CONSOLIDADO INFORME CUALI CUANTITATIVO VIGENCIA 2026

CONCURRENCIA CHAGAS/ ETV MUNICIPIO DE NARIÑO - CUNDINAMARCA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO SS-CD-CI-589-2025

E.S.E CENTRO DE SALUD DE RICAURTE NIT 900.058.218-3

centrodesalud-ese@ese-ricaurte-cundinamarca.gov.co

Calle 4 N° 14 B-22 / El Pesebre

Ricaurte-Cundinamarca

VIGENCIA 2026

1. INTRODUCCION:

Las enfermedades transmitidas por vectores —como el dengue, chikungunya, Zika, fiebre amarilla, malaria, leishmaniasis y la enfermedad de Chagas— representan aproximadamente el 17 % de todas las enfermedades infecciosas en el mundo y provocan más de 700 000 muertes anuales, afectando de manera desproporcionada a las poblaciones más pobres.

Este grupo de enfermedades tiene como principal eslabón vulnerable de transmisión a los insectos vectores. Dada la limitada disponibilidad de vacunas y medicamentos eficaces, la reducción del contacto entre humanos y vectores se logra, principalmente, mediante mecanismos de vigilancia entomológica y control vectorial.

En Colombia, la situación epidemiológica de las arbovirosis adquiere una relevancia particular debido a diversos factores:

Condiciones geográficas y climáticas: la ubicación tropical del país, con su variedad de ecosistemas y altitudes, favorece la presencia de mosquitos vectores y la coexistencia de ciclos de transmisión urbano y silvestre.

Factores sociales y ambientales: la movilización humana, la urbanización desordenada, el cambio climático y las deficiencias en infraestructura de saneamiento propician la persistencia o el resurgimiento de estas enfermedades.

Carga sanitaria: la magnitud de casos, hospitalizaciones y muertes evitables hace que las arbovirosis se consideren un problema de salud pública permanente, más que episodios epidémicos aislados.

En este contexto, resulta pertinente revisar datos recientes que permiten dimensionar la magnitud del problema en el país.

El dengue continúa siendo la arbovirosis más frecuente en Colombia. Según datos del Instituto Nacional de Salud (INS), entre enero y octubre de 2025 se han registrado más de 106 541 casos en todo el territorio nacional. De estos, aproximadamente el 36,6 % presentaron signos de alarma y alrededor del 1 % se clasificaron como dengue grave. Los departamentos más afectados incluyen Santander, Córdoba, Meta, Norte de Santander y Antioquia.

En cuanto al chikungunya, aunque su incidencia actual es menor que la del dengue, se ha evidenciado un aumento progresivo de casos en los últimos años, lo que demuestra que esta enfermedad sigue representando una amenaza vigente.

Respecto a la fiebre amarilla, el país enfrenta un brote significativo durante 2024–2025, con riesgo de expansión hacia zonas previamente no afectadas, lo que evidencia el carácter multisectorial y dinámico de las arbovirosis.

Asimismo, 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 los equipos contratados para la concurrencia, desarrollan 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.

En conclusión, las arbovirosis en Colombia constituyen un desafío complejo y multifactorial, caracterizado por un elevado número de casos, variabilidad geográfica, condiciones ambientales cambiantes y la necesidad de respuestas coordinadas entre los sectores de salud, ambiente, comunidad y planificación urbana. En este escenario, la prevención, la vigilancia activa y la articulación de políticas públicas son pilares fundamentales para mitigar su impacto en la población.

Por tal motivo, el presente documento recoge la información sobre las acciones ejecutadas por el equipo ejecutor de CHAGAS, en el marco del Contrato Interadministrativo SS-CD-CI-589-2025 entre la Secretaría de Salud Departamental y la E.S.E. Centro de Salud de Ricaurte. para su implementación en los municipios de Nariño y Nilo.

2. OBJETIVO GENERAL:

Ejecutar de manera articulada estrategias intervención comunitaria orientada a la prevención, control y vigilancia de las enfermedades transmitidas por vectores, mediante la aplicación de metodologías sociales adaptadas a las dinámicas y necesidades particulares de la población del municipio de Nariño – Cundinamarca.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 Conceptos teóricos

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).

DENGUE:

El dengue es una enfermedad viral febril aguda transmitida por la picadura de mosquitos infectados principalmente de la especie Aedes aegypti, Se reconoce un espectro de manifestaciones de la enfermedad que va desde procesos asintomáticos hasta cuadros severos; es así como a partir de 2009, la OMS clasifica el dengue según la complejidad del caso en dengue sin signos de alarma (grupo A), dengue con signos de alarma (grupo B), y dengue grave (grupo C); donde se encuentra incluido el síndrome de choque por dengue (SCD) y otras complicaciones, tales como: miocarditis, encefalitis y hepatitis que han sido asociadas a letalidad por dengue grave

A continuación, se incluyen manifestaciones clínicas de acuerdo con la gravedad de la enfermedad:

Dengue: Las características clínicas dependen a menudo de la edad del paciente. Los niños mayores y los adultos pueden tener una enfermedad febril sin signos de alarma. La enfermedad es incapacitante, de inicio abrupto con sintomatología caracterizada por fiebre alta, cefalea intensa, dolor retro-orbital, Dolores musculares, articulares y erupción cutánea.

Dengue Grave: Los casos de dengue grave están caracterizados por extravasación severa de plasma que llevan al paciente a desarrollar choque por dengue. También existen formas clínicas, que, por no ser tan frecuentes, reciben el nombre de “atípicas” que resultan de la afectación especialmente intensa de un órgano o sistema: encefalopatía, miocardiopatía o hepatopatía por dengue, así como la afectación renal con insuficiencia renal aguda y otras que también se asocian a mortalidad. En niños en edad escolar las manifestaciones más frecuentes son hepáticas y neurológicas; en menor proporción se presentan

complicaciones renales, cardíacas, pulmonares, síndrome hemofagocítico, pancreatitis y abdomen agudo.

Con respecto **al vector Aedes aegypti** (Linnaeus, 1762) esta es una especie dezancudo originaria de África, que se desplazó hasta el Nuevo Mundo en los barcos de comercio de esclavos entre los siglos XV y XVIII. Una vez se estableció poblacionalmente en las zonas costeras de las Américas, se dispersó rápidamente hacia el interior del continente. Debido a que esta especie presenta hábitos urbanos y antropofílicos, se ha establecido como el principal vector de los arbovirus del dengue (DENV 1-4) (1,24–26) y de los alfavirus del chikungunya (CHIKV) y Zika (ZIKV)(1–4); seguido por el Aedes albopictus que se considera como el segundo vector más importante del virus del dengue en el sudeste asiático. En la actualidad, Ae. aegypti se distribuye en las franjas tropical y subtropical de todo el mundo, y aunque generalmente no se lo encuentra por encima de los 1 000 msnm, en Colombia se ha reportado a 2 200 msnm y más. Al contrario de África, donde existen formas tanto selváticas como domésticas, en el Nuevo Mundo Ae. aegypti es una especie antropofílica, que busca sitios de cría en recipientes naturales o artificiales ubicados al interior de las viviendas o en sus cercanías, rara vez a más de 100 metros de distancia de las casas.

CHIKUNGUNYA:

El CHIKV es transmitido a las personas por la picadura de las hembras infectadas *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. La enfermedad se clasifica clínicamente según su gravedad en: chikungunya, chikungunya con manifestaciones extraarticulares y chikungunya grave.

Así mismo, consta de tres fases: una fase aguda que puede durar hasta dos semanas; una fase posaguda, que dura más de dos semanas y hasta tres meses; y una fase crónica, en donde las manifestaciones articulares duran más de tres meses después de la fase aguda.

Los síntomas más relevantes son la artralgia acompañada o no de artrosis y la fiebre mayor a 38.5°C, junto con otros síntomas como cefalea, mialgias y exantema, los cuales suelen resolver a la semana. En algunos pacientes el dolor articular puede ser crónico y llevar a dificultades del movimiento.

De igual manera, en casos graves se pueden presentar miocarditis, complicaciones oculares y neurológicas tales como neuritis óptica, encefalitis y síndrome de Guillain-Barré. Aunque la letalidad por el CHIKV es baja, los recién nacidos infectados al momento del nacimiento, los adultos mayores de 65 años y las personas con comorbilidades como hipertensión, diabetes o enfermedades del corazón, presentan un mayor riesgo de manifestar la forma grave de la enfermedad.

ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA

El virus del Zika (ZIKV) es un virus emergente de la familia *flaviviridae*, transmitido por la picadura de hembras de mosquitos del género *Aedes*. En la mayoría de los casos la enfermedad en humanos es asintomática, sin embargo, se pueden presentar cuadros leves caracterizados por exantema máculopapular pruriginoso, cefalea, conjuntivitis, fiebre menor a 38,5°C y en casos esporádicos compromiso articular. Los síntomas generalmente duran de 5 a 7 días y son auto limitantes.

El ZIKV es un arbovirus del género *flavivirus*, contiene RNA monocatenario y tiene relación filogenética con otros flavivirus de importancia para la salud pública a nivel mundial causantes enfermedades como dengue, fiebre amarilla, encefalitis japonesa y fiebre del Nilo Occidental. En su ecología, presenta un ciclo selvático en donde el virus se transmite entre primates no humanos (actuando estos como reservorios) y mosquitos; y uno urbano, relacionado con seres humanos y mosquitos, en donde los principales vectores son el *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus.*

Otros métodos de transmisión del virus implican la transmisión vertical transplacentaria madre a hijo, por contacto sexual y a través de transfusión sanguínea o trasplante de órganos. En los brotes sucedidos en el Pacífico y América, se ha encontrado relación entre la infección previa por ZIKV y la posterior aparición de neuropatías, mielitis y síndromes neurológicos como el Síndrome de Guillain-Barré en casos graves de menores de un año y mayores de 60 años. Así mismo se han descrito casos de microcefalia y otras malformaciones del sistema nervioso central en fetos e infantes nacidos de madres con infección confirmada por ZIKV durante el embarazo.
Las manifestaciones clínicas de la enfermedad generalmente aparecen después de un periodo de incubación de 3 a 14 días y se caracterizan por la presencia de exantema de tipo máculopapular, cefalea, mialgias, malestar general, conjuntivitis no purulenta y en algunos casos fiebre leve que no supera los 37,5°C. El curso de la enfermedad usualmente es leve y los síntomas pueden durar entre 2 y 7 días.

FIEBRE AMARILLA

La fiebre amarilla es una enfermedad viral, infecciosa y de inicio súbito, su gravedad varia de una infección subclínica o de sintomatología leve, detectable únicamente con pruebas de laboratorio por la inespecificidad de los síntomas, hasta una enfermedad grave ictérico-hemorrágica, que compromete diferentes órganos y lleva a la muerte en periodos cortos. Es un desafío para su manejo, por el comportamiento clínico del virus, pues no todos los pacientes que se infectan desarrollan síntomas graves a ser identificados por los médicos. El periodo de incubación oscila entre tres y seis días, pero hay evidencia de un máximo de 15 días. La enfermedad presenta tres fases clínicas, que algunas veces son indiferenciadas, lo que hace que los brotes progresen y no se den las medidas oportunas y suficientes en salud pública.

La fase inicial es la infección, con duración promedio de tres días, con síntomas inespecíficos como fiebre alta, escalofríos, vómito, cefalea, inapetencia y malestar general; luego de dos a tres días inicia la fase de remisión, con una duración de 12 a 24 horas y el paciente refiere mejoría transitoria, lo que confunde a los médicos, quienes pierden el interés por su diagnóstico.

La fase de intoxicación es la final, en el 15 % de los infectados, los síntomas son específicos y graves, con recrudescencia de la fiebre, aumento de la cefalea y la mialgia, aparece un signo típico de la enfermedad que es la ictericia, puede haber sangrado, disfunción renal con oliguria, frecuentemente se observa signo de Faget, que es una disociación entre el pulso y la temperatura. Las complicaciones como disfunción cardiovascular y deterioro neurológico con convulsiones pueden desencadenar una falla multiorgánica que causa de muerte (26,28,29).

En escenarios de exposición esporádica con un nivel alto de vacunación en la población puede suceder que no se presenten si no casos graves. Por ejemplo, si 5 personas ingresan a un área de riesgo, pero de ellas, 4 están vacunadas, puede suceder que solo un caso puede ser letal por no contar con inmunización.

La vacuna contra la fiebre amarilla se incluyó en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en 1998 para los niños mayores de 1 año residentes en zonas de riesgo. En 2003 se determinó que debía ser obligatoria para los menores en zonas urbanas. En zonas endémicas se debe aplicar la vacuna a todas las personas entre 1 y 59 años. Desde el 2017, el esquema de vacunación cambió a una dosis a los 18 meses de edad.

PREVENCIÓN DE ESTAS ENFERMEDADES:

La única manera de prevenir la transmisión de los virus es la eliminación y control de criaderos, sitios en los cuales se desarrollan las larvas o saltones y las pupas o cabezones, los cuales normalmente se convierten en zancudos. Recuerde, todo recipiente en el que

se pueda almacenar agua (llantas, tarros, botellas...), debe ser volteado boca abajo y en lo posible cubierto bajo techo. Los depósitos de agua requieren unos cuidados especiales de aseo. Una vez usted identifica los criaderos donde se reproducen las larvas, y conoce sus riesgos, lo importante es actuar. Con medidas sencillas y rutinarias puede parar la reproducción del vector. Otras alternativas son el cuidado personal mediante el uso de repelentes y de ropa que cubra casi todo cuerpo.

Limpieza y cuidados en el hogar:

1. Lavado semanal de tanques y albercas.

2. Tapado de albercas y tanques.

3. Uso de atrapa larvas .

4. Eliminación de diversos o inservibles: Deposítelos en la basura. O deles un uso diferente, para evitar que se acumule agua.

5. Cambio cada tres días del agua de _oreros y plantas acuáticas, teniendo cuidado de lavar el recipiente donde se encuentran.

6. Cambio diario del agua de bebederos de animales.

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) y inflamación de bazo, hígado y vísceras en general (Leishmaniasis visceral). 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 sidopicado 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. Estos parásitos hacen un ciclo de vida repartido entre mamíferos que pueden ser el: hombre, faro, perro o burro y un insecto (angoleta, flebótomo, mosquito), también se considera al ciclo como una cadena epidemiológica. Las leishmanias son de vida corta y por ello se reproducen rápidamente dependiendo del medio ambiente en el cual las encontremos: En la úlcera son redondeadas, y se dividen cada día originando 2 nuevos parásitos iguales y aumentando así el número de los parásitos y el tamaño de la úlcera.

LEISHMANIASIS CUTÁNEA EL VECTOR

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 Africa, 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 O MUCOCUTÁNEA

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 esta 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.

Su diagnóstico siempre debe confirmarse con la identificación parasitológica en todo paciente con antecedentes epidemiológicos (edad usualmente menor de 15 años y malnutrición, pacientes VIH) y cuadro clínico característico: síndrome febril y/o esplenomegalia y/o hepatomegalia, ocasionalmente con linfoadenopatías).

COMO PREVENIRLA

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.

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.

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).

VIAS DE TRANSMISION

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.

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.

Vía transfusional

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

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

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).

Por accidentes de laboratorio

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

4. DIAGNÓSTICO DEL MUNICIPIO

4.1 Contexto territorial

Localización:

El Municipio de Nariño se encuentra ubicado en la Provincia del Alto Magdalena, a 149 kilómetros al suroccidente de Bogotá. Tiene una extensión total de 54 Km2, una Extensión de área urbana de 2 Km2 y una Extensión área rural de 52 Km2, la Temperatura media del Municipio es de 27 Cº

Límites del municipio:

Limita al Norte con el municipio de Guataquí. Oriente con los municipios de Jerusalén, Tocaima y Girardot. Por el sur con el municipio de Girardot y por el Occidente con el rio Magdalena, que lo separa del departamento del Tolima. Está Dividido por 7 barrios en el casco urbano y 9 veredas.

Accesibilidad geográfica

El municipio de Nariño se encuentra aproximadamente a 2 horas con 45 minutos de Bogotá D.C. a una distancia de 86 Km, además, el Municipio, cuenta con trasporte terrestre para comunicarse con los municipios vecinos, tanto de rutas particulares como de rutas intermunicipales. En general es una buena carretera pavimentada que la conecta con la vía que va de Girardot a Bogotá al sur occidente y las condiciones de la carretera al norte está nueva ya que realizaron la vía de la ruta del sol que comunicara con las poblaciones de Cambao, Beltrán, Guataqui llegando finalmente a Nariño.

Contexto poblacional y demográfico

En el año 2023 la población del municipio de Nariño es de 2.741 habitantes de los cuales el 52% corresponden a hombres (1.432) y 48% restante corresponde a mujeres (1.309). Según la estimación del número de hogares para el periodo 2018-2035 realizado por el DANE, según área, para el 2023 del total de hogares proyectados (1.173) 69% (806) se encuentran en Cabecera y 31% (367) en Centros Poblados y Rural Disperso.

Teniendo en cuenta que la densidad poblacional nos muestra el promedio de habitantes que residen en un área determinada; se observa que con base los datos de proyección de población tomados en los diferentes censos nacionales desde el año 2018 al 2023 se muestra un aumento de esta densidad de 48 hab./km² (2018) a 50 hab./km² con base en una extensión territorial de 56,575 Km2 que tiene el Municipio de Nariño.

Lo anterior dado por que la extensión territorial urbana es bastante significativa lo que concentra a la población en esta área geográfica del municipio. De igual forma 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.

Población con pertenecía a pueblos y comunidades étnicas

Teniendo en cuenta la proyección de población Pertenencia Étnico-Racial DANE para el año 2023 se encuentra un total de 2.733 personas de las cuales; 2.031 se encuentran en la cabecera Municipal (1 se identifica como indígena y 7 negro o afro), 702 se encuentra Centros Poblados.

y Rural Disperso. No se tiene datos específicos de residencia por lo cual no es posible georreferenciar.

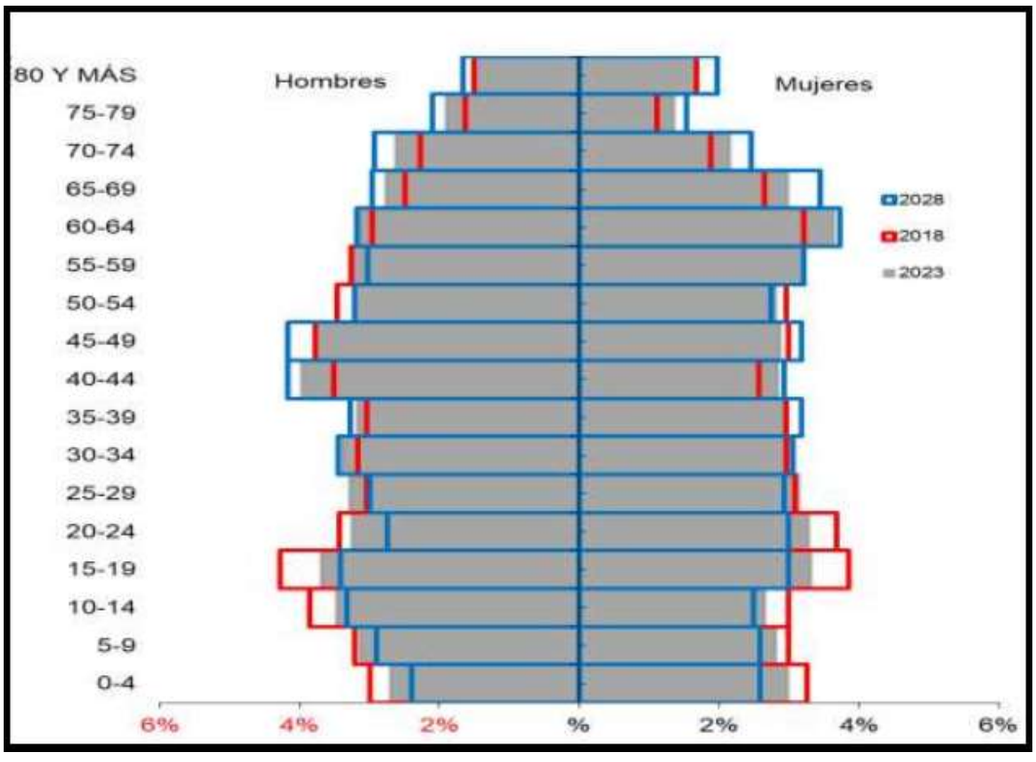
Estructura demográfica

Para el año 2023 el municipio de Nariño estuvo conformado por 2.741 habitantes, reflejando un aumento de población (408 habitantes) respecto al año 2018.

Para el 2023 el 52% (1.432 de la población son hombres y el restante 48 % (1.309) son mujeres.

Los ciclos vitales presentados en este documento obedecen a la reglamentación generada en las diferentes políticas públicas en el territorio nacional, por lo tanto, se entenderá como primera infancia a los menores de 5 años, infantes a los niños entre 6 a 11 años, adolescentes a las personas entre 12 a 18 años, jóvenes a personas entre 14 a 28 años, adultos entre 27 a 59 años y persona mayor a los mayores de 60 años (Ministerio de Salud y Protección Social).

Figura N° 1 Pirámide poblacional de municipio NARIÑO 2018, 2023 Y 2028



Fuente: ASIS del municipio de Nariño 2023

La pirámide poblacional del Municipio de Nariño es regresiva e ilustra el descenso de la y la natalidad con un estrechamiento en su base para el año 2023 comparado con el año 2018, los grupos de edad donde hay mayor cantidad de población son primera, juventud, adultez y vejez.

Para el año 2023 varia la distribución poblacional, se observa un aumento en general en toda la población y disminución en las edades de 10 a 14 años y de 25 a 29 años esto en comparación con el año 2018.

Se evidencia el estrechamiento en la base que representa la disminución de la tasa de natalidad, por su parte la población adulta y adulta mayor presenta un aumento de la población y descenso en la mortalidad. Se proyecta que para el año 2028 la pirámide poblacional continúe con la misma tendencia.

En la tabla se observa que para el año 2023 la etapa del ciclo vital con más población fue la adultez con una frecuencia relativa de 44% (1.163), la cual tuvo una leve disminución para este año teniendo en cuenta la cifra reportada en 2018 (45%). Se espera que para el 2028 se aumente 7.5%.

Dinámica demográfica

Tabla N° 1 Índices demográficos Municipio de Nariño, 2018, 2023, 2028.

Índice Demográfico	Año		
	2018	2023	2028
Población total	2.333	2.741	3.136
Población Masculina	1.211	1.432	1.629
Población femenina	1.122	1.309	1.507
Relación hombres: mujer	107,93	109,40	108
Razón niños: mujer	28	27	23
Índice de infancia	19	18	16
Índice de juventud	21	20	18
Índice de vejez	15	17	19
Índice de envejecimiento	79	95	117
Índice demográfico de dependencia	52,78	53,21	54,64
Índice de dependencia infantil	29,54	27,22	25,15
Índice de dependencia mayores	23,25	25,99	29,49
Índice de Friz	109,95	95,23	82,58

Fuente: ASIS del municipio de Nariño 2023

Se observa que la tasa bruta de natalidad tiene un comportamiento tendiente a la disminución pasando de 8,62 en el año 2015 a 7.81 para el 2021; en comparación a la tasa bruta de mortalidad se observa una tendencia variable a través del tiempo con un aumento significativo para el año 2020 y 2021 con una tasa 10.15. No se cuenta con datos más actualizados con fuentes oficiales.

El aumento o disminución demográfica 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. 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 2021 (-2.34) e incremento importante hacia el año 2018 (10.23). No se cuenta con datos más actualizados con fuentes oficiales.

La Tasa Neta de Migración permite comprobar el efecto neto de los movimientos migratorios, sobre el tamaño de la población de una zona, en un determinado período. Si el resultado es negativo (-) es porque se da un predominio de las “salidas” de población sobre las “llegadas”; si es positivo (+), el volumen de inmigrantes es superior al de emigrantes. No se calculó para el municipio pues no se cuenta con dicha información.

4.2 Contexto Institucional de protección social y sectorial en salud

A continuación, se describen los principales resultados de la gestión territorial que dan cuenta para la transformación de determinantes sociales en el territorio:

La oferta escolar en el Municipio de Nariño está compuesta principalmente por la Institución Educativa departamental Antonio Nariño ubicada en el casco urbano del municipio donde se orece una jornada escolar para la mañana y el fin de semana ofertando la básica Primarias para niños y Adultos; secundaria, y educación media para niños y adultos.

El Municipio cuenta con 2 jardines infantiles los cuales se encuentran ubicados en el barrio Fátima (Caraqueñitas y Travesuras) Teniendo en cuenta lo anterior, Se realizaron cuatro convenios interadministrativos en la vigencia 2020, 2021, 2022 y 2023 con el objetivo de aunar esfuerzos entre el departamento de Cundinamarca - secretaría de educación y el municipio de Nariño focalizado para la estrategia de subsidio de transporte escolar, dirigido a estudiantes de la IED oficiales, asegurando las condiciones necesarias para su permanencia en el sistema educativo. Con el fin de ampliar la oferta académica a toda la población se logró 15 jornadas de Servicio de alfabetización encaminada a la enseñanza de la lectura y la escritura a población joven y adulta iletrada.

Bien se sabe que la población joven y Adulto mayor, reciben subsidios, clases de baile, aeróbicos, y muchas más actividades que contribuyen de manera integral para su vida, sin embargo se exploró la importancia de saber manejar diferentes medios tecnológicos, los cuales facilitaran sus labores del día a día, por tanto, se realizó en este tiempo un curso de alfabetización digital, en el cual se logró con éxito enseñar a un total de 12.

4.3 Análisis de la morbilidad

Principales causas y subcausas de morbilidad:

Morbilidad atendida:

Se realiza la revisión de los datos dispuestos para el Municipio de Nariño con base en los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), entre 2009 y 2022en donde para el último año (2022) se registró 42.377 atenciones en total de las cuales a continuación se muestran los principales resultados por curso de vida.

Las principales causas de morbilidad en la primera infancia las ocupan las condiciones transmisibles y nutricionales con una proporción de 41.8 de casos; aunque en 2020 se había observado una de las cifras más bajas de los últimos años (20.55), la magnitud de casos ha venido en aumento, mostrando una diferencia estadísticamente significativa. Las siguientes causas de morbilidad con mayor importancia son las condiciones perinatales, en las que para el 2022 (36.53) también se muestra un aumento con respecto al año anterior respecto del año anterior.

En el grupo de edad de la infancia las principales causas de morbilidad están siendo ocupadas por las enfermedades no transmisibles, con una proporción de 39.29 de los casos, mostrando una diferencia respecto al año anterior.

En el grupo de edad de la Adolescencia se observó que las principales causas de morbilidad son las enfermedades no transmisibles con una proporción de 77.78 de los casos, mostrando un aumento con respecto al año anterior. Las lesiones se ubican en la segunda causa más frecuente siendo más alta respecto al año 2021.

Para el grupo de edad en Juventud las enfermedades no transmisibles y las Condiciones maternas representaron la mayor proporción de casos con un 51.43 simultáneamente, mostrando una leve disminución con respecto al año anterior. El segundo grupo de morbilidad con mayor proporción de casos fue el de las lesiones (38.10), este tuvo un aumento respecto al año 2021.

En la adultez Al igual que en los grupos de edad anteriores, las primeras causas fueron las Condiciones maternas con 166.36% de casos presentados en ese grupo de edad, sin embrago presenta una disminución respecto al 2021. En segundo lugar, están las lesiones con 50% de los casos.

Finalmente, para en el caso de las personas mayores de 60 años el comportamiento de la morbilidad es similar al de grupo de la adultez.

En todos los casos se observa que las condiciones mal clasificadas.

Morbilidad Especifica Por Subgrupo Población De Hombres

En todas las etapas de vida, tanto en hombres como en mujeres, predominan las enfermedades no transmisibles como principal causa de morbilidad. En la primera infancia, los hombres presentan mayor afectación por condiciones transmisibles y nutricionales (43,9%), mientras que en mujeres predominan las no transmisibles (53,13%). En la infancia y adolescencia, se mantiene el predominio de las enfermedades no transmisibles, con incrementos notables en hombres (47,7% y 75,79%, respectivamente). En la juventud y adultez, estas continúan siendo las principales causas en ambos sexos, alcanzando proporciones cercanas al 73%. Finalmente, en los adultos mayores, las enfermedades no transmisibles representan el 85,87% de los casos, seguidas de condiciones transmisibles, nutricionales y lesiones.

Morbilidad Especifica Por Subgrupo Población De Mujeres

En todas las etapas de vida predominaron las enfermedades no transmisibles, con un 53,13% del total de casos, seguidas por las condiciones transmisibles y nutricionales (25%). En la infancia y juventud, estas enfermedades también fueron las más frecuentes, mientras que en las mujeres aumentaron los casos relacionados con condiciones nutricionales y transmisibles. En la adultez se registró el mayor porcentaje (72%) y en los adultos mayores continuaron siendo la principal causa de morbilidad (32,41%), seguidas por las lesiones.

Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) permite recopilar y analizar información sobre eventos de interés en salud pública para la prevención y control de enfermedades en Colombia. En el municipio de Nariño (Cundinamarca), entre 2007 y 2022, se registraron diversos eventos agrupados por tipo.

En zoonosis, se notificaron 130 casos de agresión por animales potencialmente transmisores de rabia y 1 accidente ofídico (2021). En intoxicaciones, se reportó 1 caso por sustancias psicoactivas (2022). En el ámbito mental, se registraron 6 casos de conducta suicida entre 2006 y 2020, con 1 caso adicional en 2022. No se notificaron casos de violencia intrafamiliar, sexual ni por artefactos explosivos en 2022.

En eventos no transmisibles, se reportó 1 caso de morbilidad materna extrema y 1 caso de vigilancia nutricional en menores de 18 años.
Entre los eventos transmisibles, se notificaron 21 casos de meningitis por Haemophilus influenza e en 2022, 1 caso materno perinatal y 2 casos de enfermedades de transmisión aérea o por contacto.

4.4 Mortalidad especifica por subgrupo

Enfermedades transmisibles

Las enfermedades trasmisibles no reportan datos para el año 2022, sin embargo, se reportan tasas ajustadas en Infecciones respiratorias agudas para el año 2020 (40.58) y 2021 (39.03).

Enfermedades transmisibles en hombres

En cuanto a las enfermedades transmisibles en hombres, los datos presentados en los últimos años son en Infecciones respiratorias agudas (77.76) y 2021 (74.68). En el 2019 se presentó una tasa de 80.13 para Enfermedad por el VIH (SIDA).

Enfermedades transmisibles en mujeres

Para el año 2022, no se reportan casos para ninguna subcausa sin embargo la mayor tasa ajustada de mortalidad por edad en mujeres durante el 2018 está relacionada con la tuberculosis con un resultado de 85.98casos por cada 100.000 mujeres, con relación al resto de las causas para este periodo en estudio no se observan más notificaciones, durante el 2011 se presentaron otras causas por resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias con una tasa de 215.7 casos, en los años 2005, 2006 y 2008 se presentaron las infecciones respiratorio agudas, sin embargo, en el año 2011 se presentó una elevación significativa de ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia en la población femenina.

5. METODOLOGÍA DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

Para la vigencia 2026 se realiza una adición al contrato interadministrativo **SS-CD-CI-589-2025** para dar continuidad a las acciones de prevención y control del CHAGAS en el municipio, actualmente se cuenta con un equipo interdisciplinario conformado por:

Tabla N° 1 Equipo ejecutor para el municipio de Nariño 2026

# de personas	Perfil	Municipios a ejecutar
1	Profesional de enfermería	Nilo y Nariño
1	Técnico en salud publica	Nilo y Nariño
2	Auxiliares de enfermería	Nilo y Nariño
1	Entomólogo	Nilo y Nariño
1	Auxiliar bachiller	Nariño
1	Psicología	Nariño
1	Trabajadora social	Nariño

Fuente: Creación propia

Fase de intervención de actividades:

A partir de ello cada ejecutor desarrollo actividades instituciones y comunitaria orientada a la prevención, control y vigilancia de las enfermedades transmitidas por vectores.

Fase 1: Articulación con el Ente municipal

La articulación con el técnico Jaime Diago, y José Alexander urquijo sepúlveda en el municipio de Nariño, permitió el fortalecimiento de las acciones de vigilancia, control y educación frente a la enfermedad de Chagas en las en las veredas, La sonora, la esmeralda y la palmita. Este trabajo conjunto reafirma el compromiso institucional de garantizar entornos saludables, prevenir enfermedades transmitidas por vectores y proteger la salud de las comunidades rurales del territorio Nilense.

Imagen Nª1 ARTICULACION



Fuente: Creación propia

Fase 2. Sensibilización a la comunidad

Se desarrolló un **(01)** proceso de sensibilización a la policía nacional sobre la enfermedad Chagas enfatizando en la toma de muestras, beneficiando **a 13 personas**, en cumplimiento de la línea técnica establecida por el Instituto Nacional de Salud (INS) y el Ministerio de Protección Social. Estas actividades se llevaron a cabo en la casa de la cultura promoviendo la participación activa, el reconocimiento de la importancia del diagnóstico oportuno y la adopción de medidas preventivas frente a la enfermedad. La articulación interinstitucional permitió fortalecer la vigilancia activa y garantizar el desarrollo adecuado del proceso de toma de muestras conforme a los lineamientos nacionales.

Tabla N° 2 Población beneficiada – Sensibilización de la enfermedad

ENTORNO	TOTAL DE TALLERES POR ENTORNO	TALLERES EDUCATIVOS	Nº DE PERSONAS CAPACITADAS POR ENTORNO	TOTAL DE OBLACION BENEFICIADA
Comunitario	1	ADULTO MAYOR	13	13
Total	1			13

Fuente: Creación propia

Imagen Nª2 SENSIBILIZACION



Fuente: Creación Propia

Fase 3: Acciones de promoción de la salud y prevención, control y eliminación de las ETV

Se apoyó el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención, control en la enfermedad de CHAGAS, en el municipio de Nariño. Para tal fin, se llevaron a cabo cuatro talleres educativos dirigidos a la comunidad, aplicados en los diferentes entornos definidos por los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Estas jornadas permitieron fortalecer los conocimientos de la población sobre las formas de transmisión, signos de alarma y medidas preventivas frente a la enfermedad, promoviendo la corresponsabilidad comunitaria en la vigilancia y control vectorial. A continuación, se relaciona la población beneficiada:

Tabla Nª3 Talleres educativos

ENTORNO	TOTAL DE TALLERES POR ENTORNO	TALLERES EDUCATIVOS	Nº DE PERSONAS CAPACITADAS POR ENTORNO	TOTAL DE OBLACION BENEFICIADA
Comunitario	4	Grupo recreación de adulto con discapacidad	7	42
		Comerciantes	11	
		Grupo de patinaje	13	
		Grupo de baloncesto infantil	11	
TOTAL	**4**			**42**

Fuente: Creación propia

Imagen Nª 3 talleres educativos



Fuente: Creación propia

Fase 4: Acciones de promoción de la salud y prevención, control y eliminación de las ETV

Se apoyó el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención, control y eliminación de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), con especial énfasis en la enfermedad de chagas, en el municipio de Nariño. Para tal fin, se llevaron a cabo cuatro talleres educativos dirigidos a la comunidad, aplicados en los diferentes entornos definidos por los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Estos talleres permitieron fortalecer los conocimientos de la población sobre las formas de transmisión, signos de alarma y medidas preventivas frente a la enfermedad, promoviendo la corresponsabilidad comunitaria en la vigilancia y control vectorial. A continuación, se relaciona la población beneficiada:

Tabla Nª04 Talleres educativos

ENTORNO	TOTAL DE TALLERES POR ENTORNO	TALLERES EDUCATIVOS	Nº DE PERSONAS CAPACITADAS POR ENTORNO
Educativo	2	institución Educativa Antonio Nariño grado 6 de Bachiller	10
Comunitario	2	Comunidad de Nariño Cundinamarca Vereda los escaños	10
		comunidad de Nariño luz Astrid Olarte	10
Total			40

Fuente: Creación propia

Imagen Nª 04 Taller educativo







Fuente: Creación propia

Fase 5 jornadas lúdico-pedagógicas promoción de la salud y la prevención de la enfermedad de Chagas

Se dio cumplimiento a la actividad mediante la realización de tres (03) jornada lúdico-pedagógica orientadas a la promoción de la salud y la prevención, control de la enfermedad de chagas en el municipio de nariño. Durante estas jornadas se desarrollaron diversas acciones comunitarias, entre ellas recolección de inservibles y actividades participativas de sensibilización, con el propósito de fortalecer los conocimientos y prácticas saludables de la población frente a la prevención de enfermedades vectoriales.

Cada jornada contó con la participación activa de la comunidad y el acompañamiento del auxiliar bachiller, garantizando el enfoque educativo y participativo de las intervenciones. Las actividades fueron documentadas y reportadas en tiempo real mediante el formulario digital ArcGIS Survey123, asegurando la trazabilidad, el registro georreferenciado y la consolidación de la información para el seguimiento departamental. A continuación, se relaciona la población beneficiada:

Tabla Nª 05 Jornadas lúdico – pedagógicas

ENTORNO	TOTAL DE TALLERES POR ENTORNO	TALLERES EDUCATIVOS	Nº DE PERSONAS CAPACITADAS POR ENTORNO
Comunitario	3	Comunidad de Nariño Asociación de juntas de acción Comunal Buscavidas Nariño Cundinamarca	10
		Comunidad de Nariño Asociación de juntas de acción Comunal Nariño Cundinamarca	10
		Comunidad	10
Total	3		30

Fuente: Creación propia

Imagen Nª5 Jornada lúdico pedagógica



Fuente: Creación propia

Fase 6 Visitas domiciliarias – Encuestas larvarias

Se dio cumplimiento a la actividad mediante la realización de 150 encuestas larvarias domiciliarias mensuales en el municipio de Nariño, Cundinamarca, orientadas al registro de factores de riesgo, promoción de la salud y prevención de las arbovirosis, así como a la educación comunitaria en el cuidado de la salud y el control de la enfermedad de chagas.

Las encuestas se desarrollaron en la vereda la reforma del municipio de Nariño Cundinamarca donde el equipo ejecutor realizó visitas casa a casa, toda la información recolectada fue registrada digitalmente a través del formulario ArcGIS Survey123, lo que permitió la sistematización, georreferenciación y análisis de los datos, fortaleciendo así la vigilancia entomológica y las estrategias de control vectorial en el territorio, en cumplimiento de los lineamientos del programa departamental de ETV.

Imagen Nª6 Visitas domiciliarias



Fuente: Creación propia

Fase 7. Cartografía social, seguimiento y evaluación final, realizando articulación y socialización con autoridades locales y/o con la comunidad de barrio y/o vereda determinado e intervenido, teniendo en cuenta las acciones de la promoción de la salud y prevención, control y eliminación de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis Departamentales.

Durante la ejecución de la concurrencia se diseñaron e implementaron estrategias específicas orientadas a generar un impacto social positivo en la comunidad. Estas acciones se centraron en la sensibilización, la educación comunitaria y la promoción de prácticas que contribuyeran a reducir la proliferación del mosquito transmisor, disminuyendo así la vulnerabilidad de la población frente a enfermedades transmitidas por vectores.

En este contexto, la cartografía social se consolidó en la Vereda Busca Vida– Municipio de Nariño, como una estratégica para comprender las dinámicas locales que favorecen la transmisión de la enfermedad de chagas y, al mismo tiempo, para fortalecer la participación comunitaria. Su uso permitió recoger percepciones, identificar puntos críticos y promover el reconocimiento colectivo del territorio como parte fundamental de la prevención.

Imagen Nª 11 Cartografía social



Fuente: Creación propia

Fase 12. Implementación de una estrategia lúdico-pedagógica en el municipio, con el objetivo de fomentar acciones de participación social que promuevan cambios de comportamiento en los procesos de promoción, vigilancia, inspección y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y enfermedades zoonóticas.

Se promovió el trabajo en equipo y la reflexión sobre cómo cada acción individual contribuye a la salud colectiva.

Tabla Nº 12 Talleres educativos

ENTORNO	TOTAL DE TALLER POR ENTORNO	TALLER LÚDICO-PEDAGÓGICAS	Nº DE PERSONAS CAPACITADAS POR ENTORNO	Barrio o vereda
Comunidad	1	Grupo baloncesto juvenil	12	Centro
	1	Grupo de natación infantil	13	Centro
Total	2		25	

Fuente: Creación propia

Imagen Nª 12 Estrategia lúdico pedagógica



Fuente: Creación propia

Fase 13. capacitación al talento humano de Hospitales y municipios sobre la promoción de la salud y prevención, control y eliminación de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y Zoonosis Departamentales.

En cumplimiento de la acción orientada a fortalecer las capacidades institucionales para la promoción de la salud y la prevención, control y eliminación de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) y zoonosis departamentales, se realizó una capacitación al Puesto de Salud – Municipio de Nariño. La actividad fue orientada por la trabajadora social del componente de Chagas, quien socializó información sobre el Chagas, así como factores de riesgo, síntomas y signos de alarma, con el fin de fortalecer las acciones de prevención y control en el territorio.

Imagen Nª 13



Fuente: Creación propia

Fase 14. **Acciones de promoción de la salud y prevención, control y eliminación de las ETV y zoonosis a través de talleres educativos aplicados en los diferentes entornos (Educativo, hogar, comunitario, laboral, institucional, etc.) perfil psicosocial**

Se brindaron 5 talleres desde el perfil psicosocial generando espacios de sensibilización y educación antes las acciones que contribuyen significativamente al fortalecimiento de las capacidades locales para la vigilancia y prevención de las enfermedades CHAGAS, ETV ,Y Zoonosis. Estos talleres fueron desarrollados en diferentes entornos con diversas poblaciones objetivo, según se detalla a continuación:

Tabla Nº14 Talleres educativos

ENTORNO	TALLERES EDUCATIVOS	Nº DE PERSONAS CAPACITADAS
Comunidad	Grupo adulto mayor – barrio Fatima	13
	Grupo crochet – Nariño	13
	Grupo de danzas femenino	13
	Grupo de discapacidad adultos – Nariño	13

	Grupo de patinaje infantil – Municipio de Nariño	13
Total		65

Fuente: Creación propia



6. CONCLUSIÓN

La ejecución de las actividades durante la vigencia 2026 permitió fortalecer de manera integral las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de la enfermedad de Chagas y otras Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) en el municipio de Nariño. A través del trabajo articulado de un equipo interdisciplinario y la coordinación con actores

institucionales y comunitarios, se logró consolidar procesos de educación, sensibilización y participación social, impactando positivamente a la población.

Las diferentes fases desarrolladas evidencian el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, el mejoramiento de las capacidades locales y la apropiación comunitaria de prácticas preventivas. Asimismo, las estrategias implementadas, como talleres, jornadas lúdico-pedagógicas, visitas domiciliarias y movilizaciones sociales, contribuyeron a la identificación oportuna de factores de riesgo y al control vectorial en el territorio.

En este sentido, se destaca la ausencia de casos positivos notificados durante el periodo evaluado, lo cual refleja la efectividad de las intervenciones realizadas. Se recomienda continuar con la implementación de estas acciones, garantizando su sostenibilidad y fortalecimiento, con el fin de mantener el control de la enfermedad y prevenir posibles brotes en la población.