capacitaciones en temas aire PM10,

Monóxido de carbono, humo de tabaco, elaboración de boletines epidemiológicos, operativos de espacios libres de humo.

Disponibilidad de sistemas de suministro de agua para consumo humano.

Componente: Hábitat saludable

Ciclo vital: infancia, juventud, adultez y vejez

En Usme, en la UPZ Gran Yomasa en sectores como Tocaimita y Altos del Pino, al igual que en la UPZ la Flora sector San Pedro, Villa Rosita y Flora Parte Alta, UPZ Alfonso López en el barrio el Refugio, y en la UPZ Comuneros en las zonas de invasión de la Esperanza y Villa Anita son ambientes construidos donde se evidencia zonas sin cobertura de acueducto, debido a que son barrios no legalizados, estas áreas pueden verse afectadas desde la dimensión poblacional, ya que puede presentarse eventos mórbidos asociados al suministro del agua, como enfermedades diarreicas agudas y hepatitis A, infecciones genitourinarias y de la piel en todos los grupos etarios con mayor incidencia en niños.

Esto lo refuerza la captación ilegal del agua por medio de distribución de mangueras y el crecimiento urbano informal en la localidad. Desde la dimensión social afecta a las comunidades por no tener fácil accesibilidad a los servicios de salud, ya que se encuentran dos centros de atención médica inmediata retiradas a las zonas descritas, en el caso de la flora debe asistir a los servicios de la localidad de San Cristóbal cuyas implicaciones son el inadecuado crecimiento y desarrollo, así como altos costos sobre el sistema por el tratamiento de las enfermedades asociadas al agua. Desde el Hospital de Usme, desde la línea de calidad del agua y saneamiento básico se interviene la vigilancia en sectores sin acueductos con Asistencia técnica a la población para evitar eventos de interés público.

Disponibilidad de sistemas para el manejo y disposición final de residuos.

Componente: Hábitat saludable

Ciclo vital: infancia, juventud, adultez, adulto mayor

En Usme, para 2010 se identificaron 179 puntos críticos de aseo, la mayoría de ellos ubicados en las UPZ Gran Yomasa (83), Comuneros (46) y Danubio (33), donde el consorcio de aseo Aguas de Bogotá SA ESP tiene una cobertura en la recolección de basuras del 100% en los barrios legalizados; a pesar de contar con esta cobertura se presentan en la localidad más 170 puntos críticos de acumulación de residuos sólidos y de escombros en espacios públicos, zonas verdes y en las rondas de las quebradas. Desde la dimensión social – institucional se evidencia que hace falta de educación para que la comunidad realice procesos adecuados de manejo y disposición de residuos sólidos. Por parte del consorcio

de aseo no cumple con horarios definidos por esta entidad. Esto ha aumentado en la proliferación de plagas y roedores, olores ofensivos, contaminación del espacio público.

Estas acciones lo refuerzan, la deficiencia en la operatividad del programa basura cero por parte de los recicladores de oficio en la falta de horarios y rutas selectoras en los horarios. Falta de apropiación del espacio y bienes públicos. Falta de cultura cívica. Inoperancia del comparendo ambiental. Lo anterior afecta a la dimensión ambiente natural -institucional contaminando la estructura ecológica principal, generación de cargas institucionales por disposición inadecuada de residuos sólidos, costos por atención en salud y afectación en la movilidad en vías públicas. Sin embargo, el Hospital de Usme desarrolla entornos saludables por medio de la estrategia de vivienda saludable y las iniciativas en basura cero, la Secretaria distrital de ambiente realiza vigilancia ambiental y capacitación en comparendo ambiental y control en el manejo de escombros en vía pública y cuerpos de agua.

3.1.2 Tensiones Dimensión Vida Saludable Libre de Enfermedades Transmisibles

Para las áreas de observación de vacunación con esquema completo, se están generando las acciones necesarias para cumplir con las coberturas y la implementación desde el Programa Ampliado de Inmunizaciones Local, respecto al control de las IAAS el Hospital de Usme no presenta instituciones de alta o media complejidad y no se han presentado reportes de las mismas.

Tasa de mortalidad por Rabia Humana

Componente: Condiciones y situaciones endemo-epidémicas

Ciclo vital: infancia, juventud, adultez y vejez

Para el 2014, en Colombia no se han presentado casos de rabia humana, según el Instituto Nacional de Salud en el reporte del boletín epidemiológico de la semana número 50 de 2014, en este reporte la mayor frecuencia de notificación por agresiones la presentaron Bogotá con el 15,60 %. Desde la Dimensión poblacional no se ha visto afectada, ya que Usme no se han presentado eventos de rabia humana, pero si se han presentado eventos de agresiones de animales los cuales han generado tensión frente a la posible adquisición de dicho evento, es importante resaltar que dicha tensión aumenta por la baja cobertura en vacunación de rabia en caninos y felinos en la localidad quinta. Esta situación se ha presentado desde el año 2007, año en el cual se presentaron 324 casos exposiciones rábicas en la localidad de Usme, siendo este el número más alto en los últimos siete años, probablemente esto se debe a la mayor notificación del evento y al aumento de la población canina, esto lo refuerza la falta de notificación de eventos de agresiones rábicas, aumento de población canina y felina.

La comunidad conoce la implicación la rabia como enfermedad zoonótica, pero no tiene esquema frecuente de vacuna antirrábica, aunque se aumenta la meta de vacuna por parte de la SDS, no se tiene la cobertura útil en vacuna antirrábica. Desde la ESE se desarrolla el Programa Territorios saludables y vigilancia epidemiológica con vacunación antirrábica, seguimiento a visitas de tenencia inadecuada de animales.

Tasa de mortalidad por Tuberculosis

Componente: Enfermedades emergentes, reemergentes y desatendidas

Ciclo vital: : *La tuberculosis puede ocurrir en cualquier ciclo vital, pero tiene mas prevalencia en ciclo vital adultez y vejez*

Todos en algún momento hemos estado en contacto con el bacilo de la tuberculosis y enfermedades oportunistas como el VIH. La tuberculosis se transmite por vía aérea, pero solo la desarrolla el 10% de la población, la adquieren personas inmunosuprimidas o en los extremos de la vida. La Tuberculosis pulmonar y la extrapulmonar se desarrolla en personas con mayor compromiso inmunológico. La condición de algunos pacientes que son CHC, complica esta enfermedad de salud pública ya que son pacientes poco adherentes al TAES, por lo tanto tienen más probabilidad de ser farmacoresistentes y transmitir esa misma cepa a personas sanas. El paciente CHC por su condición de farmacodependencia hace que sea complicada el TAES, lo cual puede implicar abandonos y aumentar a cadena de transmisión.

La UPZ con mayor número de pacientes es Danubio en el sector de La Fiscala, donde están las ladrilleras y corre el río Tunjuelito donde en invierno se crece y provoca situaciones de emergencia. Esto tiene implicaciones como el aumento de la cadena de transmisión y de una cepa resistente, por lo cual quien adquiere la enfermedad sería farmacoresistente desde el inicio.

3.1.3 Tensiones Dimensión Convivencia Social y Salud Mental

Adopción de política de salud mental

Componente: Promoción de la salud mental y la convivencia

Ciclo vital: *Todos (Infancia - Juventud - adultez y vejez)*

La afectación se origina por la baja cobertura en la socialización de la política de salud mental, política en revisión, arraigo al manejo tradicional del concepto salud-enfermedad.

También, el desconocimiento prácticas saludables, de autocuidado y de salud mental en los usuarios de la localidad genera afectación principalmente en el área social con la presencia de eventos (violencias, conducta suicida, consumo spa) que inciden la salud mental de los individuos, familias y colectivos, lo cual se

refuerza con la escasez de programas de salud mental comunitaria, afectando a todos los ciclos vitales (infancia, juventud, adultez y vejez)

Esta situación se presenta desde hace varios años en los habitantes residentes en todas las UPZ de la localidad y sus implicaciones amenazan la calidad de vida y bienestar de las habitantes por el deterioro de su propia salud y genera afectación en la convivencia, familiar y comunitaria.

Como respuesta a nivel intersectorial desde Hospital de Usme I Nivel brinda desde salud pública, gestión de política de salud mental, realiza posicionamiento de la política en la localidad y desde programa territorios saludables mediante los servicios de salud colectiva promueve la salud mental con prácticas saludables.

Edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes

Componente: Promoción de la salud mental y la convivencia

Ciclo vital: adolescencia y juventud

La problemática es ocasionada por débil acompañamiento favorable de los padres y de presencia de programas de prevención, así como de programas para el manejo integral e integrado del consumo, y fácil acceso a las sustancias, las cuales han venido generando dependencia del consumo de sustancias psicoactivas desde los primeros años con riesgo en el proyecto de vida en niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

A esto se suma el mínimo alcance de los programas de prevención para el manejo integral e integrado del consumo, debilidad institucional para la oferta de servicios, espacios de recreación insuficientes e inadecuados, escasa oferta de servicios recreativos y redes comunitarias inexistentes.

Esta situación que tiene mayor incidencia en ciclos vitales adolescencia y juventud y se presenta desde hace varios años, en UPZ Comuneros y Gran Yomasa, de la localidad de Usme.

Lo anterior pone en riesgo el proyecto de vida y bienestar de sus familias por deserción escolar, inadecuado uso del tiempo libre, cambios en estilo de vida y desintegración familiar.

Para dar respuesta a la problemática desde nivel intersectorial y comunitario, el Hospital de Usme I Nivel desde salud pública, gestión de política de salud mental, realiza posicionamiento de la política de consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en la localidad y atención familiar e individual a eventos de consumo de SPA desde programa territorios saludables mediante intervención psicosocial además, en servicios de salud colectiva se promueve prácticas saludables.

Inserción social de personas con enfermedades mentales

Componente: *Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia*

Ciclo vital: *juventud y adultez*

Se reconocen como determinantes factores del área de la salud y social a través de las barreras de acceso a los servicios de salud y sociales, las redes comunitarias inexistentes y la ausencia de programas de inserción laboral, por cuanto impiden el acceso de personas con enfermedad mental a espacios que contribuyen a mejorar su calidad de vida.

Lo anterior genera la aparición de la sintomatología de la enfermedad mental y la reincidencia de eventos estresantes en sus cuidadores, situación que se fortalece con la ausencia de redes comunitarias, falta de atención especializada en IPS de la localidad.

Esta problemática afecta especialmente en los ciclos vitales juventud y adultez, debido a que no cuentan con recursos, ni redes de apoyo para acceso a otros espacios, se presenta desde hace muchos años en todas las UPZ de la localidad de Usme y conlleva al deterioro de la calidad de vida y bienestar de las personas con diagnóstico enfermedad mental y de sus cuidadores.

Como respuesta desde la intersectorialidad, Secretaría de Integración social como entidad que contribuye a la inclusión social desde proyecto discapacidad genera adherencia según presupuesto de personas con diagnóstico enfermedad mental desde su condición de discapacidad mediante la ayuda de bono alimentario.

Prevalencia de consumo de SPA en el último mes

Componente: *Promoción de la salud mental y la convivencia*

Ciclo vital: *infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez*

Como aspectos que generan la problemática se reconocen los escasos programas de prevención del consumo y promoción de buenas prácticas saludables, falta de articulación intersectorial para repuesta integral en la atención por consumo de sustancias y barreras de acceso a los servicios de salud.

Esta situación produce afectación en la dinámica familiar a través de la desintegración, dificultades económicas, altos niveles de estrés y deterioro en la comunicación y propicia la aparición de enfermedades mentales por deterioro cognitivo.

También, la problemática se mantiene por el fácil acceso a las sustancias psicoactivas, presencia redes de microtráfico, lugares de expendio cercanos, la escasa oferta de servicios para la atención por consumo de sustancias, y ausencia de redes de apoyo comunitarias. Asimismo, tiene incidencia en algún integrante

de la familia especialmente del ciclo vital adolescencia y juventud por débiles redes de apoyo familias, sociales, comunitarias, escasos ingresos económicos para acceso a tratamiento.

Esta Situación se identifica desde hace 5 años con mayor presencia en UPZ Ciudad Usme de la localidad y desencadena en la familia una crisis permanente que incide negativamente en el proyecto de vida generando retrocesos en sus diferentes áreas.

Para responder a la problemática, desde Hospital de Usme, ESE de primer nivel de atención, con plan de intervenciones colectivas – PIC, desde salud pública, gestión de política se realiza posicionamiento de la política de consumo de sustancias psicoactivas (SPA, desde programa territorios saludables mediante intervención psicosocial se brinda atención familiar e individual a eventos de consumo de SPA; en servicios de salud colectiva se promueven prácticas saludables, desde proyecto CAMAD se realizan actividades para la mitigación del consumo.

Otra entidad corresponde a IDIPRON Instituto Distrital para la protección de la niñez con programas dirigidos a la atención de niños, niñas y adolescentes, y brinda atención a jóvenes mediante la inclusión en programa 3x3 (tres días trabajando x tres días estudiando).

Seguimiento a casos de violencia intrafamiliar

Componente: Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia

Ciclo vital: Todos los ciclos vitales

El desconocimiento de acciones que realizan otros sectores en la atención a casos de violencia intrafamiliar ante la ausencia de un sistema unificado y débil articulación por algunos sectores y barreras de acceso a los servicios por parte de las víctimas impiden el seguimiento integral de los casos de violencia intrafamiliar.

Estos aspectos favorecen la continuidad del ciclo de violencia y aparición de nuevas violencias, sumado a la falta de rutas de atención integradas y desconocimiento de las mismas por las víctimas, hermetismo con la información de las actividades realizadas por parte de algunas instituciones.

La problemática afecta a todos los ciclos vitales (infancia, juventud, adultez y vejez) debido principalmente al desconocimiento de rutas de atención por parte de las víctimas y se presenta desde hace más de diez años en los residentes de todas UPZ de la localidad con mayor incidencia en Gran Yomasa, danubio, comuneros y Alfonso lopez. Esta situación conlleva al riesgo del incremento de la violencia intrafamiliar y retrocesos en el proceso de atención.

Dentro de las acciones que dan respuesta a la problemática, desde Hospital de Usme I Nivel, ESE de primer nivel de atención desde POS y PIC, brinda atención terapéutica desde POS para eventos de violencias. Desde PIC mediante investigación epidemiológica de campo (IEC) por el Subsistema SIVIM de vigilancia en salud pública; desde componente territorios saludables con atención familiar e individual por intervención psicosocial.

También, las Comisarías de familia brindan atención a víctimas de violencia intrafamiliar con intervención por diferentes perfiles mediante la atención y seguimiento del caso.

Por otra parte, Casa de Igualdad de Oportunidad para la mujer (CIO), brinda orientación a mujeres víctimas mediante asesoría jurídica y orientación por psicología

Tasa de incidencia de violencia contra la mujer

Componente: Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia

Ciclo vital: juventud y adultez

Como aspectos que originan y determinan la continuidad de la violencia se reconoce la persistencia de espacios inseguros como el núcleo familiar, la ausencia de redes de apoyo sociales y desconocimiento de rutas de atención.

Estos factores no garantizan a la mujer una convivencia libre de violencia, lo cual contribuye al aumento de la notificación de casos y por consiguiente la mujer continua expuesta a ser víctima de alguna forma de violencia.

Dentro de los aspectos que mantienen esta situación, se reconocen los aspectos culturales como la prevalencia de cultura machista, naturalización de violencia, debilidad de programas de buen trato hacia la mujer, falta de articulación intersectorial para la respuesta y credibilidad en las instituciones y barreras de acceso a los diferentes servicios.

La problemática incide principalmente en los ciclos vitales juventud y adultez debido a que no hay garantía de los derechos de la mujer, se presenta en todas las UPZ de la localidad y como implicaciones se reconocen la afectación en el bienestar y calidad de vida y favorece la ocurrencia de posibles feminicidios.

Para responder a esta problemática, desde la respuesta intersectorial y comunitaria, Hospital de Usme I Nivel, ESE de primer nivel de atención desde POS y PIC, brinda Atención terapéutica desde POS para eventos de violencias. Desde PIC mediante investigación epidemiológica de campo (IEC) por el Subsistema SIVIM de vigilancia en salud pública; desde componente territorios saludables con atención familiar e individual por intervención psicosocial.

Desde lo intersectorial, las Comisarías de familia brindan atención a víctimas de violencia intrafamiliar con diferentes perfiles mediante con la atención y seguimiento del caso y remisión a casa refugio para garantía de derechos según necesidad.

También, Casa de Igualdad de Oportunidad para la mujer (CIO) brinda orientación a mujeres víctimas de violencias con Asesoría jurídica y orientación por psicología.

Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar

Componente: Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia

Ciclo vital: Todos los ciclos vitales

Se reconocen como determinantes de esta problemática, el débil avance en la reglamentación de la normatividad, redes de apoyo insuficientes, falta de articulación para la respuesta y creencias culturales que favorecen la naturalización de la violencia.

Los factores anteriores favorecen la continuidad del ciclo de la violencia en el núcleo familiar, lo cual ocasiona desintegración de la estructura familiar y modelos de prácticas de crianza no asertivos.

Esta situación se mantiene principalmente por la falta de claridad en el alcance de las instituciones y rutas de atención desintegradas

Asimismo, incide en todos los ciclos vitales (infancia, juventud, adultez y vejez), con mayor afectación en niños y niñas, jóvenes y adultos; se presenta de manera frecuente en toda la localidad y como implicaciones se reconocen los riesgos de manifestación de otros eventos como el consumo de sustancias y conducta suicida y familias desintegradas con retroceso en sus dimensiones.

Para la respuesta a la problemática, desde lo intersectorial y comunitaria se cuenta con Hospital de Usme I Nivel, ESE de primer nivel de atención desde POS y PIC, brinda atención terapéutica desde POS. Desde PIC mediante investigación epidemiológica de campo (IEC) por el Subsistema SIVIM de vigilancia en salud pública; desde componente territorios saludables con atención familiar e individual por intervención psicosocial.

Asimismo, Comisarías de familia, brinda atención a víctimas de violencia intrafamiliar con diferentes perfiles mediante la atención y seguimiento del caso y remisión a casa refugio para garantía de derechos según necesidad.

Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre

Componente: Promoción de la salud mental y la convivencia

Ciclo vital: Todos los ciclos vitales

Se identifican como factores que mantienen esta situación, el exceso en límites de velocidad, falta de semaforización en zonas concurridas e imprudencia en peatones.

Lo anterior causa riesgo de accidentalidad en la localidad y por consiguiente aumento de tasa de mortalidad. Esta dificultad se mantiene por que las zonas para el tránsito peatonal insuficientes y otras sin adecuar.

El evento ha venido afectando principalmente a los ciclos vital juventud y adultez y se presenta en algunas UPZ de la localidad. Asimismo, como implicaciones se reconoce que incide en la salud mental de familiares.

Para dar respuesta a esta situación, desde el campo intersectorial y comunitario, se cuenta con Secretaría de la movilidad, Institución que vela por la garantía de la movilidad en el Distrito se encarga de Implementar estrategias de reducción de velocidad, instala semáforos en sitios estratégicos que favorecen el cruce peatonal.

Tasa de mortalidad por accidentes excluidos los de transporte

Componente: Promoción de la salud mental y la convivencia

Ciclo vital: Todos los ciclos vitales

Como determinantes se reconoce la falta de sensibilización en la prevención de accidentalidad con la comunidad, lo que se genera riesgo de presentarse accidentes por diversas causas.

Lo anterior puede incidir en el aumento de tasa de mortalidad, lo que también se ve fortalecido por la debilidad en programas de prevención de accidentes.

Esta situación tiene mayor incidencia en ciclos vital adultez y vejez, y se presenta en algunas UPZ de la localidad y tiene impacto por la afectación en salud mental de familiares.

Como respuesta a esta problemática desde el ámbito intersectorial y comunitario, no se cuenta con instituciones que realicen acciones.

Tasa de mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente

Componente: Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia

Ciclo vital: Todos los ciclos vitales

Se reconocen como determinantes en esta problemática las barreras de acceso a servicios de salud y débiles redes de apoyo, lo cual favorece la afectación por problemas familiares como relación de pareja, la ruptura familiar por separación o divorcio, problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia.

Esto puede desencadenar la manifestación de alguna conducta suicida (ideación, intento, amenaza, suicidio consumado) y genera crisis familiares. Así mismo, la situación se mantiene por los altos índices de violencias en las familias que residen en la localidad, no contar con servicio de psiquiatría en primer nivel, ausencia de redes de apoyo comunitarias y barreras de acceso a servicios de salud.

La problemática se presenta con más frecuencia en mujeres de ciclos vitales juventud y adultez quienes están en riesgo de incrementar la conducta suicida, residentes en todas la localidad y como implicaiones se reconoce el riesgo en afectación negativa de su bienestar y calidad de vida.

Como acciones para la respuesta, desde lo intersectorial y comunitario, Hospital de Usme I Nivel, ESE de primer nivel de atención desde PIC, brinda atención desde PIC mediante investigación epidemiológica de campo (IEC) por el Subsistema SISVECOS de vigilancia en salud pública; desde componente territorios saludables mediante atención familiar e individual por Intervención psicosocial; también con servicios de salud colectiva para la prevención de la conducta suicida.

3.1.4 Tensiones Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional

Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (mediana en meses)

Componente: Consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos

Ciclo vital: Primera Infancia

De acuerdo a la duración de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, el generador es Político y Administrativo. La lactancia materna exclusiva se presenta por debajo de la meta distrital correspondiente a los cuatro meses. Este generador se convierte en un determinante estructural teniendo en cuenta que se relaciona con políticas del estado de bienestar.

La falta de educación en salud que no permite fortalecer la práctica y protección de la lactancia materna. El poco tiempo de licencia de maternidad obliga a las madres a dar lactancia materna exclusiva hasta los 3 meses. La falta de apoyo institucional no ha logrado que la lactancia materna exclusiva se logre hasta los seis meses de edad.

No se ha generado una norma gubernamental que permita ampliar la licencia de maternidad hasta los seis meses para las mujeres que tienen un trabajo formal.

Dentro del evento, se evidencian menos posibilidades de supervivencia para los niños y niñas que presentan un bajo consumo de lactancia materna exclusiva lo que puede ocasionar un aumento en el riesgo de mortalidad por infecciones respiratorias y diarreicas.

Dentro de los reforzadores se encuentra, la falta de educación en salud, la falta de apoyo institucional y la normatividad sobre el tiempo de licencia de maternidad que dificulta prolongar el tiempo de lactancia materna.

Esta situación no solamente afecta a los niños y niñas menores de 6 meses sino a la familia en general ya que la práctica de lactancia materna se pone en riesgo debido a los eventos mencionados, obligando al destete prematuro y la compra de fórmulas lácteas u otros productos no necesarios para la alimentación de los niños de esta etapa de ciclo, generando mayores gastos en dinero e inadecuados hábitos de alimentación.

La UPZ que más presenta esta problemática es la UPZ 57 Gran Yomasa donde se evidencia mayor número de casos con desnutrición crónica y global según el reporte realizado por el Sistema de Vigilancia y Nutricional de la ESE Usme.

Las implicaciones de la baja duración en meses de la lactancia materna puede resultar en el bajo peso de los niños y niñas menores de seis meses, aumento de enfermedades infecciosas y por ende mortalidad en estos menores.

Identificación en cada ETA del agente etiológico

Componente: Calidad e inocuidad de los alimentos

Ciclo vital: infancia, juventud, adultez y vejez

En el 2014, al Hospital de Usme se reportan al área de vigilancia epidemiológica 6 eventos de ETA de estos 4 eventos fueron positivos ubicados dos (2) en la UPZ Danubio y dos (2) en la UPZ Comuneros, donde no se tomaron muestras de alimentos, ya que fueron eventos presentados después de la ingesta, la vigilancia epidemiológica realiza seguimiento al evento llega reportado ya sea dentro o fuera de la localidad, en los cuatro eventos presentados para el 2014, se determina en todos los eventos están asociados a mal manejo de temperatura del alimento. En las ETA no se hacen estudios microbiológicos para determinar el agente etiológico sino se analiza desde el alimento consumido. La dimensión social es la

afectada, por presentarse costos que se tienen en el sistema de salud por la atención al evento. Si bien los eventos se presentaron en la UPZ Comuneros y Danubio, no exime que se presenten en otras UPZ de la localidad de Usme, las Implicaciones son la falta de seguimiento comunitario a la infraestructura de desarrollo económico para comercialización de los productos en la temas de vigilancia sanitaria. Sin embargo, el Hospital de Usme efectúa vigilancia sanitaria a establecimientos comerciales desde la Inspección, vigilancia y control a la preparación y expendios de alimentos.

Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer

Componente: Consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos

Ciclo vital: Primera Infancia

Dentro de los generadores del porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, se encuentran los determinantes intermedios, ya que se enmarca en condiciones asociadas a recursos económicos y conductuales.

Se evidencian limitantes que tienen las familias gestantes en el acceso de alimentos con oportunidad, o hábitos alimentarios que están basados en el consumo de alimentos hipocalóricos y bajos en nutrientes por parte de las madres gestantes. Unido a lo anterior, el uso inadecuado de los micronutrientes durante la gestación, acusa bajos niveles de cubrimiento, situación que incrementa las probabilidades de bajo peso al nacer en el presente y en el mediano plazo.

Lo que provoca la afectación directa al bajo peso al nacer es principalmente la falta de recursos económicos, las mujeres gestantes y lactantes que no tienen una alimentación sana y balanceada lo cual genera bajo peso gestacional y bajo peso al nacer. Así mismo la falta de educación alimentaria y nutricional aumenta el problema debido a que las mujeres gestantes no se saben alimentar adecuadamente. Dentro del evento ocasionado por estas prácticas, se genera el riesgo de mortalidad neonatal, retraso en el crecimiento y enfermedades infecciosas, entre otras..

Dentro de los reforzadores del problema se encuentra el poco acceso de alimentos con oportunidad. Hábitos alimentarios que están basados en el consumo de alimentos hipocalóricos y bajos en nutrientes por parte de las madres gestantes. Uso inadecuado de los micronutrientes durante la gestación. Carencia de recursos económicos, trabajos discontinuos o laboran en la informalidad, situación que se agudiza al no tener apoyo permanente por parte de sus compañeros quienes viven también de la informalidad o bien abandonan a sus parejas, incrementándose así la inseguridad alimentaria.

Por último, en los factores culturales, se enumeran como posibles causas que influyen en el bajo peso al nacer, son la poca importancia que las madres en especial las adolescentes le otorgan a la alimentación.

El lugar donde más se presentan los casos es en la UPZ 57 Gran Yomasa.

Dentro de las implicaciones se encuentran el bajo peso al nacer el cual representa un mayor riesgo de morir durante los primeros años de vida, de padecer un retraso en el crecimiento físico y cognitivo durante la infancia. El riesgo de muerte neonatal es cuatro veces mayor en los lactantes que pesan menos de 2,5 kilogramos al nacer y 18 veces mayor en los que pesan menos de 2 kilogramos.

Porcentaje de personas que padezcan hambre

Componente: Disponibilidad y acceso a los alimentos

Ciclo vital: Primera Infancia

Los generadores para el porcentaje de personas que padecen hambre en la localidad son: la falta de oportunidades de empleo, ingresos familiares destinados a otras necesidades que no son para la alimentación ni a la nutrición y bajos ingresos económicos.

Dentro de los causantes para la presentación de esta problemática se encuentran los aspectos socioeconómicos adversos que padece la población de Usme los cuales permiten generar tensiones que afectan la salud de la comunidad. El desempleo a causa de la falta de oportunidades para las personas económicamente activas, imposibilita mejorar el estado nutricional de los individuos y sus familias. Esto también permite que el dinero obtenido sea empleado para otras necesidades como el pago de servicios públicos, necesidades del hogar y demás, dejando a un lado el uso del poco ingreso para una alimentación adecuada y suficiente.

Los reforzadores encontrados son la falta de oportunidades de empleo, ingresos familiares destinados a otras necesidades que no son para la alimentación ni a la nutrición y bajos ingresos económicos. Este problema se presenta en la etapa de ciclo menores de 6 meses y gestantes.

Con respecto al lugar, Gran Yomasa UPZ 57 presenta la mayor cantidad de casos por desnutrición Global y Crónica además de bajo peso al nacer de acuerdo a las bases de datos generadas por SISVAN en 2013, lo que se relaciona directamente con la privación de alimentos en esta zona de la localidad. Dentro de las implicaciones se encuentra la mortalidad infantil por desnutrición y mayor gasto de recursos en salud.

Porcentaje de población bajo línea de pobreza.

Componente: Disponibilidad y acceso a los alimentos

Ciclo vital: Todas las etapas de ciclo

Los generadores para el porcentaje de población por debajo de la línea de pobreza tiene que ver con la Política Socioeconómica y los bajos recursos

económicos que se traducen en falta de oportunidades de empleo e inequidad social.

La desigualdad y falta de oportunidades de empleo son los mayores factores. De un total de 102.380 hogares en la Localidad de Usme, el 25,2% (25.771 hogares) afirmaron que sus ingresos no alcanzan para cubrir los gastos mínimos, el 66,0% (67.528 hogares) dijeron que sus ingresos sólo alcanzan para cubrir los gastos mínimos y el 8,9% (9.082 hogares) reportaron que sus ingresos cubren más que los gastos mínimos. (Encuesta Multipropósito 2011).

Así mismo, los reforzadores para esta problemática son la falta de oportunidades de empleo. Bajos ingresos económicos. Falta de Políticas nacionales que permitan tratar con mayor impacto el problema de pobreza. Esta problemática se presenta en todas las etapas de ciclo. No se preseta con exactitud la zona de la localidad donde más se presenta esta problemática. La implicación para esta problemática es la mortalidad infantil por desnutrición, retraso en talla, bajo peso o desnutrición en las diferentes etapas de ciclo y malnutrición por exceso.

Prevalencia de anemia

Componente: Consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos

Dentro del generador para la población con anemia se encuentran las políticas socioeconómicas y culturales, determinando por los hábitos de alimentación y los bajos recursos económicos de las familias.

La falta de planeación de las familias gestantes a la hora de concebir un hijo hace que la mujer inicie su gestación con deficiencias nutricionales, dentro de éstas la deficiencia de hierro. Niños y niñas que no se les ofrece alimentos fuente de hierro a partir de los seis meses de edad aumenta el riesgo de presentar anemia ferropénica. El factor cultural en los hábitos de alimentación permite que las familias no tengan la costumbre de comprar ni consumir alimentos fuentes de hierro

Se identificó que lo que refuerza esta problemática es la falta de educación alimentaria y nutricional a la familia gestante en cuanto al inicio de una alimentación complementaria adecuada que incluya alimentos fuente de hierro. No consumo de los suplementos durante la gestación. Las implicaciones son morbimortalidad por desnutrición y mayores gastos en salud. No se evidencia registro de casos con anemia ferropénica por UPZ.

Prevalencia de desnutrición crónica (retraso en talla para la edad) en menores de 5 años

Componente: Consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos

La desnutrición crónica presenta varios determinantes sociales de tipo estructural como las políticas macroeconómicas. Determinantes intermedios como las

condiciones de empleo y trabajo, barreras en salud. Determinantes proximales como el bajo consumo de alimentos variados y suficientes que no proporcionan una nutrición adecuada. Hábitos de alimentación en la familia.

Esta problemática afecta a la población menores de 5 años que se encuentran en alta vulnerabilidad alimentaria.

Estas familias se encuentran con bajos ó nulos ingresos económicos que imposibilitan la adquisición y compra de alimentos que le permitan a las familias ofrecer una alimentación sana y balanceada a los niños y niñas menores de cinco años. Bajo consumo de productos lácteos y derivados, carnes, huevos (fuentes de calcio y aminoácidos que favorecen su crecimiento).

Dentro de los reforzadores se encuentran los bajos o nulos ingresos económicos en la familia que no permiten la compra de una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada para la población menor de 5 años.

El lugar donde más se presenta esta problemática es la UPZ 57 La Flora

Se evidencia una implicación social y de salud. En la localidad de Usme existe el riesgo de mortalidad infantil por desnutrición. Las barreras de acceso en salud y la falta de calidad y adecuado manejo en los menores de 5 años pueden causar mortalidad por desnutrición.

Prevalencia de desnutrición global (retraso en peso para la edad) en menores de 5 años

Componente: Consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos

Dentro de los determinantes para la desnutrición global se encuentran los determinantes de tipo estructural como las políticas macroeconómicas. Determinantes intermedios como las condiciones de empleo y trabajo, barreras en salud. Determinantes proximales como el bajo consumo de alimentos variados y suficientes que no proporcionan una nutrición adecuada. Hábitos de alimentación en la familia.

Esta problemática afecta a la población menores de 5 años que se encuentran en alta vulnerabilidad alimentaria.

Estas familias se encuentran con bajos ó nulos ingresos económicos que imposibilitan la adquisición y compra de alimentos que le permitan a las familias ofrecer una alimentación sana y balanceada a los niños y niñas menores de cinco años. Bajo consumo de productos lácteos y derivados, carnes, huevos (fuentes de calcio y aminoácidos que favorecen su crecimiento).

Dentro de los reforzadores se encuentran los bajos o nulos ingresos económicos en la familia que no permiten la compra de una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada para la población menor de 5 años.

El lugar donde más se presenta esta problemática es la UPZ 57 La Flora

Se evidencia una implicación social y de salud. En la localidad de Usme existe el riesgo de mortalidad infantil por desnutrición. Las barreras de acceso en salud y la falta de calidad y adecuado manejo en los menores de 5 años pueden causar mortalidad por desnutrición.

Prevalencia de obesidad

Componente: Consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos

La obesidad se considera como una enfermedad crónica no transmisible, y contribuye en forma importante al aumento en la prevalencia de factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares y metabólicas que representan la primera causa de muerte, también está asociada a una mayor ocurrencia de diferentes tipos de cáncer, complicaciones respiratorias, inmunológicas y gástricas, así como, alteraciones en la conducta y pérdida de la autoestima. Afectando así la salud y el bienestar físico y mental de niños y niñas.

Este generador se convierte en un determinante estructural, teniendo en cuenta que está relacionado con aspectos económicos, sociales y culturales. Pero también está relacionado con los determinantes intermedios en la medida que se observan algunos recursos materiales que están inmersos en esta problemática (ingresos y situación económica y factores conductuales y biológicos). Desde la etapa de crecimiento y el desarrollo de los niños y niñas, se presentan periodos en donde prevalece un mayor riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad, esto debido a la etapa biológica en la que se encuentran y también por la falta de una cultura alimentaria por parte de los padres de familia y cuidadores hacia sus hijos, los bajos ingresos económicos obliga a las familias a comprar alimentos económicos que favorecen la obesidad como el consumo de carbohidratos tipo almidón (harinas), embutidos, productos de panadería, pastelería, bebidas azucaradas, alimentos con grasas saturadas, productos de paquete y comidas rápidas. Falta de hábitos y estilos de vida saludables (ausencia de actividad física).

Dentro de las implicaciones se encuentran los niños y niñas que presentan bajo rendimiento escolar, problemas de aprendizaje, ausentismo escolar, riesgos en su salud y bienestar en etapas posteriores de la vida. La obesidad implica un alto costo en la atención en salud. Otras implicaciones son el aumento en la prevalencia de factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares y metabólicas que representan la primera causa de muerte en la sociedad.

Dentro de los reforzadores se encuentran los bajos o nulos ingresos económicos en la familia que no permiten la compra de una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada para la población menor de 5 años.

En cuanto a su ubicación, la problemática de la obesidad se presenta en todas las UPZ de la localidad.

3.1.5 Tensiones Dimensión Derechos Sexuales y Sexualidad

Cobertura de servicios de salud amigables

Componente: *Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género*

Ciclo vital: *adolescencia y juventud*

Una estrategia diseñada para favorecer la consulta de los adolescentes y jóvenes en la que se observa que la población desconoce de los servicios que se ofrecen con un enfoque diferencial y no contemplan al Hospital como una red de apoyo que ofrece asesoría profesional y de calidad, y a su vez el Hospital tiene pocas estrategias generadas para la difusión de estos, por tanto no consultan. Situación que ha conllevado a la la generación de mitos en anticoncepción y en el manejo de la sexualidad solo como la genitalidad.

Se observa que la cobertura en los servicios amigables (11%) en el Hospital de Usme es baja en la localidad, responde a que no toda la población capta con la institución y considerando que un mucha de la población objeto se encuentra en el régimen contributivo.

Esta situación implica que, los y las adolescentes y jóvenes tengan prácticas que pueden vulnerar el desarrollo de su sexualidad, inicio de relaciones a edad temprana y embarazos no deseados.

Lo anterior se ve reforzado, por un contexto donde la sexualidad es manejada como tabú, los menores sienten pena por consultar, consideran que solo se consulta cuando se está enfermo, la población objeto desconoce el régimen de afiliación al que pertenece y no sabe a dónde dirigirse a pesar de que se socialice la ruta atención.

En lo institucional, solo se brinda atención al régimen subsidiado, con dos EAPB, de igual forma influye la rotación de personal lo cual hace que se desconozcan los derechos de la población y ponen barreras en el acceso.

Si bien hay unidades de servicios amigables distribuidas en diferentes puntos estratégicos, para el 2014 tienen menor oportunidad aquellas que se encuentran sin la estrategia del servicio amigable, como la UPZ Flora y UPZ Alfonso López.

Para dar una respuesta a esta situación, se identifican unos actores institucionales que convergen a nivel local, el Hospital de Usme, quien a través de la prestación de los servicios de salud garantiza la divulgación y permite el acceso la regulación de la fecundidad e identificación de alteraciones del adolescente y el joven. Desde esta institución, a través del plan de intervenciones colectivas, también se ejecutan actividades en salud pública en ámbitos de vida cotidiana, para este caso en el ámbito escolar se desarrollan procesos de educación en salud para la promoción de estilos de vida saludables y prevención de la enfermedad.

Para con el propósito de trabajar con otros sectores, establece el espacio de la Mesa Local de Sexualidad y Género, para generar estrategias que favorezca el acceso a los servicios.

Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas por primera vez

Componente: Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva SSR desde un enfoque de derechos

Ciclo vital: Adolescencia

Los factores sociales que influyen son: la falta de oportunidades para adolescentes y jóvenes, la falta de acompañamiento por padre y/o madre, el afianzamiento de un desempeño netamente reproductivo de la mujer, el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, los mitos sobre la anticoncepción y el desconocimiento para acceder a ellos, ha facilitado que esta situación se presente, pero que además se visualice como una opción de vida el tener hijos a temprana edad, por tanto no se evidencia como un problema social.

Para el caso de la localidad se evidencia una cifra del 18% de los embarazos, la cual se ha mantenido y con tendencia al aumento, es una situación que implica que a los y las adolescentes se les dificulta frecuentemente la finalización de los estudios de secundaria; considerando que la localidad está constituida por estratos socioeconómicos uno y dos en gran parte, se observa que al ser padres tan jóvenes se incrementa la probabilidad de tener más de dos hijos a lo largo de la vida, considerándose que dicha familia tendrá menores oportunidades para tener una mejor calidad de vida y por tanto es más vulnerable.

Dicha situación se refuerza en que a pesar de que la oferta de servicios de anticoncepción contempla de manera importante a esta población, no se observa un acceso fácil a los servicios.

Por otra parte la familia ha ido perdiendo habilidad y espacio para ser acompañante y apoyo en el desarrollo de los sujetos que la conforman, pues se observa una gran necesidad de que los padres deban dedicarse al trabajo y ello les demande una buena cantidad de tiempo.

Para el nivel local, del evento, no se cuenta con datos de años anteriores por lo que se dificulta analizar la tendencia del evento en el tiempo; sin embargo la cifra es similar a la del nivel nacional para el año 2010, los casos de embarazos en este rango de edad, se ubican en la UPZ Gran Yomasa (57) y Comuneros (58).

Para dar una respuesta a esta situación, está el Hospital Usme como institución prestadora de servicios de salud, en cuatro de los 13 centros se brinda atención diferencial hacia el adolescente y el joven, sin embargo en todos se oferta la consulta y facilita los métodos anticonceptivos.

Además brinda espacios de asesoría individual y grupal para el fortalecimiento de los derechos, construcción del proyecto de vida, fomentar estilos de vida saludable y prevenir la enfermedad.

La Subdirección de integración local, brinda prestación de servicios sociales asistenciales, a través de proyectos, facilita espacios para que los y las adolescentes, así como los jóvenes lideren propuestas culturales, artísticas, deportivas, entre otras, para el desarrollo de habilidades y ocupen su tiempo libre.

La Dirección Local de Educación – Instituciones educativas, instituciones que definen, orientan y desarrollan proyectos educativos de manera integral. Desarrollar estrategias que garanticen el acceso y permanencia de los niños, niñas y jóvenes en el sistema educativo, así como la pertinencia, calidad y equidad de la educación en sus diferentes formas, niveles y modalidades

Formular programas y proyectos que contribuyan a mejorar la calidad de la educación; diseñar e impulsar estrategias y programas para el desarrollo y formación de la niñez y la juventud.

Promover estrategias de articulación de la educación con las demandas de la ciudad y las necesidades de sus habitantes¹³

Prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (15-49 años)

Componente: Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva SSR desde un enfoque de derechos

Ciclo vital: Adolescencia, juventud y adultez

Existen factores sociales y culturales en los adolescentes que generan esta situación, en donde existen creencias o mitos de uso de productos distintos a los anticonceptivos, para la prevención del embarazo.

Hay desconocimiento sobre el acceso a los servicios de salud sobre todo en los y las adolescentes.

En el sistema de salud, se han evidenciado barreras para que las mujeres accedan a los métodos, porque cuando consultan, no hay o se ha acabado el contrato con la EAPB y no es posible atenderla.

Solo se cuenta con el número de atenciones realizadas por el Hospital de Usme

Situación que también ha generado el no uso de métodos modernos de anticoncepción o su uso inoportuno, en mujeres adolescentes, jóvenes y adultas.

¹³Educacionbogota (Internet). Colombia ; (actualizado el 27 de noviembre de 2015), Disponible en: <http://www.educacionbogota.edu.co/es/nuestra-entidad/quienes-somos/funciones-objetivos>

Para las usuarias del Hospital comparadas con el total de población de mujeres de 15 – 49 años de la localidad, la prevalencia del uso de métodos modernos es de solamente 11%, la cual es baja. Comparado con otros años, no se cuenta con datos para el nivel local, por lo que se dificulta la tendencia del evento en el tiempo, sin embargo, de acuerdo a la ubicación de los puntos del acceso a los servicios, hay una mayor concentración en la UPZ (57) Gran Yomasa, por lo que UPZs como AlfonsoLópez (59), Comuneros (58) y la Flora (52), tienen menores ofertas y barreras geográficas que influyen en que las usuarias accedan.

Se observa que se refuerza esta situación, en que de manera frecuente que la anticoncepción es una actividad que solo debe asumir la mujer y se desdibuja el papel del hombre de decidir y participar en la reproducción.

La educación en salud sexual en muchas ocasiones, se focaliza en la genitalidad y la regulación de la fecundidad, dejando en ocasiones de lado la toma de decisiones en general, que factor indispensable para que se inicie o no la actividad sexual y/o la anticoncepción.

No es suficiente la difusión de los servicios que se ofertan, sobre todo en las y los adolescentes.

Esta situación implica, embarazos no deseados en cualquiera de los ciclos vitales, lo cual afecta la dinámica personal y familiar. El no uso de anticoncepción puede poner la vida de la mujer y la de su hijo en peligro, cuando se tienen antecedentes patológicos que incrementan su riesgo durante la gestación.

Su uso inadecuado también puede desarrollar situaciones que afecten la salud física de la mujer.

Para dar una respuesta a esta situación, esta el Hospital Usme como institución prestadora de servicios de salud, orienta servicios para la mujer, encaminados en brindar asesoría profesional de calidad para que la mujer elija el método que se ajuste a sus condiciones físicas y rutinas diarias. De igual forma brinda educación en salud sexual y reproductiva en diferentes ámbitos de la vida cotidiana, como el escolar, el institucional, comunitario entre otros, con el fin de promover estilos de vida saludables y prevenir situaciones de enfermedad.

Mortalidad materna

Componente: Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva SSR desde un enfoque de derechos

Ciclo vital: adolescencia – juventud – adultez

La mortalidad materna generada por servicios de salud fragmentados, que se comportan como amenaza debido a barreras para el acceso o cual aumenta el riesgo de complicaciones severas y muertes en las mujeres gestantes para las mujeres gestantes que afecta a las mujeres entre 10 a 54 años que se

encuentran en etapa productiva de la vida generando una importante pérdida a nivel familiar y social

La muerte materna, en mujeres entre 10 a 54 años es generada por servicios de salud fragmentados, que se comportan como amenaza debido a barreras para el acceso lo cual aumenta el riesgo de complicaciones severas y muertes, identificando factores de tipo estructural dentro del sistema de salud.

Por otra parte hay factores de tipo cultural que facilitan el evento y es que la mujer y su familia no considera la gestación como un estado que puede llevar a riesgos en la vida de la misma.

Se refuerza por la ausencia de las instituciones que promuevan el ejercicio de los aseguramiento, aunque no se presento casos de muerte materna en el año 2014, es importante mencionar que para el año 2014 se estableció en el evento de morbilidad materna extrema un total de 161 casos correspondiente (5,7%) de los presentados a nivel distrital, lo cual llama la atención para hacer vigilancia en aras de diseñar y desarrollar acciones que prevengan la mortalidad materna. Respecto a la distribución espacial de los casos, se ven afectadas las siguientes UPZs: Alfonso Lopez, Ciudad de Usme, La Flora, Comuneros, Gran Yomasa, Danubio.

La mortalidad materna en mujeres entre 10 a 54 años, que se encuentran en etapa productiva de la vida, ocasiona una importante perdida a nivel familiar y social.

Para dar una respuesta a esta situación, esta el Hospital Usme como institución prestadora de servicios de salud, orienta servicios para la mujer, encaminados en brindar asesoría profesional de calidad para que la mujer elija el método que se ajuste a sus condiciones físicas y rutinas diarias. Desde esta institución también, se desarrolla el programa Territorios Saludables, se realiza seguimiento a las gestantes y a los eventos de morbilidad materna extrema, trabajo articulado en red sur que permite mejorar el acceso a los servicios de salud, búsqueda activa comunitaria de gestantes.

Prevalencia de VIH/SIDA

Componente: Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva SSR desde un enfoque de derechos

Para la prevención y el manejo del VIH, hay condiciones sociales, que se ven fuertemente relacionadas con la baja calidad de la información que maneja la población, lo cual asociado a altos niveles de estigma y discriminación, reducen la posibilidad de reconocimiento oportuno de riesgo afectando la adherencia a los procesos de diagnóstico y atención y aumentando el riesgo de transmisión del VIH.

A esto se le suma el uso inadecuado o el no uso de condón, pues este resulta como un dispositivo incomodo en las relaciones y no se contempla la protección

que provee, por otra parte el acceso a estos el limitado por el costo que tienen a nivel comercial y no se proveen de manera adecuada desde los servicios de salud.

Lo anterior se ve reforzado por estrategias que son ineficientes para la población, desconocen las necesidades o dinámicas de poblaciones en condición de vulnerabilidad social; no hay un seguimiento adecuado dentro del sistema de salud.

En el nivel local, se observa un mayor porcentaje sobre los hombres que sobre las mujeres, entre los ciclos vitales de juventud y adultez; con respecto al año inmediatamente anterior la cifra de prevalencia se ve aumentada en un 40%, con mayor concentración del evento en UPZ (57) Gran Yomasa, (58) Comuneros y (56) Danubio.

El tener cifras que tienden al aumento de la infección por VIH, implica que a no se han diseñado estrategias de concientización sobre el uso de condón; el no contar con un seguimiento adecuado dentro del sistema, hace que las personas sean diagnosticadas en fases avanzadas de la enfermedad y en ese periodo de tiempo hayan mantenido relaciones sin uso del condón, facilitando la transmisión del virus. Implica así mismo, que de acuerdo a la cifra distrital de 2013, en donde se estima que solo 48% de las personas diagnosticadas, toman tratamiento retroviral, se les verá directamente afectada su calidad de vida y tienen una mayor probabilidad de fallecer por una causa evitable.

Para dar una respuesta a esta situación, es el Hospital Usme como institución prestadora de servicios de salud, movilización de programas de prevención y vigilancia del evento, diagnóstico oportuno y remisión a atención integral; seguimiento por programa de territorios, y gestión de estrategias para disminuir barreras que se identifiquen con EAPBs e IPS, desarrollo de alianzas para fortalecer: conocimientos y la atención que se brinda, que favorezca un enfoque diferencial.

Tasa de incidencia de Sífilis Congénita

Componente: Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva SSR desde un enfoque de derechos

La sífilis congénita se define como aquellos recién nacidos hijos de madres con diagnóstico de sífilis gestacional, sin tratamiento y/o tratamiento inadecuado

La incidencia del evento, tiene los siguientes factores sociales relacionados: inequidad de género que ubica a la mujer en desventaja frente a los hombres, adherencia al tratamiento por parte de la pareja, y experiencia de violencia física y simbólica cuando ellos (hombres) conocen el diagnóstico de sífilis gestacional, diagnóstico inoportuno por inicio tardío de controles prenatales, dificultades en el tratamiento a contactos sexuales.

Radica también, en fallas en la atención de los servicios de salud, fragmentación de servicios de salud, barreras del acceso a las gestantes e inadecuado seguimiento durante la gestación del diagnóstico de sífilis gestacional

Durante el 2014 en la localidad, la cifra fue de 4.1 por cada 1000 nacidos vivos, que con respecto al año inmediatamente anterior se observa un aumento; de acuerdo a la distribución geográfica en la localidad, se encuentran ubicados en tres UPZs específicamente: Gran Yomasa, Comuneros y Flora.

Un tratamiento inadecuado de sífilis gestacional puede llevar a una muerte perinatal evitable, de igual forma recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita presentan complicaciones como ceguera, sordera, problemas neurológicos, entre otros, las cuales le generaran múltiples discapacidades; situaciones que son evitables y que están ligadas directamente con la oportunidad en las acciones los actores del sistema de salud que atienden a la mujer gestante diagnosticada.

Para dar una respuesta a esta situación, esta el Hospital Usme como institución prestadora de servicios de salud, movilización de programas de prevención y vigilancia del evento, vigilancia del evento de sífilis gestacional y congénita, diagnóstico oportuno, tratamiento y seguimiento serológico, seguimiento por programa de territorios, gestión de políticas y programas y promoción y detección saludables con el fin de garantizar el tratamiento adecuado.

Aumento en la notificación de casos de sífilis congénita, realización de diagnóstico oportuno seguimiento a mujeres gestantes con diagnóstico de sífilis gestacional.

3.1.6 Tensiones Dimensión Vida Saludable y Condiciones No transmisibles

Acceso a terapia farmacológica para personas con riesgo cardiovascular

Componente: Condiciones crónicas prevalentes

Ciclo vital: adultez- vejez

El generador de esta problemática se presenta a nivel social-institucional (determinante Intermedio) Sistema de salud fragmentado. La ESE tiene un contrato para son la EPS Caprecom para la atención a usuarios con condiciones crónicas, sin embargo la entrega de medicamentos se hace en las farmacias contratadas por la aseguradora. Dichas farmacias cambian frecuentemente el direccionamiento para la entrega de medicamentos, lo cual genera múltiples barreras a los usuarios con condiciones crónicas afiliados a esta entidad.

El origen de esta se origina al nivel de las farmacias externas contratadas por la EPS Caprecom para la entrega de medicamentos a usuarios con riesgo cardiovascular

Los usuarios que pertenecen al programa de condiciones crónicas con riesgo cardiovascular bajo o moderado reciben atención trimestral con respectiva formulación de terapia farmacológica para el control de su condición crónica. Para favorecer la adherencia a la terapia farmacológica, se entrega fórmula para 3 meses la cual es dispensada por la farmacia del Hospital o de la EPS del usuario de acuerdo al tipo de afiliación. Para el segundo semestre de 2014 se obtiene como dato que 3708 usuarios accedieron a terapia farmacológica sobre un total de 6745 usuarios registrados en el programa. Es importante anotar que en el 2014 se brindó atención a un total de 5399 usuarios con corte hasta el mes de diciembre y de este total 4211 están afiliados a capital salud o pertenecen a Fondo Financiero Distrital con quienes el Hospital tiene convenio para entrega de medicamentos. Por ende, el dato de usuarios que accedieron a medicamentos se toma de la base de datos de la institución donde se registran los capitados con la EAPB mencionada y el Fondo Financiero Distrital. Por lo anterior se encuentra que el 88,05% de usuarios que reciben medicamentos en las farmacias de las ESE accedieron a terapia farmacológica. Los usuarios afiliados a la EPS Caprecom acceden a otras farmacias contratadas por la entidad. No se conoce el dato de acceso de estos usuarios, sin embargo si se conocen múltiples casos de barreras de acceso a fármacos por cambios en las dinámicas de dichas farmacias.

Los reforzadores se presentan a nivel poblacional- institucional. El acceso a la terapia farmacológica por personas con riesgo cardiovascular se ve limitado en ocasiones por la inadherencia de los usuarios al tratamiento. Por otra parte también se ve limitado por barreras de tipo administrativo dado por dificultad en las autorizaciones de algunos fármacos o porque requieren prescripción en otro nivel de atención, lo cual implica un proceso de remisión, autorización, asignación de cita y traslado a otro nivel de atención.

Esto se presenta en todas las UPZ de la localidad. Las implicaciones son la dificultad al tratamiento farmacológico que aumenta el riesgo de complicaciones de los usuarios con riesgo cardiovascular. A su vez disminuye el grado de adherencia a la terapia farmacológica favoreciendo aún más la aparición de complicaciones, aumentando así la carga de morbimortalidad en la localidad.

Resumen: Barrera de acceso a los medicamentos por parte de los usuarios con riesgo cardiovascular afiliados a Caprecom EPS

Mortalidad por Diabetes Mellitus

Componente: Condiciones crónicas prevalentes

Ciclo vital: adultez-vejez

Mortalidad por diabetes mellitus en la localidad. El generador de la tensión se encuentra a nivel poblacional- social institucional (I). Pobres conductas de prácticas saludables, baja adherencia al tratamiento de la enfermedad por parte de la población afectada, sistema de salud fragmentado.

La pobre practica de conductas saludables favorecen la incidencia de esta enfermedad y la debilidad institucional incrementa las barreras de acceso oportuno al manejo integral de la enfermedad

De acuerdo a la información del Diagnostico Local con participación Local 2013, la Diabetes Mellitus ocupa la quinta causa de mortalidad en la localidad. Para el año 2014 se obtiene que la tasa de mortalidad por Diabetes en la localidad es de 0,15 por cada 1000 habitantes. La población más afectada es la perteneciente a la etapa de ciclo adultez y vejez. De acuerdo a la relación de los factores de riesgo para la incidencia/prevalencia de Diabetes y mortalidad se encuentra en la localidad una tendencia al alto consumo de carbohidratos, pobre consumo de frutas y verduras y en general malos hábitos alimentarios, lo que conlleva a una malnutrición por exceso. La obesidad y el sobrepeso son los principales factores de riesgo para la aparición de la enfermedad, sumado a esto la detección no se realiza de manera temprana dado a que la población accede tardíamente a los servicios de salud, situación que dificulta el manejo y control de la patología y aumenta el riesgo de mortalidad.

Social- institucional-poblacional. La descentralización de la atención en salud se convierte en un factor agravante dado a que los usuarios con diabetes atendidos en primer nivel requieren atención por especialista una vez al año y control de laboratorios en segundo nivel de manera trimestral, sin embargo el acceso a especialista y a laboratorios periódicos requieren de múltiples trámites administrativos así como traslados fuera de la localidad, lo cual dificulta o desmotiva al usuario a ser adherente al manejo y control de su patología, lo que trae consigo complicaciones y eleva la mortalidad por esta patología. Sumado a esto los usuarios con diagnóstico de diabetes y riesgo cardiovascular alto deben estar en manejo en otros niveles de atención, sin embargo la oferta y la oportunidad de acceso a especialistas es insuficiente por lo que el usuario regresa al primer nivel y en muchas involuciona el manejo de su enfermedad.

La mortalidad por diabetes afecta a las familias de las personas que fallecen y al sistema que costea la carga de morbimortalidad. Esto se presenta en todas las UPZ de la localidad de Usme. Esta tensión afecta la tendencia de mortalidad posiblemente evitable en el perfil epidemiológico de la población, Aumenta los costos del manejo de complicaciones previo a la defunción de los usuarios y en general desencadena un impacto negativo a nivel económico en la localidad.

Mortalidad prematura por cáncer

Componente: Condiciones crónicas prevalentes

Ciclo vital: infancia, juventud, adultez, vejez (menores de 70 años)

La mortalidad prematura por cáncer se presenta básicamente por dos factores: población con pocos hábitos de vida saludables que no asisten a los servicios de salud para la detección temprana del cáncer y fragilidad del sistema de salud para

su detección temprana y manejo oportuno, este último limitado por las múltiples barreras de acceso al tratamiento oportuno de esta enfermedad de alto costo que aumentan la mortalidad de esta población

Polo A: Poblacional- social institucional. Sistema de salud fragmentado, población expuesta a riesgos.

El cáncer constituye un grupo de enfermedades con grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales. Para el año 2014 se presentaron un total de 38 casos de mortalidad por cáncer en la localidad. En cuanto al tipo de cáncer se encuentra un 26 % de mortalidad por cáncer gástrico, un 18 % por leucemias, 13 % por cáncer de colon, 11% por cáncer de ovario, 8 % cáncer de pulmón y un 23 % corresponde a otros tipos de cáncer como Ca de páncreas, Sistema Nervioso Central, peritoneo, cáncer hepático y cáncer de grandes vasos. En cuanto a género, el 55% de las mortalidades corresponden al género masculino y el 45% al género femenino. En cuanto a etapa de ciclo vital se tienen dos casos de mortalidad para la etapa infancia (5%). En la etapa de juventud se tienen 4 casos (11%), para la etapa adultez se encuentran 16 casos (42%) al igual que para la etapa de vejez. Se encuentra un total de 922 años de vida potencialmente perdidos, lo que en términos de tasa corresponde a 2,161 años por cada 1000 habitantes.

Reforzadores: institucional-poblacional

Entre los aspectos agravantes se encuentran: Desconocimiento de los factores de riesgo para la aparición de cáncer por parte de la población. Prevalencia de obesidad, baja calidad del aire en la localidad, exposición a humo de biomasa y de tabaco, exposición al VPH, pobre consulta para tamizaje de cáncer de mama o cáncer de próstata. Debilidad institucional para la detección temprana de algunos tipos de cáncer.

Polo B: Poblacional- social institucional-Económico. La mortalidad prematura afecta a las familias de las personas que fallecen, al sistema que costea la carga de morbimortalidad y a la economía social por la pérdida de población en etapa productiva.

Tiempo, Lugar/UPZ: En toda la localidad.

Implicaciones: población-social -económico la mortalidad prematura por Cáncer tiene impacto en diferentes niveles: A nivel familiar se presenta una importante afectación emocional por la pérdida de un miembro del núcleo familiar. La dinámica económica de la familia también se ve altamente afectada dado que las personas que fallecen de manera prematura se encuentran en etapa productiva y generalmente aportan a la economía familiar. Este fenómeno económico se refleja de la misma manera a nivel social cuando se presenta la pérdida de una persona en etapa productiva.

Resumen: Años de vida potencialmente perdida por Mortalidad prematura por cáncer

Mortalidad prematura por Eventos Cerebro Vasculares

Componente: Condiciones crónicas prevalentes

Ciclo vital: Adultez, vejez (menores de 70 años)

Generadores: Social- institucional (I-E). Pobre adherencia al tratamiento de condiciones precursoras y barreras de acceso para el acceso a la atención en los diferentes niveles de atención

Polo A: Social institucional-poblacional. Población con poca práctica de hábitos saludables, inadherentes a los programas para el manejo de condiciones crónicas, programas con debilidades para la atención y sistema fragmentado con múltiples barreras para la atención oportuna de las condiciones crónicas.

Evento: De las 10 principales causas de mortalidad en la localidad de Usme durante los años 2007 a 2011, se puede establecer que las primeras 4 causas están relacionadas con: enfermedad isquémica del corazón, Enfermedad cerebrovascular, enfermedades crónicas de las vías respiratorias y los homicidios, Estas se han mantenido estables durante los 5 años observados. Durante el 2014 se reportan 8 casos de mortalidad por eventos cerebrovasculares, 4 corresponden a mayores de 70 años y los otros 4 a menores de 70 años. Se tiene en cuenta esta edad, puesto que hace parte del indicador distrital para la medición de enfermedades evitables que se maneja a nivel distrital. El 75% de los casos son población femenina y el 25% corresponden a población masculina. La tasa de años de vida perdida como indicador de mortalidad prematura para la localidad de Usme es de 0,16 por cada 1000 habitantes con un total de 71,54 AVPP

Reforzadores: Social -institucional Se consideran aspectos agravantes el aumento de la tendencia de conductas poco saludables como el tabaquismo, el sedentarismo, la alimentación no saludable, etc. Diagnóstico tardío de condiciones precursoras.

Polo B: Poblacional-social institucional-Económico

Poblacional- social institucional-Económico. La mortalidad prematura afecta a las familias de las personas que fallecen, al sistema que costea la carga de morbimortalidad y a la economía social por la pérdida de población en etapa productiva.

Tiempo, Lugar/UPZ: En toda la localidad.

Implicaciones: Social-Institucional-Económico. Esta tensión afecta la tendencia de mortalidad posiblemente evitable en el perfil epidemiológico de la población, Aumenta los costos del manejo de complicaciones previo a la defunción de los

usuarios y en general desencadena un impacto negativo a nivel socioeconómico en la localidad.

Resumen: Años de vida potencialmente perdidos por mortalidad prematura por Eventos Cerebro Vasculares

Mortalidad prematura por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Componente: *Condiciones crónicas prevalentes*

Ciclo vital: *Adulthood, vejez (menores de 70 años)*

Generadores: Social- institucional-ambiental (E)

Se encuentra la exposición a riesgos ambientales por parte de la población (humo de tabaco, humo de biomasa, exposición laboral a partículas) pobre asistencia a los servicios de salud para detección temprana, subdiagnostico de la condición crónica, pobre adherencia de la población a los programas para el manejo de la patología y barreras de acceso para el acceso a los servicios en los diferentes niveles de atención

Polo A: Social Institucional-Poblacional. Población con poca práctica de hábitos saludables y expuestos continuamente a riesgos, inadherentes a los programas para el manejo de condiciones crónicas, programas con debilidades para la atención y sistema fragmentado con múltiples barreras para la atención oportuna de las condiciones crónicas.

Evento: Entre de las 10 principales causas de mortalidad en la localidad de Usme durante los años 2007 a 2011, se establecen como la cuarta causa de mortalidad las enfermedades crónicas de las vías respiratorias. Estas se mantuvieron estables durante los 5 años observados. Durante el 2014 se reportan 13 casos de mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, lo que corresponde a un 0,9 % de las defunciones totales de la localidad para ese periodo. 10 casos corresponden a mayores de 70 años y los otros 3 a menores de 70 años. Se tiene en cuenta esta edad, puesto que hace parte del indicador distrital para la medición de enfermedades evitables. El 46,1 % de los casos son población femenina y el 53,9 % corresponden a población masculina. La tasa de años de vida perdida como indicador de mortalidad prematura para la localidad de Usme es de 0,168 por cada 1000 habitantes. Al igual que la tendencia nacional, en la localidad de Usme se atribuyen como causas de incidencia de EPOC el tabaquismo y se adiciona la exposición al humo de leña.

Reforzadores: Condiciones laborales que generan exposición a sustancias que favorecen la enfermedad. Promoción masiva del consumo de tabaco. Pobres condiciones económicas de la población que expone a la familia a humo de biomasa en el interior del hogar (humo de leña y demás)

Polo B: Poblacional-social institucional-Económico

La mortalidad prematura afecta a las familias de las personas que fallecen, al sistema que costea la carga de morbimortalidad y a la economía social por la pérdida de población en etapa productiva.

Tiempo, Lugar/UPZ: toda la localidad

Implicaciones: Esta tensión afecta la tendencia de mortalidad posiblemente evitable en el perfil epidemiológico de la población, Aumenta los costos del manejo de complicaciones previo a la defunción de los usuarios y en general desencadena un impacto negativo a nivel socioeconómico en la localidad.

Resumen: Años de vida potencialmente perdidos por mortalidad prematura por EPOC

Porcentaje de personas que consumen frutas 3 o más veces al día

Componente: Modos, condiciones y estilos de vida saludables

Ciclo vital: Todos los ciclos vitales

Generadores: Social-económico (I-E) Pobre hábito de consumo de frutas y verduras en la población de la localidad. Bajo acceso a estos alimentos por capacidad de adquisición.

Polo A: Social-Económico. Población con pobre hábito de consumo de frutas y verduras. Bajas condiciones económicas de la población para acceder a las frutas y verduras.

Evento: De acuerdo a los datos del MPS sobre consumo de frutas y verduras: “En población nivel 1 del SISBEN, el porcentaje de no consumo es de 41,2% en frutas y 7 6,7% en verduras”. Para la localidad la población nivel I SISBEN es una población representativa. De acuerdo a los datos que arroja la base de datos de los tamizajes de condiciones crónicas el 64% de la población valorada refiere consumir más de 3 frutas y verduras al día. La frecuencia diaria de consumo es mayor en el área urbana (urbana 69,5% vs rural 58,5%). Teniendo en cuenta que la localidad de Usme cuenta con la mayor población rural del distrito, se mantiene la tendencia a una baja ingesta de frutas en la población de la localidad. De acuerdo a la OMS, se estima que la ingesta insuficiente de frutas y verduras es causante de aproximadamente un 19% de los cánceres gastrointestinales, un 31% de las cardiopatías isquémicas y un 11% de los accidentes vasculares cerebrales”

Reforzadores: Social-económico. Desconocimiento de los beneficios del consumo de frutas y verduras. Priorización de consumo de otros grupos de alimentos en la canasta familiar por promoción en medios de comunicación.

Polo B: Población que se expone a riesgos de condiciones crónicas por bajo consumo.

Tiempo, Lugar/UPZ: En toda la localidad.

Implicaciones: Institucional-social. La ingesta insuficiente de frutas y verduras un factor de riesgo para los cánceres gastrointestinales, cardiopatías isquémicas y accidentes cerebro vasculares, lo cual eleva el riesgo de morbimortalidad de la población.

Resumen: Bajo consumo de frutas y verduras por la población

Porcentaje de progreso de Enfermedad Renal Crónica

Componente: *Condiciones crónicas prevalentes*

Ciclo vital: *adultez, vejez*

Evento: La enfermedad Renal en la localidad de Usme no se encuentra totalmente caracterizada. En el año 2014 se obtuvo el dato de 59 usuarios reportados con ERC estadio 3 en la localidad, esto a través de la secretaria de salud. Sin embargo no se manejan bases anteriores para hacer un análisis del porcentaje de progreso de la enfermedad renal crónica. Para mediados del año 2015 se inició recolección de información del diagnóstico de enfermedad renal crónica en los usuarios con condición crónica que pertenecen al programa

Prevalencia de hipertensión arterial

Componente: *Condiciones crónicas prevalentes*

Ciclo vital: *adultez-vejez*

Generadores: institucional-social (I)

El aumento de la tendencia de conductas de riesgo como el tabaquismo, alto consumo de sodio, dieta poco balanceada con alto consumo de carbohidratos y grasas, sedentarismo y la prevalencia del sobrepeso y la obesidad. Programas con debilidades para la detección temprana y manejo integral.

Polo A: Institucional-social. Población con poca práctica de hábitos saludables y expuestos continuamente a riesgos, inadherentes a los programas para el manejo de condiciones crónicas, programas con debilidades para la atención y sistema fragmentado con múltiples barreras para la atención oportuna de las condiciones crónicas.

Evento: La hipertensión arterial es la condición crónica más común en la población de la localidad, encontrándose un reflejo del perfil de morbilidad de la población colombiana. En el programa de condiciones crónicas de la localidad para el año 2014 se cuenta con un total de 6745 usuarios, de los cuales 6287 tienen diagnóstico de HTA lo que corresponde a un 93,2 %. De acuerdo a estos datos la prevalencia de HTA para la localidad de Usme en el 2014 es de 6,49%. Los principales factores de riesgo para que se asocian a esta condición de acuerdo al perfil socioeconómico y cultural de la localidad son: malnutrición por

exceso (sobrepeso y obesidad), sedentarismo, alto consumo de sodio, pobres hábitos y estilos de vida saludables relacionados con nivel socioeconómico y educativo. institucional-social

Reforzadores: institucional-social Se consideran aspectos agravantes la pobre asistencia de la población a los servicios de detección temprana de enfermedades precursoras. Priorización de aspectos laborales, presionado por exigencias y retos sociales, que se sobrepone a las prácticas de cuidado y auto cuidado, con deterioro de su calidad de vida. Diagnóstico tardío de la hipertensión, pobre adherencia al tratamiento de esta condición y barreras de acceso para el acceso a la atención en los diferentes niveles de atención.

Polo B: Poblacional y económica. Población expuesta a la condición crónica y a toda la carga de complicaciones generada por la enfermedad y sistema de salud que costea una condición con alta prevalencia, incluidas todas las complicaciones.

Implicaciones: Institucional-social. La prevalencia de la hipertensión arterial contribuye a la carga de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal, y a la mortalidad y discapacidad prematuras. El tratamiento de las complicaciones de la hipertensión abarca intervenciones costosas como la cirugía de revascularización miocárdica, la endarterectomía carotídea o la diálisis, que agotan los presupuestos gubernamentales e individuales

Tiempo, Lugar/UPZ: En toda la localidad.

Resumen: Prevalencia de hipertensión arterial en la localidad

Supervivencia de los menores de 18 años con leucemias agudas pediátricas

Componente: Condiciones crónicas prevalentes

Ciclo vital: infancia y juventud

Evento: De acuerdo a los datos arrojados por el DANE la supervivencia de los menores con cáncer infantil en Colombia es muy inferior a la supervivencia en comparación a los países desarrollados. El factor de supervivencia de los menores con leucemia infantil depende más de las barreras de acceso en salud que de la misma severidad de la enfermedad. En la localidad de Usme para el 2014 no se contaba con datos de los menores identificados con leucemias infantiles, por tanto se dificulta calcular la supervivencia en esta etapa de ciclo vital. En el año 2015 se inició base de datos de menores con diagnóstico de cáncer infantil y se inició seguimiento. Previamente no se tenía reporte de cáncer infantil en la localidad por lo que no es posible establecer la supervivencia de los menores con leucemia en la localidad es una tensión.

3.1.7 Tensiones Dimensión Salud Pública en Emergencias y Desastres

Avance en la articulación de los hospitales con los planes territoriales sectoriales de gestión de riesgo de desastres

Componente: Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres

Ciclo vital: Aplica para todos los ciclos vitales.

Generadores: Social (Estructural). A la localidad llegan con regularidad población en condición de desplazamiento a causa del conflicto armado interno afectada por fenómenos de remoción en masa asociado al desplazamiento forzoso de miles de familias que cada año se instalan en los cinturones de pobreza de la ciudad, de tal forma que se tienen asentamientos ilegales en zonas que no cumplen con criterios de seguridad para los integrantes de la familia por la inestabilidad de suelos.

Polo A: Social – Institucional.

Evento: Colombia, dada su pluralidad de accidentes geográficos y formación geológica, es un territorio sujeto a muchos fenómenos de origen natural, los cuales a su vez están asociados a la incidencia de las comunidades en el territorio y las condiciones variables del clima, generando mayores situaciones de riesgo y vulnerabilidad. La materialización de estos riesgos en desastres, afectan el desarrollo del país, e impiden y retrasan el logro de las metas de bienestar social trazadas por el gobierno.

Reforzadores: Falta de compromiso y de inversión en obras de mitigación por parte de las entidades competentes que minimicen los factores de riesgo en zonas vulnerables de la localidad.

Polo B: Población - Ambiente.

Tiempo, Lugar/UPZ: en todas las UPZ de la localidad.

Implicaciones: Ambiental – Poblacional. Promoción de acciones que permitan hacer inversión en procesos de prevención frente a la gestión del riesgo.

Componente: Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres

Ciclo vital: Aplica para todos los ciclos vitales.

Generadores: Sistema económico y social del país afectado.

Polo A: Institucional - población.

Evento: Múltiples lesiones personales y pérdida de ensures a causa de emergencias y desastres.

Reforzadores: La intervención por parte de entidades de índole distrital como la Caja de Vivienda Popular; que propenda por la ejecución de programas de

titulación de predios, mejoramiento de vivienda, de barrios y re asentamientos con el fin de mejorar la calidad de vida de la población que habitan en barrios de origen informal o en zonas de alto riesgo. El año anterior, la entidad en mención llevó a cabo 703 Mejoramientos de Vivienda ejecutados, 1500 personas atendidas, 1.299 subsidios a 12 proyectos y a 31 de diciembre de 2014 cuenta con 1.161 hogares vinculados. Sin embargo, existen diferentes entidades de orden público o privado con la disposición y pertinencia para ejecutar diferentes acciones.

Polo B: Población - Ambiente.

Tiempo, Lugar/UPZ: en todas las UPZ de la localidad

Implicaciones: Ambiental - Poblacional – Económico.

3.1.8 Tensiones Dimensión Salud y Ámbito Laboral

Cobertura de la población ocupada en riesgo laboral

Componente: *Seguridad y salud en el trabajo*

Ciclo vital: *Juventud, Adulthood y vejez*

Desde la estrategia de entornos de trabajo saludable se realiza a los empleadores y empleados de las Unidades de Trabajo Informal asesorías que mejoren las condiciones de trabajo a 2500 trabajadores aproximadamente, teniendo en cuenta que por su informalidad no es importante el uso de elementos de protección personal, ni generar acciones correctivas que influyan en la disminución de riesgos en la unidad de trabajo, así como la afiliación al SGSSS,

Las y los trabajadores informales intervenidos están expuestos a riesgo laboral, sin embargo es importante resaltar que en ellos aumenta más el riesgo por no estar afiliados al Sistema de Riesgos laborales.

Por lo anterior hace que la exposición a riesgo laboral aumente debido a que los trabajadores informales no les parece importante realizar cambios en su unidad de trabajo, no es de su interés la afiliación a seguridad social y a administradora de riesgos laborales y otros manifiestan que es muy costoso y no cuentan con los recursos económicos ya que la mayoría tienen contrato a destajo es decir es aquel contrato en el que la remuneración se pacta con base a la cantidad de unidades, obras o labores que el trabajador realice en una jornada determinada. o viven de lo que se venda diariamente.

Las acciones realizadas por el equipo de laboral se centaron en las upz de la Flora y Alfonso Lopez evidenciando esta situación en las Unidades de Trabajo Informal Intervenidas, sin embargo hay que tener en cuenta que la informalidad es una condición que aumenta diariamente esto asociado a las pocas ofertas laborales y al desempleo, es por este aumento que los trabajadores informales limitan la capacidad de respuesta del equipo de Entornos de Trabajo Saludable.

Es por lo anterior que el aumento del riesgo laboral, se genera por poca iniciativa en la afiliación al SGSSS y por no realizar cambios que mejoren positivamente las unidades de trabajo informal.

A partir de la Estrategia de Entornos de Trabajo Saludable del Hospital de Usme se realizan actividades e intervenciones de carácter básicamente promocional, preventivo y participativo que se desarrollan para ofrecer a las personas protección frente a las amenazas para su salud, y a su vez, permitirles ampliar sus conocimientos y capacidades para identificar los riesgos y actuar oportunamente frente a ellos” (Luna, 2010), esta formación va dirigida a los empleadores y empleados de las Unidades de Trabajo

De igual forma el Equipo de SIVISTRA (es un subsistema de vigilancia de los eventos en salud relacionados con el trabajo), este equipo está contratado por el Hospital Pablo Sexto pero realiza intervención en la localidad de Usme Investigación los accidentes de trabajo.

Incidencia de accidentalidad en el trabajo

Componente: Situaciones prevalentes de origen laboral

Ciclo vital: Adulthood y Vejez

Desde el ámbito laboral se intervienen a los trabajadores que pertenecen al sector informal, quienes por sus condiciones no cuentan con afiliación a seguridad social ni a la administradora de Riesgos Laborales, generando mayor exposición a accidente de trabajo. Al realizar el análisis se notificaron 190 eventos de Accidentes de Trabajo, del total de eventos el 66% (126) corresponden a mujeres y el 34% (64) corresponden a Hombres

Es importante tener en cuenta que los trabajadores informales son expuestos a presentar algún accidente de trabajo, siendo los adultos y las personas mayores quienes presentan más algún tipo de accidente. Según informe de investigación del equipo de SIVISTRA el tipo de lesión más frecuente corresponde a las quemaduras en el caso de las mujeres con 53 (28%) eventos y en el caso de los hombres fueron los golpes, contusiones y aplastamientos los de mayor frecuencia con 22 (11%) eventos; en relación con lo anterior 36 eventos que reportaron quemaduras en el caso de las mujeres son trabajadoras de la cocina o afines y en el caso de los hombres 8 corresponden a vendedores de puesto fijo y 7 a operarios de la madera.

Las manos como herramienta de trabajo principal para el desarrollo de diferentes actividades, están altamente expuestas a diferentes riesgos que pueden desencadenar diferentes tipos de eventos, no obstante en la Localidad de Usme se evidencio que 150 (78%) de los trabajadores tuvieron compromiso de esta región corporal, siendo la mano dominante (derecha en la mayoría de los casos) la de mayor afectación en especial en ocupaciones como trabajadores de la cocina y afines 53 (28%), los sastres, modistas, costureras y afines 26 (14%) y vendedores

de puesto fijo 25 (13%), esto como consecuencia al uso de equipos y herramientas para el desarrollo de su labor.

Lo anterior se origina porque algunos de los trabajadores informales no les parece importante realizar la afiliación a seguridad social y a administradora de riesgos laborales y otros manifiestan que es muy costoso y no cuentan con los recursos económicos.

Las acciones realizadas por el equipo del ámbito laboral se centaron en las upz de la Flora y Alfonso Lopez evidenciando esta situación en las Unidades de Trabajo Informal Intervenidas,

La presencia de accidentes de trabajo en 190 trabajadores informales y el aumento de los mismos limitan la capacidad de respuesta del equipo de SIVISTRA teniendo en cuenta que este equipo debe dar cuenta a unas metas distritales.

Este aumento de la accidentalidad en el trabajo se ve ocasionado por falta de interés de los y las trabajadoras en realizar la afiliación a seguridad social y a una administradora de riesgos laborales, de igual forma los bajos ingresos económicos no permite que lo determinen como una prioridad.

De igual forma el Equipo de SIVISTRA (es un subsistema de vigilancia de los eventos en salud relacionados con el trabajo), este equipo está contratado por el Hospital Pablo Sexto pero realiza intervención en la localidad de Usme Investigación los accidentes de trabajo.

Incidencia de enfermedades relacionadas con el trabajo

Componente: Situaciones prevalentes de origen laboral

Ciclo vital: Adultez y Vejez

A partir de la Intervención de Entornos de Trabajo saludable identificaron 93 casos Enfermedad Laboral (EL), de los cuales 67 que corresponde al 67% fueron clasificados por el subsistema como probables, posterior a la valoración física y a la correlación con las condiciones de trabajo.

Según informe de SIVISTRA, del total de 67 trabajadores declarados como probables, el 68.65% (46) corresponde a mujeres y el 31.3% (21) son hombres, mostrando una dinámica similar a las demás Localidades donde por lo general ha predominado el sexo Mujer, lo que permite evidenciar una gran incursión de las mujeres en las fuerzas laborales, más aun en el contexto de la informalidad, dados los determinantes sociales que han presionado para que las mujeres se conviertan en aportantes económicas en los hogares.

La ocupación que mayor frecuencia presento para la Localidad fueron aquellas personas que se dedican al comercio siendo los vendedores con un 26.8% (18), seguido de las costureras y/o zapateros con un 22,38% (15) y los cocineros y afines con el 20,8% (14).

Las probables patologías más frecuentes fueron el síndrome del túnel del carpo con una frecuencia del 47.7% (32) lo que corresponde a casi la mitad de los trabajadores declarados como probables, lo que demuestra en esta localidad también una gran incidencia, las mujeres fueron las que presentaron mayor afectación (27) y tan solo (5) hombres aportan a este diagnóstico; en cuanto a los hombres también aportaron con (5) eventos al diagnóstico de Lumbago que se ubicó como el segundo en la Localidad con 11.9% (8) las ocupaciones que refirieron esta condición son aquellas involucradas con la adopción permanente de posición bípeda.

Algunos de los trabajadores informales no saben diferenciar entre la enfermedad común y la enfermedad laboral, por esta razón no le brindan la importancia de generar cambios en la unidad de trabajo, por otro lado no les parece importante realizar la afiliación a seguridad social y a administradora de riesgos laborales y otros manifiestan que es muy costoso y no cuentan con los recursos económicos.

Las acciones realizadas por el equipo de laboral se centaron en las upz de la Flora y Alfonso Lopez evidenciando esta situación en las Unidades de Trabajo Informal Intervenidas,

La presencia de enfermedad laboral en 93 trabajadores informales y el aumento de los mismos limitan la capacidad de respuesta del equipo de SIVISTRA, debido a que este equipo debe dar cuenta al cumplimiento de metas distritales.

La presencia de enfermedad laboral en los y las trabajadoras, es porque algunos de ellos presentan poca preocupación en su estado de salud, otros por falta de interés en realizar la afiliación a seguridad social y a una administradora de riesgos laborales o por bajos ingresos económicos no permite que lo determinen como una prioridad.

De igual forma el Equipo de SIVISTRA (es un subsistema de vigilancia de los eventos en salud relacionados con el trabajo), este equipo está contratado por el Hospital Pablo Sexto pero realiza intervención en la localidad de Usme Investigación la enfermedad laboral de trabajo.

Dimensión Salud Ambiental	Habitat saludable	Disponibilidad de políticas relacionadas con la reducción de emisión de contaminantes.	4,75
	Habitat saludable	Disponibilidad de Sistemas de suministro de agua para consumo humano.	5,75
	Habitat saludable	Disponibilidad de Sistemas para el manejo y disposición final de residuos.	4,75
Dimensión Convivencia Social y Salud Mental	Promoción de la salud mental y la convivencia	Edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes	5,75
	Promoción de la salud mental y la convivencia	Prevalencia de consumo de SPA en el último mes	6
	Prevención y atención integral a problemas, trastornos mentales y diferentes formas de violencia	Tasa de incidencia de violencia contra la mujer	4,5
	Promoción de la salud mental y la convivencia	Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar	5,5
Dimensión Seguridad Alimentaria y Nutricional	Consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos	Prevalencia de desnutrición global (bajo peso para la edad) en menores de 5 años	5,75
	Consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos	Prevalencia de obesidad	4,75
Derechos Sexuales y Sexualidad	Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva SSR desde un enfoque de derechos	Mortalidad materna	6
	Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva SSR desde un enfoque de derechos	Tasa de incidencia de Sífilis Congénita	6
Dimensión Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles	Condiciones crónicas prevalentes	Mortalidad prematura por cáncer	5,5
	Condiciones crónicas prevalentes	Prevalencia de hipertensión arterial	5,75

Referencias Bibliográficas

¹ Alcaldía Mayor de Bogota, Secretaria de Medio Ambiente y Secretaria Distrital de Planeación (2015), Observatorio Rural de Bogotá. Consultado en: <http://www.obervatorioruralbogota.gov.co>

² Alcaldía Mayor de Bogota, Localidad de Usme (2015), consultado en: <http://www.bogota.gov.co/localidades/usme>

³ CAR – INGEOMINAS, Estudio Hidrogeológico Cuantitativo de la Sabana de Bogotá, Bogotá, Ingeominas 1992.

⁴ Alcaldía Mayor de Bogota, Alcaldía Local de Usme (2015), consultado en: <http://www.usme.gov.co>

⁵ DAPD, Plan de Ordenamiento Territorial, Decreto 619 del 2000, Bogotá, d.c.

⁶ Usme; Historia de un territorio, 2011 – (Bogotá, Alcaldía Mayor De Bogotá, 2011). P.7.

⁷ *Ibíd.*, p.23.

⁸ DANE. Proyecciones de Población por localidades 2005 - 2015. Extensión hectáreas: Secretaria Distrital De Planeación. Subsecretaria de información y estudios estratégicos, dirección de información, cartografía y estadística. Inventario de información en materia estadística sobre Bogotá. Cuadros 4 y 20. [Sitio en internet]. Disponible en: www.sdp.gov.co/portal/.../portal/PortalSDP/.../DICE013-AspectosDemograficos Consultado: 31 de julio de 2015.

⁹ DANE - SDP, Encuesta Multipropósito 2011 - 2014. Cálculos: Dirección de Estudios Macro, SDP.

¹⁰ Secretaría Distrital de Planeación, boletín No. 57 “Caracterización Socioeconómica – Encuesta SISBÉN III – Enero 2010 a Abril 2013

¹¹ Secretaría Distrital de Planeación, boletín No. 60 “Índice de calidad de vida de la vivienda en Bogotá” 2013

¹² Secretaría Distrital de Planeación “Monografías de las Localidades: diagnóstico de los aspectos físicos, demográficos y socioeconómicos de las localidades – 2011, Usme”

¹³ DANE. Proyecciones de Población por localidades 2005 - 2015. Extensión hectáreas: Secretaria Distrital De Planeación. Subsecretaria de información y estudios estratégicos, dirección de información, cartografía y estadística. Inventario de información en materia estadística sobre Bogotá. Cuadros 4 y 20. [Sitio en internet]. Disponible en: www.sdp.gov.co/portal/.../portal/PortalSDP/.../DICE013-AspectosDemograficos Consultado: 31 de julio de 2015.

-
- ¹⁴ DANE. Proyecciones de Población por localidades 2005 - 2015. Extensión hectáreas: Secretaria Distrital De Planeación. Subsecretaria de información y estudios estratégicos, dirección de información, cartografía y estadística. Inventario de información en materia estadística sobre Bogotá. Cuadros 4 y 20. [Sitio en internet]. Disponible en: www.sdp.gov.co/portal/.../portal/PortalSDP/.../DICE013-AspectosDemograficos Consultado: 31 de julio de 2015.
- ¹⁵ NV 2003-2014 : -Bases de datos SDS- RUAF ND. Preliminares -Sistema de estadísticas Vitales SDS-ADE.
- ¹⁶ Secretaria Distrital De Planeación. Subsecretaria de información y estudios estratégicos, dirección de información, cartografía y estadística. Inventario de información en materia estadística sobre Bogotá. Cuadro 15. Esperanza de vida al nacer (años) por sexo 2005 – 2015. [Sitio en internet]. Disponible en: www.sdp.gov.co/portal/.../portal/PortalSDP/.../DICE013-AspectosDemograficos Consultado: 13 de mayo de 2014.
- ¹⁷ Secretaría de Hacienda. Alcaldía Mayor de Bogotá. Proyecto presupuesto 2014. Anexo 4. Bogotá, Distrito Capital, p.27. Disponible en: http://www.shd.gov.co/shd/sites/default/files/documentos/ANEXO_4_VERSION_DEFINITIVA_EDITOR.pdf
- ¹⁸ Hospital de Usme I Nivel. Base datos APS. Territorio saludable. 2013
- ¹⁹ Secretaría Distrital de Planeación. Encuesta Multipropósito de Bogotá 2014. Bogotá Ciudad de Estadísticas Boletín 65. Principales resultados en Bogotá y la Región. Abril, 2015., p. 161.
- ²⁰ EMB 2014., p. 176.
- ²¹ *Ibíd.*, p. 176.
- ²² EMB 2014., p. 142.
- ²³ Subsecretaría de Planeación y Política - Subdirección de Servicios Públicos - UAESP (Codensa, ETB, Gas Natural, EAAB, Diagnóstico Distrital, (Bogotá D.C., 2013), 13.
- ²⁴ EMB 2014., p. 106.
- ²⁵ Hospital de Usme E.S.E. Vigilancia en Salud Pública. Urgencias y emergencias.
- ²⁶ EMB 2014., p. 111.
- ²⁷ Encuesta Multipropósito 2011.
- ²⁸ Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública. Dimensión salud ambiental. [En línea] 2013 [Consultado 28 Julio 2015]; 2(6). Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimension-saludambiental.pdf>

²⁹ Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública. Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles. [En línea] 2013 [Consultado 28 Julio 2015]; 2(12). Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimension-vidasaludable-yenfermedades-transmisibles.pdf>

³⁰ Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública. Dimensión convivencia social y salud mental. [En línea] 2013 [Consultado 28 Julio 2015]; 2(9). Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/convivenciasocial-yasalud-mental.pdf>

³¹ Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública. Dimensión seguridad alimentaria y nutricional. [En línea] 2013 [Consultado 28 Julio 2015]; 2(8). Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimension-seguridadalimentariaynutricional.pdf>

³² Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública. Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos. [En línea] 2013 [Consultado 28 Julio 2015]; 2(13). Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Dimension-sexualidad-derechos-sexuales-reproductivos.pdf>

³³ Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública. Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles. [En línea] 2013 [Consultado 28 Julio 2015]; 2(12). Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimensionvidasaludable-condicionesno-transmisibles.pdf>

³⁴ Gobierno Nacional de la República de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho (Observatorio de Drogas en Colombia), Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA), Embajada de los Estados Unidos en Colombia. *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar – Colombia 2011*. [En línea] 2013 [Consultado 05 Agosto 2015]; 56(171) Disponible en:

https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio_Poblacion_Escolar_2011.pdf

³⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública. Dimensión salud pública en emergencias y desastres. [En línea] 2013 [Consultado 28 Julio 2015]; 2(6). Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Dimension-saludpublica-emergenciasydesastres.pdf>

³⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública. Dimensión salud y ámbito laboral. [En línea] 2013 [Consultado 28 Julio 2015]; 2(8). Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimension-salud-ambitolaboral.pdf>

³⁷ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Anexo técnico 4 Diagnóstico Local 2014. Pag 29. Bogotá, 2015.

PRELIMINAR