

**EXPERIENCIAS EN LA IMPLEMENTACIÓN, PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE
ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DEL DENGUE EN EL MUNICIPIO DE LA
MESA, CUNDINAMARCA**

Angela Marcela Galindo Galindo

**Universidad El Bosque
Facultad de Medicina
Programa de Maestría en Salud Pública
Bogotá, Colombia
2018**

**EXPERIENCIAS EN LA IMPLEMENTACIÓN, PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE
ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DEL DENGUE EN EL MUNICIPIO DE LA
MESA, CUNDINAMARCA**

Angela Marcela Galindo Galindo

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:

Magister en Salud Pública

Director:

Luis Alejandro Gómez Barrera

Universidad El Bosque

Facultad de Medicina

Programa de Maestría en Salud Pública

Bogotá, Colombia

2018

Nota de Aceptación

Jurado 1

Jurado 2

Nota de Salvedad de Responsabilidad Institucional

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en este trabajo; la Universidad el Bosque sólo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda del conocimiento, verdad y la justicia.”

Agradecimientos

A Dios que ha sido mi guía y dador de fortaleza en todo momento.

A mi hijo, mi esposo y mi mami por su apoyo incondicional y el tiempo brindado.

A mis profesores de la Universidad el Bosque por ampliar mi conocimiento.

Al Profesor Luis Alejandro Gómez por apoyarme y guiarme como tutor en la realización de este documento.

A mis compañeras Diana P. y Martha G. por su colaboración y apoyo en los momentos de crisis.

Contenido

	Pág.
Justificación	8
Marco Teórico	9
Contexto Histórico	11
Epidemiología	14
Contexto Municipal	17
Municipio de la Mesa	17
Epidemiología Municipio de la Mesa	18
Objetivo General	20
Objetivos Específicos	20
Metodología	21
Diseño del estudio	21
Definición de sujetos de estudio	21
Recolección de la información	22
Casos de Dengue en el Municipio la Mesa, Cundinamarca durante el periodo 2010 - 2015.....	23
Estrategias para el Control del Dengue en el Contexto Nacional y Municipal	24
Experiencias de los actores involucrados en la implementación de los programas y Estrategias para el control del Dengue en el Municipio de la Mesa.....	29
Análisis de Experiencias	35
Conclusiones	39
Recomendaciones	42
Referencias.....	43
Anexos.....	45

Lista de Graficas

	Pág.
Gráfica 1: Curso de la Enfermedad del Dengue	11
Gráfica 2. Distribución del Aedes aegypti (áreas sombreadas en rojo) en el continente americano en 1970, al final del programa de erradicación del mosquito y en 2002	12
Gráfica 3. Países/ áreas en riesgo de trasmisión del Dengue 2008	13
Gráfica 4: Mapa del municipio de La Mesa, Cundinamarca. 2018	18
Gráfica 5: Datos de notificación Municipio de La Mesa 2010-2015.....	19
Gráfico 6: Datos de notificación Municipio de La Mesa 2010-2015	23

JUSTIFICACION

En Colombia el Dengue representa un problema en salud pública, debido a la reemergencia e intensa transmisión con tendencia creciente, reconociendo las diferencias regionales y distintas temporalidades de los brotes.

Desde el primer caso de dengue grave (hemorrágico) en diciembre de 1989, en Puerto Berrío, Antioquia, se ha observado en el país una tendencia al rápido incremento en el número de casos, al pasar de 5,2 casos por 100.000 habitantes en la década de 1990 a 18,1 casos por 100.00 habitantes en los últimos cinco años. (Ministerio de la Protección Social, 2014). Esta situación se observa de igual manera en el comportamiento de la mortalidad, la cual pasó de 0,07 defunciones por 100.000 habitantes en los 90, a 0,19 defunciones por 100.000 habitantes en la presente década. (Ministerio de la Protección Social, 2014)

Si observamos el panorama a nivel nacional e internacional, encontraremos que aunque se han desarrollado estrategias para el control del vector y factores que desfavorecen la replicación del dengue, no se encuentran estudios que verifiquen los resultados de estas desde la experiencia de los actores involucrados en el desarrollo, planeación o ejecución de estas estrategias; por ende este estudio pretende mostrar algunas de las experiencias de las partes involucradas partiendo de los logros desarrollados en un municipio de Cundinamarca en los cual se identificó no se ha realizado este tipo de indagación de manera escrita.

MARCO TEORICO

El dengue es una enfermedad viral aguda, endemo-epidémica, causada por un arbovirus de la familia Flaviviridae y transmitida por la picadura de la hembra del mosquito del género *Aedes*, principalmente el *aegypti*. La susceptibilidad es en toda persona que no haya enfermado previamente por el virus y se traslade a áreas endémicas. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012-2013)

Constituye un problema creciente de salud pública en la Región de las Américas y el mundo entero por el elevado número de personas que se ven afectadas. Es producida por los 4 serotipos del virus del Dengue (Den-1, Den-2, Den-3 y Den-4), estos serotipos no desencadenan inmunidad cruzada, lo cual significa que una persona puede infectarse y enfermar hasta cuatro veces.

Para transmitir la enfermedad es necesario que el mosquito haya picado a una persona infectada con el virus del dengue durante el período de viremia, que ocurre después de un período de incubación de aproximadamente 7 días. La hembra del mosquito *A. aegypti* es transmisora después de un período de 7 a 14 días de incubación y puede transmitir la enfermedad por el resto de su vida, que en promedio de 10 días. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012-2013)

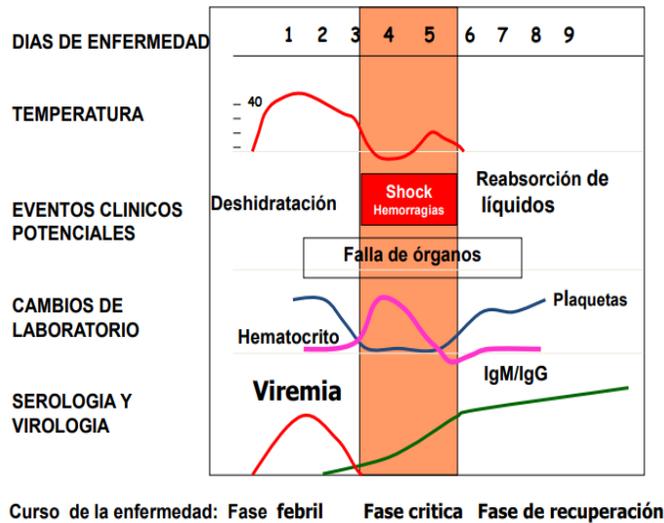
Su reaparición está asociada con los llamados macrofactores ambientales, socioeconómicos, políticos y sociales y los microfactores, aquellos que son dependientes de las características biológicas del virus, el vector y la persona afectada. (Martin & brathwaite, 2007).

Generalmente la enfermedad pasa por 3 fases: la fase febril en la que los pacientes desarrollan fiebre alta y repentina que puede durar de 2 a 7 días y suele acompañarse de enrojecimiento facial, eritema, dolor corporal generalizado, mialgias, artralgias, cefalea y dolor retroocular. Pueden presentarse manifestaciones hemorrágicas menores, como petequias y equimosis en la piel, el hígado suele estar aumentado de tamaño y ser doloroso a la palpación y el hemograma presenta una disminución progresiva del recuento total de glóbulos blancos. (Organización Panamericana de la Salud, 2010)

La segunda es la fase crítica en la cual hay una desaparición de la fiebre, puede aumentar la permeabilidad capilar paralelamente con los niveles del hematocrito. Lo anterior marca el comienzo del período de extravasación de plasma que generalmente, dura de 24 a 48 horas; Puede asociarse con hemorragia de las mucosas, aparece la leucopenia con neutropenia y linfocitosis, seguida de una rápida disminución del recuento de plaquetas, posterior a esto puede presentar derrame pleural y ascitis con presencia de hipovolemia, llevando al paciente al choque. (Organización Panamericana de la Salud, 2010)

Por último, la fase de recuperación, cuando el paciente sobrevive a la fase crítica la cual no excede las 48 a 72 horas, en esta, tiene lugar una reabsorción gradual del líquido extravasado, el cual regresa del compartimiento extravascular al intravascular, hay una mejoría del estado general y se estabiliza el estado hemodinámico de la persona. (Organización Panamericana de la Salud, 2010)

Gráfica 1: Curso de la Enfermedad del Dengue



Tomada de: Organización Mundial de la Salud; Dengue: guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control. 2009; pág. 25.

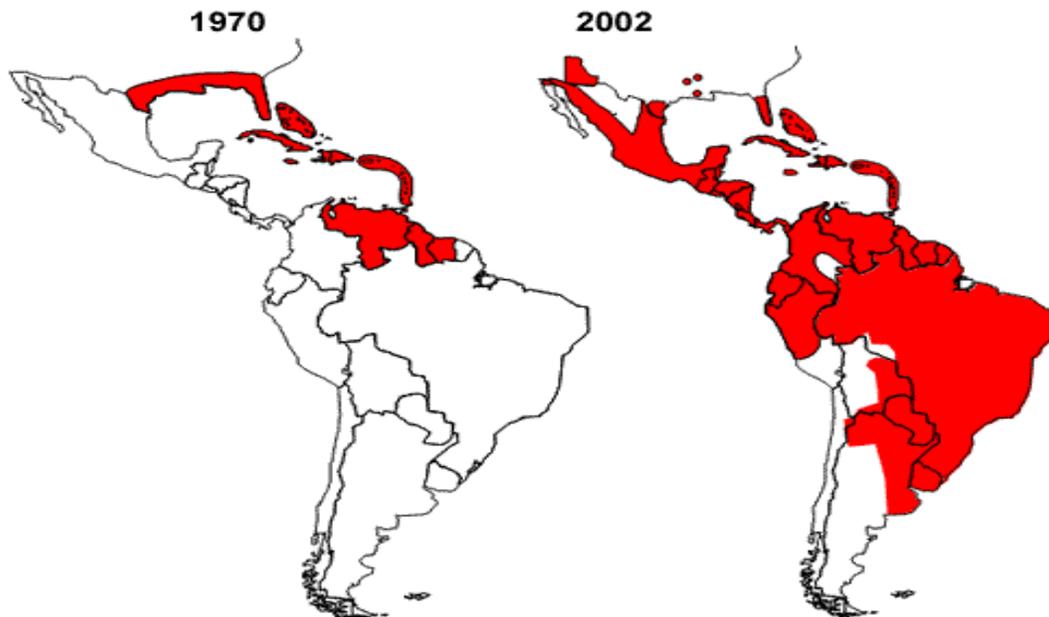
El dengue ha tenido varias clasificaciones desde su aparición; en un comienzo debido a su epidemiología y rápida progresión de un estado leve a uno grave, se agrupó en tres categorías: a) fiebre indiferenciada, b) fiebre por dengue y c) fiebre hemorrágica por dengue. Posterior a esto y con el aumento de los casos graves y las dificultades para el manejo de la clasificación se decidió dejar tres grandes grupos: dengue sin signos de alarma, dengue con signos de alarma y dengue grave.

Contexto Histórico

El mosquito es originario de África, su forma ancestral se desarrollaba en huecos de árboles y fue introducido al continente americano en los barcos que transportaban esclavos y atracaban en las costas americanas durante la época de la Conquista y la Colonia y allí adquirió hábitos domésticos. (Olano v. A., 2016).

Las primeras epidemias de dengue reportadas datan de 1779-1780 en Asia, África y América del Norte. Durante más de 200 años se consideró una enfermedad tropical de afección leve a la salud. Después de la Segunda Guerra Mundial comenzó una pandemia de dengue en el Sureste Asiático y desde entonces se ha venido propagando por el resto del mundo. (CDC, Centros para el control y prevención de enfermedades, 2015)

Gráfica 2. Distribución del *Aedes aegypti* (áreas sombreadas en rojo) en el continente Americano en 1970, al final del programa de erradicación del mosquito y en 2002



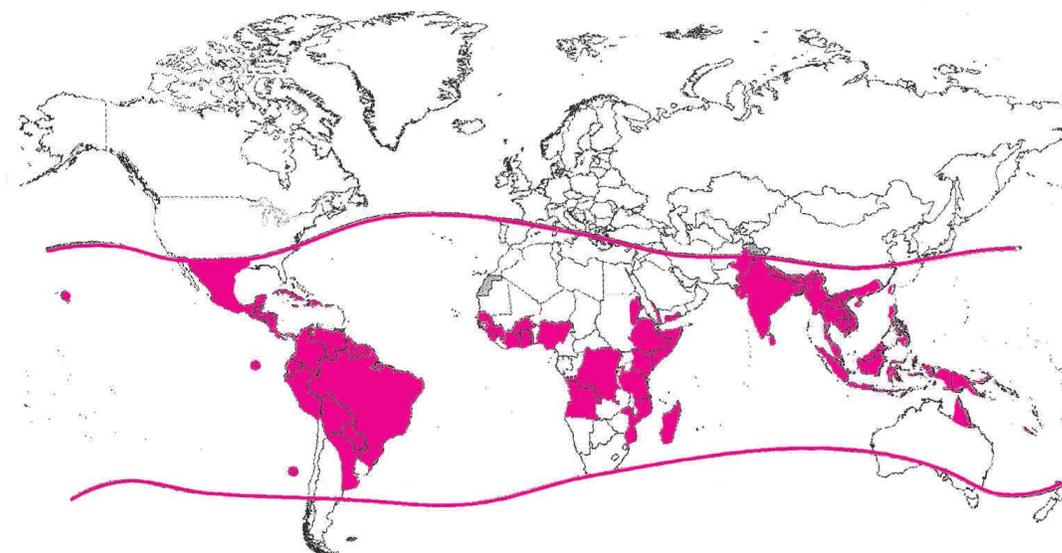
Tomado de: Centros para el control y la prevención de enfermedades; 8 de Julio de 2015 (hoja datos sobre el dengue); <https://www.cdc.gov/spanish/enfermedades/dengue/hojados>.

Para 2013, ya se habían identificado casos en Florida (Estados Unidos de América) y la provincia de Yunnan (China) y en varios países de América Latina, como Costa Rica, Honduras y México.

Asia notifico un aumento en el número de casos al cabo de varios años en ciudades como Singapur y Laos. Las tendencias observadas para 2014 indican un aumento del número de casos en China, las Islas Cook, Malasia, Vanuatu y países insulares del Pacífico. (Organización Mundial de la Salud, 2009)

En 2015, en Delhi (India) se registró el peor brote con más de 15 000 casos de dengue reportados. La isla de Hawái, en el estado homónimo de los Estados Unidos de América, se vio afectada durante este mismo período por un brote con 181 casos y se han seguido registrando casos en estados insulares del Pacífico: Fiji, Tonga y Polinesia francesa. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

Gráfica 3. Países/ áreas en riesgo de transmisión del Dengue 2008



Tomada de: Organización Mundial de la Salud; Dengue: guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control. 2009; pág. 3.

En Colombia Se conoció que el mosquito ingreso por la ciudad de Cartagena cuando se estableció la navegación por el río Magdalena. Su especie se reconoció hacia 1880 en la ciudad de Neiva, pero solo hasta 1950 se inició una campaña de erradicación contra el mosquito debido a las epidemias que se venían presentado en el país. (Olano v. A., 2016). Se calculaba que, para fines de 1972, el mosquito había invadido un área de 58.000 km² con una población urbana en riesgo de 2'350.000 habitantes, la cual se produjo a través de las rutas fluviales de los ríos Magdalena y Cauca, reintroduciéndose a Bucaramanga (Santander) y Ocaña (Norte de Santander) en 1975. El siguiente año traspasó la Cordillera Oriental y se dispersó a Villavicencio (Meta) y Florencia (Caquetá), lugares donde se presentaron epidemias como la de Armero (Tolima) y Girardot (Cundinamarca) en 1975 y 1976. (Padilla J, 2012).

A finales de 2010, posiblemente por la epidemia que afrontaba Iquitos (Perú) y la gran movilidad de la población que se presentó en la triple frontera (Colombia, Perú y Brasil), se detectó la circulación viral de dengue por primera vez en la historia en el departamento del Amazonas donde se aisló DENV-2 y, en seguida en 2011, se registró el primer brote epidémico de dengue en este lugar la distribución de *A. aegypti* en Colombia para el año 2010, prácticamente se encontraba en todas las regiones del país. (Padilla J, 2012).

Epidemiología

De acuerdo a la notificación realizada para la Organización de la Salud sobre los casos de Dengue, estos pasaron de 2,2 millones en 2010 a 3,2 en 2015, lo cual crea incertidumbre sobre si existía un subregistro de los casos y aumento en el reporte de los mismos, o realmente la incidencia del Dengue ha sido creciente durante este tiempo.

En la región de las Américas, Asia Sudoriental y Pacífico Occidental se registraron más de más de 3,2 millones de notificaciones de dengue grave para el 2015, de las cuales 2,35 millones correspondían a la región de las Américas y de las cuales 10.200 casos fueron diagnosticados como dengue grave y provocaron 1.181 defunciones. (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Al finalizar el año 2014, se reportaron en las Américas la suma total de 1,176,529 casos de dengue, de los cuales 16,238 correspondían a casos graves y 761 a muertes; para una tasa de letalidad por esta enfermedad del 0.06%. La incidencia promedio del dengue fue de 194 casos/100,000 habitantes. (OPS, 2017)

En Colombia en los años 90 se presentaban cada año 30.000 reportes en promedio. Durante la última década ese índice se elevó a 50.000, donde el 76.1% de los casos de dengue proceden de 10 entidades territoriales: Tolima, Valle, Santander, Norte de Santander, Cundinamarca, Meta, Cesar, Huila, Antioquia y Putumayo. (Zambrano, 2014)

En la región de las Américas, el dengue mantiene una situación epidemiológica muy compleja con la circulación de los cuatro serotipos de la enfermedad. El año 2010 ha sido el de mayor notificación con 1,6 millones de casos, 50.235 con dengue graves y 1.185 muertes. (Zambrano, 2014).

En Colombia se experimentó la más grande epidemia de dengue durante 2010, ya que en este año se reportaron 146.354 casos de dengue y 5420 casos de dengue grave; así mismo, se reportaron 217 muertes por dengue con una letalidad de 2,22%. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

De acuerdo al reporte realizado por la Organización Panamericana de Salud a la semana 52 en el 2017, los Casos Reportados de Dengue en las Américas (por País o Territorio), fueron de la siguiente manera: el territorio con el más alto reporte fue el Cono Sur con

254.443 casos reportados de dengue, de los cuales 3.872 fueron confirmados por laboratorio y de estos 271 correspondieron a dengue grave con evidencia de 141 muertes, seguido por el Istmo Americano y México con 172.649 casos reportados de dengue, de los cuales 16.928 fueron confirmados por laboratorio, 510 correspondieron a dengue grave y evidencia de 36 muertes; en tercer lugar la subregión Andina con 132.312 casos reportados de dengue, de los cuales 47.917 fueron confirmados por laboratorio, 960 correspondieron a dengue grave y evidencia de 113 muertes; de estos Colombia aportó 26.279 casos reportados de dengue, de los cuales 6.784 fueron confirmados por laboratorio, 286 correspondieron a dengue grave y evidencia de 15 muertes, siendo el segundo país en la región Andina con carga de dengue y el primero en esta con hallazgo de los 4 serotipos. (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

En el periodo 1999-2010, en el departamento de Cundinamarca se notificaron 21.857 casos de dengue. El 54,1 % de los casos acumulados se registraron en los municipios de Girardot (30,9 %), La Mesa (8,6 %), Fusagasugá (7,9 %) y Villeta (6,7 %). (Padilla J, 2012)

El 46% restante se distribuyó en el resto de los municipios endémicos de este departamento. Al clasificar los municipios de acuerdo con el riesgo absoluto acumulado en el periodo 1999-2010, se definieron como de muy alto riesgo, aquellos con tasas de incidencia entre 823,5 y 1.904,5 por 100.000 habitantes, incluyendo Nilo, Quipile, Vergara, Pulí, El Colegio, Nocaima, La Peña, Caparrapí, La Mesa, Anapoima, Ricaurte, San Juan de Rioseco y Viotá. (Padilla J, 2012)

CONTEXTO MUNICIPAL

Municipio de La Mesa.

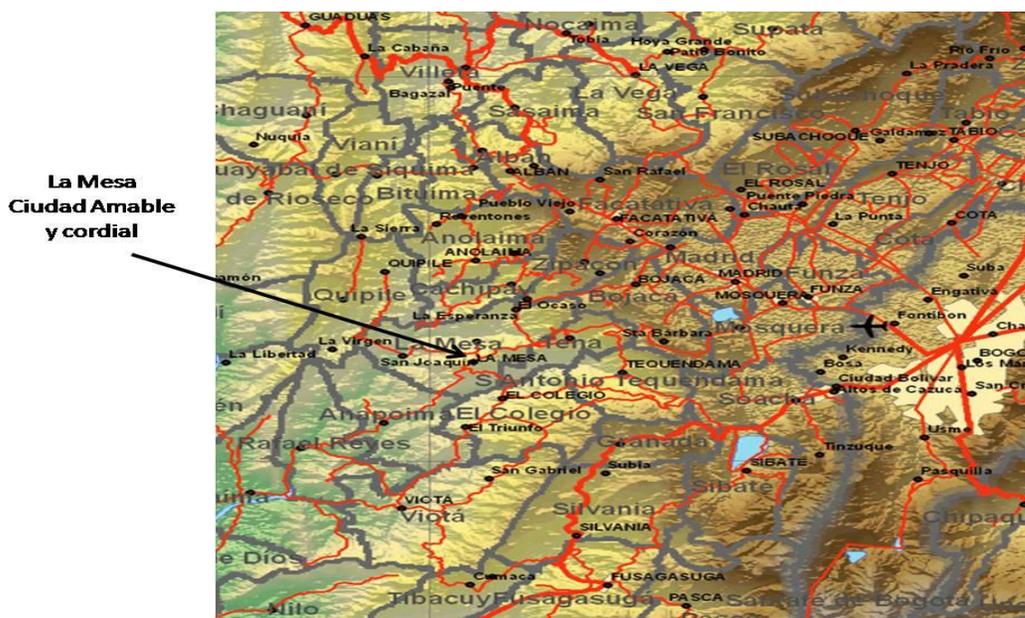
La Mesa es un municipio del departamento de Cundinamarca, ubicado en la provincia del Tequendama al suroeste de Bogotá, y capital de esta misma Provincia.

Se encuentra ubicada a 65 kilómetros de la capital de Bogotá, entre los 1.000 y 2.100 msnm; sus coordenadas geográficas son 4° 37' 49'' N de latitud y 74° 27' 45'' O de longitud, con una precipitación anual de 1.300 mm y una temperatura media anual de 22 °C (17). (Olano & Diana Sarmiento, 2017)

Sus fuentes hídricas de mayor cauce son los ríos Bogotá y el Apulo; en el Rio Bogotá desembocan las quebradas de Patio Bonito, San Andrés, San Agustín, Las Fortunas, La Negra, La Guayacana, Las Totumas y Zapata, en el Rio Apulo desembocan las quebradas Quipilita, La Chambatá, el Calicha, La Carbonera, Rio Curi, Rio Bahamon, Quebrada El Tigre, y otras menores. (Alcaldia de la Mesa- Cundinamarca, 2016)

El municipio de La Mesa, cuenta con 20 barrios en el sector urbano, 3 Inspecciones: San Joaquín con 10 Veredas, San Javier con 7 Veredas y La Esperanza con 8 Veredas. Posee una Extensión total:148 Km², con un área urbana de 2.75 Km² y un área rural 145 Km². En la actualidad está habitada por aproximadamente 29.891 habitantes. (Alcaldia de la Mesa- Cundinamarca, 2016)

Gráfica 4: Mapa del municipio de La Mesa, Cundinamarca. 2018



Tomado de: http://www.lamesa-cundinamarca.gov.co/mapas_municipio.shtml?apc.

La Mesa se considera un municipio categoría cinco ya que cuenta con una población de 29891 habitantes de los cuales 12783 residen en la cabecera y 17108 en zona rural; del total de la población solo el 40,63% cuenta con acueducto y 90,86% con energía eléctrica, siendo la mayoría de la población urbana la que cuenta con estos servicios. (Alcaldía de La Mesa- Cundinamarca, 2012)

Epidemiología Municipio de La Mesa.

De acuerdo a la notificación realizada por el municipio en sus bases de datos podemos encontrar las siguientes cifras de acuerdo a clasificación que se instauró para el 2010.

Gráfica 5: Datos de notificación Municipio de La Mesa 2010-2015.

		2010	2011	2012	2013	2014	2015
La Mesa	Dengue	180	19	137	448	203	169
	Dengue Grave	2	0	5	17	6	2
	Mortalidad	0	0	0	0	1	0

Elaboración propia a partir de datos tomados de SIVIGILA y reportes Hospital Pedro León Álvarez Díaz (La Mesa).

Se decidió Revisar el periodo 2010-2015, ya que durante el 2010 se presentó la mayor notificación en la historia del dengue en las Américas, con más de 1,6 millones de casos reportados, 50.235 de ellos graves y se produjeron 1.185 muertes. Durante ese mismo año, Colombia presentó la más grande epidemia por dengue descrita en su historia, con más de 150.000 casos, 9.482 de ellos graves y 217 muertes confirmadas. (Padilla J, 2012)

Pero al realizar la revisión de las notificaciones realizadas en el municipio se identifica, que el punto de mayor notificación de dengue, se encuentra en el año 2013 con 448 casos de dengue y 17 de dengue grave; de acuerdo a la indagación realizada en el municipio esto podría ser secundario al ingreso de nuevos programas tecnológicos y a la sensibilización del reporte, ya que con ellos lograron un aumento significativo en el número de casos identificados.

OBJETIVO GENERAL

Analizar las experiencias de los diferentes actores involucrados en el desarrollo, planeación y ejecución de estrategias para el control del dengue con respecto a los programas existentes, en el un municipio de La Mesa (Cundinamarca).

Objetivos Específicos

- Identificar el número de casos de dengue reportados en el municipio La Mesa, Cundinamarca durante el periodo de 2010 -2015.
- Describir las principales estrategias para el control del Dengue en el contexto nacional y municipal.
- Describir experiencias de los actores involucrados en la implementación de los programas y estrategias para control de dengue efectuados en el municipio de La Mesa, Cundinamarca.
- Analizar las experiencias de personas vinculadas a la implementación de programas, planes y estrategias; desarrolladas dentro del municipio de La mesa (Cundinamarca).

METODOLOGIA

Diseño del estudio

Se llevo a cabo un estudio de tipo descriptivo en el municipio de La Mesa Cundinamarca.

Definición de sujetos de estudio

Se decidió tomar una muestra de cuatro actores que estuviesen vinculados al área administrativa y desarrollaran actividades de planeación e implementación de dichos programas dentro del municipio de la Mesa.

Criterios de Inclusión

Profesionales del municipio de La Mesa con vinculación con la alcaldía o el Hospital municipal que desarrollaran intervenciones relacionadas con la planeación o implementación de los programas y estrategias para control de Dengue en el municipio de la Mesa Cundinamarca y permitieran la realización de una entrevista previa aceptación y/o firma del consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

Profesionales del municipio de La Mesa con vinculación con la alcaldía o el Hospital municipal que no desarrollen intervenciones relacionadas con la planeación o implementación de los programas y estrategias para control de Dengue en el municipio de la Mesa Cundinamarca o personas vinculadas a los programas que no consientan la realización de la entrevista.

Recolección de la información

La información se recolectó a través de una entrevista semiestructurada, basada en una conversación formal, con la intencionalidad de dar sustento a los objetivos prescritos en la investigación. Se efectuó con un total de 4 voluntarios, con respuesta a 9 preguntas, en las cuales se dio la oportunidad de expresar sus puntos de vista, sin llegar a generar juicios de valor creando un espacio de escucha.

Las entrevistas tuvieron lugar en el municipio de La Mesa con una duración aproximada de una hora en espacio seleccionado por el entrevistado para crear un ambiente más seguro y cordial para ellos; en su totalidad fueron realizadas por la autora de este trabajo, previa información de los objetivos del trabajo, aclaración de dudas y firma del consentimiento informado y grabación de la entrevista. Posterior a su grabación, fueron transcritas y digitalizadas, para realizar su respectivo análisis cualitativo.

Limitaciones del estudio

No obtener por parte de las personas escogidas para el desarrollo de la investigación, la información que permita el logro de los objetivos enmarcados,

Consideraciones éticas

De acuerdo a la resolución 8430 de 1993, del Ministerio de la Protección Social, se considera esta una investigación sin riesgo alguno, ni físico, ni moral, para la comunidad, ni las personas participantes; los cuales deberán firmar con anterioridad un consentimiento informado, fechado del día de la encuesta, donde manifiestan su voluntad de participar en el estudio, previa explicación de los objetivos del trabajo y la posibilidad de retirarse, si así lo decidieran.

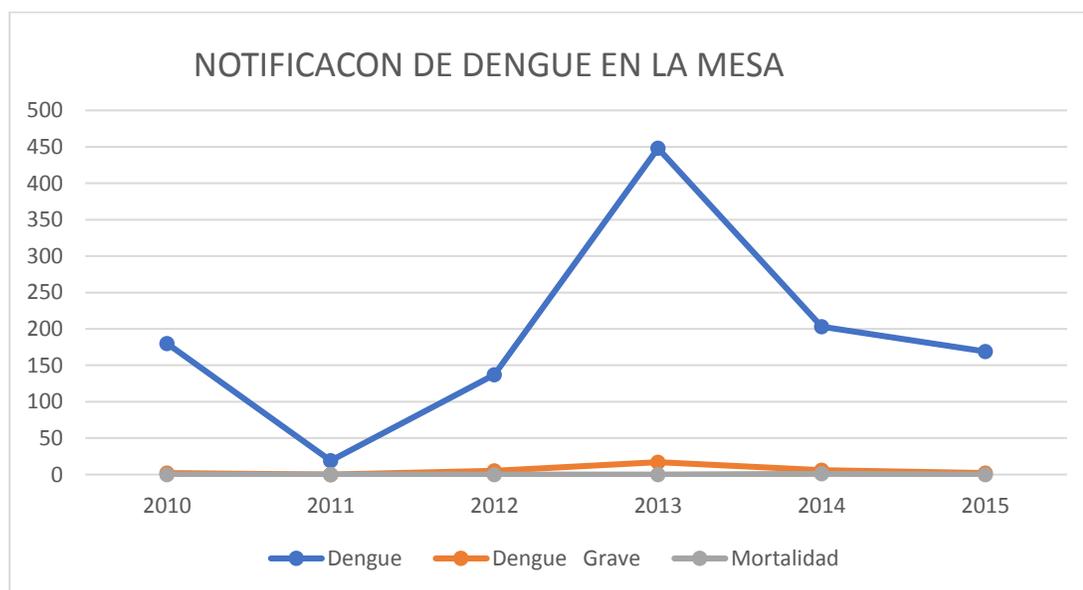
Confidencialidad

La información obtenida mediante la participación voluntaria de las personas vinculadas con los programas y estrategias para control de Dengue fueron manejadas bajo total confidencialidad; con acceso único y restringido de la información.

CASOS DE DENGUE EN EL MUNICIPIO LA MESA, CUNDINAMARCA DURANTE EL PERIODO DE 2010 -2015.

Se realizó búsqueda en bases de datos SIVIGILA y reportes de notificación del municipio de La Mesa, para identificar los periodos de mayor notificación de la enfermedad durante el periodo 2010- 2015.

Gráfico 6: Datos de notificación Municipio de La Mesa 2010-2015



Elaboración propia a partir de datos tomados de SIVIGILA y reportes Hospital Pedro León Álvarez Díaz (La Mesa).

La gráfica anterior nos muestra que la notificación más alta de Dengue durante el periodo 2010- 2015 en el municipio de La Mesa se presentó durante el año 2013 con 448 casos de Dengue, al igual que la notificación de Dengue Grave durante el mismo año, la cual fue de 17 casos, sin carga de mortalidad durante este año.

Diferente al 2014 en el cual se notó una reducción significativa a casi la mitad de los casos reportados de dengue 203 casos de dengue, 6 de dengue grave y un fallecimiento.

ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DEL DENGUE EN EL CONTEXTO NACIONAL Y MUNICIPAL.

Desde el marco internacional, podemos encontrar primero los objetivos de Desarrollo del Milenio 2015, donde se destacan 17 objetivos de los cuales el objetivo número 3 busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades y propone como una de sus metas trabajar en las enfermedades infecciosas y mortalidad, secundaria a la falta de servicios de agua apta para el consumo, saneamiento e higiene, que afecta de manera desproporcionada a las regiones de África Subsahariana, Asia Central y Asia Meridional. (Organización de las Naciones Unidas, 2015).

La Asamblea Mundial de la Salud de 2002 en su novena sesión de plenaria y con aprobación del Consejo Ejecutivo realizó la aprobación de la resolución WHA55-17 la cual se enfoca en la Prevención y control de la fiebre del dengue y la fiebre del dengue hemorrágico mediante la solicitud a los Estados Miembros a que promuevan un mayor compromiso y asignación de más recursos humanos para mejorar y hacer sostenibles las

actividades de prevención y control e investigación de vacunas. (Organización Mundial de la Salud, 2002)

Mientras que la resolución WHA 58.3 dedica especial importancia en la revisión del Reglamento Sanitario internacional (RSI), donde se incluye el dengue como una enfermedad que podría causar una emergencia internacional. (Organización Mundial de la Salud, 2009)

Debido al rápido aumento y propagación del dengue en otras regiones donde antes de 2000 no se reportaban casos; las regiones de Asia Suroriental y Pacífico Occidental de la OMS, deciden implementar la estrategia biregional del dengue 2008-2015, la cual fue avalada por la resolución SEA/RC61/R5 del comité de la OMS para Asia Suroriental en el 2008.

En 2012, después de extensas consultas con expertos, directores de programas en los países y las regiones, la OMS publicó la estrategia mundial para la prevención y el control del dengue 2012-2020; Su finalidad es reducir la carga de dengue a nivel mundial, siendo objetivos específicos, la reducción de la mortalidad en al menos un 50% y de la morbilidad en al menos un 25% para 2020. (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Esta estrategia consta de 5 elementos básicos para su ejecución: diagnóstico y tratamiento de casos, vigilancia integrada y preparación para hacer frente a los brotes, lucha anti-vectorial sostenible, futura implementación de una vacuna e investigación básica, operacional y aplicación de ésta.

Desde el año 2000 el Banco Interamericano de Desarrollo y la Organización Mundial de la Salud en conjunto con la Organización Panamericana de Salud, suscribieron un acuerdo para formular una agenda a fin de compartir y coordinar esfuerzos para ayudar a los países de América Latina y el Caribe a mejorar las condiciones de salud y los servicios de salud Pública, para esto se enfocarían en 3 líneas de acción:

- Apoyo al proceso de reforma del sector de salud, incluidos no sólo los servicios de salud, sino también los de saneamiento básico. (Banco Interamericano de Desarrollo, 2000)
- Fortalecimiento institucional de los programas de salud pública, en materia tanto de promoción de la salud como de prevención y lucha contra las enfermedades. (Banco Interamericano de Desarrollo, 2000)
- Fortalecimiento del liderazgo de las autoridades sanitarias en todas las esferas de desarrollo que afectan la salud. (Banco Interamericano de Desarrollo, 2000)

Siguiendo los lineamientos de la OPS/OMS y con el apoyo del Grupo Técnico de dengue (GT Dengue), Colombia elaboro una Estrategia de Gestión Integrada (EGI) para la promoción y prevención del dengue 2006-2010.

Concomitante a lo anterior y en coherencia con las políticas del Plan Nacional de Desarrollo 2006 - 2010, previstas en la Ley 1151 de 2007, se realiza el Plan Nacional de Salud Pública 2007- 2010 en el cual se definen las prioridades en salud de los próximos cuatro años, los objetivos, metas y estrategias para su cumplimiento y las competencias de todos los actores involucrados conforme a los recursos disponibles. (Ministerio de la Protección Social, 2007); dentro de esta, uno de los objetivos es Reducir los casos de mortalidad por dengue en un 30% a 49 casos para el 2010 (Línea de base: 70 muertes. Fuente: DANE 2004). Mediante la creación de líneas de políticas que trabajarían: 1) Promoción de la salud y la calidad de vida, 2) Prevención de los riesgos, recuperación y superación de los

daños en la salud y 3) Vigilancia en salud y gestión del conocimiento. (Ministerio de la Protección Social, 2007).

Por otro lado, en 2011 Colombia decide construir la EGI- ETV 2012-2021, la cual estaría incluida en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Para la realización de esta se tuvo en cuenta un marco normativo a nivel internacional y nacional, dentro de los segundos se destacaron: el decreto 1843 de 1991 el cual se “refiere al establecimiento de programas de control integral de vectores en las áreas de su jurisdicción para la disminución o eliminación de artrópodos que constituyen un riesgo para la salud de la comunidad” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012)

Ley 715 de 2001 donde se dictan las normas sobre recursos de destinación específica a salud y educación desde el sistema de participaciones. En ella obliga a los municipios y departamentos a generar acciones para garantizar la salud pública incluidos Dengue y Chagas. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012)

Decreto 3518 de 2006 por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia de Salud Pública, SIVIGILA.

Decreto 3039 de 2007 define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial.

La EGI para el control de enfermedades de transmisión por vectores se desarrolló bajo diversos enfoques conceptuales, con el fin de disminuir la carga social y económica producida por la transmisión endémica y epidémica de las ETV y mejorar así las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población residente en el territorio colombiano. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012)

Para lo anterior se articularon seis enfoques, con el propósito de reducir la carga de la enfermedad y crear condiciones para modificar la carga futura de la población; dentro de

estos enfoques encontramos; Atención primaria en Salud renovada, enfoque de determinantes, enfoque poblacional, enfoque diferencial, enfoque de gestión social del riesgo y enfoque de entornos saludables.

De igual manera se propusieron 5 componentes de trabajo dentro del programa: gerencia del programa, inteligencia epidemiológica, gestión del conocimiento, atención integral de pacientes, promoción y prevención y manejo integrado de vectores.

Adicional a todo lo anterior, se elaboró un taller nacional de expertos en la estrategia de comunicación y movilización social para impactar en conductas de riesgo (COMBI). (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012)

COMBI es un enfoque diseñado para ayudar de una manera estratégica y estructurada, a planificar, poner en práctica y vigilar la movilización y comunicación social, para lograr y mantener resultados conductuales óptimos, relacionados con la prevención y el control de enfermedades transmisibles por vectores; consta de tres fases: Planificación, Ejecución, Vigilancia y evaluación.

A partir de esta se han realizado ya varias publicaciones, dentro de las que la Organización Mundial de la Salud destaca: “Communication for behavioural impact (COMBI). A toolkit for behavioural and social communication in outbreak response”, “Sistematización de lecciones aprendidas en proyectos COMBI en Dengue en la región de las Américas”, “Planificación de la movilización y comunicación social para la prevención y el control del dengue: guía paso a paso” y “Proyecto de participación comunitaria y educación en salud en Dengue: proyecto de colaboración entre la OPS y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

EXPERIENCIAS DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS PARA EL CONTROL DE DENGUE EN EL MUNICIPIO DE LA MESA.

Se realizaron 4 entrevistas semiestructuradas, en el municipio de La Mesa a actores clave en el proceso de atención y manejo de enfermedades transmitidas por vectores. Al desarrollar las entrevistas, varios asuntos llamaron la atención. Una primera dificultad, reportada por los entrevistados, fue el cambio de administración en el 2016, lo que implicó cambio de personal en las diferentes instancias de la institución de salud, vinculadas con los programas y, por ende, dificultad en la captación de información, ya que las personas que se encuentran en estos cargos actualmente, manifiestan “no poseer un amplio conocimiento de las actividades realizadas por anteriores administraciones”.

Para preservar la identidad de las personas encuestadas, las identificaremos como entrevistado 1, entrevistado 2, entrevistado 3 y entrevistado 4.

El primer encuestado y segundo entrevistado tienen capacidad de decisión ante el desarrollo de los planes, programas y estrategias mediante la evaluación de necesidades del municipio y los entrevistados tres y cuatro se vinculan de forma directa mediante la implementación de los estos con la comunidad.

Para el desarrollo de este trabajo se inició indagando a cada uno sobre el tiempo que llevaban trabajando en el municipio en las diferentes actividades que desempeñan actualmente encontrando, que las personas entrevistadas se encontraban vinculadas con los

programas y estrategias, dos años y tres meses, seis meses y seis años respectivamente, este último con intervalos de trabajo en el municipio de la Mesa y con otros municipios.

A si mismo se conoció que su vinculación era directa con la secretaria de desarrollo social y con la gobernación de Cundinamarca.

Pregunta 2: ¿Conoce usted los programas, planes, proyectos y estrategias que se desarrollan en el municipio?:

Entrevistado 1: “hemos trabajado más en la parte de promoción y prevención y de conciencia de las personas en cuanto al tema de acumulación de aguas estancadas, mantenimiento de podas y lotes baldíos que se encuentran en el municipio”

Entrevistado 2: “existen 3 tipos de programas que se derivan más de las instituciones y los entes (...), hacen énfasis en la estrategia COMBI, que es una estrategia implementada desde la OPS (...), con el fin de hacer movilización social y participación social, es decir empoderar a la comunidad para el control del principal vector y el conocimiento de la enfermedad”.

Para las actividades nombradas, también se apoyan en el trabajo de campo realizado por dos técnicos ambientales nombrados por la secretaria de desarrollo social y otros dos nombrados por la gobernación de Cundinamarca y el trabajo interinstitucional con el ejército, el hospital Pedro León Álvarez Días y Aguas del Tequendama.

Pregunta 3: ¿De qué manera se vincula usted con los programas, planes, proyectos y estrategias que se desarrollan dentro del municipio para el control de ETV?

Entrevistado 1: “Nosotros en esta administración estamos haciendo planes de acción y una cantidad de documentación que van a dejar evidenciado todos los procesos”

Entrevistado 2: “Utilizamos nuestras herramientas de planeación y dentro del plan territorial de salud quedo incluido (...) nosotros tenemos una vinculación bien importante porque desde aquí se generan todas actividades de planeación,”.

Entrevistado 3: “lo que estamos haciendo es prevención, estamos haciendo unas capacitaciones, unos talleres a la comunidad, donde estamos capacitando a niños de 4 y 5 grado en la parte rural”.

Entrevistado 4: “Mi actividad principal va relacionada con todo lo de promoción y prevención y enfermedades transmitidas por vectores (...) se hacen visitas constantes a las viviendas tratando de encontrar los diferentes focos del mosquito, casa a casa”.

Pregunta 4: ¿Cómo fue su participación dentro del desarrollo de estas actividades?,

Entrevistado 1: “Bueno desde el municipio nosotros tenemos unas acciones concretas para las enfermedades transmitidas por vectores, tenemos en este momento contratado un técnico de medio ambiente (...) continuamos con el fortalecimiento de un programa que viene desde el año 2015 con la universidad Antonio Nariño (...), articulamos con aguas del Tequendama que es nuestra empresa prestadora de servicio público, Varias jornadas de recolección de residuos de inservible (...) hemos trabajado más en la parte de promoción y prevención y de conciencia de las personas”.

Entrevistado 2: “Nosotros como municipio dependemos de lo que indica la gobernación, más sin embargo podemos fortalecer las actividades de promoción, como está estipulado en la norma teniendo en cuenta nuestros recursos”.

Entrevistado 3: “Trabajo en la parte técnica (...) hemos convocado a la comunidad y hemos estado haciendo capacitaciones (...) mostrando imágenes para que las persona identifiquen, miren las características de la especie y de esta forma aprendan a conocerla y les enseñamos como es la reproducción, pupa, larva, para que ellos sepan e identifiquen, se les da la capacitación completa de donde se están proliferando, como se prolifera, se les enseña a hacer lavado de tanques”.

Entrevistado 4: “Hacemos, las visitas, les explicamos que hay que lavar los tanques, lavar las canales (...) se les enseña todo lo que tiene que ver con las enfermedades, qué hacer cuando se presentan los síntomas”.

Pregunta 5: ¿Como observa usted la implementación de los programas, planes y estrategias dentro del municipio?

Entrevistado 1: “se observa más conciencia por parte de la gente, del manejo de las aguas, del tema de una vida y un ambiente en sus casas más saludable”.

Entrevistado 3: “la experiencia al principio fue que empecé a dictar las capacitaciones y talleres y notaba que la gente siempre decía lo mismo, hacia lo mismo y casi siempre era en la parte urbana (...) se cambió la forma de hacerlo, más dinámicas, involucrando a la comunidad y enseñándoles más y observó una mejor acogida y aceptación”

Entrevistado 4: “yo creo que el hecho de que las personas sufrieran enfermedades como el chikunguña, como por ejemplo en la inspección de San Joaquín hizo que la gente generara un poco más de conciencia y asistieran a las capacitaciones”.

Entrevistado 2 y 4: “es que ahora la gente identifica el vector”

Pregunta 6: ¿Con quienes se desarrolla la implementación de los programas, planes y estrategias dentro del municipio?

Entrevistado 1: “nosotros hemos tratado de vincularnos de manera muy activa y de articular mucho con la parte de instituciones porque definitivamente todas las acciones que nosotros hacemos no solo dependen de la secretaria de salud y desarrollo social (...) nos articulamos, por ejemplo, con la empresa de servicios públicos, el hospital Pedro León Alvares Días con todo su equipo de trabajo (...) también tenemos contratado un ingeniero del medio ambiente”.

Entrevistado 3: “estamos haciendo 7 capacitaciones para escuelas y 5 o 6 para la comunidad (...) En la comunidad es para líderes, llamamos a los presidentes de juntas de acción comunal y miramos con las otras personas cuando van a hacer vacunación de rabia, entonces ahí en ese momento hay harta gente y podemos convocar a una reunión de media hora, les explicamos sobre el vector y bueno eso es lo que se está haciendo”.

Entrevistado 4: “en este momento se hacen visitas constantes a las viviendas tratando de encontrar los diferentes focos del mosquito, casa a casa; dar las diferentes instrucciones a la comunidad para que sepan que se debe hacer para evitar y romper el ciclo del sancudo (...) se hace recolección de inservibles, entonces se programa con la empresa aguas del Tequendama, ellos tienen las volquetas, nosotros ayudamos con los perifoneos”

Pregunta 7: ¿Tiene usted conocimiento del impacto de estos programas, planes y estrategias en la comunidad y en la salud misma?

Entrevistado 1: “Se limito bastante el tema de fumigaciones, cuando yo llegue eran casi 4 a 6 solicitudes y romper con el mito de que la fumigación era la solución, fue difícil, pero se ha logrado, en el último año, han sido cero, las solicitudes”.

Entrevistado 2: “Es también importante resaltar que ahora las personas reconocen los mosquitos, saben diferencias entre el que me produce una y otra enfermedad y a veces los traen para notificar que en su casa se encuentra el mosquito para el inicio de actividades de erradicación”.

Entrevistado 4: “nosotros hacemos control a nivel de la larva y tenemos la obligación de ir al hospital mínimo una vez a la semana y cuando hay brotes debemos pasar todos los días por cada pabellón para verificar quien apareció con dengue y realizar el seguimiento”.

Pregunta 8: ¿Qué dificultades identifica al momento de ejecutar sus actividades con las diferentes estancias con las que se ve comprometido durante el desarrollo de sus actividades?

Entrevistado 1:” La poca asistencia a las charlas que se dan. Siempre son los mismo, hay que hacer un desgaste muy fuerte para llegar a otros sectores y la falta de conciencia, la gente siempre quiere; usted como administración que me da por lo que yo pago de impuesto al año, pero no ve cual es el deber como ciudadano (...) Lo que pasa es que las memorias de las administraciones siempre tienden a desaparecer y casi que todas las administraciones arrancan desde cero”.

Entrevistado 2:” La gran cantidad de terrenos baldíos que no son del municipio y son terrenos o viviendas de veraneo y por ende no se puede hacer intervención directa porque vienen fin de semana o temporadas específicas; la otra es la búsqueda de estrategia con las personas renuentes, no hemos podido dar con el método de la conciencia ciudadana y aun nos falta más articulación institucional, yo realmente debería hablar el mismo idioma con los técnicos que vienen por parte de la gobernación”.

Entrevistado 3:” Lo que pasa es que la gente se vuelve monótona, entonces ya les da como pereza todo y se acostumbran a ver sancudos y que los piquen y el decir de las personas es que ya me dio, entonces ya que, pero estamos en ese proceso porque con los niños es genial, pero los adultos si son un poco complicados y renuentes”.

Entrevistado 4: “Con la comunidad de pronto la renuencia, hay algunas personas que no les gusta que uno entre en la casa y uno ya sabe porque es”.

Adicional a las entrevistas se efectuó búsqueda de documentación en el hospital Pedro León Álvarez del municipio de La Mesa, en el área de salud pública, para realizar una identificación de los programas y estrategias que se venían desarrollando dentro del municipio.

Dentro de la documentación a la cual se tuvo acceso se identificaron varias capacitaciones efectuadas en colegios, jardines, hogares, comunitarios y veredas durante el periodo 2014- 2015, las cuales contaron con la colaboración y apoyo de docentes, rectores, coordinadores y líderes de las comunidades.

Se realizó cuantificación de veinte capacitaciones y talleres durante el 2014 y diecisiete durante el 2015 con participación de asistentes en rango de edad entre: 6 - 11, 12 - 17 y 29- 59 de acuerdo al lugar donde se efectuaban;

Dentro de los temas de capacitación se evidenciaron:

- Implementación Estrategia COMBI
- Promoción y prevención en el manejo del dengue
- Protocolos de Atención de dengue y chikunguña
- Rutas de Atención al paciente con Dengue
- Manejo de Inservibles.
- Vivienda y entornos saludables
- Escuelas saludables

- Sensibilizaciones mediante realización de talleres de los temas antes descritos.

Algunas de estas se realizaron como concurrencias; las cuales son capacitaciones brindadas por personal competente (trabajadora social y técnico ambiental), designados por la gobernación y la secretaria de salud y desarrollo social del municipio, por un lapso de tiempo determinado, una vez identificada una situación de riesgo o potencial de riesgo, para generar en la población acciones mitigadoras de esté.

ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS

- Se identificó un componente gerencial desde los entrevistados uno y dos los cuales permiten dilucidar una unidad capaz de liderar acciones y articular intersectorialidad de acuerdo al componente gerencial de la EGI y las acciones que describen ellos realizan dentro de los programas, lo realmente admirable aquí sería que este trabajo no se perdiera con el fin de la administración, sino que lograra perdurar de tal manera que a futura se logrará gestionar unas actividades con mayor impacto dentro del municipio.
- Se observó un conocimiento amplio de la forma de implementación de los programas dentro del municipio por parte del recurso humano operativo, los cuales reconocen cuáles son sus actividades de acuerdo a los lineamientos permitidos por las instituciones con las cuales deben trabajar, pero es de resaltar que no tienen una autonomía exclusiva dentro de estas lo cual limita su desempeño.
- En el argumento del entrevistado dos se logra ratificar que la mayoría de los programas implementados son de diseños básico, dirigidos a la educación de la

comunidad y sus líderes, como parte importante de la estrategia COMBI, la cual se presenta como una metodología para planificar la comunicación y movilización social y cuyo enfoque prioriza acciones que se orientan a la promoción de los comportamientos identificados en la investigación formativa. (Organización Panamericana de la Salud, 2011); para así ofrecer una mejor calidad de vida mediante la minimización del riesgo en la población enferma, creando un cambio conductual relevante entre la población en general. Lo cual se logra identificar con claridad en las respuestas de las preguntas 5 y 8.

- De acuerdo a las respuestas dadas por los entrevistados uno, dos y cuatro se observa el intento por realizar alianzas estratégicas a nivel intersectorial, como lo son la empresa de acueducto y alcantarillado y el hospital municipal, lo que, si se logra mantener, le daría una mayor viabilidad a los programas y proyectos ya que esto ampliaría el factor humano.
- De acuerdo a los cuatro entrevistados se identifica una estrategia basada en la promoción y prevención, mediante el cambio a nivel conductual en la población por medio de la capacitación y sensibilización para el logro de entornos saludables.
- Aunque los actores entrevistados llevan poco tiempo dentro de la institución se muestran optimistas ante las estrategias implementadas, pues notan que realmente se evidencian cambios conductuales en la comunidad; sin embargo, como todo existen casos que son de difícil manejo y no se logran mitigar.
- Los entrevistados uno y dos están de acuerdo en que su labor inicia desde la gestión y planeación de las actividades que se realizan en el municipio; pero que estas son limitadas de acuerdo a la normalización nacional, ya que por ser un municipio categoría cinco, hay actividades que se derivan del orden departamental y otras que

son propias de ellos. Adicional a esto, el municipio cuenta con unos recursos que se derivan del sistema general de participaciones, el cual deben destinar a las diferentes estrategias que se desarrollen en el municipio, no solo con acciones destinadas al control de enfermedades transmitidas por vectores sino otras que dependen directamente de la secretaria de desarrollo social.

Cabe señalar que La Mesa por ser un municipio categoría cinco, debe de acuerdo al plan decenal de Salud Pública 2012- 2021 cumplir con ciertas competencias establecidas en las normas legales y otras que son apoyadas desde el departamento, en este caso gobernación de Cundinamarca. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

- Los entrevistados dos y cuatro manifiestan, conocimiento por parte de la población de los vectores transmisores de las ETV, lo cual va de la mano con el enfoque poblacional de la EGI el cual nos habla de las intervenciones realizadas con la comunidad que generan modificación de los riesgos dentro del ciclo de vital.
- De igual manera se identificó que la comunidad del municipio recibe de manera correcta, los programas que la administración le ofrece como medio de control y protección ante las ETV; por otro lado, la administración ha tenido que cambiar el diseño en sus programas y la forma en que los ejecutaba para lograr una mayor acogida, escucha y captación de la información brindada a la comunidad.
- Se identificó que la población con la cual se trabaja en su mayoría son los colegios donde procuran dictar talleres y capacitaciones a nivel rural y urbano ya que consideran los niños y los jóvenes son una fuente potencial para un mejor futuro; aunque se evidencia colaboración de las juntas de acción comunal, profesores y rectores de las instituciones de educación quienes les ayudan con los espacios para la

realización de los talleres y capacitaciones. Esto sustentado desde el enfoque de determinantes de la EGI, plantea que los resultados de salud de los individuos dependen de las interacciones, los comportamientos y la herencia.

- Se evidencia un cambio significativo en la comunidad reportado por los entrevistados uno y dos quienes reconocen en la comunidad un esfuerzo grande por el cambio, durante el tiempo que llevan vinculados a la institución, dando como ejemplo la disminución en las fumigaciones, que desde la EGI implica una disminución de los factores de riesgo, al lograr que la comunidad cambie su percepción.
- Cabe señalar que los entrevistados no enfatizan en mediciones de impacto numérico, pero si cualitativo de acuerdo a lo que ellos identifican dentro del desarrollo de sus actividades con la comunidad; también manifestaron que se realiza un control a nivel epidemiológico y entomológico dentro del municipio con apoyo de algunos de los entes municipales.
- Se plantea de acuerdo a las entrevistas que una de las más grandes dificultades radica en el inicio de cada administración ya que esto implica cambios y con cada nueva administración se pierde la consecutividad de la administración anterior, lo que genera una pérdida de esfuerzos, actividades e información,

CONCLUSIONES

Es importante reconocer que las acciones institucionales parten de las acciones individuales, pero estas deben perseguir el mismo fin, por eso es transcendental resaltar la tarea que como equipo realiza la administración al inicio de su carrera para analizar la situación del municipio y lograr estratificar las necesidades de éste, haciendo que estas sean efectivas dentro de la comunidad y dentro del lapso de tiempo destinado para su administración.

A si mismo debemos concientizarnos que como seres humanos que somos, todos nos organizamos, pensamos y actuamos de diferentes maneras ante diferentes estímulos, tal vez por ello es tan difícil lograr que la comunidad realice las cosas de manera impuesta cuando han llevado una vida, actuando de cierta manera, por ello es de resaltar las actividades de educación que se realizan en los colegios, ya que generalmente cuando se logra un cambio cultural es cuando logramos un verdadero cambio en una construcción social y es un buen inicio buscar ese cambio partiendo por los niños y jóvenes del municipio.

Aunque las estrategias destinadas para la erradicación del dengue se observan limitadas y de pronto muy repetitivas es de destacar que han logrado un cambio significativo en la comunidad de La Mesa, en cuanto a fumigaciones, reporte de casos y reconocimiento de los vectores, mediante la educación a la población y a las mismas instituciones.

En todos los casos de las personas entrevistadas, se observa la disponibilidad por aportar cosas nuevas para el desarrollo de los programas y estrategias implementados dentro del municipio, pero existen procesos administrativos y normativos que limitan la autonomía

de estos operadores haciendo que no se les permita maximizar sus actividades, limitando de alguna manera su compromiso con la institución y por ende con la comunidad.

Se observó que, aunque se han logrado cambios significativos dentro de la comunidad, aun se presentan dificultades para lograr el acercamiento total a esta, para lo cual es importante vincularlos de manera más activa, escuchando sus inferencias, inquietudes y aportes.

Es trascendental destacar, como a través del cambio de las administraciones se observa la pérdida de información valiosa, lo cual afecta de manera importante la continuidad de las acciones implementadas durante cada administración, haciendo que los esfuerzos realizados durante cuatro años se ven desaprovechados, quedando en el olvido, en lugar de ser usados como una fortaleza para futuras administraciones y como una oportunidad de mejora en los programas para corregir aquello en lo que se halla identificado dificultades.

Las instituciones a nivel nacional y territorial en cuanto a su trabajo en el área de salud pública, tienen grandes retos para lograr identificar las estrategias adecuadas para dar continuidad de sus acciones y conseguir el impacto esperado tanto en la comunidad como en la misma institución.

Por otro lado, se observa que se debe trabajar más con la identificación de los nodos primarios de cada comunidad, porque, aunque se observan cambios relevantes en la población permanente del municipio, se debe buscar la forma de vincular a los programas a la población que no reside totalmente en el municipio, pero que sí influye en la proliferación de los factores de riesgos dentro de este.

Es relevante y de suma importancia reevaluar la participación de todas las partes involucradas dentro del desarrollo de los programas y estrategias, ya que, al no sentirse activamente vinculados, se pierden aportes valiosos y se limitan las acciones que podrían generar impacto dentro de los programas y el trabajo realizado con la comunidad.

Aunque se observa una articulación activa de las instituciones a nivel municipal, no se observa una participación visible de área departamental con el municipio, pues sus acciones son generales y de acuerdo a lo evidenciado no existe un consenso de información entre el ente departamental y el municipio, lo cual conlleva a desgaste de esfuerzos en busca de soluciones que, si se realizaran de manera conjunta, tal vez se lograrían con más prontitud y de forma más óptima.

RECOMENDACIONES

Por otro lado, sería de gran importancia que desde el departamento se lograra una vinculación mucho más articulada con cada uno de los municipios para lograr crear acciones con impacto duradero, independientes del cambio de administración.

Para lograr el discernimiento ideal de los programas y estrategias en la comunidad, cada persona que desarrolla estas en el área rural y urbana debe aprender, no solo la estrategia, sino aprender a identificar lo que significa que la comunidad entienda y ponga en práctica lo que cada técnico, trabajadora social o representante de salud, busca lograr con el desarrollo de estas en el municipio.

Para un próximo estudio sería valioso lograr identificar las experiencias de la comunidad y como se ve afectada de manera positiva o negativa ante las estrategias implementadas por la administración o los ejecutores de estas acciones.

REFERENCIAS.

- Alcaldía de La Mesa- Cundinamarca. (29 de abril de 2012). *Alcaldía de La Mesa- Cundinamarca*. Obtenido de Alcaldía de La Mesa- Cundinamarca: <http://www.lamesa-cundinamarca.gov.co>
- Alcaldía de la Mesa- Cundinamarca. (2 de Noviembre de 2016). *Alcaldía de la Mesa- Cundinamarca*. Obtenido de Alcaldía de la Mesa- Cundinamarca: http://www.lamesa-cundinamarca.gov.co/informacion_general.shtml
- Banco Interamericano de Desarrollo. (22 de Junio de 2000). *BID Mejorando vidas*. Obtenido de BID Mejorando vidas: <https://www.iadb.org/es/noticias/comunicados-de-prensa/2000-06-22/bid-opsoms-y-banco-mundial-firman-acuerdo-para-trabajar-unidos-en-agenda-compartida-de-salud-para-america-latina-y-el-caribe%2C238.html>
- CDC, Centros para el control y prevención de enfermedades. (08 de julio de 2015). *CDC, centro para el control y prevención de enfermedades*. Obtenido de Enfermedades y Afecciones: <https://www.cdc.gov/spanish/enfermedades/dengue/hojados.htm>
- Martin, J. L., & brathwaite, O. (2007). La estrategia de gestión integrada para la prevención y control del dengue en la región de las Americas. *Panam salud pública*, 55-63.
- Ministerio de la Protección Social. (10 de Agosto de 2007). *Plan Nacional de Salud Pública 2017-2010*. Obtenido de Plan Nacional de Salud Pública 2017-2010: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Colombia_2007-2010.pdf
- Ministerio de la Protección Social. (2014). *Protocolo para la vigilancia en salud pública del dengue*. Bogotá, Colombia: Subdirección de vigilancia y Control en Salud pública.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Estrategia de Gestión Integrada para la promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores en Colombia, 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012-2013). *Dengue, Memorias*. Bogotá D.C: Editorial Maldonado S.A.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Olano, v. A. (2016). Aedes Aegypti en el area rural: Implicaciones en salud pública. *Biomedica*, 1-4.
- Olano, V. A., & Diana Sarmiento, D. (2017). Distribución espacial de Aedes aegypti (Diptera: Culicidae) en el aréa rural de dos municipios de Cundinamarca, Colombia. *Biomédica*, 41-49.
- Organización de las Naciones Unidas. (25 de Septiembre de 2015). *Organización de las Naciones Unidas*. Obtenido de Organización de las Naciones Unidas: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

- Organización Mundial de la Salud. (18 de Mayo de 2002). *Asamblea Mundial de la Salud- Resoluciones y Decisiones*. Obtenido de Asamblea Mundial de la Salud- Resoluciones y Decisiones:
http://www.who.int/neglected_diseases/mediacentre/WHA_55.17_Esp.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Dengue, guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control*. Bolivia: Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (02 de Abril de 2015). *EB Document Format*. Obtenido de EB Document Format: <http://apps.who.int/iris/bitstream/>
- Organización Mundial de la Salud. (abril de 2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Dengue, Guías de Atención para enfermos en la región de las Américas*. Paz-Bolivia: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Sistematización de lecciones aprendidas en Proyectos COMBI en dengue en la región de las Américas*. Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud,.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Casos reportados de dengue en las Americas*. Obtenido de PLISA, Plataforma de Información en Salud de las Americas:
<http://www.paho.org/d>
- Padilla J, R. D. (2012). *Dengue en Colombia: Epidemiología de la reemergencia a la hiperendemia*. Bogotá D.C: Guías de impresión LTDA.
- Searle, J. R. (1995). *La construcción de la Realidad Social*. España, Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Zambrano, P. (11 de Junio de 2014). *Instituto Nacional de Salud*. Obtenido de Instituto Nacional de Salud:
<http://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/sivigila/Protocolos/PRO%20Dengue.pdf#search=dengue>

ANEXOS

INTRUMENTO DE ENTREVISTA (Semiestructurada)

Buenos días, presentación del entrevistador (nombre, ocupación, universidad, nombre del trabajo).

Nombre:

Edad:

Cargo:

- 1) ¿Cuánto tiempo lleva desempeñando este cargo en el municipio o institución?
- 2) ¿Conoce usted los programas, planes, proyectos o estrategias que se desarrollan en el municipio?
- 3) ¿De qué manera o Como se vincula usted con los programas que se desarrollan dentro del municipio para el control de ETV?
- 4) Si existe vinculación desde el diseño de los programas, proyectos, estrategias o planes. ¿Cómo fue su participación dentro de esta etapa del desarrollo?
- 5) ¿Como observa usted la implementación de los programas, planes y/o estrategias dentro del municipio?
- 6) ¿Con quienes se desarrollan estas actividades?
- 7) Tiene usted conocimiento del impacto de estos programas, planes, estrategias o proyectos en la comunidad y la salud de la misma.
- 8) Que problemas identifica al momento de ejecutar sus actividades con las diferentes estancias con las que se ve implicado (comunidad, institución, otros).
- 9) Desea anexar algo más que considera es importante para el desarrollo de esta investigación.

CONSENTIMIENTOS INFORMADO PARA ENTREVISTA

Experiencias en la implementación de los programas de control para Dengue el municipio de La mesa durante el periodo de 2010 -2015.

Este formulario de consentimiento informado, se dirige a personas vinculadas con instituciones de salud y/o el sector público, que se encuentran trabajando o tienen influencia en el área de enfermedades trasmisibles por vectores, en especial dengue dentro del municipio de la Mesa

El siguiente estudio busca identificar los programas, estrategias y/o planes que se implementan dentro del municipio de la Mesa; y cómo se involucran o se ven afectados los diferentes actores que tienen relación con su desarrollo.

La participación en esta entrevista es VOLUNTARIA. Si usted considera no continuar durante la entrevista a pesar de que previamente manifestara su aceptación, puede usted cambiar de idea y manifestarlo al investigador. Lo que se converse durante esta entrevista será grabado, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado y así no perder expresiones importantes.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación

¿Existe algún inconveniente en que se grabe la conversación en audio?

Si ____ No ____

El uso de la grabación es sólo para los fines de análisis de información.

Declaración de Consentimiento: He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me han contestado satisfactoriamente

las preguntas que he realizado, he recibido explicación clara y suficiente de la naturaleza y propósitos de esta investigación y tengo conocimiento de la forma en la cual será utilizada la información suministrada por mí; por lo cual consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera.

Nombre del Participante _____ Firma del Participante _____

Fecha _____ Día/mes/año.

Nombre del Investigador _____ Firma del Investigador _____

Fecha _____ Día/mes/año