



**ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEISHMANIOSIS EN LOS
MUNICIPIOS DE FLORIDABLANCA, EL CARMEN DE CHUCURÍ Y
CIMITARRA EN SANTANDER, 2009-2019**

**PAULA ANDREA PABÓN BARAJAS
ERIKA ZARETH VANEGAS MEJÍA**

TRABAJO DE GRADO

**UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE BACTERIOLOGÍA
BOGOTÁ D.C., MARZO 2020**



**ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEISHMANIOSIS EN LOS
MUNICIPIOS DE FLORIDABLANCA, EL CARMEN DE CHUCURÍ Y
CIMITARRA EN SANTANDER 2009-2019**

**PAULA ANDREA PABÓN BARAJAS
ERIKA ZARETH VANEGAS MEJÍA**

**ASESOR INTERNO
ALEJANDRO CASTAÑO VÁSQUEZ
EPIDEMIÓLOGO**

**UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE BACTERIOLOGÍA Y LABORATORIO CLÍNICO
BOGOTÁ D.C., 2020**

DEDICATORIA

A mi familia que siempre me apoyó incondicionalmente a lo largo de esta hermosa carrera y que fue un motor fundamental para desarrollar este proyecto, a mi madre principalmente que siempre ha creído en mí, por su esfuerzo y dedicación y quien fue la promotora de cumplir mis sueños y los logros que me esperan en mi futuro profesional.

Erika Zareth Vanegas Mejía.

Primeramente, a Dios por darnos fuerza para continuar, a mis padres por su sacrificio todos estos años y el apoyo a lo largo de mi vida, especialmente en esta etapa. A todas las personas que nos apoyaron y compartieron su conocimiento para que este trabajo se desarrollara con éxito.

Paula Andrea Pabón Barajas.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca por la formación integral que nos brindaron en el transcurso de esta carrera, con valores y sentido de compromiso social que nos permitirán ser profesionales de la salud que ayuden a la construcción de un mejor país.

A todos los docentes que hicieron parte de este camino, principalmente al Dr. Alejandro Castaño Vásquez por su paciencia y dedicación siendo un gran apoyo con su conocimiento y experiencia para desarrollar este proyecto.

Al Dr. Carlos Hernando Franco de la secretaría de salud de Bucaramanga quien nos colaboró con las bases de datos e información fundamental para este trabajo, a los secretarios de salud locales y todo el personal sanitario que contribuyó en las encuestas y entrevistas.

Tabla de contenido

RESUMEN	13
INTRODUCCIÓN	15
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	17
3. JUSTIFICACIÓN	20
4.1 Antecedentes	21
4.2 Leishmania	32
4.2.1 Etiología	32
4.2.2 Ciclo de vida del parásito	34
4.2.3 Distribución de especies de <i>Leishmania</i> en Colombia	34
4.2.4 Vectores	40
4.2.5 Reservorios	41
4.2.6 Epidemiología	42
4.3 Clínica	45
4.3.1 Signos y síntomas.	45
4.3.2 Métodos diagnósticos para <i>Leishmania</i>	46
4.3.3 Tratamiento indicado para la enfermedad por <i>Leishmania</i>	49
4.4 Cadena Epidemiológica de <i>Leishmania</i>	50
4.5 Salud Pública	52
4.5.1 Objetivos de desarrollo sostenible.	54
4.5.2 Vigilancia y control de la Leishmaniosis en las Américas.	57
4.5.4 Políticas públicas dirigidas a la promoción y prevención.	60
4.5.5 Vigilancia Entomológica y control de la transmisión de Leishmaniosis.	62
4.5.5.1 Biología de flebotomíneos.	64
4.5.5.2 Control del vector.	65
4.5.6 Vigilancia de la Leishmaniosis en el país.	66
4.5.7 Notificación del evento <i>Leishmania</i> .	67
4.5.8 Incidencia y prevalencia de <i>Leishmania</i> en los municipios en estudio.	68
4.5.9 Acciones de información educación y comunicación.	69
4.5.10 Fichas de notificación para Leishmaniosis.	70
4.5.11 Contexto social.	71
6.1 Tipo de Investigación	77

6.2 Definición de las variables	78
6.3 Población y Muestra	79
6.4 Métodos e instrumentos	79
6.5 Plan de procesamiento y análisis de Datos	83
7. RESULTADOS	85
8. ANÁLISIS DE RESULTADOS	102
11.RECOMENDACIONES	115
Referencias	117

Lista de Tablas

Tabla	Página
Tabla 1 Métodos diagnósticos para <i>Leishmania</i>	44
Tabla 2 Especies de Flebotomíneos implicadas en la transmisión de leishmaniosis en Colombia.	63
Tabla 3 Casos de leishmaniosis según órgano afectado. Departamento de Santander 2009-2019	86

Lista de Figuras

Figura	Página
Figura 1 Subgéneros, Complejos y Especies de <i>Leishmania</i>	31
<i>Figura 2.</i> Flujo de la información en la notificación de casos de leishmaniosis	64

Lista de gráficas

Gráfica	Página
Gráfica 1. Número de casos de leishmaniosis por Municipio	88

Lista de Anexos

Anexo	Página
Anexo 1 Ficha de notificación individual para Leishmaniosis	80
Anexo 2 Entrevista secretaria de salud departamental	82
Anexo 3 Entrevista médicos y bacteriólogos de hospitales públicos	84
Anexo 4 Encuesta encargados de la ejecución de los programas de intervenciones colectivas (PIC)	86
Anexo 5 Encuesta Secretaria de Salud Municipal	91
Anexo 6 Encuesta gerente o encargado del hospital	94

RESUMEN

La leishmaniosis es una enfermedad transmitida por vectores con una diversidad de especies implicadas; se presenta en tres formas: leishmaniosis cutánea, mucocutánea y visceral, siendo esta última la más letal, causando muerte en el 90% de los casos no tratados. Es endémica en 98 países y según la OMS se estima que el 75% de los casos de leishmaniosis cutánea se encuentran concentrados en 10 países, entre ellos Colombia. En respuesta a este problema de salud pública el gobierno nacional se acoge a la lucha internacional contra la leishmaniosis de países endémicos estableciendo diferentes políticas con acciones dirigidas a la prevención, vigilancia y control; estableciendo funciones a las entidades competentes para garantizar la salud y el bienestar de los colombianos. Se seleccionaron los 3 municipios de Santander con mayor número de reportes de eventos por leishmaniosis, en los cuales se realizó una investigación de tipo exploratoria por medio de encuestas y entrevistas a los secretarios de salud y personal sanitario de los hospitales públicos de los municipios de Floridablanca, El Carmen de Chucurí y Cimitarra, indagando sobre la aplicación de dichas políticas disponibles para la leishmaniosis. Así mismo por medio de los Planes de Desarrollo y los informes de gestión de cada municipio correspondientes a los cuatrenios de gobierno comprendidos entre 2009 y 2019 para

analizar la eficacia de dichas políticas. Se pudo determinar que en dos de estos municipios no se están aplicando en su totalidad las políticas establecidas, principalmente por la falta de recursos.

Palabras Clave: Leishmaniosis, Vectores, Política pública, eficacia.

INTRODUCCIÓN

La leishmaniosis es una enfermedad zoonótica que afecta la piel, las mucosas y las vísceras en el humano provocado por un parásito del género *Leishmania* transmitido por la picadura de un insecto dípteros hematófagos del género *Lutzomyia*. Es una enfermedad desatendida presente en más de 98 naciones en los 5 continentes, afectando principalmente a países en desarrollo produciendo dos millones de casos nuevos al año y trescientos cincuenta millones de personas en riesgo de contraer la afección. En Las Américas la forma cutánea es endémica en Colombia y Brasil, la mucosa en Brasil, Bolivia, y Perú, el 96% de leishmaniosis visceral es reportado en Brasil sin embargo se ha observado un aumento de los casos en Argentina, Paraguay, Colombia y Venezuela.

En Colombia la leishmaniosis cutánea representa el 98% de los casos, la mucosa poco más del 1% y la visceral menos del 1%. El comportamiento del evento desde el año 2009 al año 2019 el número de casos anuales ha pasado de 12.232 a 5.177 en el 2019 según el informe del Instituto Nacional de Salud. Santander es el segundo departamento después de Antioquia con mayor número de reportes al año de eventos por *Leishmania*, donde los municipios con mayor incidencia y prevalencia son Floridablanca, El Carmen De Chucurí Y Cimitarra En Santander, los dos últimos con una población superior en áreas rurales y pobreza.

Aunque se han establecido investigaciones, manuales y protocolos dirigidos a la prevención, diagnóstico, tratamiento, vigilancia y control por parte de organizaciones mundiales con la ayuda de comités de expertos y se ha instado a los países afectados a la implementación de dichos protocolos en las regiones afectadas; la leishmaniosis sigue siendo un problema de salud público. Los principales afectados son personas limitadas a factores socioeconómicos como la pobreza, la malnutrición, la migración, interacción con reservorios, colonización de áreas forestales, explotación de recursos naturales y otros más limitados como la presencia y desplazamiento de grupos al margen de la ley, actividades económicas en zonas propicias para la transmisión de la enfermedad.

Las políticas públicas desarrolladas en Colombia para la mitigación de la leishmaniosis son de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional, sin embargo, su eficacia está ligada a diferentes factores como la disposición de recursos destinados a salud, y la buena gobernanza. No se realizan programas de promoción y prevención enfocados a la mitigación de la problemática por lo que la población no está bien informada sobre la enfermedad y no hay una cobertura total de la población en acceso a salud lo que dificulta la vigilancia y control y una atención oportuna.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿La alta incidencia y prevalencia de *Leishmania* en municipios de Santander están relacionadas con la aplicación de las políticas de salud pública existentes?

La leishmaniosis es una de las enfermedades olvidadas en Colombia de alto impacto social y económico que se presenta en zonas principalmente rurales en las cuales no hay una buena cobertura en salud además de ser personas de bajos recursos. Estos municipios cuentan solo con centros de salud donde prestan atención básica en los cuales por lo general los pacientes son valorados por médicos recién egresados que muchas veces no se ven familiarizados con la enfermedad y en su mayoría de casos son mal diagnosticados, confundiéndose con otros problemas cutáneos en los cuales reciben un tratamiento inadecuado, tiempo en que la enfermedad sigue avanzando.

Debido a su importancia en salud pública y al ser un enfermedad endémica en Colombia se han creado protocolos para el diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia de la enfermedad no solo a nivel nacional sino frente a referentes mundiales que pretenden no solo controlar sino prevenir la enfermedad ya que la infección por leishmaniosis constituye un problema de extraordinaria envergadura desde el punto de vista de la

salud pública, ya que afecta a la población de 88 países de zonas intertropicales y templadas, de los cuales sólo en 40 es de declaración obligatoria, por lo que, de los aproximadamente 2 millones de casos nuevos estimados por año, sólo 600.000 se declaran oficialmente. La prevalencia está en torno a los 12 millones de enfermos y la población en riesgo es de más de 350 millones de personas.

2. OBJETIVOS

General

Analizar la eficacia de las políticas públicas para control de leishmaniosis en los municipios de Floridablanca, El Carmen de Chucurí y Cimitarra en Santander.

Específicos

- Examinar los diferentes planes de acción de políticas públicas elaborados por parte de los municipios frente a la Leishmaniosis, teniendo en cuenta toda la normatividad, las acciones de promoción y prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, vigilancia y control.
- Identificar las dificultades que presentan los municipios de Floridablanca, El Carmen de Chucurí y Cimitarra en la aplicación de los protocolos y lineamientos establecidos en la norma colombiana para el control de *Leishmania*.

3. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación se realiza con el fin de promover el cumplimiento de las normas, protocolos y lineamientos técnicos nacionales y departamentales para un correcto diagnóstico y tratamiento de la leishmaniosis a la población de las zonas endémicas para esta enfermedad, logrando una mejor calidad de vida para ellos y sus familias. Ya que los programas de atención a la leishmaniosis con los que se cuenta actualmente tienen debilidades que no permiten garantizar una total cobertura a los pacientes aplicando actividades de promoción y prevención en los municipios de Floridablanca, El Carmen de Chucuri y Cimitarra enfocados a la transmisión de este parásito.

Los beneficiados de este estudio, serán las personas contagiadas con leishmaniosis de tres municipios de Santander teniendo un gran impacto social, pues estas son zonas endémicas para la leishmaniosis. Santander ocupa, el segundo departamento con más casos reportados en el país donde muchos portadores aún no están recibiendo un tratamiento adecuado.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Antecedentes

El parásito causante de la leishmaniosis fue descubierto por primera vez en el siglo XIX por Cunningham, Borovsky Leishman, Donovan Wright Linderberg y Vianna; se empezaron a encontrar diferentes casos de leishmaniosis en diferentes partes del mundo. En 1904 fue encontrada *Leishmania* en niños con anemia esplénica la cual fue nombrada *Leishmania infantum*. En Túnez se encontró *Leishmania* en un canino como reservorio en 1908. Carini identificó *Leishmania* en lesiones mucosas producidas por *Leishmania* en Brasil 1912. Los rusos Yakimoff y Shakor distinguieron parásitos causantes de leishmaniosis cutánea húmeda y seca en Asia central. A principios de los años 40 se logró demostrar la transmisión por moscas de arena del *Leishmania donovani*. Posteriormente se empezaron a establecer diferentes características vinculadas a la enfermedad causada por estos parásitos, ciclo de vida, taxonomía y transmisión al ser humano, parámetros clínicos y geográficos a través de estudios con animales. ¹

La clasificación por especies se dio en los años 70 a través de análisis de isoenzimas, en los años 80 por hibridación de ADN, en los años 90 la detección de ADN del cinetoplasto mediante PCR en muestras como

tejidos y sangre aumentando la sensibilidad así como otras pruebas de índole inmunológico como ELISA e inmunofluorescencia indirecta IFI que sustituyeron pruebas como la de alhído en los años 70, en los años 80 se implementaron otras pruebas como la aglutinación de promastigotes y la detección inmunocromatográfica con tiras reactivas de un antígeno K 39 recombinante clonado y técnicas como detección de amastigotes en espirados esplénicos y de lesiones cutáneas para la detección de leishmaniosis en sus diferentes formas clínicas.²

En los años 40 la fumigación de madrigueras de jerbos permitió controlar la leishmaniosis cutánea zoonótica en zonas como Turkmenistán, Uzbekistán, fracasando en Irán. El control de vectores de la leishmaniosis se inició en los años 50 con el uso de insecticidas de acción residual junto con el diagnóstico y tratamiento de los casos para el control de la leishmaniosis cutánea antroponótica en Asia Central y la Unión Soviética, aunque en Asia Central ha resurgido. El uso de insecticidas para el control de paludismo logró controlar la leishmaniosis cutánea antroponótica en Oriente Medio y la India desapareciendo casi por completo.¹

La leishmaniosis visceral endémica produjo epidemias que causaron miles de muertos en Kenya en los años cincuenta y sesenta, y en los ochenta y noventa en Sudán, en relación con la guerra civil. Ambas epidemias se extendieron a Etiopía. La coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se describió por vez primera en los países mediterráneos de Europa a mediados de los años ochenta, y se extendió

progresivamente a otras regiones. La prevalencia de la leishmaniosis visceral zoonótica ha aumentado en algunos países de Sudamérica y la enfermedad se está volviendo urbana. En los años noventa, durante la guerra civil, se produjo en Kabul (Afganistán) una epidemia que causó cientos de miles de casos de leishmaniosis cutánea por *L. tropica* y se siguió de grandes brotes por *L. major* en los campos de refugiados de Pakistán. *Leishmania braziliensis* y otras especies que antes se consideraban parásitos de ciclo selvático en Sudamérica se han adaptado a la deforestación y han encontrado nuevos vectores y huéspedes reservorios, lo cual ha producido un aumento de los casos urbanos de leishmaniosis cutánea y mucocutánea en Brasil y en otros países sudamericanos.¹

En Colombia a partir del año 1872 se describieron varios casos con clínica típica de leishmaniosis por el doctor Indalecio Camacho; también en 1883 por los investigadores Mateus y Franco; en 1885 por Cadena y en 1899 por Pinto, basándose en las características sintomatológicas, pero fue hasta 1911 que se dio el primer caso confirmado parasitológicamente. El parásito causante de la leishmaniosis se aisló por primera vez en el país por José del Carmen Rodríguez en 1929 en una úlcera mucosa.³

Según el Ministerio De Salud y Protección Social el primer caso de leishmaniosis reportado y demostrado en Colombia fue en la vereda Chaparral de El Carmen de Chucurí en Santander, de una menor de 37 meses de edad la cual falleció en 1943, el hallazgo se hizo gracias a un

estudio se su hígado realizado por viscerotomía por lo cual se determinó como el primer caso autóctono tanto en el municipio como en el país. Posteriormente se realizaron observaciones epidemiológicas desde 1972 es decir casi 30 años después de haber dado diagnóstico, relacionadas con la etiología del vector transmisor del parásito causante de la leishmaniosis en contraste al sitio de nacimiento y procedencia de la niña, estos datos analizados permitieron llegar a la conclusión de que la infección fue adquirida en la vereda San Nicolás del municipio de Lebrija Santander, sector apropiado para el crecimiento del vector en esa fecha. También se llegó a la determinación de que el vector causante de la enfermedad fue *Lutzomyia longipalpis*. Los estudios y observaciones en que se basó la investigación se llevaron a cabo bajo los lineamientos del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social en cooperación con la División Sanitaria Internacional de la Fundación Rockefeller.⁴

La notificación oficial del caso de leishmaniosis visceral en San Vicente de Chucurí se realizó el 14 de febrero de 1944 por Augusto Gast Galvis. M.D. y Santiago Rengifo. M.D, los cuales analizaron la muestra y la confirmaron en la Fundación Rockefeller de Rio de Janeiro. Estos mismos investigadores fueron directamente a la vereda de Chaparral en donde encontraron varios casos de leishmaniosis cutánea la cual es muy común en San Vicente.⁵

Este hallazgo se pudo realizar gracias al uso de la viscerotomía como técnica de búsqueda de diferentes agentes patológicos, ya que en un

principio era utilizada solo para confirmación de muerte por fiebre amarilla y fue de esta manera que se descubrió la infección por *Leishmania* en Colombia y en países como Brasil, el segundo que había reportado ya varios casos y Venezuela solo con dos casos.⁶

En 1980 se notificaron los principales focos con presencia de casos de leishmaniosis los cuales fueron Santander, Norte de Santander, Risaralda y Nariño, y la leishmaniosis cutánea se presentó en 29 de los 32 departamentos del país. Afectando principalmente a la población rural por debajo de los 1800 metros de altura, ya que estos territorios son propicios para la reproducción del vector. Los departamentos con mayores tasas de incidencia y por lo tanto con mayor riesgo de transmisión fueron Chocó, Norte de Santander, Sucre, Caquetá, Caldas, Vichada y Guainía.⁷

En la década de los 90 se presentaron pérdidas por la leishmaniosis, en términos de años de vida saludables se calculan 198 años por discapacidad y en 168 años por mortalidad, estimando así total de 366 años perdidos aproximadamente, las poblaciones más afectadas son las residentes en zonas rurales de Colombia y se presenta un mayor número de casos en hombres que en mujeres (Ministerio de Salud de Colombia, 1994). Hay una tendencia al aumento de la incidencia de la leishmaniosis en Colombia, con tasas variables desde 18,3 x 100.000 en 1985 a 60,92 x 100.000 en 1995 (Ministerio de Salud de Colombia, 1996).

Existe un conjunto normativo para la promoción de la salud, la prevención, diagnóstico, atención, tratamiento, rehabilitación y control de la leishmaniosis referido en principio en la resolución WHA 60.13 de 2007 establecida en la asamblea mundial de la salud donde los estados participantes se comprometieron a incrementar los esfuerzos para la vigilancia y control de la leishmaniosis siendo reafirmado por la resolución CD49.R19 DE 2009 por los países de la región de las Américas para la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza.¹⁰

En 2008 la Organización Mundial de la Salud creó el "Plan Global para Combatir las Enfermedades Tropicales Desatendidas 2008-2015" en el cual se incluyeron acciones para 17 patologías en su mayoría infecciones crónicas prevalentes en poblaciones de Asia, África, y zonas tropicales de América. En 2010 en la Asamblea Mundial de la Salud número 63 se reforzó la importancia de instituir programas regionales de leishmaniosis y en el año 2011 se instituyó el programa regional de leishmaniosis en la región. En el 2013 se aprobó la resolución WHA 66.12 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre enfermedades tropicales desatendidas con el fin de alcanzar las metas establecidas en el Plan Global para Combatir las Enfermedades Tropicales Desatendidas 2008-2015" entre las cuales se encuentra la leishmaniosis. En el año 2016 en el comité regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, bajo la resolución CD55.R09 se creó el "Nuevo Plan de Acción para la Eliminación de las

Enfermedades Infecciosas Desatendidas”, así como las medidas para su diagnóstico, tratamiento y luego de su eliminación para los años 2016 a 2022. En el año 2019 se hizo público el “Manual de Procedimientos para la Vigilancia y Control de la leishmaniosis en las Américas” como un instrumento de apoyo en las áreas de gestión y de trabajo para leishmaniosis en los países de la región de las Américas y contribuyendo a las acciones de vigilancia y control de la leishmaniosis asumido por los países miembros estipulado en la resolución CD55.R9.⁹

En Colombia se reglamentan bajo un manual por el cual se determina el análisis de los casos de eventos de interés en salud pública priorizados, de manera individual o colectiva para su clasificación final y la identificación de los factores relacionados con su ocurrencia, el cual es de gran importancia en la confirmación y notificación de nuevos casos de enfermedades como Malaria, Dengue, Chikungunya, Zika, Chagas y leishmaniosis.¹⁰

En 2007 en cabeza del ex presidente Álvaro Uribe Vélez se creó el decreto 3039 de 2007 publicado el 10 de agosto de 2007 por el cual se estableció el cumplimiento de lo acordado en las Leyes 10 de 1990, 100 de 1993, 715 de 2001, 691 de 2006 y 1122 de 2007, corresponde a las entidades nacionales, a las entidades adscritas al Ministerio de la Protección Social, a las direcciones territoriales de salud, a las entidades promotoras de salud, a las entidades de los regímenes especiales y de excepción, a las administradoras de riesgos profesionales, a los prestadores de servicios de

salud, a los resguardos indígenas, y a la sociedad civil en general, para adoptar las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública.¹¹

Los planes nacionales contemplados en el periodo de 2010 a 2018 han variado, ya que para el año 2008 se estaba aplicando el decreto 3039 de 2007. El Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2012 y bajo el gobierno del ex presidente Juan Manuel Santos Calderón se creó el plan decenal de salud pública 2012 a 2021 que contiene ocho dimensiones prioritarias y dos transversales de las cuales la dimensión prioritaria (vida saludable y enfermedades transmisibles) incluye entre sus metas la reducción de enfermedades transmitidas por vectores hablando específicamente de la leishmaniosis entre otras como: Dengue, Malaria y enfermedad de Chagas. Los dos contemplan acciones dirigidas a la minimización de enfermedades transmitidas por vectores y los programas de promoción y prevención dirigidos a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por este tipo de enfermedad. En el 2016 se crea la Resolución 429 y 3202 estableciendo la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) respectivamente.¹⁶

Existen guías para la notificación, recolección y análisis de datos para la prevención y control de la leishmaniosis siendo un protocolo que acoge a todo el país y que describe el flujo y el control de la información en un caso probable o confirmado de leishmaniosis con el fin de captar todos los

casos confirmados, trata y evitar complicaciones o muerte por esta enfermedad parasitaria, así como Guía para la Atención Integral del Paciente con leishmaniosis en cuanto al diagnóstico y tratamiento.¹⁷

El control de los casos sospechosos de leishmaniosis se debe registrar estrictamente bajo la resolución 00412 de 2000 expedida por el Ministerio de la Protección Social, la cual establece los pasos y parámetros a seguir para garantizar una correcta atención al ciudadano afectado por dicha infección, el seguimiento, evaluación, reporte y tratamiento correspondiente.¹⁴

Cada dos años se realizan reuniones de los Programas Nacionales de leishmaniosis en las Américas REPLEISH, los cuales son promovidos por el Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud a través de la Unidad de Enfermedades Desatendidas, Tropicales y Transmitidas por Vectores de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), a la que asisten los responsables de los programas nacionales de leishmaniosis de los países endémicos, con el fin de revisar y monitorear las acciones y los compromisos acordados en los mandatos establecidos en las Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Directivo de la OPS/OMS. Por medio de ésta se busca reducir la morbimortalidad por leishmaniosis en las Américas, mediante el fortalecimiento del diagnóstico, tratamiento, prevención, vigilancia y control.¹⁵

En Colombia y en otros países del mundo no existe un registro ni control riguroso de la enfermedad aunque esta representa la novena causa de morbilidad entre las enfermedades infecciosas y desde el año 1983 los hospitales y clínicas están obligados a reportar los casos a las secretarías de salud y estas mismas al Instituto Nacional de Salud, además del programa nacional de leishmaniosis existente desde 1998 que plantea el control de los vectores y uso de mosquiteros, entre otras políticas de salud que contienen iniciativas que si bien son efectivas la *Leishmania* es en gran parte ignorada y limitada en acciones para la magnitud del daño en el país lo que conlleva a que sean poco acordes e ineficientes y control de esta. En Colombia la enfermedad causada por *Leishmania* no va de la mano con la especie que la causa, si bien, el diagnóstico se conoce como *Leishmania* acompañada de su manifestación clínica pero no se determina en la mayoría de los casos la especie por lo que se instaura un tratamiento general y que hoy en día representa un problema de resistencia al tratamiento y que se podría evitar instaurando un tratamiento para la especie específica causante de la enfermedad como quedó establecido en la reunión de expertos de la OMS.¹⁶

La leishmaniosis es un gran problema de salud pública en Colombia en donde se ha llegado a pasar de 6.500 casos a un promedio anual de casi 22.000 casos teniendo un aumento bastante significativo. La transmisión predominantemente es selvática, lo cual hace que exista un gran riesgo de transmisión por las condiciones geológicas y climáticas del territorio

colombiano, y la mayoría de casos reportados son transmitidos por especies de *Leishmania braziliensis* y *Leishmania panamensis*.¹⁷

Aproximadamente el 95% de los casos de leishmaniosis son de la forma clínica cutánea y de los casos registrados una menor proporción corresponde a las variedades visceral y mucosa. Hay varios factores involucrados en el posible incremento de casos anuales entre ellos se encuentran, la migración de población a lugares enzoóticos, la interacción con reservorios y vectores infectados, la colonización de áreas forestales, la explotación de los recursos naturales y particularmente en Colombia el desplazamiento de grupos al margen de la ley que residen en áreas selváticas lo cual incrementa el factor de riesgo de contraer la infección.⁹

A pesar de que existen normatividad que reglamenta la vigilancia y control de enfermedades transmitidas por vectores como la leishmaniosis, esta sigue siendo un problema de salud pública en Colombia, las políticas públicas en Colombia son de difícil aplicación debido a los recursos y la distribución territorial, en donde hay muchos municipios y zonas rurales que no cuentan con centros de salud. Es necesario medir el nivel de eficiencia de las políticas públicas, cuáles son sus puntos de desequilibrio y cuáles son sus retos para determinar si la misma es efectiva en el campo no solo teórico sino práctico. Se debe entender que las políticas públicas tienen dos dimensiones, La dimensión espacial la hace aplicable en un lugar, ya que esta depende de diferentes factores económicos, sociales,

culturales y políticos que determinan su aplicación en el lugar y la dimensión temporal que la hace aplicable en un momento determinado.¹⁸

En Colombia la leishmaniosis es una enfermedad de gran impacto socioeconómico, en los últimos 10 años, en el periodo comprendido entre el 2008 y 2018 se notificaron 110.366 casos en las tres formas clínicas siendo el 98.50% equivalente a 108.718 casos de leishmaniosis cutánea que es la más abundante, seguida de leishmaniosis mucosa 1.27% (1040) y un 0.22 % (244) de leishmaniosis visceral, por esta razón es considerada una enfermedad de interés en salud pública en Colombia¹⁹

No existen estudios publicados centrados a la salud pública y la evaluación de las acciones para el control de la enfermedad parasitaria a pesar de que la leishmaniosis es una enfermedad endémica y de gran importancia en salud pública por lo que es primordial la evaluación de la intervención para su control además de que se requiere cooperación multidisciplinaria para la respuesta eficaz la prevención y control de la leishmaniosis.

4.2 Leishmania

4.2.1 Etiología

La leishmaniosis es una enfermedad parasitaria causada es un parásito intracelular del género *Leishmania spp.* que se transmite por la picadura de un mosquito afectando la piel, las mucosas y las vísceras. Existen dos subgéneros los cuales son: subgénero *Leishmania* y subgénero *Viannia* y

dentro de estos subgéneros existen grupos o complejos de especies: *Leishmania mexicana*, *Leishmania donovani*, *Leishmania braziliensis*, *Leishmania guyanensis* compuestos por especies de las cuales nueve están presentes en Colombia.²⁰

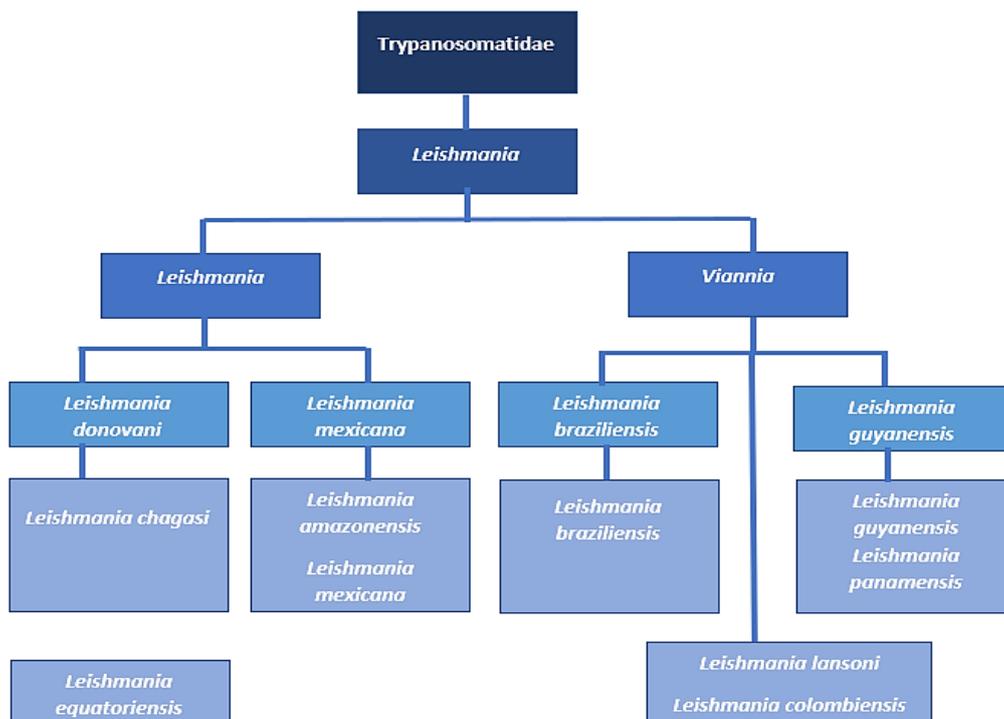


Figura 1. Subgéneros, Complejos y Especies de *Leishmania* presentes en Colombia ²¹

La especie de *Leishmania* relacionada a la forma clínica es: *Leishmania panamensis*, *Leishmania braziliensis*, *Leishmania guyanensis*, *Leishmania mexicana*, *Leishmania amazonensis*, *Leishmania infantum*, *Leishmania*

colombiensis, *Leishmania lainsoni* y *Leishmania equatoriensis* son especies causantes de leishmaniosis cutánea. *Leishmania mexicana* y *Leishmania amazonensis* son responsables de la forma clínica cutánea difusa. *Leishmania braziliensis*, *Leishmania panamensis* y *Leishmania guyanensis* causantes de la leishmaniosis mucosa, aunque existen pocos estudios de identificación de especies para esta forma clínica. Para leishmaniosis visceral la especie causante encontrada es *Leishmania infantum chagasi*.²¹

4.2.2 Ciclo de vida del parásito

El mosquito se infecta al ingerir sangre de mamíferos con amastigotes del parásito, luego de 4 a 25 días el parásito se transforma en promastigote estadio en el cual se divide por fisión binaria y al multiplicarse permanecen en la faringe y boca del mosquito para ser inyectados a otro mamífero. Los promastigotes al entrar en contacto con la circulación sanguínea del mamífero infectado, son fagocitados por los macrófagos, células pertenecientes al sistema fagocítico retículo endotelial donde se transforman en amastigotes donde se multiplican por fisión binaria hasta romper la célula fagocítica, quedando libres en circulación nuevamente siendo fagocitados sucesivamente hasta repetir el ciclo.²²

4.2.3 Distribución de especies de *Leishmania* en Colombia

La leishmaniosis es una patología endémica en la mayoría del territorio colombiano a excepción de San Andrés islas y Bogotá D.C. En Colombia existen nueve especies de parásitos causantes de la leishmaniosis:

Leishmania infantum chagasi, *Leishmania amazonensis*, *Leishmania colombiensis*, *Leishmania mexicana*, *Leishmania panamensis*, *Leishmania braziliensis*, *Leishmania guyanensis*, *Leishmania lainsoni*, *Leishmania equatoriensis*, que circulan en veintinueve de los treinta y dos departamentos de Colombia donde los departamentos de Antioquia, Santander y Meta tienen el mayor número de especies circulantes así como el mayor número de identificación de especies ya que tan solo estos tres departamentos representan el 28.8% de los casos de leishmaniosis cutánea que se reportaron en el año 2016.⁷

Antes de la realización del estudio por parte de la universidad del Rosario, Universidad de los Andes y el Instituto Nacional de Salud existían siete de las veinte especies causantes de las de la leishmaniosis en sus diferentes formas clínicas: *Leishmania braziliensis*, *Leishmania panamensis*, *Leishmania mexicana*, *Leishmania amazonensis*, *Leishmania colombiensis*, *Leishmania guyanensis* y *Leishmania infantum chagasi*, sin embargo a raíz de este estudio se descubrió en territorio Colombiano la circulación de dos nuevas especies: *Leishmania lainsoni* y *Leishmania equaoriensis* por lo que ahora son nueve parásitos causantes de la leishmaniosis en Colombia en sus diferentes formas clínicas y es el país con más especies de *Leishmania* en el mundo.

En Colombia la leishmaniosis cutánea es la forma clínica con mayor prevalencia en un 98% de los casos, así como la mucocutánea cuando se disemina a las mucosas produciendo deformaciones en el tabique en su

mayoría, así como en el paladar u orejas. La leishmaniosis visceral se presenta en 1% de los casos reportados siendo esta la más letal inflamando el hígado o el bazo causando una falla multiorgánica y finalmente la muerte. La leishmaniosis visceral vista desde una panorámica mundial es más frecuente y prevalente en un 90 % en Bangladesh, Brasil, Etiopía, India, Nepal, Sudán y Sudán del sur. La presentación cutánea es más frecuente en Afganistán, Argelia, Brasil, Colombia, Irán, Pakistán, Perú, Arabia Saudita, Siria y Túnez. La leishmaniosis cutánea se presenta mayormente en Brasil, Perú y Bolivia.²³

Existen documentos que datan de la distribución de especies de *Leishmania* en Colombia en el año 1990 en un estudio realizado por Augusto Corredor plasmado en su artículo "Distribution and etiology of leishmaniosis in Colombia" La distribución de las especies de *Leishmania* en los diferentes departamentos de Colombia se da así, según las especies aisladas: Amazonas: *Leishmania guyanensis*. Antioquia: *Leishmania braziliensis*, *Leishmania panamensis*. Arauca: *Leishmania panamensis*. Atlántico: sin reporte. Bolívar: *Leishmania panamensis*. Boyacá: *Leishmania panamensis*. Caldas: *Leishmania panamensis*. Caquetá: *Leishmania braziliensis*, *Leishmania guyanensis*. Casanare: *Leishmania braziliensis*, *Leishmania panamensis*. Cauca: *Leishmania braziliensis*, *Leishmania panamensis*. Cesar: sin reporte. Chocó: *Leishmania braziliensis*, *Leishmania panamensis*. Córdoba: *Leishmania panamensis*. Cundinamarca: *Leishmania braziliensis*, *Leishmania panamensis*,

Leishmania infantum. Guainía: sin reporte. Guaviare: *Leishmania braziliensis*, *Leishmania guyanensis*. Huila: *Leishmania braziliensis*, *Leishmania panamensis*, *Leishmania infantum*. Guajira: *Leishmania infantum*. Magdalena: sin reporte. Meta: *Leishmania braziliensis*, *Leishmania amazonensis*, *Leishmania panamensis*. Nariño: *Leishmania mexicana*. Norte de Santander: *Leishmania braziliensis*, *Leishmania amazonensis*, *Leishmania panamensis*. Putumayo: sin reporte. Quindío sin reporte. Risaralda: *Leishmania mexicana*, *Leishmania panamensis*. San Andrés y Providencia: sin reporte. Santander: *Leishmania braziliensis*, *Leishmania panamensis*. Sucre: sin reporte. Tolima: *Leishmania panamensis*, *Leishmania infantum*. Valle de Cauca: *Leishmania panamensis*. Vaupés: sin reporte. Vichada: *Leishmania braziliensis*.²⁴

En el año 2013 se realizó un nuevo estudio de distribución de especies de *Leishmania* en territorio colombiano evidenciando cambios en la distribución de especies comparadas con las de 1990 en cuanto a nuevas especies y presentaciones clínicas de leishmaniasis en regiones donde no se había presentado. Se obtuvieron los siguientes datos: Amazonas: *Leishmania panamensis*, *Leishmania braziliensis*, *Leishmania guyanensis*, *Leishmania amazonensis*, *Leishmania mexicana*. Antioquia: *Leishmania mexicana*, *Leishmania panamensis*, *Leishmania guyanensis*, *Leishmania colombiensis*, *Leishmania braziliensis*, *Leishmania amazonensis*. Arauca: *Leishmania braziliensis*, *Leishmania panamensis*. Atlántico: *Leishmania panamensis*. Bolívar: *Leishmania braziliensis*, *Leishmania infantum*,

Leishmania panamensis. Boyacá: *Leishmania panamensis*. Caldas: *Leishmania panamensis*, *Leishmania mexicana*. Caquetá: *Leishmania guyanensis*, *Leishmania panamensis*, *Leishmania braziliensis*, *Leishmania mexicana*. Casanare: *Leishmania braziliensis*, *Leishmania panamensis*, *Leishmania infantum*, *Leishmania mexicana*. Cauca: *Leishmania braziliensis*, *Leishmania panamensis*, *Leishmania amazonensis*, *Leishmania mexicana*. Cesar: *Leishmania braziliensis*. Chocó: *Leishmania braziliensis*, *Leishmania panamensis*, *Leishmania guyanensis*. Córdoba: *Leishmania infantum*, *Leishmania panamensis*, *Leishmania braziliensis*. Cundinamarca: *Leishmania infantum*, *Leishmania braziliensis*, *Leishmania amazonensis*, *Leishmania guyanensis*, *Leishmania panamensis*, *Leishmania mexicana*, Guainía sin reporte. Guaviare: *Leishmania braziliensis*, *Leishmania panamensis*, *Leishmania guyanensis*, *Leishmania mexicana*. Huila: *Leishmania infantum*, *Leishmania braziliensis*, *Leishmania panamensis*. Guajira: *Leishmania infantum*, *Leishmania guyanensis*. Magdalena: *Leishmania panamensis*, *Leishmania braziliensis*. Meta: *Leishmania braziliensis*, *Leishmania panamensis*, *Leishmania guyanensis*, *Leishmania amazonensis*. Nariño: *Leishmania mexicana*, *Leishmania braziliensis*, *Leishmania panamensis*. Norte de Santander: *Leishmania braziliensis*, *Leishmania panamensis*, *Leishmania mexicana*, *Leishmania infantum*. Putumayo: *Leishmania mexicana*, *Leishmania panamensis*, *Leishmania braziliensis*, *Leishmania guyanensis*. Quindío: sin reporte. Risaralda: *Leishmania mexicana*, *Leishmania panamensis*, *Leishmania braziliensis*. San Andrés y Providencia no reporta. Santander:

Leishmania panamensis, *Leishmania infantum*, *Leishmania braziliensis*, *Leishmania colombiensis*, *Leishmania mexicana*, *Leishmania guyanensis*.
Sucre: *Leishmania infantum*, *Leishmania braziliensis*, *Leishmania panamensis*, *Leishmania guyanensis*. Tolima: *Leishmania infantum*, *Leishmania panamensis* *Leishmania guyanensis*. Valle del Cauca: *Leishmania viannia*, *Leishmania viannia braziliensis*, *Leishmania panamensis*, *Leishmania guyanensis*, *Leishmania mexicana*. Vaupés: *Leishmania panamensis*. Vichada: *Leishmania braziliensis*, *Leishmania panamensis*.²⁵

Según un artículo publicado en el año 2019 por la revista Biomédica Geographical distribution of *Leishmania* species in Colombia, 1985-2017 donde se reunió la bibliografía correspondiente a la especie de *Leishmania* y su distribución desde el año 1985 a 2017 dando como resultado un distribución geográfica conjunta en base a esta información recopilada en los años anteriormente mencionados con tal de informar la especie y el origen geográfico en donde se ha encontrado o reportado así como los vectores y sus reservorios.

Leishmania panamensis, *Leishmania braziliensis* y *Leishmania mexicana* son las que tienen mayor distribución en el país. *Leishmania panamensis* tiene presencia en 26 de los 32 departamentos de los cuales el departamento de Chocó, Antioquia, y Valle del Cauca representan el mayor número de informes. En el Amazonas, Atlántico, Cesar, Guajira y Quindío no reportan infecciones por esta especie. *Leishmania braziliensis*

tiene informes en 26 de los 32 departamentos entre los cuales Meta, Cundinamarca y Caquetá tienen el mayor número de informes y los departamentos de Amazonas, Atlántico, Arauca, Guainía, Quindío y San Andrés no presentan informes hasta la fecha. *Leishmania mexicana* se informa en 13 departamentos de Colombia en mayor número informes de los departamentos de Cundinamarca, Antioquia y Nariño, además de los departamentos de Cauca, Valle del Cauca, Caldas, Risaralda, Caquetá, Guaviare, Meta, Casanare, Santander y Norte de Santander. *Leishmania guyanensis* en su mayoría en los departamentos de Caquetá, Tolima y Putumayo, además de los departamentos de Amazonas, Meta, Guaviare, Valle del Cauca, Antioquia, Santander, Boyacá, Sucre y Guajira. *Leishmania amazonensis* se limita a los departamentos de Antioquia, Boyacá, Chocó, Meta, Nariño, Norte de Santander, Santander, Tolima y Valle del Cauca. *Leishmania colombiensis* hasta la fecha solo se han reportado informes correspondientes a los departamentos de Santander y Antioquia. *Leishmania infantum chagasi* se limita a los departamentos de La Guajira, Córdoba, Bolívar, Sucre, Santander, Boyacá, Caldas, Huila, Tolima, Cundinamarca y Meta. *Leishmania lainsoni* y *Leishmania ecuatoriensis* recientemente identificadas en el departamento de Antioquia.²¹

4.2.4 Vectores

Los vectores de *Leishmania* son insectos dípteros correspondientes al género *Lutzomyia* para el nuevo mundo conocidos popularmente como

aliblanco, jejen, manta, palomilla, pringador, capotilla, arenilla, etc. Y las especies que en su mayoría se han reportado en Colombia son: *Lutzomyia longipalpis*, *Lutzomyia evansi*, *Lutzomyia hartmanni*, *Lutzomyia spinicrassa*, *Lutzomyia trapidoi*, *Lutzomyia umbralis*, *Lutzomyia gomezi*, *Lutzomyia ovallesi*, *Lutzomyia panamensis*, *Lutzomyia longiflocosa*, *Lutzomyia youngi*, *Lutzomyia scorzai*, *Lutzomyia lichyi*, *Lutzomyia columbiana*, *Lutzomyia antunesi*, *Lutzomyia cayennensis*, *Lutzomyia flaviscutellata*, *Lutzomyia shannoni*, *Lutzomyia yuilli* y *Warileya rotundipennis* en el departamento de Risaralda.²⁶

4.2.5 Reservorios

La infección natural por *Leishmania* se ha descrito en 16 especies de mamíferos estos son: *Akodon spp.* conocidos como ratones de pasto sudamericanos (*Leishmania panamensis* y *Leishmania braziliensis*), *Coendou spp.* mamíferos roedores conocidos como cobayas entre otros nombres en el nuevo mundo (*Leishmania panamensis*), *Proechimys canicolis* (*Leishmania infantum*), *Rattus rattus* conocida como rata doméstica (*Leishmania panamensis* y complejo *Leishmania braziliensis*), *Melanomys calignosus* (complejo *Leishmania braziliensis*), otros géneros de roedores como *Microryzomys minutus*, *Oecomys trinitatus*, *Sigmodon hispidus*, *Zygodontomys brunneus* (subgénero *Viannia*) *Metachirus nudicaudatus*, especie de marsupial (*Leishmania panamensis*), *Didelphis marsupialis* conocido como chucha o fara (*Leishmania panamensis*, *Leishmania infantum*, *Leishmania mexicana*, complejo *Leishmania*

braziliensis, subgénero *Viannia* y *Leishmania spp.*) *Micoureus demerarae* o zarigüeya (Complejo *Leishmania braziliensis*, *Leishmania panamensis* y *Leishmania braziliensis*), *Canis familiaris* perro doméstico (*Leishmania guyanensis*, *Leishmania infantum*, *Leishmania amazonensis* y *Leishmania spp.*) *Choloepus hoffmani* oso perezoso de dos dedos (*Leishmania panamensis*) *Sylvilagus brasiliensis* conejo de cola de algodón también conocido como conejo brasileño, conejo de páramo, conejo muleto, conejo del bosque, conejo amazónico y mulita de monte (Complejo *Leishmania braziliensis*) y *Equus asinus* nombre científico del burro o asno (*Leishmania braziliensis*).²¹

4.2.6 Epidemiología

La leishmaniosis está presente en los cinco continentes y es endémica en 98 países entre esos Colombia, se presenta mayormente en el sexo masculino, seguido de población de agricultores, amas de casa, menores, estudiantes y en menor medida a la población militar ya que el comportamiento del vector parece estar relacionado con las actividades socioeconómicas de los seres humanos. Aproximadamente 350 millones de personas a nivel mundial están en riesgo de contraerla con dos millones de casos nuevos anualmente siendo el mayor número de casos por leishmaniosis cutánea seguido de leishmaniosis mucosa y por último visceral que produce aproximadamente 50.000 muertes cada año y es responsable de 2.35 millones de años de vida perdidos ajustados por discapacidad. Sin embargo, estos datos se subestiman debido a factores

como: casos que no son diagnosticados o no se reportan a los sistemas de datos de vigilancia, datos que se obtienen en su mayoría a partir de la detección pasiva, en caso de la leishmaniosis visceral el número de personas infectadas pero asintomáticas es mucho mayor además de que la leishmaniosis es de notificación obligatoria en solo 52 de los 98 países endémicos.²⁷

La vigilancia para la enfermedad por *Leishmania* se inició desde el año 1995 a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social hasta el año 2003 y desde el año 2004 esta responsabilidad ha sido delegada al Instituto Nacional de Salud, estas notificaciones se capturan semanalmente gracias a las unidades primarias generadoras de datos UPGD luego de la confirmación por laboratorio de los casos presentados de leishmaniosis mucosa y cutánea, en caso de leishmaniosis visceral ingresan como notificación inmediatamente antes de ser confirmados por laboratorio. En casos de confirmación por laboratorio cuando son no reactivos en pruebas de inmunofluorescencia indirecta o el dato del laboratorio departamental es discordante a la lectura inicial se descartan.²⁸

En Colombia durante la década de los 90 se notificaron en promedio 6.500 casos nuevos por año, cifra que aumentó posteriormente en los años 2005 y 2006 a 20.000 casos, En los años posteriores disminuyó a 8239 y tuvo de nuevo un aumento en el año 2009 a 15.445 casos, 14.837 casos en el año 2010, en el año 2011 se reportaron 9.241 casos de leishmaniosis de los cuales 9063 casos fueron de la forma cutánea, 165 casos de la forma

mucosa, y 13 casos de la forma visceral. Para el año 2012 se reportaron 9806 casos de leishmaniosis de los cuales 9595 fueron de la forma cutánea 202 casos de la forma mucosa y 9 casos confirmados para la forma visceral. Para el año 2013 se notificaron al SIVIGILA 9.425 casos de leishmaniosis de los cuales 9.268 fueron de la forma cutánea, 141 casos de la forma mucosa y 16 casos para la forma visceral. Para el 2014 se notificaron al sistema de información SIVIGILA 11.667 casos de leishmaniosis de los cuales 11.479 fueron de la forma cutánea 157 casos de leishmaniosis mucosa y 31 casos confirmados de leishmaniosis visceral. En el año 2016 el reporte fue de 11.850 casos de los cuales, 11 674 fueron de la forma cutánea, 136 casos de leishmaniosis mucosa y 37 casos confirmados de leishmaniosis visceral.²⁹

En el año 2017 se reportaron un total de casos de 7827 de los cuales 7696 pertenecen a leishmaniosis cutánea, 102 leishmaniosis mucosa y 29 a la forma visceral. En el 2018 se reportó 6426 casos de las tres formas clínicas de los cuales 6319 corresponden a leishmaniosis cutánea, 90 casos de leishmaniosis mucosa y 17 casos de leishmaniosis visceral. Los principales territorios con mayor número de casos notificados de leishmaniosis cutánea se mantienen en: Antioquia, Nariño, Santander, Norte de Santander, Bolívar y Guaviare. La leishmaniosis visceral se han identificado dos focos: uno ubicado en el norte del país que abarca los departamentos de Bolívar, Sucre y Córdoba y el segundo en el Valle del río Magdalena en los departamentos de Cundinamarca, Tolima y Huila. En

el año 2019 para el periodo epidemiológico número trece se reportaron 5.105 caso de leishmaniosis cutánea, 65 casos de leishmaniosis cutánea y 70 casos de leishmaniosis visceral.²⁵

4.2.7 Zonas endémicas.

La leishmaniosis es endémica en la mayor parte del territorio colombiano excepto en San Andrés islas, Atlántico y Bogotá. El 75 % del territorio rural colombiano se encuentra por debajo de 1.750 MSNM y esto propicia las condiciones climáticas y geográficas para que la enfermedad sea viable pues los vectores causantes de la enfermedad tienen la posibilidad de completar el ciclo de transmisión en alturas no superiores a la anteriormente dicha.³⁰

4.3 Clínica

4.3.1 Signos y síntomas.

Las personas con leishmaniosis cutánea pueden tener una o más lesiones en la piel que pueden comenzar como pápula, evolucionar a nódulo y por último la úlcera que inicialmente tiene una costra que desprenderse contiene un fondo limpio con bordes elevados de aspecto vulcaniforme indoloros. De forma secundaria estas úlceras pueden infectarse con otros agentes microbianos. El período de incubación en los seres humanos es de 2 a 3 meses (periodo corto) o puede tener periodo de incubación más largos (2 años).³¹

En la leishmaniosis mucosa la zona afectada frecuentemente es la del tabique nasal extendiéndose frecuentemente al paladar y la faringe. Las lesiones en estas zonas causan hipertrofia, sangrado y secreciones por lo que el compromiso de la faringe también puede causar ronquera, disfonía y disfagia.³²

En la leishmaniosis visceral conocida comúnmente como “arenilla” ocasiona fiebres intermitentes, pérdida de peso, dolor y distensión abdominal, signos de anemia, entre otros síntomas inespecíficos como malestar general, astenia y adinamia.³³

4.3.2 Métodos diagnósticos para *Leishmania*

Según la guía para la atención clínica integral del paciente con *Leishmania* existen diferentes diagnósticos donde es necesario visualizar el parásito para corroborar su diagnóstico según la presentación clínica del parásito.¹⁶ (Tabla 1).

Tabla 1. Métodos diagnósticos para *Leishmania*¹⁶

<p>LEISHMANIOSIS CUTÁNEA</p>	<p>Examen directo</p>	<p>- Sensibilidad de 85% a 90% dependiendo del tiempo de evolución de la lesión siendo este directamente proporcional a la sensibilidad.</p>
---	---------------------------	--

		- Incluido en el POS
	Biopsia	-Indicado en caso de tres exámenes directos negativos - Sensibilidad mayor a 70%
	Cultivo	Indicado en caso de tres exámenes directos negativos, prueba de Montenegro reactiva y biopsia no conclusiva.
LEISHMANIOSIS MUCOSA	Serología	-Se utilizan las pruebas de inmunofluorescencia indirecta y ELISA en pacientes con sospecha de L. mucosa, además de la prueba de Montenegro y biopsia muconasal de manera simultánea.
	Biopsia de mucosa nasal	-Cuando se combina con pruebas serológicas su sensibilidad aumenta -Indicado en todo caso sospechoso

		de L. mucosa.
	Prueba de Montenegro	-Es una prueba complementaria más no diagnóstica. -Cuando es reactiva conlleva a la realización de una biopsia.
LEISHMANIOSIS VISCERAL	Cuadro hemático, serología y tiempos de coagulación	- Sirve para mirar anemia, leucopenia o trombocitopenia presentes en la L. visceral. -Es necesario realizar pruebas serológicas.
	Aspirado de médula ósea	-Examen parasitológico directo donde se pueden observar los amastigotes de <i>Leishmania</i> .
	Aspirado de bazo y examen parasitológico directo	-Indicado cuando el aspirado de médula ósea es negativo.

	Detección de anticuerpos	-Método diagnóstico complementario con sensibilidad del 90% -Puede tener baja especificidad por reacciones cruzadas con L. mucosa y enfermedad de Chagas.
	Prueba de Montenegro	-Útil para seguimiento del tratamiento del paciente

Fuente: Instituto Nacional de Salud. Procesado por las autoras.

4.3.3 Tratamiento indicado para la enfermedad por *Leishmania*

Según los Lineamientos para la Atención Clínica Integral de leishmaniosis en Colombia tratamiento va dirigido según al aspecto clínico de la enfermedad, la anamnesis, los antecedentes, exámenes complementarios antes de iniciar el tratamiento de acuerdo a la edad y la clínica del paciente para evitar complicaciones y hacer un tratamiento supervisado para que así mismo sea exitoso.

Para leishmaniosis cutánea se usan tratamientos de primera línea como el antimonio pentavalente (antimoniato de meglumina) según el esquema de tratamiento designado por las autoridades máximas en materia de salud o el personal médico designado y capacitado. En caso de falla terapéutica

por el tratamiento en primera instancia por antimoniales pentavalentes se debe administrar miltefosina o isetionato de pentamidina como tratamientos de segunda línea también se usa anfotericina B liposomal intravenosa. Este tratamiento debe ser administrado de acuerdo a la edad del paciente, de acuerdo a la condición clínica y seguir el esquema de tratamiento designado para los casos de leishmaniosis cutánea.

Para el tratamiento de la leishmaniosis mucocutánea se usan los antimoniales pentavalentes como primera línea de tratamiento y en unidades de atención en salud de tercer nivel se combinan los antimonios pentavalentes con pentoxifilina oral. En caso de falla terapéutica se hace uso de la anfotericina B intravenosa, isetionato de pentamidina o miltefosine.

Para la leishmaniosis visceral como tratamiento de primera línea se hace uso de Anfotericina B liposomal y como tratamiento de segunda línea uso de antimoniales pentavalentes, pentamidina o miltefosina.

El tratamiento para la *Leishmania* debe ser supervisado y controlado por personal médico capacitado de acuerdo a las condiciones físicas y clínicas del paciente.²

4.4 Cadena Epidemiológica de *Leishmania*

En las enfermedades transmisibles es importante conocer la cadena epidemiológica, haciendo referencia a la cadena de transmisión que recorre el agente productor de la enfermedad, ya que al identificar esos

pasos se interviene la transmisión evitando el desarrollo y la propagación de la enfermedad. En las enfermedades transmitidas por vectores los agentes que intervienen en la cadena epidemiológica además del agente causante de la enfermedad son: reservorio, huésped y vector siendo en este caso el agente infeccioso (*Leishmania spp*), el vector (*Lutzomyia spp*), el reservorio y el huésped son una gran variedad de organismos incluidos el ser humano respectivamente.

Aunque las políticas públicas establecidas a nivel mundial y regional definen acciones específicas para cada uno de estos agentes que intervienen en la cadena epidemiológica o de transmisión de la *Leishmania*, representan un gran desafío para la salud pública por su complejo ciclo biológico que comprende diferentes especies de parásitos, tanto reservorios como vectores, los cuales causan en el humano infectado un conjunto de síndromes clínicos que pueden comprometer la piel, las mucosas y las vísceras que representan dificultades para su prevención y control además de los procesos sociales, económicos y ambientales, que aumentan en gran medida el número de la población en riesgo de infección.

Se entiende como cadena epidemiológica a la secuencia de elementos que intervienen en la transmisión de un agente desde una fuente de infección a un huésped susceptible. El ciclo de transmisión de *Leishmania* comprende el ciclo antroponótico, cuando la infección se da a partir de parásitos que el vector ha tomado de otro hospedero humano; y el ciclo

zoonótico cuando la infección se da a partir de parásitos provenientes de un reservorio animal. Así mismo la transmisión puede ser de tipo peri o intradomiciliario y de tipo selvático.¹³

4.5 Salud Pública

La *Leishmania* es endémica en más 98 países a nivel mundial y los principales afectados son África, Asia en el viejo mundo y América latina en el nuevo mundo y los países con los recuentos más altos a nivel global son: Afganistán, Argelia, Brasil, Colombia, Etiopía, Irán, Nicaragua, Perú, Sudán, Siria y juntos representan de 70% a 75% de la incidencia por *Leishmania* a nivel mundial.³⁷ Además de factores ambientales que propician la enfermedad se encuentran otros factores como el conflicto, que en zonas de guerra como Siria, entre otros dificultan el acceso a Salud, el acceso de los medicamentos adecuados para el tratamiento de la enfermedad, la investigación y vigilancia de las enfermedades olvidadas dejando a la población vulnerable, además de representar una barrera para la aplicación de políticas públicas y que contribuyen a la prevalencia de esta enfermedad en dichos territorios. El ciclo biológico de *Leishmania* comprende alrededor de 22 especies patógenas para el hombre, diferentes especies de vectores y de diferentes reservorios lo que dificulta el control de la transmisión, pues hablamos de ciclo zoonótico doméstico, antroponótico y selvático además de las diferentes formas clínicas de la enfermedad.³⁵ En América latina debido a las condiciones sociales, económicas y ambientales propician la transmisión de la enfermedad por

lo que representa un desafío para la salud pública pues el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad son esenciales para el paciente, pero tienen ciertas limitaciones si no se aborda el control de vectores y de reservorios. Países como Bolivia, Chile, Colombia, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, Ecuador, Argentina, Brasil y Nicaragua representan una baja cobertura, baja calidad e ineficiencia en los servicios de salud además de demoras en el flujo de recursos. Aunque se ha logrado grandes avances en los últimos años, la enfermedad sigue sin ser controlada, con subestimación de los casos reportados oficialmente en los países endémicos ya sea por la falta de reporte de casos o el diagnóstico no acertado de la enfermedad. En Colombia las zonas con mayor incidencia de la enfermedad enfrentan situaciones de conflicto, condiciones ambientales, sociales y económicas que propician la enfermedad, además de un precario servicio de salud que no cuentan con las condiciones para el acceso a promoción, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, tratándose de zonas rurales o selváticas, donde el gobierno otorga la responsabilidad militar tanto para el almacenamiento como para la distribución del antimonio de meglumina, la terapia estándar y estas reservas de drogas son objetivos comunes para los guerrilleros. Estas condiciones provocan que muchos miles de civiles que viven en regiones con leishmaniosis endémica y guerra continua, se vean expuestos a la morbilidad crónica y recurrente de esta enfermedad por lo que las políticas públicas creadas en torno a *Leishmania* en los diferentes territorios afectados se ven afectadas por las prioridades militares en

estos conflictos que han superado las necesidades de salud pública de las poblaciones afectadas.³⁶

4.5.1 Objetivos de desarrollo sostenible.

El plan de acción para fortalecer la vigilancia y el control de la leishmaniosis en las Américas contempla una proyección que rige en los periodos de 2017 a 2022 , presenta indicadores que permiten evaluar el proceso y progreso, tanto epidemiológicos y operacionales para monitorear la enfermedad y los avances en la calidad de los servicios realizados dirigidos al control de la leishmaniosis, se reglamentó bajo las directrices del Programa Global de leishmaniosis de la Organización Mundial de la Salud, realizando adecuaciones a las características epidemiológicas y aspectos específicos de cada Región, con el fin de cumplir con los objetivos propuestos para llevar una adecuada vigilancia y control de la enfermedad. ³⁷

El presente plan implementa un árbol de problemas de vigilancia, prevención y control que destaca principalmente los siguientes casos que se pueden presentar y que pueden ser una dificultad en el plan, así como las mejoras si cada uno de estos se llega a presentar para hacer un seguimiento respectivo; información epidemiológica para la toma de decisiones para la vigilancia, prevención y control de las leishmaniosis no está disponible de forma oportuna para la toma de decisiones, lo cual puede suceder porque los datos de leishmaniosis no están actualizados y

desgregados a nivel subnacional, los escenarios de transmisión de las Leishmaniosis no están adecuadamente clasificados en los países o el reporte y la investigación de casos y brotes de leishmaniosis no es hecha de forma oportuna.³⁸

Se realiza un control a la accesibilidad y oportunidad en el tratamiento de la leishmaniosis que se puede ver afectada debido a redes de laboratorios con dificultades para apoyar el diagnóstico con calidad, oportuno y lo más cerca posible de los casos de leishmaniosis, técnicas de laboratorio no estandarizadas para apoyar el diagnóstico de las leishmaniosis, insumos, suministros, medicamentos y equipos para hacer el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos de leishmaniosis no disponibles de forma permanente y accesible lo más cerca posible de los casos, Personal de salud insuficiente e inadecuadamente entrenado para hacer el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos de leishmaniosis, redes de prestación de servicios con insuficiente capacidad para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos de leishmaniosis, nuevas tecnologías para mejorar el diagnóstico y tratamiento de los casos no son prioritarias en la agenda de investigación, la vigilancia de las reacciones adversas graves a los medicamentos usados en el tratamiento de las leishmaniosis no implementada, o porque la promoción, comunicación, educación en salud y movilización social no está integrada a los programas de control de la leishmaniosis.

Por último hace un enfoque en la vigilancia entomológica, el control vectorial y de los reservorios de las leishmaniosis, esta puede presentar varias dificultades que deben ser monitoreadas y a las cuales se les debe realizar las respectivas acciones correctivas entre esas la no vigilancia de realizar de forma sistemática, sostenida y estandarizada, datos e información de la vigilancia entomológica y de la vigilancia de caninos no se usan de forma oportuna para tomar decisiones para la prevención, vigilancia y control vectorial, personal de entomología y de salud insuficiente e inadecuadamente entrenados en la vigilancia entomológica y vigilancia y control de los caninos, Insumos, suministros y equipos para hacer la vigilancia entomológica y vigilancia y control de los caninos no disponibles de forma permanente, evaluación de las acciones de vigilancia y control vectorial y de los caninos no incorporadas a los programas para la toma de decisiones, nuevas tecnologías para mejorar la vigilancia entomológica y la vigilancia y control de los caninos no son prioritarias en la agenda de investigación.³⁸

La guía para el desarrollo de planes integrados para la prevención control y eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas aplica un enfoque de salud pública basada en evidencias incluyendo a la leishmaniosis como un problema de salud público no solo en Colombia sino en 98 países del mundo, la OMS recomienda cinco estrategias para el control y la eliminación de EID entre ellas el control de vectores. Es de gran importancia entender la biología de los vectores para explicar y

predecir la epidemiología de las enfermedades transmitidas por los mismos, la promoción de la gestión integrada del control de vectores es un componente del plan global de OMS de lucha contra las enfermedades tropicales desatendidas 2008-2015. Este enfoque requiere un proceso racional para toma de decisiones que logren optimizar el uso de los recursos, especialmente de los pesticidas. La gestión integrada de vectores requiere la estrecha colaboración entre los sectores responsables de la salud, la agricultura, educación y el medio ambiente.³⁹

4.5.2 Vigilancia y control de la Leishmaniosis en las Américas.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud desde el año 1990 ha creado una serie de informes técnicos para la prevención, diagnóstico, tratamiento, vigilancia y control de la leishmaniosis en los países miembros a través de comités y reuniones de expertos en áreas multidisciplinarias consolidando y actualizando la información, enfocando las acciones en prevenir, diagnosticar, tratar, vigilar y controlar la *Leishmania* entre otras enfermedades desatendidas y transmitidas por vectores para enfrentar el desafío que representa la enfermedad por *Leishmania*, en las Américas así como en otros continentes. El “Plan de Acción para Fortalecer la Vigilancia y Control de la leishmaniosis en las Américas 2017-2022” establece una serie de metas e indicadores para las Américas estableciendo como propósito reducir la morbimortalidad mediante el fortalecimiento de la prevención,

diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, vigilancia y control de leishmaniosis. Entre estas para Colombia se plantea:

- Reducir la proporción de leishmaniosis cutánea en niños menores de 10 años para el año 2022 en la región.
- Reducir las muertes por leishmaniosis cutánea/mucosa en un 90% en la región para el año 2022.
- Reducir la letalidad por leishmaniosis visceral en un 50% en la región al 2022.
- Reducir la incidencia de la leishmaniosis visceral en la Región al 2022 en países con transmisión controlable en un 50%.

Así como establecer acciones para fortalecer el sistema de vigilancia, investigación de los brotes y mejora de la capacidad de acceso al diagnóstico, rehabilitación y seguimiento de los casos de *Leishmania* tratamiento, así como el fortalecimiento de la vigilancia entomológica y control de reservorios.³⁴

4.5.3 Plan Decenal de salud Pública.

El Plan Decenal de Salud Pública es una ruta trazada de cumplimiento dirigida al periodo de tiempo comprendido entre 2012-2021 en Colombia, el cual busca por medio de diferentes directrices lograr la equidad en salud y el desarrollo humano de todos los colombianos mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, el las cuales se representan aquellos aspectos fundamentales que por su magnitud o importancia se deben intervenir, preservar o mejorar, con el fin de garantizar por medio

de estas acciones colectivas, la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial.⁴⁰

Dentro de sus 8 dimensiones prioritarias, se encuentra la dimensión vida saludable libre de enfermedades transmisibles el cual es un espacio de acción transectorial y comunitario que busca garantizar el disfrute de una vida sana, en las diferentes etapas del ciclo de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los territorios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y eventos transmisibles, con enfoque diferencial y equidad social, desde una perspectiva de desarrollo humano sostenible.⁴⁰

Las enfermedades transmitidas por vectores como la leishmaniosis son un grave problema de salud público en Colombia, sobre todo en regiones rurales que en su mayoría cuentan con altas tasas de pobreza donde se debe realizar un estricto control de estos vectores causantes de la enfermedad para intentar mitigar la problemática.⁴¹

Desde el plan, la dimensión propone como estructura de trabajo un modelo de intervención transectorial denominado Estrategia de Gestión Integral. Por medio de este se pretende reconocer, estudiar, contextualizar e intervenir las causas intermedias y profundas de los impactos y desenlaces negativos relacionados con las enfermedades

transmisibles prevalentes, emergentes y desatendidas dentro de las cuales se encuentra la leishmaniosis; describe la función de cada sector en la reducción de inequidades en salud por medio dos grandes vías, la primera asegurando el acceso equitativo a servicios de salud de calidad y a programas de salud pública y la segunda realizando de manera transectorial la participación de otros agentes del gobierno y de la sociedad civil en intervención de las causas estructurales de situación y exposición que generan las enfermedades transmisibles.

Dentro de las metas se enfatiza en la disminución de exposición y diferenciales en vulnerabilidad a enfermedades transmisibles en los territorios, así como la mejora en el acceso y calidad de los servicios de promoción de la salud, prevención, protección y atención de dichos eventos, considerando las diferencias de las poblaciones en sus territorios; además la disminución de la morbilidad, mortalidad y discapacidad general por estas enfermedades y de las diferenciales en los estratos sociales.⁴⁰

4.5.4 Políticas públicas dirigidas a la promoción y prevención.

La promoción y prevención de la leishmaniosis está mediada por la gestión del diagnóstico temprano y eficaz de los casos, buscando reducir la prevalencia y las tasas de morbimortalidad, así como el control de vectores; fortaleciendo la vigilancia de la enfermedad, notificación, monitoreo, el control de los reservorios animales y la movilización social

por medio de estos programas, informando a la comunidad, evitando así el evento y la propagación de la enfermedad.

Lo anterior bajo el Protocolo de Vigilancia de Salud pública para leishmaniosis y los Lineamientos para la Atención Clínica Integral de leishmaniosis en Colombia, reúne un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, así como a seleccionar las opciones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas respecto de la leishmaniosis.⁴²

Por medio de los parámetros establecidos bajo estos lineamientos se determina el seguimiento al caso que se presente, dando pautas para el control, manifestaciones clínicas, definición del caso, diagnóstico diferencial tanto en leishmaniosis cutánea localizada como en leishmaniosis cutánea difusa, siendo las patologías similares que podrían requerir de experticia por parte del profesional de la salud que atiende al paciente, determinando las recomendaciones de control, en cuanto a historia clínica, examen físico, esquema paraclínico de diagnóstico con la confirmación por medio de las diferentes técnicas estandarizadas hasta el momento, recomendadas por la OMS y utilizadas en Colombia de acuerdo al nivel de atención en salud y su disponibilidad: examen frotis directo, biopsia en segundo nivel, cultivo tercer nivel, PCR de tejido. En algunas ocasiones si así lo determina el médico tratante se puede realizar una

prueba de Montenegro que, aunque no es una prueba diagnóstica, sugiere contacto con el parásito y sirve para el seguimiento. ⁴³

Cabe destacar que para la elaboración y aprobación de este documento se siguió la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual se encarga de orientar la evidencia de pacientes del territorio colombiano y todos los factores de riesgo asociados a la leishmaniosis y basándose también en los principios de accesibilidad, calidad y eficiencia consagrados en el SGSSS de Colombia, articulado con la Política de Atención Integral en Salud - PAIS.

4.5.5 Vigilancia Entomológica y control de la transmisión de Leishmaniosis.

El Ministerio de Protección Social hoy día Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la Guía de Vigilancia Entomológica y Control de la Transmisión de leishmaniosis maneja estrategias de gestión integrada que planea acciones para la vigilancia y control de los flebótomos que hacen parte de los estudios eco epidemiológicos, dirigidos a la caracterización de la enfermedad desde el punto de vista clínico, entomológico, ecológico y social.

Esta vigilancia tiene cuatro propósitos principales: contribuir a la disminución del número de casos entre los habitantes de una zona endémica, lo cual va direccionado a nivel nacional y departamental así

como a cada uno de los municipios; ampliar las coberturas de educación a todos los habitantes sobre los riesgos de adquirir la enfermedad, implementando programas de promoción y prevención; incrementar la participación de la comunidad en los programas de control de las enfermedades transmitidas por vectores, ya que es de vital importancia la cooperación de todos los habitantes para poder tener una gestión exitosa y evaluar las medidas de control implementadas, por medio de indicadores que permitan determinar la eficacia de estas medidas.⁴⁴ Dentro del programa de control de la leishmaniosis se garantiza la destinación de recursos financieros para los ciclos de insecticidas requeridos a cabalidad.

Por medio de las investigaciones entomológicas se busca recopilar información cuantitativa y cualitativa sobre los flebótomos transmisores de la enfermedad, lo que permite conocer la extensión y la densidad de la infestación de los vectores, la susceptibilidad, resistencia a los insecticidas implementados en salud pública para el control de los vectores de la leishmaniosis y la eficacia de las intervenciones para la transmisión de la misma.

Los principales aspectos a tener en cuenta para priorizar las intervenciones en las áreas con mayor foco de infestación: son la focalización y la caracterización de foco la cual cuenta con tres componentes: el epidemiológico, el parasitológico y el entomológico. En este proceso se realiza un censo poblacional, caracterización de vivienda,

búsqueda activa de casos y levantamiento de línea de base entomológica para establecer la viabilidad de realizar los estudios de caracterización del foco. En algunas situaciones esta visita exploratoria coincide con las acciones de campo, que el protocolo de vigilancia epidemiológica orienta para la investigación de caso.⁴⁴

La estrategia para el control de vectores de leishmaniosis es aplicada a nivel nacional, está dirigida a desarrollar acciones de control de alto impacto en los focos de mayor importancia epidemiológica en el país, con el fin de tener un impacto en la calidad de vida de la población y una notoria disminución de casos de afectados por este parásito.

Teniendo en cuenta que esta enfermedad tiene una amplia distribución, en localidades específicas, se deben realizar acciones de control comprendiendo la dinámica de transmisión del foco y la formulación de planes de intervención que deben ser específicos para cada foco. Los estudios entomológicos deben ser rigurosos para obtener la información requerida para la estratificación y toma de decisiones de control.⁴⁵

4.5.5.1 Biología de flebotomíneos.

La biología de cada una de las especies de flebótomo, es diferente y compleja, es por esto que se debe tener en consideración aspectos particulares de reproducción, alimentación, dispersión y comportamiento que influyen directamente en la epidemiología de la leishmaniosis y el control del vector; por esto es necesario comprender su ciclo de vida y

comportamiento para poder realizar un control exitoso del vector con técnicas y métodos eficientes. Estos son insectos con metamorfosis completa, que pasan por diferentes estados de vida: huevo, larva, pupa y adulto, que varían en duración según las especies, siendo el estadio adulto el más conocido por la población en general habitante de sectores endémicos.⁴⁶

4.5.5.2 Control del vector.

Entre las medidas de control de flebotomos se tiene: el control químico, mediante la aplicación de insecticidas de acción residual; uso de toldillos insecticidas de larga duración o toldillos impregnados con insecticidas y saneamiento ambiental. Los insecticidas recomendados por la OMS corresponden a los ingredientes activos: permetrina, deltametrina y alfacipermetrina ayudan a la reducción de las *Lutzomyia spp.* También dentro de este grupo de control de vectores se encuentra la aspersion residual domiciliar la cual se realiza por medio de la utilización de insecticidas de acción residual siendo la medida de control vectorial recomendada en el ámbito de la protección colectiva. Está dirigida al insecto adulto y tiene como finalidad eliminar o reducir la abundancia de los vectores, evitar o reducir el contacto entre el insecto transmisor y la población humana y así mismo evitar la propagación de la enfermedad.⁴⁷

Tabla 2. Especies de flebotómíneos implicadas en la transmisión de leishmaniosis en Colombia. ⁴⁴

Vector	Parásito	Referencia
<i>Lu. longipalpis</i>	<i>Le. infantum</i> (= <i>Le. chagasi</i>)	(Corredor et al., 1989; Corredor et al., 1990)
<i>Lu. evansi</i>	<i>Le. Infantum</i> (= <i>Le. chagasi</i>)	(Travi et al., 1990)
<i>Lu. spinicrassa</i>	<i>Le. braziliensis</i>	(Young et al., 1987; Corredor et al., 1990)
<i>Lu. trapidoi</i>	<i>Le. panamensis</i>	(Young et al., 1987; Corredor et al., 1990)
<i>Lu. umbratilis</i>	<i>Le. guyanensis</i>	(Young et al., 1987; Corredor et al., 1990)
<i>Lu. hartmanni</i>	<i>Le. colombiensis</i>	(Kreutzer et al., 1991)

4.5.6 Vigilancia de la Leishmaniosis en el país.

Se hace en marco al Protocolo de Vigilancia en Salud Pública para la leishmaniosis, el cual busca realizar el seguimiento continuo y sistemático del comportamiento de las leishmaniosis en el territorio nacional, con el fin de presentar datos e información útil y oportuna para la toma de decisiones y orientada a la prevención y el control epidemiológico en el marco de la Estrategia de Gestión Integral para las Enfermedades Transmitidas por Vectores ETV. Para esto se requiere la definición del evento, clasificados como: caso confirmado de leishmaniosis cutánea; caso confirmado de leishmaniosis mucosa y caso probable o confirmado de leishmaniosis visceral, por medio de estrategias y herramientas de vigilancia, notificación de casos predefinidos, vigilancia comunitaria, vigilancia por búsqueda secundaria, vigilancia mediante estudios

poblacionales y de laboratorio, así como la periodicidad de los reportes en notificación inmediata individual, notificación individual semanal y los ajustes por periodo epidemiológico.

4.5.7 Notificación del evento *Leishmania*.

La notificación debe ser realizada desde las Unidades Primarias Generadoras de Datos a la Secretaría de Salud Municipal y así simultáneamente al ente encargado superior hasta que la información escale a la Organización Mundial de la Salud OMS de la siguiente manera.

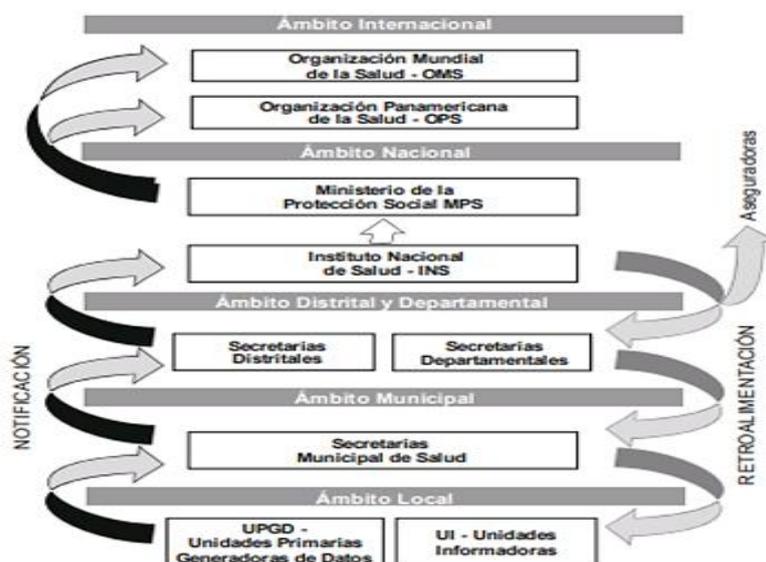


Figura 2. Flujo de la información en la notificación de casos de leishmaniosis. Protocolo de vigilancia y control de leishmaniosis, 2012⁴⁸.

Cada una de estas entidades tiene unas funciones específicas que cumplir, adhiriéndose al Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de leishmaniosis, las cuales buscan garantizar una correcta vigilancia y la mayor cobertura

posible a nivel nacional, incluidas en estas responsabilidades las entidades administradoras de planes de beneficio de salud, las instituciones prestadoras del servicio de salud, unidades locales de salud, secretarías departamentales de salud, Ministerio de Protección Social y el Instituto Nacional de Salud. Así mismo se debe diligenciar de manera obligatoria la ficha única de notificación de *Leishmania* presente en la página del Instituto Nacional de Salud. ⁴⁸

Es responsabilidad de la entidad territorial, realizar toda intervención y ejecutar toda estrategia de prevención y control vectorial, tratamiento y seguimiento de pacientes, educación a la comunidad y control y eliminación de reservorios domésticos (caninos) para leishmaniosis visceral, según lo contemplado en la Ley 84 de 1989, Ley 1774 de 2016 y Decreto 780 de 2016. A nivel general las responsabilidades están reglamentadas en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, 780 de 2016 en sus artículos 2.8.8.1.1.6 a 2.8.8.1.13.

15

4.5.8 Incidencia y prevalencia de *Leishmania* en los municipios en estudio.

La incidencia y prevalencia de leishmaniosis en Santander es alta, sobre todo en zonas rurales del departamento. Los tres municipios seleccionados: Floridablanca, Cimitarra y El Carmen de Chucurí, fueron los que presentaron el mayor número de casos de leishmaniosis en sus tres

formas: cutánea, mucosa y visceral; siendo la cutánea la forma clínica más común. Ya que los reportes de los boletines de las semanas epidemiológicas reportados por el SIVIGILA solo proporciona los casos presentados por departamento y no por municipio, contamos con la ayuda de la Gobernación de Santander para poder acceder a la base de datos, omitiendo datos relacionados con los pacientes como: nombre, documento, dirección y teléfono, realizando de esta manera el filtro correspondiente a todos los municipios seleccionando los municipios en mención, de acuerdo al mayor número de casos.

4.5.9 Acciones de información educación y comunicación.

El Protocolo de Vigilancia en Salud Pública también contempla las acciones para promoción y prevención de la leishmaniosis, así como el control de vectores y hospederos, ya que se hace fundamental el desarrollo de actividades de información y educación que fomenten la participación de la población en la reducción del impacto de los factores de riesgo para la transmisión de la enfermedad. Es necesario que la población que vive o circula por áreas de riesgo, conozca bien las características de la enfermedad, la dinámica de la transmisión, los vectores y los reservorios relacionados y las formas clínicas existentes, además de comprender el impacto negativo de esta enfermedad en la salud.

Todas estas acciones están a cargo de cada municipio donde intervienen las diferentes entidades o actores direccionados desde la Secretaría de

Salud Municipal, la cual se encarga de coordinar las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas y realizar interventoría en las diferentes instituciones de salud a las cuales llegan los casos de leishmaniosis, tanto para que se dé cumplimiento al protocolo, como para verificar que se estén realizando las actividades de promoción y prevención a las que hace referencia el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública para leishmaniosis, siendo la misma Secretaría de Salud, la encargada de enviar los reportes de estas acciones según corresponda a la Secretaría de Salud Departamental para la asignación de recursos por parte de la misma para poder realizar estas acciones y así promover una cultura de promoción entre la población. ⁴⁹

Se debe promover la educación utilizando recursos de medios masivos que puedan llegar a todos los sectores implicados para garantizar la mayor cobertura posible, se requiere que esta información sea oportuna, clara, adecuada y transmitida eficazmente, para poder llegar a la comunidad en un tiempo menor, y así para motivar a la población en la participación de acciones de prevención de la enfermedad ⁵⁰

4.5.10 Fichas de notificación para Leishmaniosis.

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información según la LEY 1273/09 y 1266/09, en la cual se debe diligenciar completa y adecuadamente de acuerdo al manual

de instrucciones de diligenciamiento adjunto a la ficha que se encuentra en la página del Instituto Nacional de Salud en la ruta fichas y protocolos seleccionando como evento leishmaniosis, en el cual se encuentra tanto la ficha de notificación individual como el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública para leishmaniosis vigente y actualizada. La ficha de reporte individual cuenta con diferentes bloques con parámetros que incluyen información general con fecha e información del municipio de procedencia del reporte, identificación del paciente, notificación, seguimiento y clasificación del caso.⁴⁹ (ANEXO 1).

4.5.11 Contexto social.

La población que se ve afectada en especial por la leishmaniosis cutánea a pesar de no ser fatal, tiene otras repercusiones consigo, como el estigma social, consecuencia de la misma. En un país como Colombia, debido al conflicto armado y los contextos de pobreza y vulnerabilidad social, producto del abandono estatal, ya que al ser una enfermedad que se presenta en su mayoría en zonas rurales a población en condiciones de pobreza son problemas ajenos al estado que no ve como mayor problema la afección en la calidad de vida de estos pacientes.⁵¹

Por otra parte, la situación de los pacientes con esta condición se complejiza por la inexperiencia en el diagnóstico y tratamiento así como en el seguimiento por parte del personal de salud que prestan atención en las zonas endémicas, ya que por lo general estos sitios presentan centros

de salud pequeños con servicios de atención básica en salud, con profesionales de diferentes áreas que están realizando su servicio social obligatorio; estos profesionales se han desplazado de las diferentes ciudades o cabeceras municipales y no están muy familiarizados con la clínica de esta enfermedad. Por lo anterior debe ser fundamental el acompañamiento y capacitación por parte de las autoridades de salud. Además es importante mencionar que muchas de estas entidades no cuentan con los métodos diagnósticos estandarizados para el diagnóstico de la enfermedad y las personas son remitidas a otros municipios para la toma de muestra o la realización de las diferentes pruebas para poder confirmar el caso lo cual genera el costo de recursos económicos para su desplazamiento, con los que muchas veces la persona afectada no cuenta, lo que representa una barrera al momento de acceder a un servicio diagnóstico, una atención integral, el acceso al tratamiento y respectivo seguimiento siendo estos los factores entre otros que influyen en que estos eventos queden sin resolución.⁵²

Una gran problemática que acarrea la leishmaniosis en zonas rurales es que mucha de la población afectada gracias a la desinformación o a su creencia cultural decide realizarse tratamientos caseros, ya sea con petroquímicos, productos veterinarios entre otros, empeorando la lesión en la mayoría de los casos.⁵³

5. MARCO LEGAL

Decreto 3039 de 2007

Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud pública de 2007 a 2010 de obligatorio cumplimiento para entidades departamentales, distritales y municipales de salud. Donde la leishmaniosis representa un problema en salud pública y se replantea la estrategia de prevención a través de un plan intensificado de control de la enfermedad, que aparte de establecer acciones de vigilancia en salud pública y control de vectores se propone la vacunación del 100% de la población en edad de 1 a 65 años, residentes en zonas de riesgo donde producto de estas medidas sólo se presentan casos esporádicos en ese periodo de tiempo a excepción de las personas que se rehusaron a la vacunación.

Plan decenal de Salud Pública

El Plan Decenal de Salud Pública se adopta por medio de la Resolución 1841 de 2013. Es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 y por el cual se busca la reducir la inequidad en salud planteando los siguientes objetivos: garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente manteniendo cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables. Uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin

de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida.

Resolución 2567 de 2017

Por la cual se otorga acceso a recursos genéticos y productos derivado para el proyecto "desarrollo de un prototipo de medicamento a base de saponinas de sapindus saponaria y crómanos sintéticos para el tratamiento de la leishmaniosis cutánea "

Resolución 00412 del 25 de febrero de 2000

Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Acuerdo 014 de 2001

Por el cual se definen las políticas generales, planes y programas y se señalan los lineamientos generales para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública en el SSMP.

**Decreto 3518 del 9 de octubre de 2006 del Ministerio de la
Protección Social.**

Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones, , para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas

y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.

Lineamientos para la atención clínica integral de Leishmaniosis en Colombia, Ministerio de Salud y la Protección Social, abril 2018.

El cual es dirigido a los profesionales de la salud de los niveles de atención de baja y alta complejidad, especialistas en dermatología, cuidado intensivo, medicina de urgencias, laboratorio clínico y apoyos diagnósticos, profesionales en vigilancia epidemiológica y administradores de los regímenes subsidiado y contributivo, que desarrollan actividades en las zonas endémicas afectadas por presencia de leishmaniosis en Colombia, así como a centros de referencia por fuera de estas zonas.

Su contenido está dirigido a generar una información clara y concisa sobre los aspectos biológicos, clínicos, epidemiológicos y administrativos que faciliten la correcta detección de los casos en la zona de procedencia, mediante la evaluación clínica completa, la toma de muestras, pruebas diagnósticas con los métodos estandarizados, el tratamiento, seguimiento y rehabilitación de los casos, registros en el sistema de vigilancia epidemiológica, que permitan enfrentar exitosamente el brote epidémico en el territorio colombiano y las zonas de frontera.

Directiva Permanente No. 64479 del 04 de marzo de 2013 de la Dirección de Sanidad Ejército

Donde se reglamenta "Lineamientos Programas Promoción de la salud, Prevención de la enfermedad y seguimiento eventos de interés en salud pública 2013."

6. DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó una revisión de las políticas públicas dirigidas a la problemática de la leishmaniosis disponibles y vigentes en el marco nacional, así como aquellos indicadores de cumplimiento para promoción, prevención, control, vigilancia, tratamiento y rehabilitación para poder verificar si se estaba dando cumplimiento a las mismas. Así mismo se realizó consulta con la Secretaría de Salud Departamental de Santander sobre las estrategias y acciones enfocadas a la atención, promoción y prevención de la leishmaniosis que se direccionan a nivel departamental, los programas y planes que se desarrollan, y el seguimiento que se hace a cada uno de los municipios para la evaluación de los mismos, así mismo por medio de las bases suministradas desde esta entidad se realizó una revisión sistemática de los índices de incidencia y prevalencia de esta enfermedad en cada uno de los municipios a estudiar.

Se realizó visita a los tres municipios de Floridablanca, El Carmen de Chucurí y Cimitarra, con el fin de poder obtener información de los hospitales que prestan atención en salud en cada uno de estos territorios y a las Secretarías de Salud Municipales, así como a los encargados del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) ya que son los encargados de la promoción y prevención de las enfermedades transmitidas por vectores.

Estas entidades son las responsables de dar cumplimiento directo a la normatividad de la leishmaniosis, ya que son los que son los actores directos con la población afectada o en riesgo de la enfermedad y la población en general. De esta manera se pudo realizar un análisis de la aplicación de las políticas públicas implementadas por las entidades de control y los profesionales de la salud encargados de dar atención a esta población.

6.1 Tipo de Investigación

Para establecer la eficacia de las políticas públicas existentes para leishmaniosis en el marco nacional y lograr los objetivos planteados en este proyecto de grado, se hizo una investigación aplicada que permitió lograr objetivos concretos, sobre un tema específico. Partiendo de la leishmaniosis como un problema de salud pública que afecta a varios municipios y ciudades de Colombia, para el cual hay toda una normatividad direccionada por el gobierno nacional de vigilancia y control, enfocada a la prevención, tratamiento y diagnóstico de la enfermedad, con el fin de disminuir los casos de leishmaniosis en el país mejorando la calidad de vida de los colombianos afectados por esta enfermedad.

En función del objeto de estudio, cabe dentro de una investigación exploratoria que buscaba analizar la eficacia en la aplicación de los protocolos establecidos de promoción, prevención, vigilancia y control de la así como todos aquellos planes, programas y proyectos establecidos

para la enfermedad por leishmaniosis en los municipios de Floridablanca, Cimitarra y El Carmen de Chucuri encaminado a realizar un refuerzo en ellas, con ayuda de las entidades de control desde la Gobernación de Santander, hasta los profesionales de salud encargados de dar atención primaria en salud a esta población.

6.2 Definición de las variables

Las variables utilizadas en este proyecto fueron el número de casos presentados desde el año 2009 a 2019 de leishmaniosis en cualquiera de sus formas clínicas en los tres municipios en estudio, sin tener en cuenta la edad, el sexo, la especie de *Leishmania* o el vector; comparando el número de casos directamente con los indicadores de morbilidad y mortalidad planteados para leishmaniosis en el Plan Decenal de Salud Pública vigente desde el año 2012, así como el aumento o disminución de casos a lo largo de este periodo de tiempo, dejando ver un antes y después de la implementación del mismo.

Otras variables son los planes, programas y proyectos implementados en los tres municipios, así como los diferentes aspectos relacionados a las políticas, manuales y protocolos para la prevención, control y vigilancia de la enfermedad, medibles desde encuestas y entrevistas aplicadas a los diferentes entes reguladores y encargados del control pre y post infección por *Leishmania*; con el fin de establecer los indicadores de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en estas zonas.

6.3 Población y Muestra

La población es el conjunto de políticas públicas para leishmaniosis vigentes en el país y aplicables en los municipios de estudio en cuanto a promoción, prevención, vigilancia, control, diagnóstico y tratamiento en cualquiera de sus tres formas clínicas; esto incluye el Plan Decenal de Salud Pública vigente desde el año 2012 hasta el 2021 así como las guías, manuales y protocolos para *Leishmania* y los planes de desarrollo de los municipios en el periodo de tiempo establecido con sus respectivos informes finales sobre la gestión realizada en estas zonas.

Los datos de los eventos de leishmaniosis fueron recolectados gracias a la Secretaría de Salud departamental, ya que es satélite de los datos de los municipios en Santander. Junto a la recolección se realizaron entrevistas y encuestas a los agentes encargados de los centros de salud, secretarías de salud municipal y departamental y a los encargados de los PIC (Planes de Intervención Colectiva) de los municipios en estudio, con el fin de saber el seguimiento de un evento por *Leishmania*.

6.4 Métodos e instrumentos

Base de datos

Para escoger los tres municipios objetivos de nuestro estudio, se hizo una revisión de la base de datos de reporte de casos por municipios en el departamento de Santander, la cual fue suministrada por parte de la

Secretaría de Salud departamental en la sección de enfermedades transmitidas por vectores; de esta manera se realizó una tabulación de datos en la cual se pudo verificar que estos tres municipios eran los que presentaban mayor reporte de casos de leishmaniosis, incluyendo las tres clases (cutánea, mucosa y visceral), para el periodo de tiempo comprendido entre 2009 a 2019; ya que los reportes generados por la página de SIVIGILA indican únicamente el número de casos presentados por departamento, siendo Santander el segundo con mayor número de incidencia para leishmaniosis después de Antioquia.

Revisión de las políticas públicas vigentes en Colombia

Se determinaron las preguntas de las encuestas y entrevistas, teniendo en cuenta las funciones y políticas públicas para cada uno de los organismos encargados de la gestión y control de la leishmaniosis a nivel nacional; con el fin de verificar la adherencia por parte de los hospitales y Secretarías de Salud de los municipios de Floridablanca, El Carmen de Chucurí y Cimitarra, así como los encargados de las PIC (Planes de intervención colectiva) en los municipios de estudio.

Entrevistas

Entrevista al encargado departamental

Se aplicaron al encargado de realizar las auditorías a cada uno de los municipios en el área de Enfermedades Transmitidas por Vectores; lo que permitió obtener una información más clara del seguimiento de la

enfermedad en estas zonas, asignación de recursos para planes de promoción y prevención, notificaciones, seguimiento de casos y de la normatividad; teniendo en cuenta aspectos como la investigación de foco, designación de personal, supervisión y evaluación, suministro de medicamentos, visitas, indicadores, control de vectores y el acuerdo de paz, ya que a partir de este acuerdo se realizó una migración de los participantes de grupos armados que llegaron desmovilizados a varios de estos municipios y municipios cercanos, algunos portadores de la enfermedad. (ANEXO 2)

Entrevista a profesionales de la salud de los hospitales de los 3 municipios

Se realizó una entrevista a los médicos y bacteriólogos de los hospitales públicos de cada uno de los municipios para verificar su familiaridad con la enfermedad, si conocían el protocolo a seguir para este tipo de casos y cuál era el seguimiento correspondiente que se realiza; ya que la falta de conocimiento o de capacitaciones acerca de los protocolos de vigilancia en salud pública estandarizada puede ser uno de los factores que debiliten la problemática en salud relacionada con la afección de leishmaniosis en zonas rurales del país. (ANEXO 3)

Encuestas

Encuestas plan de intervenciones colectivas (PIC)

Teniendo en cuenta que el plan de intervenciones colectivas es el encargado de realizar en cabeza de la Secretaría de Salud Municipal los programas de promoción y prevención, se realizaron encuestas a un representante del PIC de cada municipio para analizar qué enfoque se le está dando y si realmente tiene acciones direccionadas a la promoción y prevención de leishmaniosis así como al control del vector, por medio de preguntas enfocadas a vías de información, tamizaje, capacitaciones, vigilancia, talento humano, ejecución técnica, financiera y administrativa, resultados de las metas propuestas, veeduría y participación ciudadana, planeación, ejecución, monitoreo, factores de riesgo y vulnerabilidad. (ANEXO 4)

Encuesta a secretarías de salud municipales

La entidad responsable de los programas de promoción y prevención a nivel municipal son las Secretarías de Salud de cada municipio, la cual está encargada de la gestión para la asignación de recursos por parte del departamento, presentando las actividades que se van a realizar enfocadas a la prevención de Enfermedades Transmitidas por Vectores ETV. Además, es la encargada de realizar las auditorias correspondientes a los hospitales públicos y verificar el cumplimiento de la normatividad que rige a la leishmaniosis a nivel nacional, se realizaron las mismas preguntas de la entrevista al representante de la gobernación, pero con respuestas más cerradas para su posterior tabulación. (ANEXO 5)

Encuesta gerentes unidad local de salud

Se realizó una encuesta a cada uno de los gerentes de los hospitales públicos de estos tres municipios, para verificar el cumplimiento del Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de leishmaniosis en estas instituciones, que son las encargadas de dar atención en salud a los pacientes de este municipio; enfocados a acciones de promoción y prevención dentro y fuera de la unidad en salud, participación en el comité de vigilancia epidemiológica (COVE), diligenciamiento de ficha de notificación, remisión de muestras al laboratorio de referencia, participación con la comunidad, acceso a medicamentos, seguimiento y control de casos. (ANEXO 6)

Videoconferencias con representantes de las Secretarías de Salud

Se realizó una serie de videoconferencias con un representante de cada una de las Secretarías de Salud con el objetivo de identificar el seguimiento de la enfermedad por *Leishmania* en cada municipio y así mismo generar propuestas en cuanto a estas acciones.

6.5 Plan de procesamiento y análisis de Datos

El método implementado en la presente investigación para el procesamiento de la información recopilada en la fase inicial de este proyecto, es el analítico inductivo basados en la revisión bibliográfica de la normatividad de la leishmaniosis que rige en Colombia en los periodos

comprendidos entre 2009 y 2019, determinando las debilidades presentes en estos planes y programas; las cuales son objeto de nuestro estudio a partir de la experiencia de las entidades de control en estos municipios y a nivel departamental, siendo el punto de partida de las conclusiones y recomendaciones de los resultados obtenidos; ya que son estas entidades las que tienen contacto con la población y conocen de primera mano la problemática de estos municipios y la adherencia que se tiene a la normatividad permitiendo así dar un enfoque realista a la situación del país en cuanto a las enfermedades transmitidas por vectores.

Los datos suministrados de los casos presentados de *Leishmania* en los tres municipios de Santander fueron tabulados y analizados teniendo en cuenta 5 indicadores presentes para *Leishmania* en el territorio colombiano, establecidos en el documento "Lineamiento Táctico y Operativo de la Estrategia de Gestión Integrada Para las Enfermedades Transmitidas por Vectores a Nivel Territorial" los cuales son:

- Lograr la reducción progresiva y sostenida de muertes por *Leishmania* en un 50% en todas las entidades.
- La tasa de morbilidad sea de 90 por cada 100.000 habitantes en zonas endémicas.
- Intervenir en un 90% los focos intervenirles de leishmaniosis en las áreas endémicas.

- 100% de las IPS públicas y privadas disponen o tienen stock de medicamentos.
- El 100% de los pacientes con ETV, cuentan con plan de rehabilitación.

Colocando en contraste los anteriores indicadores con los planes de desarrollo que abarca el periodo en estudio, siendo las metas inicialmente propuestas para la gestión de *Leishmania*, así como los informes de gestión al final del periodo para determinar el porcentaje de eficacia por parte de los municipios.

Se realizó una matriz DOFA la cual nos permitió clasificar y validar las respuestas en 4 variables que son: debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas de las políticas públicas aplicadas en estos municipios, con la cual se crearon sugerencias en consenso con funcionarios de las secretarías de salud locales, con el fin se tengan en cuenta en los planes de desarrollo de este nuevo periodo que serán presentados en mayo.

7. RESULTADOS

Se revisó el Plan Decenal de Salud Pública, así como los objetivos, metas y estrategias planteadas en la dimensión que abarca las enfermedades transmitidas por vectores, teniendo en cuenta que el plan de desarrollo municipal debe estar dirigido a su cumplimiento ya que este es obligatorio. Así mismo se verificaron los indicadores y metas establecidos en el plan de desarrollo de cada municipio, teniendo en cuenta que abarca

tres administraciones diferentes y los resultados de eficacia en cuanto al cumplimiento demostrado en el informe de gestión presentado por cada mandatario al finalizar su periodo, de lo cual se obtuvo lo siguiente:

Dentro las 8 dimensiones prioritarias del Plan de Salud Pública, se encuentra la dimensión *vida saludable libre de enfermedades transmisibles*, el cual es un espacio de acción transectorial y comunitario que busca garantizar el disfrute de una vida sana, en las diferentes etapas del ciclo de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los territorios cotidianos de las personas, familias y comunidades; así como el acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y eventos transmisibles, con enfoque diferencial y equidad social, desde una perspectiva de desarrollo humano sostenible, presente en el componente 8.6.4.3.1; dirigido a condiciones y situaciones endemo - epidémicas dentro del cual se proponen los objetivos y metas a cumplir, así como las estrategias implementadas para la reducción de las enfermedades transmitidas por vectores.

Objetivo

a) Reducción de la carga de la Enfermedad Transmitida por Vectores (malaria, dengue, leishmaniosis, enfermedad de Chagas) producto de su discapacidad, mortalidad y morbilidad.

Metas

a) Estrategia de gestión integrada para la vigilancia, promoción de la salud, prevención y control de las ETV y Zoonosis implementada intersectorialmente en todo el territorio nacional.

b) Modelo gerencial implementado del programa nacional de ETV en la totalidad de los departamentos, distritos y en municipios prioritarios de categoría especial, 1, 2 y 3.

h) Reducción progresiva y sostenida del número de muertes por leishmaniosis visceral en un 50% en todas las entidades territoriales durante el periodo 2012-2021.

Metas planteadas en el lineamiento táctico y operativo de la Estrategia de Gestión Integrada para las Enfermedades Transmitidas por Vectores (EGI-ETV) a nivel territorial a 2021.

Lo evidenció que:

-Se ha logrado implementar intersectorialmente en todo el territorio nacional la Estrategia de Gestión Integrada para la vigilancia, promoción de la salud, prevención y control de las ETV y Zoonosis.

-A 2021, se ha logrado implementar el modelo gerencial del programa nacional de ETV en la totalidad de los departamentos, distritos y en municipios prioritarios de categoría especial, 1, 2 y 3.

Indicadores de resultado:

-Letalidad por leishmaniosis visceral: A 2021, se ha logrado la reducción progresiva y sostenida del número de muertes por leishmaniosis visceral en un 50% en todas las entidades territoriales.

Indicadores de Resultado de la EGI ETV que no fueron priorizados en el PDSP:

-Tasa de morbilidad por leishmaniosis: Reducir la tasa de morbilidad por leishmaniosis a menos de 90 casos por 100.000 habitantes en los focos intervenirles de las áreas endémicas del país durante el periodo 2012 - 2021. (Tasa mediana 2003 - 2010: 120).

- Identificar, intervenir y mantener controlados al menos el 90% de los focos intervenirles de leishmaniosis en las áreas endémicas del país, en el periodo 2012 - 2021.

Indicadores de seguimiento de la EGI:

- Atención Integral del Paciente.

Porcentaje de las IPS públicas y privadas disponen o tienen acceso al stock de medicamentos para el tratamiento de malaria, leishmaniosis, Chagas y otras ETV, según plan de distribución establecido por las DTS.

Meta: 100% de las IPS públicas y privadas disponen o tienen acceso al stock de medicamentos.

Porcentaje de los pacientes con ETV (Enfermedad de Chagas, Chikunguña y leishmaniosis mucocutánea) cuentan con plan de rehabilitación de acuerdo a la ruta de atención integral del evento diseñado por la EAPB e IPS.

Meta: El 100% de los pacientes con leishmaniosis cuentan con plan de rehabilitación.

Se realizó la revisión de la base de datos de notificación de casos suministrada de la gobernación para los años comprendidos entre 2009 a 2019, que contienen los casos de leishmaniosis cutánea, mucosa y visceral, en los cuales se encontraron los siguientes resultados:

Tabla 3. Casos de leishmaniosis según órgano afectado.				
Departamento de Santander 2009-2019				
AÑO	NÚMERO TOTAL DE CASOS	N° Cutánea	N° Mucosa	N° Visceral
CIMITARRA				
2009	63	63	0	0
2010	52	52	0	0
2011	48	48	0	0
2012	64	64	0	0
2013	49	49	0	0
2014	115	115	0	0
2015	57	57	0	0

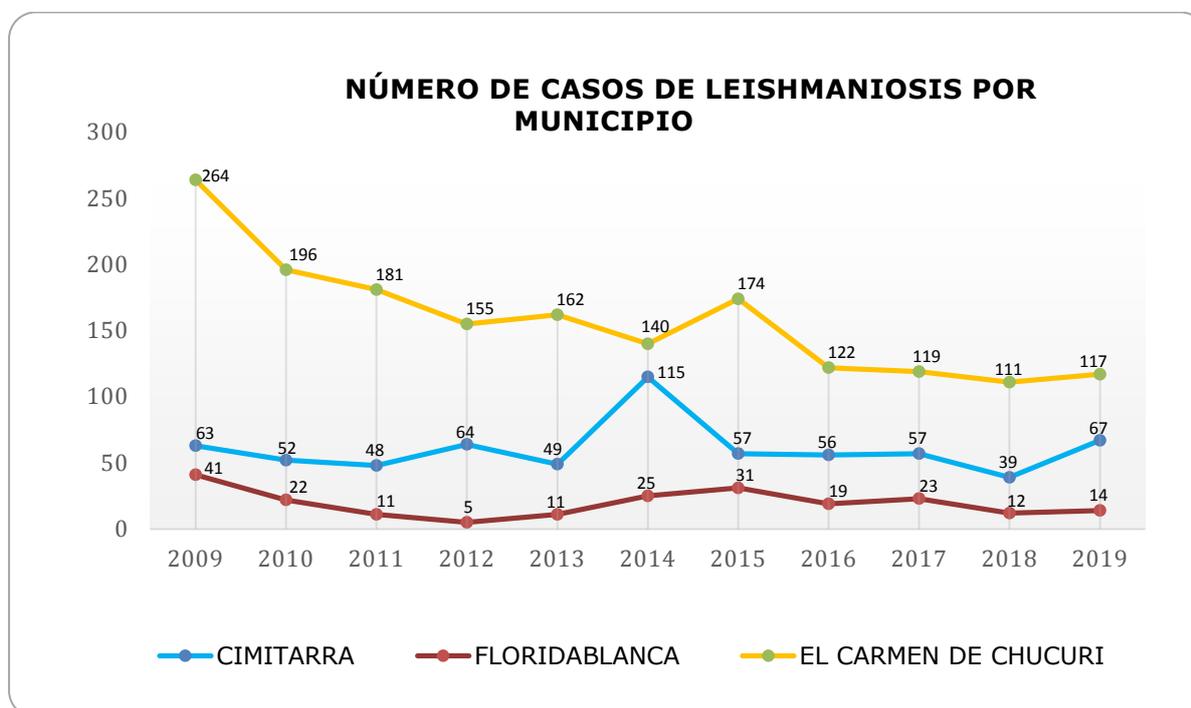
2016	56	56	0	0
2017	57	57	0	0
2018	39	39	0	0
2019	67	64	3	0

FLORIDABLANCA

2009	41	41	0	0
2010	22	19	2	1
2011	11	11	0	0
2012	5	0	0	0
2013	11	11	0	0
2014	25	23	1	1
2015	21	20	1	0
2016	19	19	0	0
2017	23	23	0	0
2018	12	11	1	0
2019	14	19	0	0
2009	264	264	0	0
2010	196	196	0	0
2011	181	181	0	0
2012	155	154	1	0
2013	162	162	0	0
2014	140	139	1	0
2015	144	144	0	0
2016	122	122	0	0

2017	119	119	0	0
2018	111	111	0	0
2019	117	117	0	0

Fuente: Gobernación de Santander. Procesado por las autoras.



Gráfica 1. Número de casos de leishmaniosis por Municipio. Fuente: Gobernación de Santander. Procesado por las autoras.

Indicadores y metas establecidas en el plan de desarrollo municipal, eficacia determinada en base a los resultados presentados en el informe de gestión de la alcaldía municipal de Cimitarra Santander para los tres diferentes periodos

2008-2011 "Cimitarra nuestro compromiso" ⁵⁴

2012-2015 "Cimitarra social y participativa" ⁵⁵

2016-2019 "de Corazón por Cimitarra" ⁵⁶

Cálculo de eficacia:

Eficacia= (Resultado alcanzado*100) / (Resultado previsto)

Indicador 2008-2012	Meta 2008-2012	Eficacia 2008-2012
Sin gestión	Sin gestión	0%
Indicador 2012-2015	Meta 2012-2015	Eficacia 2012-2015
porcentaje de residuos sólidos aprovechados.	Formulación e implementación de Planes de Gestión Integral de Residuos Sólidos.	50%
Indicador 2016-2019	Meta 2016-2019	Eficacia 2016-2019
Nº de campañas sobre control y prevención de enfermedades	M: Coordinar la realización de 4 campañas en diferentes sectores del municipio, sobre control y prevención	100%

transmitidas por vectores.	de enfermedades transmitidas por vectores.	
No. de planes de contingencia Implementados.	Gestionar e implementar 1 plan de contingencia para la mitigación y control de enfermedades de transmisión vectorial.	100%
No. de seguimientos realizados.	Realizar 1 seguimiento anual a las notificaciones de los eventos en salud pública por el SIVIGILA.	100%

Fuente: Alcaldía Municipal de Cimitarra. Informes de gestión. Procesado por las autoras.

Sin gestión: no se presentaron indicadores ni metas propuestas para este periodo en el plan de desarrollo municipal.

Indicadores y metas establecidas en el plan de desarrollo municipal, eficacia determinada en base a los resultados presentados en el informe de gestión de la alcaldía municipal de Floridablanca Santander para los tres diferentes periodos

2008-2011 "Modernidad con Desarrollo Social" ⁵⁷

2012-2015 "primero Floridablanca" ⁵⁸

2016-2019 "Floridablanca ahora puedes más" ⁵⁹

Indicador 2008-2012	Meta 2008-2012	Eficacia 2008-2012
sin gestión.	sin gestión.	0%
Indicador 2012-2015	Meta 2012-2015	Eficacia 2012-2015
Estrategia Integrada de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores operando.	Implementar la Estrategia Promoción de la Salud, Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores operando.	100%
Indicador 2016-2019	Meta 2016-2019	Eficacia 2016-2019

Cumplimiento de los indicadores de la Matriz EGI ETV.	Implementación la estrategia de vigilancia, promoción de la salud, prevención y control de las ETV y zoonosis en el municipio.	100%
---	--	------

Fuente: Alcaldía Municipal de Floridablanca. Informes de gestión. Procesado por las autoras.

Indicadores y metas establecidas en el plan de desarrollo municipal, eficacia determinada en base a los resultados presentados en el informe de gestión de la alcaldía municipal de El Carmen de Chucurí Santander para los tres diferentes periodos.

2008-2011 "Desarrollo integral con equidad justicia y paz" ⁶⁰

2012-2015 "Unidos por el desarrollo humano" ⁶¹

2016-2019 "Unidad, compromiso y desarrollo" ⁶²

Indicador	Meta	Eficacia
2008-2012	2008-2012	2008-2012
sin gestión.	sin gestión.	0%

Indicador 2012-2015	Meta 2012-2015	Eficacia 2012-2015
sin gestión.	sin gestión.	0%
Indicador 2016-2019	Meta 2016-2019	Eficacia 2016-2019
No. de jornadas de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente.	Realizar 2 jornadas por año de Inspección, Vigilancia, fumigación y Control de los factores de riesgo del ambiente para los vectores en coordinación con las autoridades.	100%

Fuente: Alcaldía Municipal del Carmen de Chucurí. Informes de gestión. Procesado por las autoras.

Encuestas y entrevistas

A partir de las encuestas y entrevistas se clasificaron dentro de una matriz DOFA los hallazgos más importantes, lo anterior se reforzó mediante la realización de videoconferencias con un representante de cada Secretaría de Salud para tener en cuenta como es el control de la leishmaniosis en cada municipio y así mediante un análisis técnico y crítico generar propuestas de mejora tanto en las entidades de salud públicas y privadas

de cada uno de los municipios, así como al interior de las secretarías de salud.

Municipio de Cimitarra:

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<p>Ejecución del Plan de Acción para el control de las ETV en el territorio así:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se brinda información a la comunidad sobre ETV. -Se realizan acciones para minimizar riesgo. -Se designa personal para vigilancia y control. -Se realiza asistencia a EPS e IPS. -Se realiza control de vectores. -Se realiza notificación departamental de casos de leishmaniosis. -Se realizan planes de contingencia para la mitigación de las ETV. -Se cuenta con suministro de 	<p>Incumplimiento en la ejecución de actividades para el control de ETV, debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> -No se realizan jornadas de salud para detección temprana. -No hay acciones en el PIC destinadas a ETV. -No se realizan acciones dirigidas a población de alto riesgo. -Falta de talento humano capacitado en salud pública. -No se realizan acciones de investigación de foco. -Se priorizan otras ETV más críticas en esta población como el dengue. -El personal de salud no recibe

medicamentos.	capacitaciones de actualización sobre la situación epidémica del municipio. -Experticia del talento humano en el diagnóstico.
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Disponer de lineamientos y apoyo de las autoridades sanitarias en: -Acceso a salud de poblaciones vulnerables. -Plan decenal de salud pública. -Apoyo de la secretaría de salud departamental.	-Presupuesto destinado a salud. -Priorización de la distribución del presupuesto.

Municipio de Floridablanca:

FORTALEZAS	DEBILIDADES
-------------------	--------------------

-Se brinda información a la comunidad sobre ETV.

-Se realizan acciones para minimizar riesgo.

-Se designa personal para vigilancia y control.

-Se realiza asistencia a EPS e IPS.

-Se realiza control de vectores.

-Se realiza capacitación al personal de salud en ETV.

-Se realizan auditorias para control de la notificación.

-Se cuenta con personal experto en salud pública en la secretaría de salud local.

-Se implementa una estrategia Integrada de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

-Se ha logrado tener controlado el número de eventos de

Incumplimiento en la ejecución de actividades para el control de ETV, debido a:

-No se realizan jornadas de salud para detección temprana.

-No hay acciones en el PIC destinadas a ETV.

-Se priorizan otras ETV más críticas en esta población como el dengue.

leishmaniosis. -Se cuenta con stock de medicamentos para la leishmaniosis.	
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
-Disponer de lineamientos y apoyo de las autoridades sanitarias -Se cuenta con apoyo de la secretaría de salud departamental.	-Recursos disponibles para actividades de promoción y prevención -No se cuenta con suficiente talento humano debido a los recursos para cobertura en promoción y prevención. -La leishmaniosis no se considera en Floridablanca una enfermedad de alto riesgo en la población por el número de casos anuales.

Municipio de El Carmen De Chucurí:

FORTALEZAS	DEBILIDADES
-Se realizan acciones para	Incumplimiento en la ejecución de

<p>minimizar riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se designa personal para vigilancia y control -Se realiza asistencia a EPS e IPS -Se realiza inspección, vigilancia, fumigación y Control de los factores de riesgo del ambiente para los vectores en coordinación con las autoridades -Se ha logrado la mitigación progresivamente de los casos de leishmaniosis en el municipio -Se realizan campañas de promoción y prevención en las veredas y poblaciones más vulnerables -Se cuenta con stock de medicamentos para leishmaniosis. 	<p>actividades para el control de ETV, debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> -No se cuenta con talento humano experto en salud pública en la secretaría de salud -Se requiere mayor comunicación entre la secretaría de salud y las entidades públicas de salud -No se realizan actividades en el PIC dirigidas -Se priorizan más otras ETV más críticas en el municipio como el dengue
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<p>Disponer de lineamientos y apoyo de las autoridades sanitarias en:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se cuenta con apoyo de la secretaría de salud departamental. 	<p>Situación presupuestal.</p> <ul style="list-style-type: none"> -No se cuenta con recursos para talento humano.

-La actual administración se ha empoderado de tomar acciones para mitigar las ETV, desatendidas anteriormente.

-Recursos destinados a salud.

8. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Al realizar la revisión de la dimensión *vida saludable libre de enfermedades transmisibles* del Plan Decenal de Salud Pública, se encuentran las directrices que da el gobierno nacional y que son de cumplimiento obligatorio en el territorio colombiano. En el periodo 2009-2019 transcurrieron 3 administraciones diferentes por lo cual se realizó la revisión de los Planes de Desarrollo de los tres municipios para los diferentes periodos gubernamentales (2008-2011, 2012-2015, 2016-2019) y de esta manera verificar que, dentro de los indicadores y metas planteados en cada Plan de Desarrollo, se cumpliera con las disposiciones establecidas en el PDSP.

Se debe tener en cuenta que el PDSP está proyectado para el periodo 2012-2021 por lo cual se cuenta con tiempo para el cumplimiento de las metas establecidas a partir de los resultados de este trabajo.

De los objetivos del PDSP ninguno hace referencia específicamente a leishmaniosis; estos están dirigidos de manera general a enfermedades transmitidas por vectores.

Al revisar el objetivo “disminuir las cargas de las enfermedades transmitidas por vectores” se evidencia que en los municipios a excepción de Cimitarra se ha logrado la reducción gradual de los eventos de leishmaniosis ya que este presentó un incremento en el año 2019. Este resultado en el municipio de Cimitarra está directamente relacionado con el problema de migración que actualmente está cursando el país, así lo declaró el secretario de salud local.

Haciendo hincapié en las metas, solo hay una dirigida a leishmaniosis, “Reducción progresiva y sostenida del número de muertes por leishmaniosis visceral en un 50% en todas las entidades territoriales durante el periodo 2012-2021”. La eficacia ha sido del 100% hasta el periodo 2019. Las muertes por leishmaniosis en los tres municipios y en el departamento de Santander se redujeron a cero teniendo un éxito total en el control de leishmaniosis visceral en este territorio. Se presentaron 2 casos en Floridablanca (2010 y 2014), pero no fueron letales. La leishmaniosis cutánea sigue siendo la de mayor presencia en estos municipios y a nivel nacional, representando el 96.6% de las leishmaniosis en el país, según el Instituto Nacional de Salud.

Las Estrategias de Gestión Integrada para la vigilancia, promoción de la salud, prevención y control de las ETV y Zoonosis, así como la implementación del modelo gerencial del programa nacional de ETV en la totalidad de los departamentos, distritos y en municipios prioritarios de categoría especial, 1, 2 y 3. deben ser adoptadas por cada municipio.

Para el municipio de Cimitarra se observa que en el periodo 2008-2011 no presentó en su Plan de Desarrollo ninguna acción dirigida a las ETV, teniendo una eficacia de 0%. En el periodo 2012-2015; si bien no eran acciones dirigidas a las ETV o específicamente a leishmaniosis, se plantea en el Plan de Desarrollo la gestión de residuos, que finalmente tendrá un impacto en el control del vector y así lo plantean en ese documento, la Alcaldía de Cimitarra deja en un 50% la construcción de una planta de disposición de residuos, así está descrito en el informe de gestión cuando finalizó el 2015, obra culminada en el 2017 con el cambio de administración. Para el periodo 2016-2019 se logra una efectividad del 100% en las tres metas elaboradas en ese gobierno, campañas para control y prevención de ETV, implementación de plan de contingencia para la mitigación de ETV y seguimiento anual de notificaciones de los eventos de salud pública al SIVIGILA. Se logra con estas medidas mantener un control del número de eventos de leishmaniosis anuales. En 2014 se evidencia un pico de número de casos, esto debido a que Cimitarra es una zona roja de conflicto y el año 2014 incremento el número de campamentos guerrilleros en esta zona, lo cual puede estar relacionado.

El municipio de Floridablanca es quien menos número de eventos de leishmaniosis presenta para este estudio y se ha disminuido con el paso del tiempo hasta el último periodo que comprende este estudio (2019). Al igual que Cimitarra no presentó gestión para ETV en 2008-2011 por lo cual su eficacia fue 0%. En 2012-2015 presentó en su Plan de Desarrollo

la implementación de la estrategia promoción de la salud, prevención y control de ETV con una eficacia de 100%; así mismo para 2016-2019, pero dando también un enfoque a las zoonosis en el municipio en esta estrategia con un cumplimiento del 100%. La baja morbilidad del municipio de Floridablanca con respecto a los otros dos municipios es debido a que la mayoría de la población reside en zonas urbanas, en Cimitarra y el Carmen de Chucuri más de la mitad de la población residen en zonas rurales haciéndolos una población más vulnerable a esta problemática.

El Carmen de Chucuri a pesar de ser el municipio con mayor número de eventos de leishmaniosis no presentó gestión para los periodos comprendidos entre 2008-2015 dirigida a ETV en su Plan de Desarrollo, el cual estaba más enfocado al sector salud y la cobertura de Atención Primaria en Salud de la población. Para el periodo 2016-2019 se plantea como meta en el Plan de Desarrollo de esta administración, realizar jornadas anuales de inspección, vigilancia, fumigación y factores de riesgo del ambiente para vectores en coordinación con las autoridades; lo cual tuvo un impacto positivo en la leishmaniosis causando un descenso del número de casos desde el 2016 y el cual tuvo una eficacia del 100%.

De acuerdo a las entrevistas y encuestas se pudo evidenciar que uno de los principales problemas que se presentan es la falta de talento humano por la falta de recursos destinado a salud; por lo anterior es complicado

realizar campañas de promoción y prevención que tengan una cobertura que genere impacto en la población y minimice los factores de riesgo.

La leishmaniosis no es una enfermedad a la cual den prioridad en ninguno de estos tres municipios; ya que son pocos los casos que se presentan en contraste con otras ETV como el dengue, que tiene mayores incidencias y cobra muchas vidas cada año, no solo en Santander sino en diferentes territorios nacionales. Es por esta razón que la leishmaniosis era considerada una enfermedad desatendida.

Se muestra de manera positiva en las visitas realizadas a los centros de salud públicos y privados que la cobertura de medicamentos es total, logrando así una de las metas del PDSP; así como que el 100% de los pacientes con leishmaniosis cuentan con plan de rehabilitación, hay que tener en cuenta que esta rehabilitación está ligada a la adherencia del tratamiento de cada paciente.

Las tasas de morbilidad en estos municipios aún son demasiado altas superando los 90 casos por 100.000 habitantes a excepción de Floridablanca. Se debe realizar un mayor esfuerzo e implementar estrategias que permitan minimizar la morbilidad en Cimitarra y Floridablanca en los dos años que quedan y de esta manera poder cumplir con la meta propuesta en el PDSP por medio del lineamiento técnico y operativo de la estrategia de gestión integrada para las enfermedades transmitidas por vectores a nivel territorial.

9. DISCUSIÓN

La leishmaniosis sigue siendo un problema de salud pública en el territorio colombiano, donde las personas más afectadas son aquellas residentes en zonas rurales con alto riesgo para las ETV, debido a sus condiciones climáticas que favorecen al vector. Es por esta razón que el gobierno nacional generó diferentes estrategias planteadas en el Plan Decenal de Salud Pública para lograr mitigar los efectos colaterales de la enfermedad. En los municipios como Floridablanca, el Carmen de Chucuri y Cimitarra, según los secretarios de salud locales y así confirmado en los planes de desarrollo el presupuesto para salud no supera el 6% ya que demandan con mayor prioridad temas de educación e infraestructura y de ese 6% no hay recursos usados exclusivamente a la mitigación de la leishmaniosis. Se ve reflejado así, el planteamiento de C. Beyrer ³⁶, la mala gobernanza a lo largo de los años ha dejado en el olvido a enfermedades como la *Leishmania* que no son prioridad para los gobiernos de América Latina.

La leishmaniosis cutánea sigue siendo la más común en Colombia y en estos 3 municipios por lo cual no se presentan muertes en estos sectores por la enfermedad. G. Romero ³⁵ plantea que la eliminación de la leishmaniosis visceral zoonótica en América Latina no es todavía un objetivo realista teniendo en cuenta la complejidad y diversidad de sus escenarios de transmisión, las brechas de conocimiento científico y la falta de intervenciones adecuadas y debidamente validadas. De acuerdo al informe de leishmaniosis No 6 de febrero de 2018 de la OMS el 96% de

los casos de leishmaniosis visceral fue notificado por Brasil y se ha observado un aumento de los casos en Argentina, Paraguay, Colombia y Venezuela, sin embargo, en Colombia el porcentaje de leishmaniosis visceral está por debajo del 1% con respecto al total de casos, sin presentar ninguna muerte en el departamento de Santander.

Previo al PDSP que empezó a ser implementado como tal en los entes territoriales en el año 2012 estaba en vigencia el Plan Nacional de Salud Pública 2007 - 2010, que se adopta mediante el Decreto 3039 de 2007 (Social M. d., Plan Nacional de Salud Pública 2007 - 2010, 2007), se ve un impacto favorable en la transición de la implementación del PDSP disminuyendo notablemente el número de afectados por enfermedad de leishmaniosis en los tres municipios y manteniendo controlado los mismos. El PDSP busca reconocer las diferencias territoriales; en muchos casos la gestión departamental y municipal evidencian debilidades en eficiencia, priorización y focalización de los recursos disponibles y esta priorización debe ser el eje de toda política pública en salud, el poder hacer una disposición correcta de estos recursos que en un país como Colombia son escasos.

El factor económico genera una relación directa asociando la pobreza con la leishmaniosis, la población más vulnerable está ubicada en los sectores rurales de Cimitarra y El Carmen de Chucurí, municipios que disponen de un hospital público que cuenta con médicos y bacteriólogos rurales o que llevan máximo 2 años en el cargo que cuentan con poca experiencia en enfermedades tropicales, y esto se convierte en una debilidad en el

momento del diagnóstico ya que la falta de experticia es evidente y así lo hizo ver la secretaría de salud y los mismos profesionales en las encuestas, algunos ya habían escuchado de la leishmaniosis pero no están familiarizados con dicha enfermedad. A esto se suma la constante rotación de personal, bien sea porque terminan su servicio social obligatorio o porque por falta de pago de las entidades públicas de salud deciden renunciar.

Estos habitantes de zonas rurales tienen que desplazarse a la cabecera municipal desde sus sitios de residencia, lo que conlleva gastos de transporte entre otros con los que muchas veces no cuentan; por tal motivo prefieren quedarse en su hogar y realizarse remedios caseros. Esta problemática se ve presente en diferentes zonas rurales del país. Patiño⁶³ en su estudio socio epidemiológico de la leishmaniosis cutánea evidencia que la población de escasos recursos busca métodos alternativos de tratamiento (ungüentos, plantas, macerados, y hasta rezos) y al realizar las entrevistas al personal de salud se pudo constatar que esta situación no es muy diferente en Cimitarra y El Carmen de Chucuri aun si los pacientes estaban afiliados a algún régimen de salud, no tienen conocimiento de la etiología de la enfermedad y por lo mismo no se toman medidas de protección ante el vector. Lo anterior demuestra una evidente falta de cobertura de promoción y prevención de la enfermedad, que no se ha tenido en cuenta en estos dos municipios donde la problemática es mayor.

La cobertura en salud se ha ampliado y esto ha favorecido el acceso a salud de las personas de menores recursos, así mismo el proceso de paz celebrado en el año 2016 ayudó a facilitar la distribución de medicamentos que antes tenía un control especial, ya que muchos campesinos de los sectores tenían miedo de ser vinculados con grupos al margen de la ley en estas dos zonas rojas del país.

Otro panorama se ve en Floridablanca que queda cerca de la Capital del departamento de Santander donde la mayoría de población es urbana, el nivel de alfabetización es mayor y se cuenta con un buen número de servicios de salud públicos y privados en donde el acceso a salud es más fácil y oportuno. Lo anterior se constata con el hecho de que a pesar de tener más del doble de población que los otros dos municipios su tasa de morbilidad para leishmaniosis no supera los 90 casos por 100.000 habitantes.

Las políticas públicas en salud según F.A Escobar ⁶⁴ del instituto de salud pública de la universidad nacional se debe hacer un refuerzo en la investigación desde un punto de vista regional, implementar estrategias de priorización, el país carece de una carrera de investigadores de orden nacional y pública.

Adicional a la falta de recursos se suma el problema de corrupción del país al cual no son ajenos estos municipios, en este periodo de tiempo se presentaron escándalos de apropiación de recursos públicos por lo que se dio orden de captura de los alcaldes de Floridablanca y de El Carmen de

Chucuri. Los pocos recursos que se destinan son muchas veces desviados o despilfarrados.

La adherencia a los protocolos de leishmaniosis está directamente atada a las condiciones de salud que presente el municipio, a la infraestructura hospitalaria, el personal sanitario disponible y las demoras por parte de las EPS y EPSS en las autorizaciones para realizar un diagnóstico y posterior tratamiento. Y lo mismo sucede con los planes de desarrollo ya que estos a pesar de estar direccionados a cumplir las metas establecidas en las diferentes políticas públicas deben ser aterrizados al presupuesto con el que cuenta cada municipio para atender las necesidades de la población, y al tener tasas de mortalidad tan bajas se priorizan recursos para atención de dengue que tiene mayor morbilidad y mortalidad en el caso de los 3 municipios, dejando de un lado la leishmaniosis.

Las políticas públicas están enfocadas tanto a la prevención, como el control de la Leishmaniosis, y abarca una serie de acciones específicas dirigidos a los agentes interventores en la transmisión de *Leishmania*. Las intervenciones en materia de salud pública se encuentran dirigidas a el parásito, el vector y los reservorios teniendo como principal objetivo prevenir la infección en el huésped definitivo (humanos); por lo tanto las acciones dirigidas a cada uno de estos agentes son de vital importancia, y nos ofrecen una realidad modificable a esta problemática, pues el parásito no depende estrictamente del vector ni de los reservorios, ya que cuenta con el huésped humano dentro del marco de su ciclo antroponótico, queriendo decir que el riesgo de infección persiste mientras exista el

parásito en cualquiera de estos tres elementos. Las actividades económicas humanas en el hábitat de los reservorios propios de *Leishmania*, así como sus vectores, proveen el aumento de riesgo de transmisión, el contacto con reservorios domiciliarios y peri domiciliarios como los perros y ratas domésticas presentes respectivamente en estas zonas, además del clima que favorece la reproducción y desplazamiento de los vectores en estos territorios. Las acciones presentes en el Plan Territorial de Salud de los correspondientes municipios, algunos de ellos presentan acciones para el control de vectores, pero no para el control de reservorios dentro de la cadena epidemiológica. En algunos países endémicos los programas de control tienen por objetivo la prevención de la infección humana mediante el control de vectores, fumigando las casas con insecticidas de acción residual; y control de reservorios con el sacrificio de perros infectados, siendo eficaz en países como China o alternativas como el uso de collares o lociones insecticidas reduciendo la proporción de vectores que sobreviven tras haber picado a dicho reservorio. En estos municipios no es viable hacer control vectorial ya que se necesita medida de control poseer conocimientos mínimos sobre la estacionalidad, distribución y abundancia de los vectores y reservorios incriminados de cada zona. Además, usar insecticidas tiene un efecto corto y un gasto periódico.

10. CONCLUSIONES

En Colombia no se tiene en cuenta uno de los objetivos de el plan de acción para fortalecer la vigilancia y control de la leishmaniosis en las Américas 2017-2022 que se enfoca directamente en la leishmaniosis cutánea en niños. Sin embargo, si se ha logrado disminuir la incidencia y mortalidad por leishmaniosis visceral.

Se debe reforzar la cobertura en salud en las zonas rurales donde un gran número de habitantes aún no tiene acceso a servicios de salud, para poder garantizar diagnóstico, rehabilitación, y seguimiento de los casos, ya que, si bien el gobierno ha hecho un gran esfuerzo a lo largo de la última década para ampliar la cobertura, aún hace falta un largo camino en la zonas más pobres y vulnerables que finalmente son los que más lo requieren.

A pesar de los esfuerzos para que las políticas públicas en salud tengan una cobertura a toda la población por medio de las estrategias planteadas para su implementación por parte de las autoridades locales en función de sus planes de desarrollo para cada periodo, para cubrir las necesidades de su población, cada región tiene necesidades específicas para lo cual se requiere personal idóneo con conocimiento en salud pública en las secretarías de salud locales que puedan dar una correcta asesoría en las metas establecidas en cada plan de desarrollo así como hacer seguimiento de su respectivo cumplimiento.

Se debe priorizar la salud para destinación de recursos ya que en el municipio de Cimitarra y el Carmen de Chucurí no se cuenta con centros de salud óptimos que garanticen la atención de toda la población, la falta de talento humano en los centros de salud públicos es inminente, se cuenta muchas veces solo con rurales tanto en el área de medicina como de bacteriología y profesionales de salud que renuncian ante la falta de pago por parte de las instituciones por lo que la prestación de servicio a la comunidad es limitada.

Las estrategias de promoción y prevención deben ser el pilar de toda política pública, es mejor invertir en prevención de la enfermedad que en un tratamiento para la misma y estas deben tener protagonismo en el plan de desarrollo de cada municipio para atender las necesidades de salud en la población. Se ve expuesto en la revisión de los planes de desarrollo municipal que no se están teniendo en cuenta los planes de promoción y prevención para ETV a excepción de Floridablanca y esto puede explicar en gran medida porque es el municipio que tiene mayor control de la enfermedad.

Aunque se tengan una efectividad del 100% en las metas planteadas en el plan de desarrollo municipal, si estas no van adheridas a las estrategias planteadas en el PDSP, los protocolos y lineamientos para control de la leishmaniosis no van a tener un impacto en el seguimiento de la enfermedad, pues a pesar de que cada municipio tiene la autonomía de

adecuar el plan decenal a las necesidades de la población, la finalidad debe ser la misma; y se deben tener en cuenta todos los aspectos que ya previamente fueron planteados por un grupo de expertos en salud pública y que fueron desarrollados con el fin de tener un cumplimiento para garantizar la salud y calidad de vida de todos los colombianos.

11.RECOMENDACIONES

Por medio de la reunión con los encargados de las secretarías de salud de cada municipio en la que se creó la matriz DOFA, se establecieron varias debilidades las cuales en consenso con los tres municipios se pueden mejorar teniendo en cuenta que el plan de desarrollo de este periodo se presentará en el mes de mayo, y se busca que estas sean propuestas a los asesores encargados de redactar el anterior documento. Con lo cual se busca tener en cuenta las metas planteadas en el PDSP dirigidas a las ETV para mitigar la problemática de salud pública vinculada a la leishmaniosis. Además de posibles recomendaciones que como primera autoridad de salud pueden sugerir a las diferentes entidades de salud y su personal.

Se debe hacer un gran esfuerzo desde la secretaría de salud de cada municipio para ampliar la cobertura de acceso a salud, ya que en los municipios con grandes extensiones rurales muchos de sus habitantes no están afiliados a ninguno de los regímenes de salud, por lo general son habitantes que se encuentran en pobreza y pobreza extrema, y que no tienen el conocimiento para realizar los trámites de afiliación. Esto dificulta el correcto control y vigilancia de la leishmaniosis ya que no se tendrán

cifras reales del número de casos presentes en cada municipio, teniendo en cuenta que si no se acercan a ninguna institución prestadora de salud no van a ser reportados.

Se recomienda que se implementen acciones de promoción y prevención (PyP) en donde se puedan incluir actividades del plan de intervenciones colectivas para educar a la población sobre las ETV. Lo cual sería una buena implementación del recurso humano con el que se cuenta para fortalecer la mayor debilidad encontrada en el presente estudio en los tres municipios que es la falta de estrategias direccionadas a la PyP.

Realizar capacitaciones periódicas al personal de salud que ingresa a las instituciones de salud y actualización sobre ETV y normatividad vigente para atención, control, y vigilancia. Es importante que el profesional de salud que no tiene la experticia en casos de leishmaniosis se capacite para garantizar una atención en salud de calidad, ya que muchos están realizando su servicio social obligatorio y no están familiarizados con la enfermedad por lo que muchas veces no se da una atención oportuna o no se realizan los diagnósticos diferenciales adecuados. Además, es importante capacitar a los bacteriólogos o encargados de la toma de la muestra, ya que esta no es de rutina y probablemente los profesionales que llegan a estos municipios nunca la han realizado. Una muestra escasa o tomada incorrectamente puede causar falsos negativos, retrasando la atención.

Tener en cuenta dentro de los propósitos del plan de desarrollo todas las ETV incluida la leishmaniosis, ya que sólo se da prioridad al dengue y se

dejan a un lado las demás, cabe mencionar que estas siguen siendo un problema de salud pública en los tres municipios y las estrategias deben estar dirigidas a su mitigación.

Implementar una mayor comunicación interinstitucional entre secretarías de salud y las entidades de salud. Se debe trabajar de la mano de los diferentes actores tanto a nivel municipal como departamental.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Informe de una reunión del Comité de Expertos de la OMS sobre el Control de las Leishmaniasis, Ginebra, 22 a 26 de marzo de 2010 [Internet]. 2012. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/82766/WHO_TRS_949_spa.pdf;jsessionid=149690035DF8ACF7559CC5794CFDDEB1?sequence=1
2. Ministerio de Salud y Protección Social. LINEAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL DE LEISHMANIASIS EN COLOMBIA. BOGOTA D.C.; 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/Lineamientos-leishmaniasis.pdf>
3. Leishmaniasis: un reto para la salud pública que exige concertación de voluntades y esfuerzos. Biomédica. Instituto Nacional de Salud. Volumen 26, Suplemento No. 1, Leishmaniasis - Bogotá, D. C., Colombia - octubre, 2006

4. GAST GALVIS A, Comunicación presentada a la Academia Nacional de Medicina con fecha 14 de febrero de 1944
5. Morales A, Rodríguez G. PRIMER CASO COLOMBIANO DE LEISHMANIASIS VISCERAL. Biomédica. 1996;(16):21-24
6. PENNA, H. A. -"Visceral Leishmaniosis in Brazil". Brazil médico. 46: 949, 1939
7. Leishmaniosis cutánea en Colombia y género. SCIELO. Antioquia; 2001. p. 171-180. Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2001000100018&script=sci_arttext&tlng=es
8. Organización Mundial de la Salud. Informe Epidemiológico de las Américas Leishmaniasis [Internet]. 2019. Available from: http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/pdf/Leishmaniasis_Epidem_%20Report_America_2016_WHO_PAHO.pdf
9. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Resolución CD49.R19. Washington D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20\(Esp.\).pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20(Esp.).pdf)
10. MANUAL PARA LA REALIZACIÓN DE UNIDADES DE ANÁLISIS DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA [Internet]. Bogotá D.C.; 2017 [cited 29 May 2019]. Available from:

<https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Documentacin%20para%20hacer%20%20unidad%20de%20anlisis%20de%20caso/Manual%20unidad%20de%20an%C3%A1lisis.pdf>

11. Decreto 3039 de 2007

12. Instituto Nacional de Salud. INFORME DE EVENTO LEISHMANIASIS, COLOMBIA, 2017 [Internet]. 2017. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/LEISHMANIASIS%202017.pdf>

13. GUÍA PARA LA ATENCIÓN CLÍNICA INTEGRAL DEL PACIENTE CON LEISHMANIASIS [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2019 [cited 24 May 2019]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documents/Salud%20P%C3%BAblica/Ola%20invernal/Clinica%20Leishmaniasis.pdf>

14. GUÍA DE ATENCIÓN DE LA LEISHMANIASIS [Internet]. [cited 6 June 2019]. Available from: <https://www.policia.gov.co/sites/default/files/53-LEISHMANIASIS.pdf>

15. 3a REUNIÓN DE LOS PROGRAMAS NACIONALES DE LEISHMANIASIS DE LOS PAÍSES PRIORITARIOS DE LAS AMÉRICAS [Internet]. Bogotá; 2015 [cited 15 May 2019]. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/2016-cha-3a-reunion-regional-leish-america-repleish.pdf>

16. Colombia, el país con más especies de parásitos de Leishmania [Internet]. Universidad del Rosario; [cited 13 June 2019]. Available from: <https://www.urosario.edu.co/UCD/Leishmania/Documento/pdf-fasciculo-Leishmaniasis-universidad-del-rosari/>
17. LEISHMANIOSIS VISCERAL Estudio epidemiológico del primer caso diagnosticado en Colombia. Biomédica [Internet]. 1996 [cited 18 June 2019];(16):5-12. Available from: [http://file:///C:/Users/salatec33/Downloads/1422-Texto%20del%20manuscrito%20completo%20\(cuadros%20y%20figuras%20insertos\)-5048-1-10-20120925.pdf](http://file:///C:/Users/salatec33/Downloads/1422-Texto%20del%20manuscrito%20completo%20(cuadros%20y%20figuras%20insertos)-5048-1-10-20120925.pdf)
18. Arroyave Alzate S. Las políticas públicas en Colombia. Insuficiencias y desafíos. 1st ed. / Revista del Departamento de Ciencia Política, Universidad Nacional, Sede Medellín. Medellín; 2011.
19. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal [Internet]. Bogotá D.C; 2018. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2018%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2031.pdf>
20. Sánchez Saldaña, L., Sáenz Anduaga, E., Pancorbo Mendoza, J., Zegarra Del Carpio, R., Garoés Velasco, N. and Regis Roggero, A., 2004. Leishmaniasis. In: Dermatología Peruana, 2nd ed.

21. Salgado-Almario J, Hernández CA, Ovalle CE. Geographical distribution of *Leishmania* species in Colombia, 1985-2017. *Biomédica*. 2019;39: 278-90. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v39i3.4312>
22. Pereira Á, Pérez M. *Leishmaniasis*. Elsevier. 2002;(21).
23. Sánchez Saldaña, L., Sáenz Anduaga, E., Pancorbo Mendoza, J., Zegarra Del Carpio, R., Garoés Velasco, N. and Regis Roggero, A., 2004. *Leishmaniasis*. In: *Dermatología Peruana*, 2nd ed.
24. Corredor A, Kreutzer RD, Tesh RB, Boshell J, Palau MT, Caceres E, Duque S, Pelaez D, Rodriguez G, Nichols S, et al. Distribution and etiology of *Leishmaniasis* in Colombia. *Am J Trop Med Hyg*. 1990 Mar;42(3):206-14
25. BAENA PACHECO Y. GEODISTRIBUCIÓN DE ESPECIES DE *Leishmania* sp. EN COLOMBIA [Pregrado]. PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA; 2013.
26. Moreno, M., Ferro, C., Rosales, M., Rubiano, L., Delgado, M., Cossio, A., Gómez, M., Ocampo, C. and Saravia, N. (2016). First report of *Warileya rotundipennis* (Psychodidae: Phlebotominae) naturally infected with *Leishmania* (*Viannia*) in a focus of cutaneous leishmaniasis in Colombia. NCBI, [online] (148), pp.191-196. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4654406/pdf/nihms737097.pdf> [Accessed 8 Oct. 2019].

27. World Health Organization <http://www.who.int/leishmaniasis> consultado Diciembre de 2018

28. Instituto Nacional de Salud (2018). Informe Técnico de la vigilancia por el laboratorio de Leishmaniasis 2018. [online] Bogotá, D.C. Available at: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informacin%20de%20laboratorio/Informe_Vigilancia_Laboratorio_Leishmaniasis_2018.pdf [Accessed 8 Oct. 2019].

29. Publicaciones Informe de Evento. Ins.gov.co. URL: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>

30. Rodriguez Toro Gerzain . Revista biomédica Vol 3 No 3. 1983 tomado de : [file:///C:/Users/salatec43/Downloads/1865-Texto%20del%20manuscrito%20completo%20\(cuadros%20y%20figuras%20insertos\)-7145-1-10-20130809.pdf](file:///C:/Users/salatec43/Downloads/1865-Texto%20del%20manuscrito%20completo%20(cuadros%20y%20figuras%20insertos)-7145-1-10-20130809.pdf)

31. Pereira Á, Pérez M. Leishmaniosis. ElSevier. 2002;(21).

32. Sánchez J. OPS/OMS | Leishmaniasis cutánea y mucosa [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2020 [cited 17 March 2020]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6417:2012-leishmaniasis-cutanea-mucosa&Itemid=39345&lang=es

33. Leishmaniasis visceral [Internet]. Minsalud.gov.co. [cited 17 March 2020]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Qu%C3%A9%20es%20la%20leishmaniasis.pdf>
34. Organización Panamericana de la Salud. Manual de procedimientos para vigilancia y control de las leishmaniasis en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019.
35. Romero, G. and Boalaert, M., 2010. Control of Visceral Leishmaniasis in Latin America—A Systematic Review. In: *PLoS Neglected Tropical Disease*, 4th ed. Hechmi Louzir, Institut Pasteur de Tunis, Tunisia.
36. Beyrer, C., Villar, J. C., Suwanvanichkij, V., Singh, S., Baral, S. D., & Mills, E. J. (2007). *Neglected diseases, civil conflicts, and the right to health. The Lancet*, 370(9587), 619–627. doi:10.1016/s0140-6736(07)61301-4
37. Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud OPS/ OMS (2017). PLAN DE ACCIÓN PARA FORTALECER LA VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS LEISHMANIASIS EN LAS AMÉRICAS 2017-2022.
38. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública [Internet]. 2017 [cited 30 May 2019]. Available from: <https://www.who.int/leishmaniasis/burden/Protocolo-de-vigilancia-en-salud-publica-Leishmaniasis-Colombia.pdf?ua=1>

39. Organización Panamericana de la Salud (2011). GUÍA PARA EL DESARROLLO DE PLANES INTEGRADOS DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN, CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DESATENDIDAS.

40. Plan Decenal de Salud Pública [Internet]. Bogotá; 2013 [cited 14 May 2019]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

41. Ministerio de Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Situación de la leishmaniasis en Colombia, semana epidemiológica 1-52 del 2013. Bogotá: 2008.

42. Instituto Nacional de Salud (n.d.). Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Leishmaniasis código 420, 430 y 440. Bogotá, D.C.

43. Muriel Fernández R, García Galán R. Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes [Internet]. 2001 [cited 20 June 2019]. Available from: <file:///C:/Users/salatec33/Downloads/9.3.3.%20Manual.pdf>

44. Instituto Nacional de Salud y Organización Panamericana de la Salud (n.d.). GESTIÓN PARA LA VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA Y CONTROL DE LA TRANSMISIÓN DE LEISHMANIASIS.

45. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Caracterización eco epidemiológica de focos de transmisión de leishmaniasis en Colombia. 2007.
46. Alexander, B. 2000. Sampling methods for phlebotomine sandflies. *Medical and Veterinary Entomology*. 14: 109-122.
47. Decision-making for the judicious use of the insecticides. WHO/CDS/WHOPES/2004.9B, World Health Organization.
48. Instituto Nacional de Salud, Proceso vigilancia y control en salud pública. Protocolo de vigilancia y control de leishmaniasis, 2012
49. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública LEISHMANIASIS [Internet]. 2014 [cited 14 June 2019]. Available from: <https://www.clinicamedihelp.com//documentos/protocolos/PRO%20Leishmaniasis.pdf>
50. Organización Panamericana de la Salud (2011). GUÍA PARA EL DESARROLLO DE PLANES INTEGRADOS DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN, CONTROL Y ELIMINACIÓN DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DESATENDIDAS.
51. Dobles-Ulloa A, Perriard C. Representaciones, actitudes y prácticas respecto a la leishmaniasis cutánea en la población del Cantón de Acosta, provincia de San José, Costa Rica: estudio antropológico exploratorio. *Cadernos de Saúde Pública*. 1994;10(2):181-189.

52. Vélez ID, Hendrickx E, Robledo SM, del Pilar Agudelo S. Leishmaniosis cutánea en Colombia y género. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001;17(1):171-180.

53. Patiño Londoño S, Salazar L, Tovar Acero C, Vélez Bernal I. Aspectos socio epidemiológicos y culturales de la leishmaniasis cutánea: concepciones, actitudes y prácticas en las poblaciones de Tierralta y Valencia, (Córdoba, Colombia). *SCIELO [Internet]*. 2017 [cited 8 October 2019];(123). Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2017.v13n1/123-138/es>

54. Sabogal W. Alcaldía Municipal de Cimitarra. Plan de desarrollo 2008-2011 "Cimitarra nuestro compromiso". 2008.

55. Soto S. Alcaldía Municipal de Cimitarra. Plan de desarrollo 2012-2015 "Cimitarra Social y Participativa". 2012.

56. Pinzón Sierra M. Alcaldía Municipal de Cimitarra. Plan de desarrollo 2016-2019 "De Corazón por Cimitarra". 2016.

57. Balcazar E. Alcaldía Municipal de Floridablanca. Plan de Desarrollo Municipal 2008-2011 "Modernidad con Desarrollo Social". 2008.

58. Diaz Barrera N. Alcaldía Municipal de Floridablanca. Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015 "Primero Floridablanca". 2012.

59. Mantilla Rueda G. Alcaldía Municipal de Floridablanca. Plan de Desarrollo Municipal 2016-2019 "Floridablanca ahora puedes más".

60. Suarez Parra N. Alcaldía Municipal del Carmen de Chucurí. Plan de Desarrollo Municipal 2008-2011 "Desarrollo integral con equidad y justicia". 2008.

61. Diaz Montañez A. Alcaldía Municipal del Carmen de Chucurí. Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015 "Unidos por el desarrollo humano". 2012.

62. Rueda Rueda I. Alcaldía Municipal del Carmen de Chucurí. Informe de gestión 2016-2019 "Unidad Compromiso y Desarrollo". 2019.

63. Patiño Londoño, S., Salazar, L., Tovar Acero, C. and Vélez Bernal, I., 2017. Aspectos socio epidemiológicos y culturales de la leishmaniasis cutánea: concepciones, actitudes y prácticas en las poblaciones de Tierralta y Valencia, (Córdoba, Colombia). In: Scielo, 13th ed. pp.123-138.

64. Escobar Diaz F, Agudelo Calderón C. Investigación en salud como política pública en Colombia: balance y perspectivas. 18th ed. Scielo. 2016. p. 484-494.

ANEXO 1

Datos básicos

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

1. INFORMACIÓN GENERAL		FOR-R02.0000-001 V:08 2019-02-01	
1.1 Código de la UPGD <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Departamento Municipio Código Sub-índice </div>		Razón social de la unidad primaria generadora del dato	
1.2 Nombre del evento		1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
2.1 Tipo de documento <input type="radio"/> RC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> MS <input type="radio"/> AS <input type="radio"/> PE		2.2 Número de identificación	
*RC : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CÉDULA CIUDADANA CE : CÉDULA EXTRANJERA - PA : PASAPORTE MS : MENOR SIN ID AS : ADULTO SIN ID PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA			
2.3 Nombres y apellidos del paciente			2.4 Teléfono
2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	2.6 Edad	2.7 Unidad de medida de la edad <input type="radio"/> 1. Años <input type="radio"/> 3. Días <input type="radio"/> 5. Minutos <input type="radio"/> 2. Meses <input type="radio"/> 4. Horas <input type="radio"/> 0. No aplica	2.8 Sexo <input type="radio"/> M. Masculino <input type="radio"/> I. Indeterminado <input type="radio"/> F. Femenino
2.9 Nacionalidad		2.12 Área de ocurrencia del caso <input type="radio"/> 1. Cabecera municipal <input type="radio"/> 3. Rural disperso <input type="radio"/> 2. Centro poblado	
2.10 País de ocurrencia del caso	2.11 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	2.15 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso	2.16 Vereda/zona
2.13 Localidad de ocurrencia del caso	2.14 Barrio de ocurrencia del caso	2.19 Nombre de la administradora de Planes de beneficios	
2.17 Ocupación del paciente	2.18 Tipo de régimen en salud <input type="radio"/> P. Excepción <input type="radio"/> C. Contributivo <input type="radio"/> N. No Asegurado <input type="radio"/> E. Especial <input type="radio"/> S. Subsidado <input type="radio"/> I. Indeterminado/ pendiente	2.21 Estrato	
2.20 Pertenencia étnica <input type="radio"/> 1. Indígena <input type="radio"/> 2. Rom, Gitano <input type="radio"/> 3. Raízal <input type="radio"/> 4. Palenquero <input type="radio"/> 5. Negro, mulato afro colombiano <input type="radio"/> 6. Otro			2.21 Estrato
2.22 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente <input type="checkbox"/> Discapacitados <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Gestantes <input type="checkbox"/> Sem. de gestación <input type="checkbox"/> Población infantil a cargo del ICBF <input type="checkbox"/> Desmovilizados <input type="checkbox"/> Víctimas de violencia armada <input type="checkbox"/> Desplazados <input type="checkbox"/> Carcelarios <input type="checkbox"/> Indigentes <input type="checkbox"/> Madres comunitarias <input type="checkbox"/> Centros psiquiátricos <input type="checkbox"/> Otros grupos poblacionales			
3. NOTIFICACIÓN			
3.1 Fuente <input type="radio"/> 1. Notificación rutinaria <input type="radio"/> 3. Vigilancia Intensificada <input type="radio"/> 5. Investigaciones <input type="radio"/> 2. Búsqueda activa Int. <input type="radio"/> 4. Búsqueda activa com.		3.2 Departamento y municipio de residencia del paciente <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	
3.3 Dirección de residencia			
3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	3.6 Clasificación inicial de caso <input type="radio"/> 1. Sospechoso <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 2. Probable <input type="radio"/> 4. Conf. Clínica <input type="radio"/> 5. Conf. caso epidemiológico	3.7 Hospitalizado <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	3.9 Condición final <input type="radio"/> 1. Vivo <input type="radio"/> 2. Muerto <input type="radio"/> 0. No sabe, no responde	3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	3.11 Número certificado de defunción
3.12 Causa básica de muerte	3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha	3.14 Teléfono	
4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES			
4.1 Seguimiento y clasificación final del caso <input type="radio"/> 0. No aplica <input type="radio"/> 4. Conf. Clínica <input type="radio"/> 6. Descartado <input type="radio"/> D. Descartado por error de digitación <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 5. Conf. caso epidemiológico <input type="radio"/> 7. Otra actualización		4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	

Correos: sivigila@ins.gov.co

Leishmaniasis cutánea. Cod INS 420 | Leishmaniasis mucosa. Cod INS 430 | Leishmaniasis visceral. Cod INS 440

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

Caso confirmado de leishmaniasis cutánea: Paciente con lesiones cutáneas procedente de áreas endémicas que cumpla con 3 o más de los siguientes criterios: sin historia de trauma, evolución mayor de dos semanas, úlcera redonda u ovalada con bordes levantados, lesiones nodulares, lesiones satélites, adenopatía localizada, en quien se demuestra por métodos parasitológicos, histopatológicos o genéticos, parásitos del género Leishmania.
Caso confirmado de leishmaniasis mucosa: Paciente residente o procedente de área endémica con lesiones en mucosa de nariz u orofaringe y cicatrices o lesiones cutáneas compatibles con leishmaniasis, signos concordantes con los de la descripción clínica y reacción de Montenegro positiva, histología con resultado positivo o prueba de inmunofluorescencia con títulos mayores o iguales a 1:16.
Caso probable de leishmaniasis visceral: Paciente residente o procedente de área endémica con cuadro de hepatosplenomegalia, anemia y pérdida de peso con síntomas como fiebre, malestar general, palidez y hemorragias.
Caso confirmado de leishmaniasis visceral: Caso probable que se confirma parasitológicamente a partir de aspirado de médula ósea o bazo, o prueba de inmuno-fluorescencia mayor o igual a 1:32.

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS FOR-R02.0000-075 V:00 2019-02-01

A. Nombres y apellidos del paciente	B. Tipo de ID*	C. Número de identificación
*RC : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CÉDULA CIUDADANA CE : CÉDULA EXTRANJERA - PA : PASAPORTE MS : MENOR SIN ID AS : ADULTO SIN ID PE : PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA		

5. CUTÁNEA

5.1 Localización de la (s) lesión (es)	<input type="checkbox"/> 1. Cara	<input type="checkbox"/> 3. Miembros superiores
	<input type="checkbox"/> 2. Tronco	<input type="checkbox"/> 4. Miembros inferiores

6. MUCOSA

6.1 Mucosa afectada	6.2 Signos y síntomas
<input type="checkbox"/> 1. Nasal <input type="checkbox"/> 4. Faringe <input type="checkbox"/> 7. Genitales <input type="checkbox"/> 2. Cavidad oral <input type="checkbox"/> 5. Laringe <input type="checkbox"/> 3. Labios <input type="checkbox"/> 6. Párpados	<input type="checkbox"/> Rinorrea <input type="checkbox"/> Disfonía <input type="checkbox"/> Ulceración mucosa <input type="checkbox"/> Epistaxis <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Perforación tabique <input type="checkbox"/> Obstrucción nasal <input type="checkbox"/> Hiperemia mucosa <input type="checkbox"/> Destrucción tabique

7. VISCERAL

7.1 Signos y síntomas	<input type="checkbox"/> 1. Fiebre	<input type="checkbox"/> 3. Esplenomegalia	<input type="checkbox"/> 5. Leucocitos por debajo de 5.000 mm ³	7.2 ¿ Tiene Diagnóstico VIH confirmado?	<input type="checkbox"/> 1. Si
	<input type="checkbox"/> 2. Hepatomegalia	<input type="checkbox"/> 4. Anemia	<input type="checkbox"/> 6. Plaquetas por debajo de 150.000 mm ³		<input type="checkbox"/> 2. No
					<input type="checkbox"/> 3. Desconocido

8. TRATAMIENTO

8.1 ¿ Recibió tratamiento anterior?	8.2 Tratamiento local	8.3 Peso actual del paciente	8.4 Medicamento formulado actualmente
<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No	<input type="checkbox"/> 1. Crioterapia <input type="checkbox"/> 2. Termoterapia	<input type="text"/> Kg	<input type="checkbox"/> 1. N- metil glucamina (Glucantime) <input type="checkbox"/> 4. Anfotericina B <input type="checkbox"/> 5. Otro <input type="checkbox"/> 2. Estibogluconato de sodio <input type="checkbox"/> 6. Miltefosina <input type="checkbox"/> 8. Sin tratamiento <input type="checkbox"/> 3. Ictofanato de pentamidina <input type="checkbox"/> 7. Pentamidina
8.4.1 Otro cuál	8.4.2 Número de cápsulas o volumen diario a aplicar	8.4.3 Días de tratamiento	8.4.4 Total de cápsulas ó ampollas

9. DATOS DE LABORATORIO

La información relacionada con laboratorios debe ingresarse a través del modulo de laboratorios del aplicativo sivigila

9.1 Fecha toma de examen (dd/mm/aaaa)	9.2 Fecha de recepción(dd/mm/aaaa)	9.3 Muestra	9.4 Prueba	9.5 Agente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9.6 Resultado	9.7 Fecha de resultado (dd/mm/aaaa)	9.8 Valor	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Marque así	Muestra	1. Sangre total 4. Tejido 21. Linfo
	Prueba	CUTÁNEA: 60 Estudio directo 64 Aspirado bazo 65 Aspirado médula 66 Prueba Montenegro G3 Biopsia MUCOSA: 60 Estudio directo 63. Título IFI 64 Aspirado bazo 65 Aspirado médula 66 Prueba Montenegro VISCERAL: 15 Hematocrito 16. Hemoglobina 17. Plaquetas 60. Estudio directo 63. Título IFI 64. Aspirado bazo 65. Aspirado médula 66 Pruebas montenegro 81. Albumina
	Agente	14. Leishmania
	Resultado	1- Positivo 2- Negativo 7. Compatible 15. No compatible

Correo: sivigila@ins.gov.co

ANEXO 2

ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEISHMANIOSIS EN LOS MUNICIPIOS DE FLORIDABLANCA, EL CARMEN DE CHUCURÍ Y CIMITARRA EN SANTANDER EN EL PERIODO CORRESPONDIENTE A 2009-2019

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA PROGRAMA BACTERIOLOGÍA Y LABORATORIO CLÍNICO ENTREVISTA CONTROL Y VIGILANCIA DE LA LEISHMANIOSIS

Fecha de diligenciamiento: _____ Municipio: _____

Nombre: _____ Cargo: _____

PREGUNTAS

1. ¿Se realizan acciones de investigación de foco para *Leishmania* en el municipio?
 - 2 ¿Se designa personal para la ejecución de políticas en materia de vigilancia y control de *Leishmania* definidas a nivel nacional?
 - 3 ¿Se realiza supervisión y evaluación de los planes municipales para la vigilancia y control de *Leishmania*?
 - 4 ¿Se realiza solicitud y distribución de recursos para control y vigilancia de la enfermedad?
 - 5 ¿Se realiza solicitud de suministro de medicamentos para el tratamiento y su correspondiente distribución?
 - 6 ¿Se brinda asesoría sobre el tratamiento, seguimiento y control pos tratamiento?
 - 7 ¿Se realiza asistencia a las unidades de salud para la vigilancia en la detección y seguimiento de la enfermedad por *Leishmania*?
- ¿Con qué periodicidad?
- 8 ¿Se hacen visitas a las unidades de salud locales para realizar capacitaciones al personal implicado en el seguimiento de la enfermedad acorde con las políticas a nivel nacional y mundial?
 10. ¿hace cuánto se implementa el Plan Decenal de Salud Pública? qué impacto ha tenido en el control de esta enfermedad?
 11. ¿Se realizan auditorías para confirmar el cumplimiento de las metas propuestas anualmente para el control de la leishmaniosis? SI ___ NO___
- ¿Por medio de qué indicadores se mide el cumplimiento de estas metas?
13. ¿Cree usted que el acuerdo de paz a generado un impacto en la distribución y los índices de morbilidad para leishmaniosis en este municipio, así como en el acceso a los medicamentos para tratamiento de esta enfermedad?

ANEXO 3

ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEISHMANIOSIS EN LOS MUNICIPIOS DE FLORIDABLANCA, EL CARMEN DE CHUCURÍ Y CIMITARRA EN SANTANDER EN EL PERIODO CORRESPONDIENTE A 2009-2019

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

PROGRAMA BACTERIOLOGÍA Y LABORATORIO CLÍNICO

ENTREVISTA

CONTROL Y VIGILANCIA DE LA LEISHMANIOSIS

Dirigida a: Médicos y Bacteriólogos

Fecha de diligenciamiento: _____ Municipio: _____

Nombre: _____ Cargo: _____

PREGUNTAS

1. ¿Está familiarizado con la leishmaniosis?
2. ¿Conoce el protocolo de vigilancia de salud pública de leishmaniosis?
3. ¿Qué tan recurrente son los casos de leishmaniosis en este municipio?
4. ¿Qué experiencia ha tenido con la leishmaniosis antes de trabajar en esta entidad de salud?

Qué estabilidad tiene el personal encargado en la entidad de salud
5. ¿Se le han brindado capacitación sobre leishmaniosis?
6. ¿Qué desventajas cree que tiene la aplicación del protocolo de vigilancia en salud pública en este municipio?
7. ¿Sabe quiénes son los encargados de realizar notificación, seguimiento y control de los eventos de leishmaniosis en el municipio?
8. ¿Cuál es su función desde su profesión en el protocolo de vigilancia en salud pública?
9. ¿Conoce el plan decenal de salud?
10. ¿Qué impacto cree usted que tiene la aplicación de las políticas de salud pública dirigidas a la leishmaniosis en esta comunidad?

ANEXO 4

**ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA PREVENCIÓN
Y CONTROL DE LA LEISHMANIOSIS EN LOS MUNICIPIOS DE FLORIDABLANCA,
EL CARMEN DE CHUCURÍ Y CIMITARRA EN SANTANDER EN EL PERIODO
CORRESPONDIENTE A 2009-2019**

**UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA BACTERIOLOGÍA Y LABORATORIO CLÍNICO
ENCUESTA
CONTROL Y VIGILANCIA DE LA LEISHMANIOSIS**

DIRIGIDA A: Encargados de los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC)

Fecha de diligenciamiento: _____ Municipio: _____

Nombre: _____ Cargo: _____

PREGUNTAS

1 ¿Se brinda información a la comunidad para la salud, relacionada con la leishmaniosis?
SI ___ NO ___

¿Sobre qué aspectos de la enfermedad?

¿Mediante qué mecanismos o estrategias se brinda información a la comunidad para la salud, relacionada con la leishmaniosis

- Redes sociales ___ Periódicos ___ Perifoneo ___ Folletos ___ Volantes ___ Otros ___ ¿Cuáles?

2 ¿Se realizan jornadas de salud donde se brinde información a la comunidad, que permitan la identificación temprana de casos de enfermedad por *Leishmania*? SI ___ NO ___

- ¿Con qué periodicidad realizan estas actividades?

- ¿En qué espacios?

3 ¿Se realizan jornadas de tamizaje para la detección oportuna de casos de *Leishmania*?
SI ___ NO ___

- ¿Con qué periodicidad?

-
-
- ¿en qué espacios?
-
-

4 ¿Se realizan capacitaciones para percibir el riesgo desde la comunidad, fomentar el saneamiento básico y tomar acciones desde la comunidad? SI ___ NO ___

- ¿Con qué periodicidad?
-
-

- ¿en qué espacios?
-
-

- ¿Qué medidas se dictan para tomar acciones desde la comunidad?
-
-

5 ¿Se realiza vigilancia en poblaciones de alto y bajo riesgo de enfermedad por *Leishmania*?

SI ___ NO ___

- ¿Con qué periodicidad?
-
-

6 ¿Se dispone de talento humano para la ejecución de estas acciones del PIC? SI ___ NO ___

- Mencione los actores designados para esta labor
-
-
-

7 ¿Existen contrataciones a entidades públicas y/o privadas para el desarrollo del PIC? SI ___ NO ___

- Señale las entidades: Hospitales ___ Clínicas ___ Puestos de Salud ___ Otras ___
¿Cuáles?
-
-
-

8 ¿Existe monitoreo y evaluación a la ejecución técnica, financiera y administrativa, así como el resultado en salud alcanzados a través del PIC municipal? SI ____ NO ____

- ¿Quién o quiénes realizan el monitoreo y/o evaluación?

- ¿Con qué periodicidad?

9 ¿Se dispone de áreas de trabajo con las condiciones físicas y sanitarias necesarias para que el talento humano que ejecuta las intervenciones colectivas planee, monitoree, ejecute y evalúe los resultados de las mismas? SI ____ NO ____ ¿Cuáles?

10 ¿Existe veeduría y participación ciudadana en la ejecución de las intervenciones colectivas?

SI ____ NO ____

- ¿Con qué periodicidad?

11 ¿Se remite al ministerio y al departamento los informes requeridos con respecto a la planeación, ejecución, monitoreo y evaluación del PIC? SI ____ NO ____

- ¿Con qué periodicidad?

12 ¿Se facilita el acceso a los servicios de salud individuales y colectivos mediante el acercamiento de los mismos a las comunidades que lo requieren? SI ____ NO ____

13 ¿En el ámbito laboral se hace identificación de situaciones de riesgo, vulnerabilidad, factores de protectores físicos, sanitarios, ambientales, culturales y sociales relacionadas con las prácticas que se desarrollan durante la ocupación u oficio? SI ____ NO ____

14 ¿Se realizan sesiones con grupos trabajadores para generar planes de respuesta integral que incluyan estrategias de corresponsabilidad, autocuidado, y autogestión en relación a las actividades económicas que se desarrollan en el territorio? SI ____ NO ____

- ¿Con qué periodicidad?

15 ¿Existe control sobre reservorios de *Leishmania*? SI ____ NO ____ ¿Cuáles?

16. ¿A quiénes está dirigido el Plan de Intervenciones Colectivas?

ANEXO 5

ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEISHMANIOSIS EN LOS MUNICIPIOS DE FLORIDABLANCA, EL CARMEN DE CHUCURÍ Y CIMITARRA EN SANTANDER EN EL PERIODO CORRESPONDIENTE A 2009-2019

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA PROGRAMA BACTERIOLOGÍA Y LABORATORIO CLÍNICO ENCUESTA CONTROL Y VIGILANCIA DE LA LEISHMANIOSIS

Dirigida a: Secretaria de Salud del correspondiente municipio

Fecha de diligenciamiento: _____ Municipio: _____

Nombre: _____ Cargo: _____

PREGUNTAS

1. ¿Se realizan acciones de investigación de foco para *Leishmania* en el municipio? SI ___ NO ___

- ¿Cuentan con el personal y los recursos necesarios para esta labor?

- ¿Con qué periodicidad?

2 ¿Se designa personal para la ejecución de políticas en materia de vigilancia y control de *Leishmania* definidas a nivel nacional? SI ___ NO ___

- Describa los actores designados para esta labor

3 ¿Se realiza supervisión y evaluación de los planes municipales para la vigilancia y control de *Leishmania*? SI ___ NO ___

- ¿Con qué periodicidad?

4 ¿Se realiza solicitud y distribución de recursos para control y vigilancia de la enfermedad? SI ___ NO ___

- ¿Con qué periodicidad?

5 ¿Se realiza solicitud de suministro de medicamentos para el tratamiento y su correspondiente distribución? SI ___ NO ___

6 ¿Se brinda asesoría sobre el tratamiento, seguimiento y control los tratamientos? SI ___ NO ___

- ¿Qué personal está designado para esta labor?
-
-

7 ¿Se realiza asistencia a las unidades de salud para la vigilancia en la detección y seguimiento de la enfermedad por *Leishmania*? SI ___ NO ___

- ¿Con qué periodicidad?
-
-

8 ¿Se hacen visitas a las unidades de salud locales para realizar capacitaciones al personal implicado en el seguimiento de la enfermedad acorde con las políticas a nivel nacional y mundial? SI ___ NO ___

- ¿Con qué periodicidad?
-
-

9 ¿Se designan recursos para realizar actividades de promoción y prevención de *Leishmania* en la comunidad? SI ___ NO ___

Explique:

10. ¿hace cuánto se implementa el Plan Decenal de Salud Pública? qué impacto ha tenido en el control de esta enfermedad?

11. ¿Se realizan auditorías para confirmar el cumplimiento de las metas propuestas anualmente para el control de la leishmaniosis? SI ___ NO ___

- ¿Por medio de qué indicadores se mide el cumplimiento de estas metas?
-
-

13. ¿Cree usted que el acuerdo de paz a generado un impacto en la distribución y los índices de morbilidad para leishmaniosis en este municipio, así como en el acceso a los medicamentos para tratamiento de esta enfermedad? SI ___ NO ___

Explique:

14 ¿Se realiza prevención y control de vectores? SI ____ NO ____

- Señale los medios: Fumigación ____ Donaciones de toldillos ____ Información y capacitación a la comunidad ____

Otros ____ ¿Cuáles?

ANEXO 6

ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEISHMANIOSIS EN LOS MUNICIPIOS DE FLORIDABLANCA, EL CARMEN DE CHUCURÍ Y CIMITARRA EN SANTANDER EN EL PERIODO CORRESPONDIENTE A 2009-2019

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
PROGRAMA BACTERIOLOGÍA Y LABORATORIO CLÍNICO

ENCUESTA

CONTROL Y VIGILANCIA DE LA LEISHMANIOSIS

ENCUESTA DE USO EXCLUSIVAMENTE EDUCATIVO

Dirigida a: Gerentes y/o encargados de las unidades de Salud del correspondiente municipio

Fecha de diligenciamiento: _____ Municipio: _____

Nombre: _____ Cargo: _____

PREGUNTAS

1 ¿Se realizan acciones de promoción y prevención dentro y fuera de la unidad de salud para la enfermedad por *Leishmania*? SI ____ NO ____

- ¿Qué tipo de acciones?

2 ¿Hay participación en el COVE municipal para hacer seguimiento del comportamiento de las enfermedades transmitidas por vectores? SI ____ NO ____

- ¿Con qué periodicidad?

3 ¿Se realiza el diligenciamiento de la ficha de notificación de *Leishmania* para emitir información del evento? SI ____ NO ____

- ¿A quién se remite dicha información?
- Se realiza notificación en caso sospechoso ____ o confirmado ____ (marque con una X)

4 se hace recopilación de los casos notificados y se remiten a nivel departamental? SI ____ NO ____

- ¿Con qué periodicidad?

5 ¿Se informa a la comunidad sobre la presencia de la enfermedad en el municipio con sus respectivas características, la forma de prevenirla y conductas a seguir para acceder al diagnóstico y tratamiento? SI ___ NO ___

- ¿Con qué periodicidad?
-
- ¿Qué medios se usan para tales fines
-

6 ¿Se remiten muestras al laboratorio de salud pública para realizar diagnóstico diferencial? SI ___ NO ___

- ¿Con qué periodicidad?
-

7 se realiza remisión de fichas de notificación de caso al Instituto Nacional de Salud? SI ___ NO ___

- ¿Con qué periodicidad?
-

8 mencione cuales son los medicamentos disponibles para el tratamiento de *Leishmania* en el municipio?

9. ¿Se asigna tratamiento de acuerdo a la especie causante de la *Leishmania*?

SI ___ NO ___ ¿Por qué?

10. ¿Qué protocolo de atención en salud se está aplicando en esta institución cuando se sospecha un caso de leishmaniosis?

11. Se puede cumplir con todo el protocolo a cabalidad SI ___ NO ___

- Si la respuesta es NO explicar ¿por qué?
-
-

12. ¿Quién es el encargado de hacer seguimiento a los casos y realizar los reportes al departamento?

13. ¿Considera que la leishmaniosis es una enfermedad controlada en este municipio?

SI ___ NO ___

- ¿por qué?
-