DIAGNOSTICO SOCIAL
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y ZOONOSIS
EN EL MUNICIPIO DE NARIÑO

LISSETH YOMARA VASCO CASTILLO
PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL

PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y ZOONOSIS

NARIÑO – CUNDINAMARCA, 2025

1. Introducción

Desde el Ministerio de Salud y protección social a partir del año 2012 se establece la elaboración y construcción de la estrategia de gestión integral en enfermedades transmitidas por vectores y para el año 2017 se suma el componente de zoonosis, desde el lineamiento y las orientaciones del Ministerio de Salud y Protección Social la Secretaría de Salud de Cundinamarca adopta la metodología para su construcción e implementación en los 116 municipios de su jurisdicción.

El presente documento contempla información sobre la enfermedad de Chagas, la cual hace parte de las enfermedades desatendidas según la Organización Mundial de la Salud (OMS), contemplado como un problema de salud pública, donde la ocurrencia de casos nuevos puede estar relacionado a determinantes sociales, económicos y eco epidemiológicos como pobreza, malas condiciones de salubridad, poblaciones vulnerables del sistema de salud, condiciones de vivienda inadecuadas, fenómeno migratorio e incursión poblacional a áreas rurales.

La prevalencia de la enfermedad de Chagas en Colombia se ha estimado entre 700.000 y 1.200.000 habitantes infectados y 8.000.000 en riesgo de adquirir la infección, de acuerdo con la distribución geográfica y las especies de vectores descritos en la fase exploratoria del "Programa nacional de prevención y control de la enfermedad de Chagas". Colombia tiene las cifras más alarmantes en población general de la región Andina después de Bolivia. (INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA, 2022, pág. 5)

Teniendo en cuenta que la enfermedad de Chagas es la principal causa de problemas cardiacos en América Latina y es la cuarta enfermedad infecciosa con más carga en términos de años de vida perdidos, donde es imprescindible saber que, es posible tratar la enfermedad, pero menos del 1% de las personas afectadas reciben el tratamiento, por múltiples barreras, siendo una de ellas, la falta de conocimiento sobre esta enfermedad, por tal motivo, desde el componente de participación social se desarrollaron diferentes acciones en los cinco entornos saludables, siendo el hogar, comunitario, educativo, laboral e institucional con la finalidad de controlar, prevenir y detectar la enfermedad.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Elaborar en articulación con las autoridades locales un diagnóstico social mediante la aplicación de una metodología propia de intervención social (cartografía), que facilite el análisis de la situación del municipio de Nariño con relación a las ETV y Zoonosis, dejando como evidencia un documento de consulta y guía para las vigencias futuras en términos de participación social.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar los problemas causales de la enfermedad de Chagas en la vereda La Reforma del municipio de Nariño.

- Elaborar una cartografía social para tener una perspectiva global del territorio en la vereda La Reforma del municipio de Nariño.

- Elaborar el diagnóstico epidemiológico de los eventos presentados en el municipio de Nariño, para la priorización de las enfermedades de ETV/Zoonosis de interés para la comunidad.

- Construir conocimiento integral del territorio en el municipio de Nariño.

3. Glosario

Cartografía social: Según Habegger y Mancila (2006:6), la cartografía social permite conocer y construir un conocimiento integral del territorio para que se pueda elegir colectivamente una mejor manera de vivirlo, desde una mejor comprensión de la realidad territorial, de cómo vivimos el territorio que habitamos y cómo construimos el futuro territorio que deseamos.

Diagnostico social: El diagnóstico social es un proceso de elaboración y sistematización de información que implica conocer y comprender los problemas y necesidades dentro de un contexto determinado, sus causas y evolución a lo largo del tiempo, así como los factores condicionantes y de riesgo y sus tendencias previsibles. (Ander-Egg, 2001)

Enfermedad de Chagas: Es una enfermedad parasitaria causada por el flagelado *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*) que afecta principalmente al corazón y al sistema digestivo. (INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA, 2022)

Entornos saludables: Los entornos saludables son aquellos escenarios, que favorecen el desarrollo humano sostenible; promueven el desarrollo de capacidades; contribuyen al bienestar individual y colectivo; producen y resignifican prácticas y normas que se constituyen en formas de vivir; potencian la salud integral, ofrecen protección, seguridad y confianza para la vida y convivencia de las personas y colectivos; y permiten la gestión y el ejercicio de los derechos y mejores condiciones y calidad de vida.

Estrategia de gestión integral La EGI - es una herramienta sistemática de gestión que permite planear, monitorear, realizar el seguimiento continuo e integral y evaluar la ejecución de las líneas de gestión de la salud pública

Evento en salud: Conjunto de sucesos, factores o enfermedades y circunstancias capaces de modificar el nivel de salud en personas y animales.

Huésped u hospedero: Persona o animal que en circunstancias naturales permite la subsistencia o el alojamiento de un agente infeccioso.

Incidencia: La incidencia es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.

Notificación de una enfermedad: Es la comunicación oficial dada a la autoridad sanitaria correspondiente, sobre la existencia de cualquier tipo de enfermedad transmisible o no.

Plan de Contingencia: Guía que establece las actuaciones para combatir la presencia de enfermedades zoonóticas en determinado territorio.

Política Pública: políticas públicas son acciones de gobierno con objetivos de interés público que surgen de decisiones sustentadas en un proceso de diagnóstico y análisis de factibilidad, para la atención efectiva de problemas.

Reservorio: Organismo que aloja virus, bacterias u otros microorganismos que pueden causar una enfermedad contagiosa y que puede propagarse hasta producir una epidemia.

Tasa de mortalidad: La tasa de mortalidad es la proporción de personas que mueren por una causa concreta en un período en una población.

Zoonosis: Enfermedad que, en condiciones naturales, se transmite de los animales vertebrados al hombre o viceversa.

Agente etiológico o infeccioso: Microorganismo capaz de producir una infección o una enfermedad infecciosa. (Heymann, 2011)

Artrópodo: Se refiere a animales multicelulares con simetría bilateral cuyo cuerpo está formado por tres regiones, cabeza, tórax y abdomen, con segmentos modificados en cada región, con forma y función específicas y recubiertas por una capa dura compuesta de quitina y que funciona como esqueleto externo, patas articuladas y crecimiento discontinuo por medio de mudas. (Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2011)

Autoridades sanitarias: Entidades jurídicas de carácter público con atribuciones para ejercer funciones de rectoría, regulación, inspección, vigilancia y control de los sectores público y privado en salud y adoptar medidas de prevención y seguimiento que garanticen la protección de la salud pública. (República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, 2006)

Delegación: Consiste en que las autoridades pueden transferir el ejercicio de funciones a sus colaboradores o a otras autoridades, con funciones

afines o complementarias. La delegación exime de responsabilidad al delegante. (Rodríguez, 2011)

Descentralización: La distribución de competencias entre la Nación, entidades territoriales y demás esquemas asociativos se realizará trasladando el correspondiente poder de decisión de los órganos centrales del Estado hacia el nivel territorial pertinente, en lo que corresponda, de tal manera que se promueva una mayor capacidad de planeación, gestión y de administración de sus propios intereses, garantizando por parte de la Nación los recursos necesarios para su cumplimiento. (República de Colombia, 2011)

Desconcentración: Es la radicación de competencias y funciones en dependencias ubicadas fuera de la sede principal del organismo o entidad administrativa, sin perjuicio de las potestades y deberes de orientación e instrucción que corresponde ejercer a los jefes superiores de la administración.1 La desconcentración puede ser territorial o jerárquica o funcional. (Rodríguez, 2011)

Efectividad: Concepto que involucra la eficiencia y la eficacia, consiste en alcanzar los resultados programados a través del uso óptimo de los recursos involucrados. (Departamento Nacional de Planeación)

Eficacia: Grado en el que una acción alcanza los resultados esperados. La eficacia consiste en concentrar los esfuerzos de una entidad en las actividades y procesos que realmente deben llevarse a cabo para el cumplimiento de los objetivos formulados. (Departamento Nacional de Planeación)

Eficiencia: Es el logro de un objetivo al menor costo unitario posible. Se refiere al uso óptimo de recursos en programas, subprogramas y proyectos. (Departamento Nacional de Planeación)

Enfermedades Transmitidas por Vectores: Se refiere a los padecimientos en los que el agente causal o infeccioso requiere la participación de un artrópodo como hospedero o transmisor para completar su ciclo de vida y para mantener su población en hospederos vertebrados susceptibles. (Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2011)

Entidades Sanitarias: Entidades del Estado que prestan servicios sanitarios o de sanidad con el propósito de preservar la salud humana y la salud pública. (República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, 2006)

Gestión en salud pública: En el marco de lo previsto en el PDSP, se constituye en un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo que bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria, está orientado a que las políticas, planes, programas y proyectos de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del SGSSS junto con otros sectores del Gobierno, de las organizaciones sociales y privadas y la comunidad, con el propósito de alcanzar los resultados en salud. Se enmarca en el ejercicio de la rectoría y apunta a la generación de gobernanza en salud con el propósito de que las respuestas sectoriales, intersectoriales y comunitarias se desarrollen de manera articulada y orientadas al logro de resultados en salud.

Insecticida: Se refiere a las sustancias de origen químico sintético o biológico que eliminan a los vectores o evitan el contacto con el humano, están dirigidos a cualquiera de sus estadios de desarrollo. (Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2011)

Laboratorio de Salud Pública: Entidad pública del orden departamental o distrital, encargada del desarrollo de acciones técnico-administrativas realizadas en atención a las personas y el medio ambiente con propósitos de vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario, gestión de la calidad e investigación. (República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, 2006)

Vector: Se refiere al transportador y transmisor biológico del agente causal de enfermedad, precisando al artrópodo que transmite por picadura, mordedura o por sus desechos. (Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2011)

Vigilancia en Salud Pública: Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública. (República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, 2006)

Plan de acción: El plan de acción permite que cada dependencia de la administración, de acuerdo con el presupuesto asignado, defina las estrategias que va a adelantar para ejecutarlo y garantizar el cumplimiento del POAI, y con él, el del Plan Indicativo y del Plan de Desarrollo. Durante la formulación del Plan de Acción es el momento en el cual se hacen visibles las acciones de articulación entre las diferentes dependencias, ya que existen proyectos en los cuales deben participar varias de ellas y, por tanto, es necesaria la coordinación. (Departamento Nacional de Planeación, 2007).

Plan de intervenciones colectivas: Es un plan complementario al Plan Obligatorio de Salud y a otros beneficios, dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud, a través de la ejecución de intervenciones colectivas o individuales de alta externalidad en salud definidas en la resolución 518 de 2015, desarrolladas a lo largo del curso de vida, en el marco del derecho a la salud y de lo definido en el PDSP.

4. Siglas

ASIS: Análisis de la Situación de Salud
Dpto.: Departamento
OMS: Organización mundial de la Salud.
Mpio: Municipio
La ECh: La enfermedad de Chagas.
ETV: Enfermedades de Transmitidas por Vectores
CAR: Corporación Autónoma Regional
DSP: Dirección de Salud Pública
EGI: Estrategia de gestión integral en zoonosis
ETV: Enfermedades Transmitidas por Vectores
GEBIS: Gestoras de Calidad de Vida
ICA: Instituto Colombiano Agropecuario
INS: Instituto Nacional de Salud
IPS: Institución prestadora de Salud
IVC: inspección, vigilancia y control
LSPD: Laboratorio de Salud Pública departamental
MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud
MSPS: Ministerio de Salud y la Protección social
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PAI: Plan Ampliado de Inmunizaciones
PDSP: Plan Decenal de Salud Pública
PIC: Plan de Intervenciones colectivas
RIAS: Rutas integrales de atención en salud
RIPS: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud
SIVIGILA: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
COLCIENCIAS: Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación.
FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía
DNP: Dirección Nacional de Planeación
DTS: Direcciones Territoriales de Salud
EGI-ETV: Estrategia de Gestión Integrada para la vigilancia, promoción, prevención y control de las ETV.
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en salud

5. Marco conceptual

5.1. Conceptos teóricos

5.1.1. Cartografía social:

Según Habegger y Mancila (2006:6), la cartografía social permite conocer y construir un conocimiento integral del territorio para que se pueda elegir colectivamente una mejor manera de vivirlo, desde una mejor comprensión de la realidad territorial, de cómo vivimos el territorio que habitamos y cómo construimos el futuro territorio que deseamos.

5.1.2. Diagnostico social:

El diagnóstico social es un proceso de elaboración y sistematización de información que implica conocer y comprender los problemas y necesidades dentro de un contexto determinado, sus causas y evolución a lo largo del tiempo, así como los factores condicionantes y de riesgo y sus tendencias previsibles. (Ander-Egg, 2001)

5.1.3. Enfermedades Transmitidas por Vectores:

Se refiere a los padecimientos en los que el agente causal o infeccioso requiere la participación de un artrópodo como hospedero o transmisor para completar su ciclo de vida y para mantener su población en hospederos vertebrados susceptibles. (Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2011)

5.1.4. Dengue:

Es una enfermedad febril que afecta a lactantes, niños y adultos, con síntomas que van desde una fiebre moderada a una fiebre alta, con dolor de cabeza severo, dolor detrás de los ojos, dolor muscular y en las articulaciones, y sarpullidos. La enfermedad puede evolucionar a un dengue grave, caracterizado por dificultad para respirar, sangrado severo y/o complicaciones en alguno de los órganos. No hay vacuna ni una medicina específica para tratar el dengue.

Tiene diversas formas clínicas desde cuadros indiferenciados, asintomáticos hasta formas graves que llevan a shock y fallas en órganos vitales, pero debe ser enfocada como una sola enfermedad. En Colombia el dengue representa un problema prioritario en salud pública debido múltiples

factores entre ellos la reemergencia e intensa transmisión viral con tendencia creciente, el comportamiento de ciclos epidémicos cada vez más cortos, el aumento en la frecuencia de brotes de dengue hemorrágico y otras formas graves de la enfermedad, la circulación simultánea de los cuatro serotipos, la infestación por Aedes aegypti del más del 90% del territorio nacional situado por debajo de los 2.200 m.s.n.m., y la urbanización de la población por problemas de violencia en el país, pone en riesgo a aproximadamente 25 millones de personas que habitan en zonas urbanas con transmisión de esta enfermedad.

La mortalidad por dengue es evitable en el 98% de los casos y está estrechamente relacionada con la calidad en la atención de paciente, la Guía Clínica Dengue 14 identificación precoz de los casos busca principalmente evitar mortalidad. En los últimos 10 años se presentaron en promedio 29 muertes por año, con una letalidad promedio de 1,17%, esta no sobrepasa lo tolerable (2%) pero puede ser por un sobre registro en el sistema de casos de dengue grave.

Tiene 4 serotipos (Microorganismos), por lo tanto, se puede sufrir de dengue hasta en 4 ocasiones diferentes y cada serotipo le da inmunidad únicamente para la forma del virus que lo infecto.

5.1.5. Chikunguña:

Es una enfermedad vírica transmitida a los seres humanos por mosquitos infectados con el virus Chikunguña. Los mosquitos implicados son el Aedes aegypti y el Aedes albopictus.

Los síntomas comienzan generalmente de 4 a 8 días después de la picadura de mosquitos, pero pueden aparecer en cualquier momento entre el día 2 y el día 12. El síntoma más común es una aparición repentina de fiebre, a menudo acompañada de dolor en las articulaciones. Otros síntomas incluyen dolor muscular, dolor de cabeza, náuseas, fatiga y erupción cutánea. El dolor severo en las articulaciones por lo general dura unos pocos días, pero puede persistir durante meses o incluso años. En la mayoría de los casos no es mortal a menos de que se tenga una enfermedad crónica de base como (Diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, tuberculosis, VIH entre otras), se debe tener cuidado con mujeres embarazada, personas mayores de 65 años y menores de 0-5 años, por lo general la enfermedad dura una o dos semanas o en ocasiones puede durar meses e incluso años es normal que las personas presenten recaídas y

al igual que el Dengue no existe tratamiento específico para esta enfermedad.

5.1.6. Zika:

Es una enfermedad que produce brote en la piel una elevación de la temperatura corporal, causada por el virus del zika (ZIKAV), transmitida por la picadura de hembras del mosquito Aedes (el mismo que transmite dengue y chikunguña). Fue detectada en monos en el bosque Zika en Uganda (África) en 1947.

El virus del zika se transmite por la picadura de mosquitos hembra del Aedes aegypti que están infectados con este virus. Habita en los domicilios peri – domicilios (dentro de las viviendas, las edificaciones) en zonas de tierra caliente, generalmente ubicadas por debajo de los 2.200 metros sobre el nivel del mar (msnm).

¿Cuáles son los síntomas de la enfermedad?

En general esta enfermedad presenta una evolución benigna; los síntomas aparecen 3 a 12 días después de que la persona haya sido picada por el mosquito transmisor de la enfermedad. La infección también puede presentarse de forma moderada o sin síntomas. La enfermedad se caracteriza por la presencia de síntomas como:

- Elevación de la temperatura corporal, que puede ser no muy alta.
- Ojos rojos sin secreción ni picazón.
- Erupción en la piel con puntos blancos o rojos.
- Dolores esporádicos en las articulaciones musculares, de cabeza y de espalda.
- Posibles afectaciones neurológicas e inmunológicas o congénitas, en pocos casos.

¿Cómo una persona con síntomas confirma que tiene zika?

El diagnóstico se hace principalmente por clínica, con los síntomas descritos anteriormente. Si durante los últimos 15 días una persona ha estado en un municipio donde se encuentra el mosquito y en este ya se han confirmado casos con exámenes de sangre el caso se confirma clínicamente. Si en ese mismo período de tiempo una persona ha estado en un municipio donde hay mosquitos, pero no se han confirmado casos mediante exámenes de laboratorio, puede solicitar que le tomen una prueba en su Institución

prestadora de salud (IPS), para la confirmación que solo realiza el Instituto Nacional de Salud (INS). La secretaria de salud puede informarle si ya se realizó la confirmación de la circulación del virus en su municipio.

Cómo prevenir las enfermedades transmitidas por vectores

- Mantener bien tapados todos los recipientes donde se almacena agua para uso doméstico
- Rellenar los huecos de los árboles, tapias y paredes con cemento o tierra.
- Eliminar el agua estancada de recipientes, charcos, bloques de construcción y otros objetos.
- Sustituir con tierra o arena el agua de los floreros y macetas del hogar, lugares de trabajo, escuelas y en cementerios.
- Perforar huecos en las llantas de los parques infantiles para que no se acumule agua.
- En zona rural enterrar todo tipo de basura: cáscaras, recipientes, llantas u otros objetos que puedan almacenar agua.
- Rellenar con tierra tanques sépticos en desuso, desagües en desuso, y letrinas abandonadas.

Imagen N°1 Cuidados para prevenir las enfermedades transmitidas por vectores



Precauciones, cuidados, medidas de prevención y control.

Si se tiene algunos de los síntomas de cualquiera de estas enfermedades (dengue, zika o Chikunguña), no se puede hacer automedicación, si se llega a tener dengue los medicamentos tradicionales para calmar el dolor, pueden acelerar y complicar la enfermedad, por eso es mejor que ir al médico, allí darán las orientaciones necesarias, ya que cualquier medicamento mal administrado puede traer consecuencias fatales.

La única manera de prevenir la transmisión de los virus del dengue, el zika y el Chikunguña es la eliminación y control de criaderos, sitios en los cuales se desarrollan las larvas y los cabezones, los que se convierten finalmente en zancudos.

5.1.7. Higienización de manos

La realización o no de una adecuada higiene de las manos tiene consecuencias en la transmisión de agentes patógenos y de diferentes enfermedades infectocontagiosas. Realizar una higiene de las manos no es simplemente una opción, una cuestión de sentido común o una mera oportunidad; durante la prestación asistencial responde a indicaciones que están justificadas por el riesgo de transmisión de gérmenes. Para minimizar las diferencias en la comprensión y aplicación de las indicaciones para la higiene de las manos por parte de los profesionales sanitarios, los formadores y los observadores de las prácticas hospitalarias es importante que dichas indicaciones sean comprensibles de manera universal.

¿Para qué sirve lavarse las manos?

Los variados agentes infecciosos que pueden producir diarrea se transmiten habitualmente por la vía fecal-oral, es decir por la ingesta de agua o alimentos contaminados y también por la contaminación directa de las manos. El lavado de manos con jabón interrumpe el ciclo de esta contaminación.

Las infecciones respiratorias agudas, como la gripe o la neumonía, pueden evitarse con el lavado frecuente de manos. También los parásitos intestinales y algunas infecciones en la piel y los ojos.

Esta sencilla práctica de higiene es el modo más efectivo de cuidar nuestra salud.

5.1.9. Manejo de inservibles

Los grandes cambios demográficos que derivan del desarrollo no sustentable en vastas regiones del mundo han dado por resultado un crecimiento desorganizado de las zonas urbanizadas sin adecuada cobertura de servicios de saneamiento básico. En el caso del dengue, dado que el mosquito Aedes es de hábitos domiciliarios, los sitios que escoge para criaderos son fundamentalmente artificiales: objetos que no se utilizan con frecuencia y que pueden colectar agua en la que la hembra deposita los huevos. El incremento del uso de recipientes no degradables y el deficitario sistema de recolección de residuos sólidos, incrementan el riesgo de ocurrencia de casos de Dengue al aumentar el número de criaderos potenciales. Los factores vinculados a la salud ambiental más relacionados con necesidades básicas (provisión de agua corriente, cloacas, gestión de residuos sólidos urbanos, saneamiento de predios, remediación de suelos, gestión de aguas) constituyen prerrequisitos para establecer niveles de mejor salud y constituyen la primera y la más importante estrategia de prevención y control contra enfermedades vectoriales, antes de pensar en la aplicación de plaguicidas. Prevenir la cría del mosquito nos permite establecer algunas propuestas de ordenamiento ambiental con claro impacto sobre la expansión del vector y al mismo tiempo, resultar en mejoramientos sustantivos y sustentables que trascienden al riesgo específico de esta enfermedad para conformar una mejora permanente en las condiciones de vida por el accionar sobre factores determinantes de la salud.

Por objetos inservibles se entiende cualquier elemento en desuso: desde una cubierta de goma hasta una heladera vieja, que pueden encontrarse al aire libre en patios, baldíos, basurales o en el interior de las casas. Algunos ejemplos en el espacio doméstico incluyen botellas, cisternas, tinajas, plantearos, floreros y macetas, latas, adornos de jardín, cubiertas, muebles, rezagos de electrodomésticos, piletas de lona en desuso y cualquier otro objeto o elemento que pueda contener agua que no se recambie durante más de 7 días. Recomendaciones para la recolección y descarte de objetos inservibles cambios conductuales, que incrementen la protección frente al contacto con el vector, como la instalación de mosquiteros, la elección de ropa más adecuada o la racionalidad en el empleo de repelentes.

5.1.9. La leishmaniasis:

La leishmaniasis es una enfermedad producida por un parásito nombrado Leishmania que se transmite por un mosquito que se llama Lutzomyia.

La enfermedad se manifiesta con granos y úlceras en la piel (Leishmaniaisis cutánea), puede invadir y destruir la nariz y los labios (Leishmaniasis mucocutánea) e inflamación de bazo, hígado y vísceras en general (Leishmaniasis visceral).

- **¿Y cómo da la enfermedad?**

La enfermedad nos da cuando el Lutzomyia infectado con el parásito que se llama Leishmania nos pica.

La fuente de infección para el Lutzomyia son animales como chuchas, zorros, osos hormigueros y perezosos, ratas y perros abandonados o personas que guardan en su cuerpo el parásito que causa la enfermedad. Los Lutzomyia una vez infectados pican nuevamente a otra persona o animal y le introduce el parásito en la piel

El vector que transmite esta enfermedad es el Lutzomyia, es un mosquito muy pequeño, mantiene sus alas paradas, el tamaño es de 5 mm, su vuelo es muy corto, al picar deja una sensación de quemazón; al igual que otros vectores la hembra pica la sangre para que sus huevos sean fecundos, mientras que los machos se alimentan del néctar de las plantas y no pican.

Después de varias semanas de haber sido picado aparece en el sitio de la picadura un granito de forma redonda que no duele y aumenta de tamaño, posteriormente aparece una costra en el centro del grano que cuando cae se ve como una úlcera de bordes levantados.

Si la persona no recibe el tratamiento adecuado le puede aparecer, varios meses o años después, una lesión en la nariz, síntoma de la leishmaniasis mucosa.

Leishmaniasis cutánea

Las angoletas son una plaga molesta, pican al anochecer o en la mañana muy temprano, compitiendo con los jejenes culicoides que son mosquitos tan pequeñitos como la cabeza de un alfiler. Algunas personas los llaman plagas bobas porque las angoletas no son voladoras rápidas, sino que dan

saltitos o vuelos cortos y son del tamaño de un grano de alpiste y del mismo color de este cereal. Son peluditas y pican levantando las alas casi verticalmente. Solo las hembras pican a los animales o al hombre y necesitan sangre para fabricar sus huevos que le permiten su descendencia.

Cuando pican, tardan unos dos o tres minutos en llenarse con sangre. La rapidez con que chupan sangre hizo pensar que picaban directamente en las venas y por ello los científicos de Europa los llamaron flebótomos (flebo: venas - tomo: cortador), cuando ellos estudiaban los transmisores de las leishmaniasis en África, la India y el Mediterráneo, les dieron este nombre que significa: cortavenas. Hay en América más de 250 Lutzomyia diferentes. Algunas propias de cada país y hasta propias de cada región y algo muy importante, propias para cada tipo de leishmaniasis.

Leishmaniasis mucosa

Es una forma de leishmaniasis que ocurre como resultado de la diseminación linfohematógena del parásito. La forma deformante de la enfermedad puede causar mortalidad y se puede presentar de manera simultánea con las lesiones cutáneas o en el periodo de los 2 a 3 años siguientes de las lesiones en piel o por contigüidad. Afecta las mucosas de las vías áreas superiores nariz, faringe, boca, laringe, tráquea. De 3 a 5 % de los pacientes con Leishmania cutánea pueden desarrollar lesiones mucosas y está relacionada con especies mucotrópicas L. braziliensis. El 50% de los casos se manifiesta durante los dos primeros años posteriores a la aparición de la úlcera cutánea inicial. Una cicatriz antigua se encuentra en 90% de los casos de leishmaniasis mucosa. La sintomatología inicial está dada por hiperemia nasal, nodulaciones, rinorrea y posterior úlceración. El sitio más frecuente de las lesiones es la mucosa del tabique nasal. Las lesiones se acompañan de sensación de congestión, obstrucción y prurito nasal, epistaxis, disfonía, rinorrea serohemática, salida de costras; puede comprometer otras mucosas faringe, laringe, paladar y labios. En el examen físico de la piel que recubre la nariz y región malar se puede encontrar alteraciones eritematosas, y piel de naranja. La rinoscopia revela eritema y edema de la mucosa del tabique nasal, ulceraciones, perforación y destrucción del tabique y de los tejidos blandos. Sus principales complicaciones son las lesiones crónicas, progresivas y deformantes que por falta de un diagnóstico oportuno producen graves malformaciones.

Leishmaniasis visceral

Su período de incubación es de semanas o meses, en promedio de 2 a 6 meses luego de la picadura del vector. El comienzo de la enfermedad puede presentarse de manera abrupta o gradual. En personas

inmunocomprometidas la infección latente puede manifestarse clínicamente años o décadas después de la picadura del vector. Esta forma de leishmaniasis afecta principalmente a niños, menores de 5 años. Se ha visto asociada a niños desnutridos y personas inmunosuprimidas.

Manifestaciones clínicas: Fiebre, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia (principalmente esplenomegalia), pancitopenia (anemia, leucopenia y trobocitopenia).

La puerta de entrada del parásito al hombre o a los animales es la piel, a través de la picadura del vector. Por mecanismos que son desconocidos migran a hígado, medula ósea y bazo, alterando la arquitectura esplénica y produciendo reacciones granulomatosas autolimitadas a nivel hepático.

¿Cómo prevenir?

- Aplicar el repelente todos los días en todo el cuerpo, al final de la tarde y repetir después del baño, especialmente en las partes que van a estar descubiertas (cara, orejas, cuello y extremidades)
- Use ropa protectora de manga larga
- Al salir a labores de campo en guaduales, cañizales, cafetos y demás cultivos o en el monte, es importante llevar manga larga y protegerse con repelente, pues son lugares donde anidan los Lutzomyia
- Coloque toldillos alrededor de las camas. Ponga mallas y/o angeos en las ventanas
- Mantener limpias las zonas alrededor de la casa sin troncos, sin basura y sin maleza
- Gallineros, marraneras, establos y corrales deben mantenerse libres de basuras y hojarasca. Mantener la finca libre de hojarascas y los depósitos de madera bien cubiertos
- Los animales domésticos y de granja no deben entrar al hogar.

5.1.10. Enfermedad de Chagas

Es una enfermedad parasitaria causada por el flagelado *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*) que afecta principalmente al corazón y al sistema digestivo. (INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA, 2022)

La Enfermedad de Chagas o Tripanosomiasis se encuentra principalmente en América Latina y el principal mecanismo de transmisión al humano es por

contacto con heces de insectos conocidos como pitos o chinches. Donde el periodo de incubación varía entre una a cuatro semanas después de la exposición al parásito y depende de la vía de transmisión.

¿Qué son los pitos o chinches?

Las vinchucas o "chinches", son insectos que se alimentan de sangre (por eso se dice que son insectos hematófagos). Se caracterizan por ser aplanados dorsoventralmente (como una cucaracha), lo que les permite refugiarse en lugares estrechos como grietas, cortezas, debajo de piedras, etc.

Imagen N°2 pitos o chinches



Ciclo de vida de los pitos o chinches

Los pitos o chinches nacen de huevos. La hembra los deposita varias veces en su vida de a cientos, sueltos y en lugares ocultos. Eclosionan entre los 15 y 50 días (según la temperatura ambiente).

Entre el huevo y la forma adulta, los pitos pasan por 5 estadios inmaduros denominados "ninfas", cuya apariencia es similar a la de los adultos, pero de menor tamaño y sin alas. Para pasar de estadio en estadio necesitan "mudar" ("cambiar la piel") y aumentar su tamaño. En la última muda -después del quinto estadio- aparecen las alas y llegan a adultos. Este proceso de desarrollo dura alrededor de 8 meses; y la vida de un pito, desde que nace hasta que muere, puede llegar a alcanzar unos 15 meses (dependiendo de la especie y de las condiciones ambientales).

Imagen N°3 ciclo de vida de los pitos o chinches



¿Cuáles son las vías de transmisión de *T. cruzi*?

1. **Vía vectorial**

Es la vía de transmisión más frecuente. Una vez que los pitos ingieren sangre de un mamífero infectado pueden "transportar" al *T. cruzi* hasta otros hospedadores.

Al picar para alimentarse, generalmente en zonas expuestas de la piel (cara, manos, etc.), defecan cerca de la picadura. Si la persona picada se rasca instintivamente, puede empujar la materia fecal hacia el orificio dejado por la picadura; o, después de rascarse, puede pasar sus manos (con restos de deyecciones) por los ojos, boca o alguna lesión cutánea abierta. Es en cualquiera de esos casos cuando el *T. cruzi* penetra en el organismo.

2. **Vía congénita o vía vertical**

Ocurre cuando el *T. cruzi* se transmite de una mujer que tiene Chagas a su bebé, durante el embarazo o el parto. Según los datos disponibles, esta transmisión ocurre en un porcentaje que oscila entre el 1% y el 12% de los casos, dependiendo de las características de la población y la región, entre otros factores.

3. **Vía transfusional**

Ocurre cuando el parásito se transmite por transfusión de sangre de donantes infectados.

4. **Por trasplantes de órganos**

La posibilidad de la transmisión del Chagas a través de esta vía es mínima, pero posible.

5. **Vía oral**

Ocurre por el consumo de alimentos o bebidas que contengan materia fecal o restos de los pitos infectadas. También puede ocurrir por consumir carne poco cocida de pequeños mamíferos infectados (por ejemplo, mulitas).

6. **Por accidentes de laboratorio**

Este tipo de transmisión puede darse en personas que trabajan en salud o en el ámbito científico.

Teniendo en cuenta lo anterior, es muy importante conocer sobre esta enfermedad, debido a que es silenciosa, donde muchas veces pasa desapercibida por años, incluso décadas y cuando se desarrolla puede llegar a causar daños en el corazón y en ocasiones también en el sistema digestivo, especialmente en el esófago y el colon.

Control y prevención

Originalmente el *T. cruzi* solo afectaba a los animales salvajes; fue después cuando se propagó a los animales domésticos y los seres humanos. No hay vacuna contra la enfermedad de Chagas. *T. cruzi* puede infectar a muchas especies de triatominos. El control de vectores ha sido el método más eficaz de prevención en esta región.

Según la zona geográfica, la OMS recomienda los siguientes métodos de prevención y control:

- Mejora de las viviendas y su limpieza para prevenir la infestación por el vector.
- Medidas preventivas personales, como el empleo de mosquiteros; buenas prácticas higiénicas en la preparación, el transporte, el almacenamiento y el consumo de los alimentos.

- Desarrollo de actividades de información, educación y comunicación contextualizadas para los diferentes actores y escenarios sobre las medidas preventivas y los instrumentos de vigilancia.
- Cribado de la sangre donada.
- Pruebas en órganos, tejidos o células donados y en los receptores de estos.
- Acceso al diagnóstico y el tratamiento para las personas en las que esté indicado o recomendado el tratamiento antiparasitario, especialmente los niños y las mujeres en edad fecunda antes del embarazo.
- Cribado de los recién nacidos y otros hijos de madres infectadas que no hayan recibido antes tratamiento antiparasitario para diagnosticarlos y tratarlos precozmente.

Imagen N°4 control y prevención



Entornos saludables

Son aquellos escenarios, que favorecen el desarrollo humano sostenible; promueven el desarrollo de capacidades; contribuyen al bienestar individual y colectivo; producen y resignifican prácticas y normas que se constituyen en formas de vivir; potencian la salud integral, ofrecen protección, seguridad y confianza para la vida y convivencia de las

personas y colectivos; y permiten la gestión y el ejercicio de los derechos y mejores condiciones y calidad de vida.

Los Entornos Saludables se caracterizan por promover:

- Condiciones sociales, físicas y ambientales.
- Fomentan la inclusión, el respeto y reconocimiento de la diversidad: curso de vida, genero, etnia, condiciones particulares (discapacidad, talentos especiales…), situaciones sociales (desplazamiento, víctimas del conflicto, habitante de calle…)
- Participación social y la movilización en torno a la generación de condiciones de bienestar y calidad de vida.

3.2.1. **Entorno hogar**

El hogar, en un sentido amplio es el escenario de acogida y afecto en el que transcurre parte de la vida de los seres humanos, fundamental desde la perspectiva de familia, el hogar familiar, para el inicio de la vida y de la primera infancia. Es el escenario donde se promueven y "(…) proporcionan referentes sociales y culturales básicos con los cuales empiezan a moverse en la sociedad".

En el hogar, los seres humanos conviven y se desarrollan de manera significativa y es donde se configura un punto de encuentro, interacción, acogida y descanso propios de la dinámica de las relaciones personales.

3.2.2. **Entorno educativo**

Escenarios de vida cotidiana donde la comunidad educativa (niños, niñas, adolescentes, jóvenes, docentes, directivos, administrativos, operarios (empleados – personal de servicios generales), padres y madres de familia), van desarrollando capacidades, a través de un proceso de enseñanza/aprendizaje contextualizado, que permite la construcción social y reproducción de la cultura, el pensamiento, la afectividad, los hábitos y

estilos de vida, que le brindarán mejores formas de vivir y relacionarse consigo mismo, con los demás y con el ambiente.

Contribuyen al desarrollo humano de la comunidad educativa, propiciando acciones integrales de promoción de la salud y de bienestar.

3.2.1. Entorno comunitario

Son los escenarios físicos, ambientales, sociales, económicos y culturales, donde los sujetos y/o grupos sociales ejercen la ciudadanía a través de la participación social, política y en acciones de movilización social tendientes al desarrollo de las comunidades; de esta manera presentan condiciones protectoras de salud, favorecedoras al desarrollo humano, sustentable y sostenible.

La definición de los entornos comunitarios saludables parte de la propuesta expuesta en el PDSP, donde se define como aquel que "está constituido por un conjunto de escenarios, esencialmente espacios públicos, en los cuales los individuos y los grupos sociales ejercen su autonomía funcional y política, enmarcados en relaciones sociales que pueden proteger o deteriorar su salud y que han sido construidas históricamente" (MSPS, 2013: 359).

3.2.2. Entorno laboral

Los entornos laborales son escenarios donde las personas y/o conjunto de individuos, se organizan para producir bienes y servicios, en condiciones que promueven y protegen la salud, brindando seguridad y bienestar a los trabajadores, sus familias y la comunidad, con la participación activa en la eliminación y/o mitigación de los factores adversos a su salud.

3.2.3. Entorno institucional

En este entorno interactúan los servicios sanitarios y sociales para garantizar la atención integral en salud a las personas.

Institucionales prestadoras de servicios de salud, instituciones que prestan servicios sociales y protección integral, establecimientos que concentran o aglomeran individuos como población privada de la libertad, batallones, conventos, centros de vida, entre otros.

4. Diagnóstico social

4.2. Diagnóstico del municipio

4.2.1. Contexto territorial

Localización:

El municipio de Nariño está localizado en la provincia del Alto Magdalena a 149 Km al sur occidente de Bogotá, separado del departamento del Tolima por el río Magdalena; su cabecera está situada a los 4º 23' de latitud norte y 74º 49' de longitud oeste de Greenwich. Geológicamente el Municipio de Nariño está ubicado al norte de la Cuenca del Valle superior del Magdalena, dentro de la denominada subcuenta de Girardot.

Límites del municipio:

Limita al Norte con los municipios de Guataqui y Jerusalén, al Sur limita con Girardot y Coello, al Oriente con los municipios de Tocaima y Girardot; por el Occidente con el municipio de Coello y el rio Magdalena, que lo separa del departamento del Tolima.

El Municipio está conformado por 10 veredas: Buscavida, Garbanzal, Reforma, Escaños, Apauta, Juanchiquillo, Mendoza, Sabaneta, Los Mangos y el Buche límites con Girardot.

Flora:

El Municipio de Nariño, depende un 95% del sector agropecuario, donde la flora de nuestro Municipio es muy poca debido a la expansión del sector agrícola y pecuario que cada día que pasa se va hacia áreas de las laderas más espinosas ocasionando más deslizamientos y erosión en nuestra zona de cordillera que cubre un 76% del área del Municipio.

Economía:

Según el documento del plan Desarrollo del municipio de Nariño Cundinamarca presenta un nivel de pobreza alto, debido al cambio climático existen oleadas de temperatura altas, lo que repercute en los cultivos de la zona. El mayor porcentaje de cultivos son los semestrales, donde por la calidad del suelo y topografía de este solo podemos desarrollar el maíz Yucatán, y en una menor escala cultivos de limón, papaya, mangos, anones, ciruelas, naranjas, plátanos y cachacos. La tecnología implementada para estos cultivos es mínima por el factor económico. La mayoría de estas cosechas se comercializan en la ciudad de Girardot pues

Nariño no cuenta con una plaza de mercado para la venta de estos productos.

Empleo:

La principal fuente de empleo es la producción pecuaria y agrícola; los demás jornales como recolección de material para carreteras, arreglo de calles, limpieza de calles y solares, arborización, obras civiles y aseo ocupan también una fuente de ingresos.

4.2.2. Descripción demográfica

Población total:

En el año 2021 la población del municipio de Nariño es de 2.562 habitantes de los cuales el 52% correspondían a Mujeres (1.223 Hab), el porcentaje de Hombres es de 52% que corresponde a (1.339 Hab). Con relación con el porcentaje de población municipal del total departamental es de 0.07% para el mismo año. A diferencia de años anteriores en los cuales se observa un incremento en la población del municipio de Nariño, para esta vigencia se evidencia un aumento en la población del 3%.

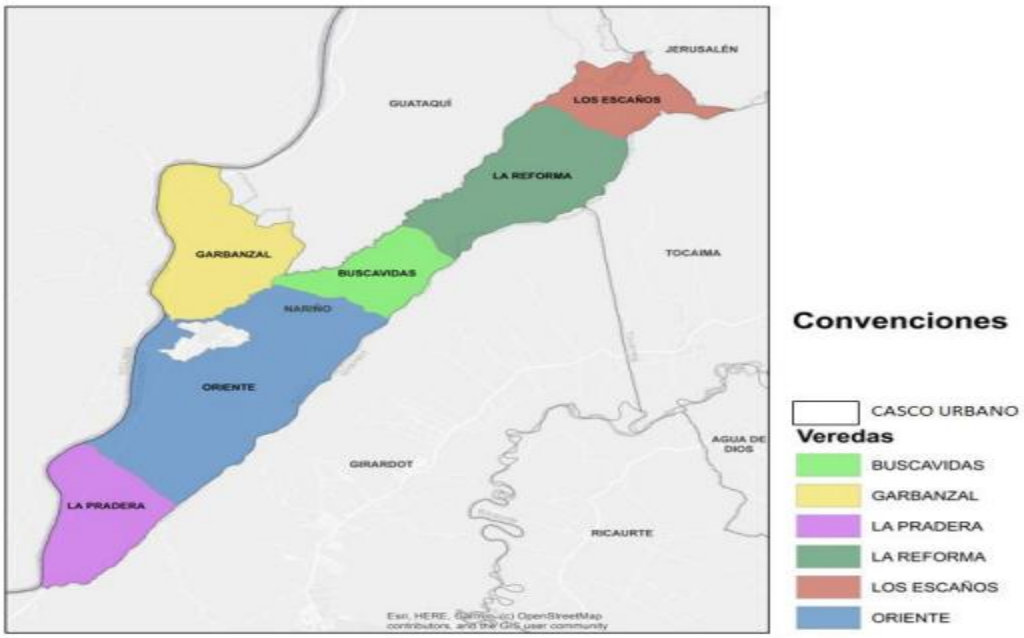
Densidad poblacional por kilómetro cuadrado:

El municipio de Nariño tiene una extensión de 54 Km2, para el año 2020 la densidad poblacional es de 37,8 habitante por km2.

Población por área de residencia urbana/rural:

El municipio de Nariño es eminentemente urbano si se tiene en cuenta la distribución del 2020 plasmada en la tabla 3, donde la población rural fue de 690 habitantes y la población urbana fue de 1.774 para un total de 2.464 habitantes, lo anterior dado por que la extensión territorial urbana es bastante significativa lo que concentra a la población en esta área geográfica del municipio.

Mapa N° 1: Población urbana/rural del municipio de Nariño, 2019



Fuente: Planeación Municipal – (zona rural) 209.

Grado de urbanización

El casco urbano está conformado por 7 barrios (Inmaculada, El Carmen, El portal, Divino Niño, Fátima, Santa Lucia, San Miguel) y la zona rural está compuesta por las siguientes veredas: Buscavidas, Garbanzal, La reforma, Escaños, Apauta, Sabaneta, Juan Chiquillo, Mendoza, El buche. Tuvo un aumento del 0.10% en relación con los años 2016-2019.

Número de viviendas:

El número total de viviendas del municipio de Nariño según los datos de la Oficina del Sisbén son 1. 034.Sin embargo los cambios que ha generado el proceso de construcción de condominios que a la vista son llamativos según los proyectos de vivienda, lo que permite que la población flotante adquiera los predios a través de un costo particular y sea de beneficio a los recaudos municipales, las nuevas construcciones van direccionadas a la población flotante y no a la local del municipio.

Tabla N° 1. Hogares y viviendas según área de residencia. 2018

Área	Unidad de viviendas	Hogares	Personas
Cabecera Municipal	1091	579	1556

Centros Poblados y Rural Disperso	257	281	547

Fuente: DANE 2018.

Número de hogares:

El Municipio de Nariño tiene un total de 860 hogares, de los cuales 1.348 tienen vivienda en buenas condiciones de calidad, implica esto que el déficit de vivienda en cantidad.

Tabla N° 2. Hogares y viviendas según área de residencia. 2018

Municipio	Total, de Hogares	Hogares en déficit de viviendas	Porcentaje
NARIÑO	860	81	4,3 %

Fuente: DANE proyección 2018.

En Nariño el promedio de personas que habitan por hogar es de 1.55 personas aproximadamente.

4.2.3. Dinámica demográfica

Se observa que la tasa bruta de natalidad tiene un comportamiento al ascenso pasando de 8,62 en el año 2015 a 13.36 para el 2019; en comparación a la tasa bruta de mortalidad se observa una tendencia variable a través del tiempo con un descenso significativo para el año 2007 con 0,47 casos; se presenta un ascenso significativo entre el año 2008 y 2014 pasando de 8,49 a 6,40 casos por 1000 personas. Para el año 2019 se registra una tasa de 6.68.

El aumento demográfico plantea y permite conocer el incremento anual de las poblaciones relacionando nacimientos, defunciones y migración, en este caso se dará a conocer el crecimiento demográfico del municipio del municipio Nemocón. En cifras absolutas el crecimiento natural refleja la diferencia entre las tasas de natalidad y las de mortalidad general; mientras que el crecimiento exponencial añade el aporte de la migración.

Con relación a la tasa de crecimiento natural se observa un comportamiento variable a través del tiempo con un descenso significativo hacia el año 2015 (1.36) e incremento importante hacia el año 2005 (19.12) para el año 2019 se observa una baja importante (6.6) con respecto al año 2018.

Esperanza de vida

La Esperanza de Vida es expresión del desarrollo socioeconómico del país, el desarrollo integral del sistema de salud representa el número de años promedio que se espera que un individuo viva desde el momento que nace, si se mantienen estables y constantes las condiciones de mortalidad. El departamento nos muestra una tendencia positiva en la esperanza de vida al nacer, siendo las mujeres quienes tienen mayor opción de vivir como mínimo 6 años más que los hombres.

6.2. ANALISIS EPIDEMIOLOGICO

6.2.1. Principales causas de morbilidad

Para estimar las principales causas de morbilidad atendida se va utilizar la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad que agrupa los códigos CIE10 modificada por el MSPS, que entrega cifras de 2019 y permite analizar las siguientes categorías de causas: condiciones transmisibles y nutricionales; condiciones maternas perinatales; enfermedades no transmisibles; lesiones, donde además de las lesiones intencionales y no intencionales se incluye los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas y las condiciones mal clasificadas.

6.2.2. Morbilidad atendida

- Primera Infancia (0 a 5 años):

Las principales causas de morbilidad en la primera infancia las ocupan las condiciones transmisibles y nutricionales con una proporción de 28,95 % de casos; aunque en 2016 se había observado una de las cifras más bajas de los últimos años (10,24%), la magnitud de casos ha venido en aumento siendo un 3,95% mayor en 2019 respecto al año anterior, diferencia estadísticamente significativa. Las siguientes causas de morbilidad con mayor importancia son las enfermedades no transmisibles, en las que se observa un aumento estadísticamente significativo de 3,9 % respecto del año anterior (35,71%) siendo la cifra más alta desde el 2013.

- Infancia (6 a 11 años):

Las principales causas de morbilidad están siendo ocupadas por las enfermedades no transmisibles, con una proporción de 58.62 % de los casos, mostrando una diferencia respecto al año anterior.

- Adolescencia (12 a 18 años):

Se observó que las principales causas de morbilidad son las enfermedades no transmisibles con una proporción de 65.29% de los casos, mostrando un aumento respecto al año anterior. Las Condiciones transmisibles y nutricionales se ubicó en la segunda causa más frecuente siendo más baja respecto al año 2018.

- Juventud (19 a 26 años):

Las enfermedades no transmisibles representaron la mayor proporción de casos con un 46.20%, mostrando una disminución respecto del año anterior. Aunque el segundo grupo de morbilidad con mayor proporción de casos fue el de las Condiciones mal clasificadas (18.35%), este tuvo descenso respecto al año 2018, mientras que las condiciones maternas evidenciaron un comportamiento de aumento significativo frente al mismo año.

- Adultez (27 a 59 años):

Las primeras causas fueron las enfermedades no transmisibles con 75.38% de los casos, mostrando un aumento respecto al año anterior. Las condiciones mal clasificadas y las lesiones fueron las siguientes causas de morbilidad más frecuentes en este grupo de edad, con un 11,96% y las Enfermedades no transmisibles 5,68 % respectivamente.

- Persona Mayor (mayor de 60 años):

El comportamiento de la morbilidad es similar al de grupo de la adultez. Las enfermedades no transmisibles representaron el 83,28 % de los casos, seguido de las condiciones mal clasificadas con un 7,78%. Los dos grupos de morbilidad presentaron una tendencia al aumento.

6.2.3. Morbilidad de eventos de alto costo

De acuerdo con el reporte de SISPRO la información disponible más reciente es del 2016 al año 2019. Se identifica que el municipio de Nariño presenta una alta prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de sustitución o reemplazo renal, siendo más baja que la del departamento de Cundinamarca.

En cuanto al número de personas según su estadio de ERC, se encontró que la mayoría de los casos están en Progresión de la enfermedad renal crónica estadio 0 (número de personas) aportando el 48 % del total de los casos, seguido del estadio 3 con el 16 % y en tercer lugar en Estadio 5 con el 12 %; por su parte, la tasa de incidencia de ERC en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o remplazo renal por 100.000 afiliados, para el año 2019, fue de cero casos. Por otro lado, el municipio no presentó casos nuevos

de VIH, leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años) y leucemia aguda pediátrica linfoide (menores de 15 años).

6.2.4. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Colombia, permite y posibilita establecer con mecanismos que permitan desarrollar mecanismos de recolección de información tendientes a la prevención y control de enfermedades, así como sus factores de riesgo.

El municipio de Nariño presenta eventos para el año 2020 dentro de los cuales se observan:

Eventos de zoonosis: En Nariño, entre el 2006 al 2020, se reportaron 9 casos para agresiones por animal potencial transmisor de rabia.

Mental: Se reportaron 3 casos de conducta suicida. Inmunoprevenibles: Se reportaron 4 casos de varicela.

Materno perinatal: Se reporto 1 casos de sífilis gestacional.

Eventos de Transmisión Aérea y Contacto: En Nariño entre el 2006 al 2020 se presentaron 2 casos de tuberculosis Otros eventos de interés en salud pública: En Nariño, entre el 2006 al 2018, no se reportaron casos letales de hipotiroidismo congénito o lesiones por pólvora por juegos pirotécnicos.

6.2.5. Factores de riesgo

Realizar un breve análisis de cuáles son los factores de riesgo en el municipio para el desarrollo de las ETV- zoonosis.

de acuerdo con las fuentes de datos con la información más reciente disponible, para el caso de las causas generales de morbilidad, viene tomando fuerza las enfermedades no transmisibles, siendo las de mayor proporción en los grupos de edad de Infancia, adolescencia, juventud, adultez y adulto mayor de 60 años. Es de especial importancia, realizar intervenciones que fomenten los factores protectores cardiovasculares y los hábitos de autocuidado.

6.2.6. Condiciones de vida

Se realizó análisis descriptivo de la condición de vida de acuerdo con la estimación de la razón de proporciones y sus intervalos de confianza al 95%. El municipio se comparó con los datos del Departamento de

Cundinamarca, a través del cálculo de diferencias relativas e intervalos de confianza.

Tabla N° 3 Condiciones de vida del municipio 2019 – 2020

Determinantes intermediarios de la salud	Cundinamarca	Nariño
Cobertura de servicios de electricidad	99	99,79
Cobertura de acueducto	79	17,56
Cobertura de alcantarillado	56,0	16,42
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	8	14,42
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE)	20,4	0,00
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE)	22	0,00

Fuente: DANE 2018, ICEE 2019, IRCA 2019-2020

El municipio cuenta con coberturas de servicios públicos mucho más bajas que el departamento de Cundinamarca, a excepción el porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada no hay diferencias estadísticamente significativas.

Tabla N° 4 Condiciones de vida desagregación Urbano – Rural del municipio, 2018

Determinantes intermediarios de la salud	Cabecera	Resto
Cobertura de servicios de electricidad	1	0,99
Cobertura de acueducto	16,97	24,05
Cobertura de alcantarillado	16,0	21,20

Fuente: DANE

6.2.7. Determinantes estructurales de las inequidades en salud

El municipio de Nariño presenta baja cobertura en educación primaria y secundaria, encontrándose por debajo del promedio del departamento de Cundinamarca.

El 9,81% de la población total del municipio de Nariño presenta necesidades básicas insatisfechas, valor que se encuentra por encima al compararlo con el del departamento; ello implica que, de cada 100 habitantes, el 10 no

cuentan con sus necesidades básicas satisfechas influyendo en la calidad de vida y un aumento del riesgo de enfermar y/o morir.

El 1,48% de la población del municipio de Nariño se cataloga en miseria, valor que se encuentra muy por encima de lo registrado a nivel departamental. Indicador vital para el análisis de determinantes estructurales donde se evidencia con mayor rigor que 14 personas de cada 100 en el Municipio no tiene acceso a los recursos económicos para tener una vida digna.

El 1,38% de la población se encuentra en hacinamiento, cifra que está por debajo a la departamental. Lo que disminuye el riesgo de adquirir enfermedades de origen sanitario y/o de contacto.

El 6,76% del total de la población de Nariño presenta dependencia económica, cifra que se encuentra por encima de la departamental. La dependencia económica muestra una vulnerabilidad implícita para la garantía del derecho a la salud, una garantía que se ve afectada por la dificultad de valerse por sí mismo, de tener autonomía para el ejercicio del derecho, para el caso, autonomía económica que facilite el acceso a bienes y servicios básicos que satisfagan las necesidades de la población.

7. Metodología y cartografía

7.1. Metodología

Para el trabajo a desarrollar se hace énfasis en el enfoque sistémico, el cual busca impulsar el desarrollo social humano, así como la forma de abordar la realidad de manera integral, teniendo en cuenta los distintos ambientes en que se mueve el ser humano; bien sea en el plano familiar, cultural, político, económico, comunitario y educativo que permiten tener una óptica totalizadora y aproximaciones representativas de la realidad.

Para varios autores e investigadores, el diseño de los instrumentos de recopilación de la información es la fase medular e importante de la investigación, porque su confiabilidad y validez, permite obtener información veraz y certera que contribuirá a verificar el cumplimiento de objetivos, comprobar hipótesis, confortar resultados previos, construir nuevos conocimientos y estructurar conclusiones.

Por tal motivo las herramientas de recolección de información utilizadas para la construcción de conocimientos a partir del trabajo de campo realizado con la comunidad fueron las siguientes:

- Observación

La observación es un instrumento para recopilar información que consiste en observar a los individuos en su entorno natural o en una situación que se produce de forma natural.

Henri, (2002) citado por Álvarez, G. (2004), menciona que la observación tiene como objetivo encontrar un significado a los datos. La observación participante es un medio de llegar a los significados de un grupo social y cultural durante la investigación de campo.

- Entrevista

Como técnica, es vista como el intercambio verbal, que ayuda a reunir datos durante un encuentro, de carácter privado y cordial, donde una persona se dirige a otra y responde las preguntas relacionadas con un problema específico. Así mismo, es considerada como una forma oral de comunicación interpersonal, que tiene como finalidad obtener información con relación a un objetivo.

También, es definida como "una forma de comunicación interpersonal con la finalidad de obtener información con relación a un objetivo" (Galindo, 1987, p.15).

- Grupo focal

Es una técnica, que se usa en la recopilación de datos cualitativos, que se basa fundamentalmente en la reunión de un grupo limitado de personas y que son invitados, con la intención de obtener información sobre un tema específico y en un ambiente ameno, en este grupo se fomenta la participación, el debate y la confrontación, es decir, es una charla o discusión que se plantea detalladamente con el fin de recopilar información, sobre todo a partir de la percepción que tienen los integrantes sobre una trama determinada.

Korman (1978), define el grupo como una reunión de un grupo de individuos, seleccionados por los investigadores para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación, el eje del grupo focal es la interacción y la discusión para llegar a acuerdos sobre un tema específico

- Taller

El taller se constituye en una experiencia social en la medida que los participantes interactúan entre sí en torno a una tarea específica. Dicha experiencia modifica el rol pasivo a un rol protagónico en el aprendizaje. El sujeto participa del grupo para vivir un proceso colectivo de conocimientos

tendiente a la comprensión global de la realidad. De esa manera el proceso de conocimiento es asumido por el grupo, el que cuenta con una coordinación de carácter operativo y que favorece la democracia grupal.

- Movilización

Entendemos por Movilización Social un movimiento de gran escala que busca involucrar a las personas en la tarea de lograr un objetivo específico mediante esfuerzos propios.

La movilización social es un medio para contribuir a la transformación social, "así como visibilizar la posibilidad de ser protagonista el cambio". Se busca "visibilizar e incidir políticamente (en las instancias de poder y decisión) para cambiar una realidad injusta".

- Actividad lúdico – pedagógica

La lúdica hace referencia a todo accionar que, de una u otra forma, le permite al ser humano conocer, expresarse, sentir y relacionarse con su medio, una actividad libre que produce satisfacción y alegría logrando el disfrute de cada una de sus acciones cotidianas (Omeñaca, Ruiz 2005, 7).

7.1.1. Fases para la intervención comunitaria

Fase 1

Se realiza un acercamiento a la Secretaría de Desarrollo social con la finalidad de tener un primer contacto con la doctora Mónica Barragán coordinadora de la oficina PIC, con el propósito de conocer un poco más acerca del municipio de Nariño, comentándole a la doctora que la profesional social contratada para la concurrencia de Chagas, teniendo en cuenta el convenio suscrito con la Secretaria de Salud, Gobernación de Cundinamarca y La E.S.E Centro de Salud de Ricaurte, espera desarrollar acciones de promoción y prevención de la salud relacionadas con la enfermedad de Chagas, para lo cual se priorizará un barrio o vereda del municipio y así poder elaborar un diagnóstico social por medio de la cartografía social.

La doctora Mónica Barragán coordinadora de la oficina PIC manifiesta que en el casco urbano se podría priorizar el barrio El Carmen y en lo rural se podría realizar el trabajo en la vereda La Reforma.



Fase 2

Se realiza una llamada a la señora Martha presidenta de la vereda La Reforma, con la finalidad de programar una reunión y así poder comentarle sobre las actividades que se esperan desarrollar en la vereda.

Como siguiente momento, se realiza un acercamiento a la vereda La Reforma, con la finalidad de poder tener un primer encuentro con la señora Martha presidenta de la vereda, donde se le resalta que durante los meses de agosto a diciembre se espera desarrollar un diagnóstico social por medio de una cartografía social en la vereda, así mismo, se le comenta que es importante y necesario capacitar a la comunidad en general sobre la enfermedad de Chagas, debido a que esta enfermedad es la principal causa de problemas cardiacos en América Latina y es la cuarta enfermedad infecciosa con más carga en términos de años de vida perdidos, donde es imprescindible saber que, es posible tratar la enfermedad, pero menos del 1% de las personas afectadas reciben el tratamiento por múltiples barreras, siendo una de ellas, la falta de

conocimiento sobre esta enfermedad, por tal motivo, a partir del convenio suscrito con la Secretaria de Salud, Gobernación de Cundinamarca y La E.S.E Centro de Salud de Ricaurte desde el componente de participación social se desarrollaran diferentes acciones en los cinco entornos saludables, siendo el hogar, comunitario, educativo, laboral e institucional con la finalidad de controlar, prevenir y detectar la enfermedad.



Fase 3

La profesional social con el apoyo de la presidenta de la vereda programa un taller educativo con la comunidad para abordar la mayor cantidad de población de la vereda y así poder capacitarlos frente a la prevención y control de la enfermedad de Chagas, donde se hace énfasis en la importancia de los cuidados que se deben realizar en el hogar y sus alrededores, teniendo en cuenta que la lucha contra el Chagas, es imprescindible y es de reconocer que la falta de información, educación y comunicación con las comunidades crea una importante barrera al tratamiento, por tal motivo; se realizan estas actividades para generar participación y control para la prevención y la detección de la enfermedad de Chagas.

También se le resalta a los asistentes, que la vereda La Reforma fue priorizada para elaborar de manera unida con la comunidad un diagnóstico social por medio de una cartografía social, para lo cual se

espera poder realizar otra actividad con la finalidad de generar una conversación de experiencias personales sobre la percepción que se tiene de la vereda y los entornos.







Fase 4

Por medio de una actividad grupal se desarrolla la primera parte la cartografía social, la cual consiste en utilizar la elaboración colectiva de mapas para comprender lo que ha ocurrido y ocurre en la vereda, como una manera de poder comenzar procesos de cambio.

Para la elaboración colectiva de los mapas se divide a los participantes por parejas donde se les hace entrega de materiales como papel Kraft, marcadores y hojas, además se les brindan algunas indicaciones de cómo mejorar el trabajo en grupo sobre el mapa que deben trabajar, además de los posibles temas que se pueden abordar.

Los tipos de mapas que se abordan en la sesión son los siguientes: el mapa económico – ecológico (delimitación de parcelas, producción, zonas de caza, de pesca, de monte o bosque, etc.); el mapa administrativo – infraestructural (delimitación del territorio y sus divisiones político – administrativas, internas, ubicación de viviendas, relación de personas que la habitan, ubicación de redes de servicios públicos, escuelas, puestos de salud); Mapa de red de relaciones (gráfico – diagrama que refiere a las redes que tejen las personas de un territorio hacia el interior o exterior de ellas, por ejemplo, sitios de venta de productos, sitios de prácticas culturales, sitios míticos, etc.); mapa de conflictos (a partir de las relaciones de la población con la naturaleza, el Estado y su entorno).





Fase 5

Por medio de un grupo focal se desarrolla la segunda parte de la cartografía social, donde para su elaboración se reúne al grupo con la finalidad de generar un debate sobre lo desarrollado en la sesión anterior, para generar procesos de producción de conocimiento y de re – conocimiento para la convivencia entre la comunidad y con el entorno, así como el

fortalecimiento de la organización comunitaria a través de la participación alrededor de la construcción de mapas sobre tu territorio.

Además, se considera que el ejercicio permite el reconocimiento territorial y con éste una visión temporal y espacial de las relaciones sociales que se tejen de tal manera que genera en los participantes la posibilidad de actuar sobre su realidad, estableciendo una relación entre la construcción del conocimiento y la acción social.





Fase 6

Se realizan entrevistas puerta a puerta a las personas de la vereda con la finalidad de reunir información con relación a su identificación personal, la identificación de su vivienda, establecimientos próximos, datos de la vivienda y su entorno, entorno social – comunitario, datos del núcleo familiar, clasificación del grupo familiar, apreciación económica, vida cotidiana del sistema familiar, así como algunas preguntas respecto al conocimiento que

se tiene sobre la enfermedad de Chagas, debido a que no todas las personas tuvieron la oportunidad de asistir a las actividades grupales que se estuvieron desarrollando, por tal motivo es necesario e importante conocer sobre la perspectiva que tiene la comunidad sobre su territorio y entorno.





Fase 7

Dentro de la séptima y última fase se agradece a las personas que tuvieron la disposición y compromiso con las actividades desarrolladas en la vereda, así mismo se realiza una actividad lúdica de cierre con los asistentes.

Referencias bibliográficas

Aigneren, Miguel. (2002). La técnica de recolección de información mediante los grupos focales. En: La sociología en sus escenarios Núm. 6. Centro de Estudios de Opinión. Universidad de Antioquia.

Ander-Egg, Ezequiel. (2001). Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. Buenos Aires: Humanitas.

Flores, Rodrigo. (2009). Observando observadores: Una introducción a las técnicas cualitativas de investigación social. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.

Planificación de la movilización y comunicación social para la prevención y el control del dengue: guía paso a paso/Will Parks y Linda Lloyd. OPS/WHO 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA. (2022). PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE CHAGAS. COLOMBIA.

SECRETARIA DE SALUD. (2022). Análisis de la Situación de Salud. Cundinamarca.

Martínez Gustavo. Plan de desarrollo para el municipio de Nariño Cundinamarca, 30 de mayo, 2020

Esquema de ordenamiento territorial de Nariño Cundinamarca, agosto 09, 2019

Departamento Nacional de Planeación. (08 de Abril de 2022). SISBEN. Obtenido de SISBEN: https://www.sisben.gov.co/Paginas/que-es-sisben.aspx

INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA. (2022). PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE CHAGAS. COLOMBIA.

Ministerio de salud y protección social. (26 de Enero de 2022). Minsalud. Obtenido de Minsalud: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx

SECRETARIA DE SALUD . (2022). Análisis de la Situación de Salud. CUNDINAMARCA.