



III Seminario Internacional y VII Encuentro Nacional de Semilleros de Investigación en Enfermería



1er Concurso Nacional de Innovación e Investigación en Enfermería

2 y 3 de noviembre de 2023

Microsoft Teams



Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (+57) 3153429495 - 3160244475
www.unipamplona.edu.co



DIRECTIVAS DE LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Aldo Pardo García, Vicerrector de investigaciones

Laura Patricia Villamizar Carrillo, Vicerrectora

, PhD Heriberto Rangel Navia, Dirección de Interacción social

Comité Científico

Belinda Inés Osorno, Directora del programa y del grupo de investigación “el cuidar”

MG. Mayra Alejandra Barajas Lizarazo, docente programa de enfermería ”

Andersson Manuel Roper, Coordinador del semillero el cuidar”

Compiladores

Esp. Wilfredo Manrique Barragán, auxiliar encargado de la

Gestión contable financiera a proyectos cofinanciados

Adm. Dilly Nathalia Toloza, auxiliar encargado de la Gestión y soporte de semilleros de investigación

Diseño y Diagramación:

Universidad de Pamplona NIT. 890501510-4



ISSN



SC-CER96940

“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”
Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (+57) 3153429495 - 3160244475
www.unipamplona.edu.co



PROGRAMACIÓN

Jueves 2 de noviembre – Jornada de la mañana

HORA	INVESTIGACIÓN	PAÍS	PONENTES
7:45	Vídeo		
8:00	Apertura del evento		
8:05	Palabras del decano y directora de programa		
8:10	Himno nacional y de la Universidad de Pamplona		
8:15	Salud Familia y Comunidad		Esp. Diana Maria Castelblanco
8:32	Lesiones cutáneas y factores asociados en pacientes hospitalizados de un centro oncológico: estudio transversal		Daniela Stephania Pico Hernandez
8:41	"Programas de Vinculación con el Medio a través de la Metodología de Aprendizaje-Servicio (A+S) de la Escuela de Enfermería, Universidad Bernardo O'Higgins, Santiago, Chile"		Mg. Yenaddy Yanayeft Calderon Zorrilla
8:55	Arte en/de Enfermería: hacia un cuidado cultural emancipatorio en adultas mayores afro-chocoanas		Mg. Luisa Fernanda Galvis Palacios
9:11	Síndrome burnout académico, procesos desencadenantes y afrontamiento en estudiantes de enfermería 2023: perspectiva psicológica		Mg. Diego Alonso Peña
9:26	Iniciativa ciudadana versus despenalización del aborto		PhD. Martha Leticia Barba Morales
9:35	Factores predictores del Síndrome de Burnout en estudiantes universitarios durante las prácticas formativas: un estudio transversal		Mg. Mónica Mabel Ocampo Rivero
9:51	Influencia de la comunicación familiar y funcionalidad familiar sobre la conducta de autocuidado en el adulto mayor: resultados preliminares		Perla Lizeth García Morales



Jueves 2 de noviembre – Jornada de la mañana

HORA	INVESTIGACIÓN	PAÍS	PONENTES
10:05	Descanso – acto cultural		
10:25	Saberes y prácticas de la Atención Primaria de Salud en el contexto de graduación en Enfermería. Colombia-Brasil		PhD. Isabel Cristina Flórez Escobar
10:39	Rol del Profesional de Enfermería en el Servicio de Urgencias		Mónica María Munevar Figueroa
10:53	Promoción de hábitos saludables en escolares de la Provincia Sabana Centro		PhD. Angélica María Ospino Romero
11:09	Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con trasplante renal mayor a un año en el Hospital Universitario San Ignacio (investigación en curso).		Mg. Irma Constanza Palacios Chavarría
11:25	Actitudes frente al comercio sexual en población migrante que reside en Pamplona - Norte de Santander		Mg. Mayra Alejandra Barajas Lizarazo (upa)

Jueves 2 de noviembre – Jornada de la tarde

HORA	INVESTIGACIÓN	PAÍS	PONENTES
2:00	Calidad de vida, estado de ánimo y salud sexual en personas adultas con ICD		Esp. Rosa Amelia Herrera Viancha
2:15	Evaluar o valorar el crecimiento y desarrollo en niños y niñas de primera infancia		Mg. Bárbara de las Mercedes Mora Espinoza
2:30	El cuidado de si una mirada desde el embarazo		PhD. Jeannelly Paola Cabrera Espezúa



HORA	INVESTIGACIÓN	PAÍS	PONENTES
2:42	Ejercicios funcionales y su impacto en el síndrome metabólico en trabajadores de la universidad estatal península de Santa Elena, Ecuador. Primera corte		PhD, Carmen Lascano Espinoza
3:03	Idealización o realidad sobre lactancia materna exclusiva: factores protectores /		Mg. Colombo María Celeste
3:17	Tratamientos alternativos existentes para el manejo de lesiones por presión en la población adulta mayor de 60 a 80 años con diversas comorbilidades		Mg. María Ángela Gil Triana
3:32	Facilidades e dificultades na promoção de educação em saúde na pandemia de covid-19: percepção de enfermeiras da estratégia saúde da família		Livia De Souza E Souza PhD Mariana De Oliveira Araujo
3:40	adopción del rol y carga del cuidador familiar del adulto mayor dependiente, montería 2023 (investigación en curso)		Mg. Yolima Judith Llorente Pérez
3:50	Funcionalidad familiar y calidad de vida como predictores de la satisfacción del rol en abuelas cuidadoras de nietos.		PhD Isaí Arturo Medina Fernandez
4:00	UCI de puertas abiertas: un reto para el profesional de enfermería		Mg. Juan Pablo Cerón Lubo
4:15	Desigualdades sociales en mortalidad por dengue en Colombia - 2022		Mg. Katty Dayana Escobar Velásquez (upa)
4:28	Evaluación de la Atención Primaria de Salud en una institución pública de salud de Norte de Santander		Mg. Paola Andreina Cárdenas Malpica (upa)
Cierre del día			



TÍTULO: Actitudes frente al comercio sexual en población migrante residente en Pamplona Norte de Santander frente al comercio sexual

Nombre del Semillero: El cuidar

Universidad: Pamplona

RESUMEN

La actitud sexual, es la interpretación que cada persona tiene hacia la sexualidad o los comportamientos sexuales (1) y pueden presentarse de forma positiva o negativa en la salud de las personas Metodología: Estudio descriptivo transversal con la participación de 369 adultos migrantes que residen en la ciudad de Pamplona, Norte de Santander durante el segundo semestre del año 2022. El instrumento utilizado es Trueblood Sexual Attitudes Questionnaire (TSAQ) (14), que evalúan las actitudes ante la sexualidad propia (yo). Una de las dimensiones que componen el instrumento es el comercio sexual. Resultados: actitudes propias hacia la pornografía mostraron de forma moderada que: Practicaría el sexo más frecuentemente si observara pornografía (6,36), es aceptable vender servicios sexuales por dinero (4,38) y que es aceptable practicar la prostitución (4,37). Conclusión: La población migrante presento una liberalidad moderada frente a la dimensión de comercio sexual.

Objetivo general:

Determinar las actitudes frente al comercio sexual en población migrante residente en Pamplona Norte de Santander frente al comercio sexual Objetivo general

- Caracterizar socio-demográficamente la población objeto de estudio
- Identificar las actitudes frente al uso de la pornografía, venta de servicios sexuales o prácticas de prostitución.

Planteamiento del problema

La actitud sexual, es la interpretación que cada persona tiene hacia la sexualidad o los comportamientos sexuales (1) y pueden presentarse de forma positiva o negativa en la salud de las personas.

Las creencias erróneas o inexactas, el déficit de conocimiento, la variedad cultural, la marginación social en grupos vulnerables como las personas en situación migratoria , son dimensiones influyentes en las conductas y actitudes hacia la sexualidad(2)(3).



La migración está definida según el DANE (4) “como un movimiento geográfico donde las personas a través de una frontera internacional específica o de un límite político -administrativo para establecer una residencia habitual”. En este sentido, la migración sitúa a las personas en circunstancias que pueden afectar la salud tanto física como mental.

A nivel mundial, la población migratoria ha ido en aumento, para el 2020 representaba 281 millones de personas vivían en un país distinto de su país natal(5).

En Colombia para el año 2020-2 reportaba dos millones de migrantes y refugiados venezolanos, representando así el País con mayor población migratoria(6).

El 80% de los migrantes se instalan en siete departamentos: La Guajira, Arauca, Atlántico, Sucre, Cesar y Magdalena y Norte de Santander. En departamentos como La Guajira y Norte de Santander, la población venezolana supera el 4% del total de residentes (7).

En Pamplona, Norte de Santander para el año 2019 representaba 8500 venezolanos en estado migratorio.

No obstante, La situación migratoria y la desprotección legal, las barreras administrativas para acceder a información y la atención en salud(8), generan actitudes y comportamientos de riesgo frente a la sexualidad(9).

Sin duda, los migrantes venezolanos presentan necesidades frente a la dimensión de sexualidad y Salud Sexual Reproductiva influenciadas por sus contextos de vida y vulnerabilidad social, antes y durante sus trayectorias migratorias(10).

Se ha documentado que las carencias económicas, la ausencia de documentos, el miedo a la deportación, la limitación de información, las barreras en el sistema de salud y la discriminación son algunas de las causas que conllevan a la inasistencia a los servicios de salud(11) y por ende generando consecuencias importantes en la salud sexual y reproductiva en la población migrante.

En este sentido, en términos de sexualidad es importante determinar las actitudes de los migrantes frente al comercio sexual que determina prácticas sexuales haciendo uso de la pornografía para buscar nuevas técnicas, venta de servicios sexuales por dinero o practicar la prostitución.

Marco teórico: (Conceptos preliminares)

La unificación del concepto de salud reproductiva a salud sexual y reproductiva ha generado grandes debates sobre las políticas de planificación familiar, los derechos de los implicados a una adecuada información sobre el tema y a recibir la atención de salud necesaria(12).



Sexualidad Humana

La (OMS & OPS, 2020) describe que el término “sexualidad” se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser humano. Basada en el sexo, incluye el género, identidades de sexo, orientación sexual, erotismo, vínculo emocional, amor, y reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones.

La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos, la sexualidad se practica y se expresa en todo lo que somos, sentimos y pensamos.

El comercio sexual son aquellas actividades que podrían estar relacionados con la prostitución o con la participación en espectáculos sexuales (13).

Metodología:

Se realizó un estudio descriptivo, transversal con la participación de 369 adultos migrantes que residen en la ciudad de Pamplona, Norte de Santander durante el segundo semestre del año 2022.

El instrumento utilizado es Trueblood Sexual Attitudes Questionnaire (TSAQ) (14), que evalúan las actitudes ante la sexualidad propia (yo).

Una de las dimensiones que componen el instrumento es el comercio sexual.

Se utilizó el programa SPSS Versión 25.0 para el procesamiento estadístico de la información a las variables tomadas a nivel de razón se les estimó el promedio con su respectiva desviación estándar y se estimaron las proporciones de las categorías de las diferentes sub escalas según los puntos de corte sugeridos por el instrumento.

Resultados:

La población de estudio estuvo constituida por 369 participantes, población migrante residente en la ciudad de Pamplona Norte de Santander, las edades oscilaron entre 17 y 31 años con una media de 21,10 (DE: 2,692). El promedio de edad del grupo fue 31.18 años. En cuanto a la escolaridad, el 28,7% no tiene ninguna escolaridad, predomina la escolaridad bachillera con un 68,6%. El estado civil se presenta en un 4,9 % casados, un 33,3% soltero y un 61,8% unión libre.



Los ítems que midieron actitudes propias hacia la pornografía mostraron de forma moderada que: Practicaría el sexo más frecuentemente si observara pornografía (6,36), es aceptable vender servicios sexuales por dinero (4,38) y que es aceptable practicar la prostitución (4,37).

Los ítems relacionados con el hecho que no debe haber censura a la pornografía para poder disfrutarla (3,11), mirar pornografía con la pareja para aprender nuevas técnicas sexuales (2,79) y es malo ver pornografía (2,85), tuvieron los menores puntajes para las actitudes hacia la sexualidad propia. En general, el puntaje obtenido fue de 4,7.

Tabla: Dimensión de comercio sexual

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
ALTA	6	1,6
BAJA	153	41,5
MODERADA	210	56,9
Total	369	100,0
COMERCIO SEXUAL	Promedio 4,7	De 1,78
Mirar pornografía con la pareja para aprender nuevas técnicas sexuales	2,79	3,18
No debe haber censura a la pornografía para poder disfrutarla	3,11	3,47



Practicaría el sexo más frecuentemente si observara pornografía	6,36	3,68
Es aceptable vender servicios sexuales por dinero	4,38	3,93
Es aceptable practicar la prostitución	4,37	3,93
¿Ver pornografía es malo?	2,85	3,318
Mirar pornografía con la pareja para aprender nuevas técnicas sexuales	2,79	3,18

Conclusión

La puntuación en la actitud frente al comercio sexual el migrantes indica una **liberalidad moderada**, lo cual representa una oportunidad de fortalecer este aspecto de la gestión de la propia salud en coherencia con la formación de profesionales sanitarios que promueven y se anticipan para cuidar la salud sexual y reproductiva en individuos y colectivos.

Bibliografía.

1. McAllister, P; Astle, S; Venum A. Sex Feelings: A Mediated Group Path Analysis of the Association of Perceptions of Parent Communicated Sexual Values with Sexual Attitudes and Outcomes in Emerging Adulthood. J Sex Res [Internet]. 2022;59(1):112–21. Available from: <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1869143>
2. Rabelo S. Uma proposta mediadora de discussão sobre sexualidade no centro de ensino



- médio escola industrial de taguatinga [Internet]. 2019. Available from: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/37295/1/2019_SandraRabelodeMelo.pdf
3. Blanc-A. Relationship between the acculturation process and the attitudes toward sexual behaviors in people of Moroccan origin: a preliminary study. Riem [Internet]. 2021;11(1):59–80. Available from: <https://ojs.ual.es/ojs/index.php/RIEM/article/view/4510/5632>
 4. Gobierno de Colombia. Dane. 2023. p. 7 Estadísticas de migración.
 5. OIM. Onu Migración. 2022. Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2022. Available from: <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2022>
 6. GIFMM. Colombia refugiados y migrantes venezolanos [Internet]. 2022. Available from: <https://www.r4v.info/es/documents/download/72896>
 7. Mundial B. Migración desde Venezuela a Colombia. Impactos y Estrategias de Respuesta en el Corto y Mediano Plazo, Colombia, Banco [Internet]. 2018. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/30651> (última consulta em mayo de 2020)
 8. Rangel M. Protección social y migración . El desafío de la inclusión sin racismo ni xenofobia [Internet]. Vol. 232, CEPAL- Serie Políticas Sociales. 2020. Available from: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45244-proteccion-social-migracion-desafio-la-inclusion-sin-racismo-ni-xenofobia>
 9. Restrepo , J; Villegas S. Factores asociados con el uso del condón en trabajadoras y trabajadores sexuales de origen venezolano en Colombia. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2023;47(2):1. Available from: 10.26633/rpsp.2023.2
 10. Ortiz, N; Díaz, C; López, Y; Zamudio, D; Espinosa L. Necesidades en salud sexual y reproductiva en migrantes de origen venezolano en el municipio de Cali (Colombia). Rev



Panam Salud Pública [Internet]. 2023;47:1. Available from: 10.26633/rpsp.2023.4

11. Leyva R, Quintino F. Migración y salud sexual en la frontera sur de México. Insp. 2011. 175 p.
12. Ramirez- Durán G. La salud sexual y reproductiva Sexual and reproductive health. Rev Cuba Salud Pública. 2015;32(1):1–2.
13. Rodríguez Gázquez M de los Á. Actitudes hacia la sexualidad de estudiantes de enfermería menores de 20 años de una universidad colombiana. Av en Enfermería. 2015;33(1):38–46.
14. Hannon, R; Hall D, González V, Cacciapaglia H. Trueblood Sexual Attitudes Questionnaire. In: Fisher TD, Davis CM, Yarber WL, Davis SL, editors. In: The handbook of sexuality-related measures [book on the Internet] rd Edition Oxon, uk: Routledge; 2010 [access: 2014 Sep 23] pp 68- 70 Available from: 2014.

Nombre Participantes:	Identificación	Programa	Correo electrónico:
Mayra Alejandra barajas Lizarazo	1094242370	Enfermería	Mayra.barajas@unipamplona.edu.co
Katty Dayana Escobar Velásquez	33357728	Enfermería	Katty.escobar@unipamplona.edu.co
José Luis Echavez Becerra	1094830908	Enfermería	Jose.echavez@unipamplona.edu.co



TÍTULO: Evaluación de la Atención Primaria de Salud En una Institución Pública de Salud de Norte de Santander

Nombre del Semillero: Grupo de Investigación El Cuidar

Universidad: Universidad de Pamplona

RESUMEN

El estudio tiene como objetivo evaluar la atención primaria de salud desde la perspectiva del usuario en una institución pública en Norte de Santander, Colombia. Los objetivos específicos incluyen describir las características sociodemográficas de la población, identificar los servicios de salud accesibles y utilizados como primer punto de contacto con el sistema de salud, y evaluar la atención continua y la relación recibida por el usuario.

A lo largo del tiempo y en diferentes contextos, la implementación de la APS ha resultado en variantes organizativas que abarcan desde modelos clínicos centrados en el paciente y el profesional de la salud hasta modelos con un enfoque familiar que incluyen a profesionales capacitados en medicina y salud familiar. También, se han desarrollado modelos integrales y comunitarios que enfatizan la colaboración intersectorial en salud y la participación de la comunidad.

Sin embargo, existe un creciente descontento debido a la incapacidad de los servicios de salud para satisfacer la demanda y las nuevas necesidades. Para abordar este problema, se han establecido cuatro objetivos fundamentales: mejorar la equidad en la atención médica, centrar los sistemas en las necesidades de las personas, fomentar y salvaguardar la salud de las comunidades y ganar la confianza de la población en las autoridades de salud.

El estudio se realizó en pacientes mayores de 18 años pertenecientes a diferentes Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Pamplona, Norte de Santander, Colombia. Se utilizó un cuestionario para evaluar la continuidad y coherencia de la atención, con un total de 14 preguntas. El procedimiento incluyó explicar los objetivos del estudio a los participantes, obtener su consentimiento informado y realizar la encuesta. El análisis estadístico se basó en técnicas de estadística descriptiva para variables cuantitativas y en la estimación de frecuencias para variables categóricas.



Objetivos:

Objetivo general

Evaluar de la atención primaria de salud desde la perspectiva del usuario en una institución pública de Norte de Santander

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población objeto
- Identificar los servicios accesibles y utilizados como primer contacto con el sistema de salud.
- Establecer la atención continuada de relación recibida por el usuario.

Planteamiento del problema

Recientemente, ha surgido un movimiento global para reformar los servicios de salud en varios países del mundo. En el contexto de América Latina, se observa un proceso de revitalización de la Atención Primaria de Salud (APS), que busca desarrollar un enfoque renovado, fundamentado en la evidencia, con el propósito de lograr una atención universal, integral y coordinada (Giraldo Osorio & Vélez Álvarez, 2013).

El modelo de aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia ha mejorado el acceso financiero a los servicios de salud para la población de bajos ingresos, aunque aún no ha logrado alcanzar la cobertura universal ni abordar las desigualdades en la utilización de los servicios de acuerdo a las necesidades entre los grupos de ingresos altos y bajos (Céspedes et al., 2000).

A lo largo del tiempo y en distintos contextos nacionales, la implementación de la APS ha dado lugar a diversas variantes organizativas. Estas variantes pueden clasificarse en modelos clínicos centrados en el paciente y el profesional de la salud, modelos con enfoque familiar que incluyen al paciente y su círculo más cercano, así como profesionales capacitados en medicina y salud familiar, y modelos integrales y comunitarios que, además de los aspectos mencionados, ponen énfasis en la población, la atención en territorios específicos, la colaboración intersectorial en salud, y la participación activa de la comunidad (Vega Romero & Carrillo Franco, 2006).

No obstante, se ha observado un creciente descontento debido a la incapacidad de los servicios de salud para satisfacer la demanda y las nuevas necesidades. Para redirigir los sistemas de salud hacia la atención de salud universal, se han establecido cuatro objetivos fundamentales: mejorar la equidad en la atención médica, centrar los sistemas en las necesidades de las



personas, fomentar y salvaguardar la salud de las comunidades y, por último, ganar la confianza de la población en las autoridades de salud (Dedeu et al., 2011).

En un contexto similar, los sistemas de salud en los países latinoamericanos han reconocido la necesidad de abordar temas como la disponibilidad de suficiente y bien capacitado personal de salud, la superación de la fragmentación en los sistemas de salud, la sostenibilidad financiera, la mejora de la gobernanza, la calidad de la atención y los sistemas de información, la reducción de desigualdades en salud, la expansión de la cobertura, la preparación para el envejecimiento de la población y el cambio en el perfil epidemiológico, así como el aumento de la capacidad resolutoria del sistema de salud público (Giraldo Osorio & Vélez Álvarez, 2013).

Por esta razón, la Atención Primaria de Salud (APS) se plantea como una alternativa para restablecer la promoción de la salud con el fin de mejorar la calidad de vida y la equidad. Esto implica el reconocimiento de la importancia de establecer políticas y programas centrados en la APS como elemento central de los sistemas de salud, con un enfoque en la reorientación de los servicios de salud (Franco-Giraldo, 2012).

Por lo tanto, la atención integral a las personas se convierte en el principal desafío al que una APS de alta calidad debe responder. La enfermedad, los cuidados y las prácticas educativas y preventivas siempre involucran a individuos que requieren atención en un contexto biopsicosocial. Junto a factores como la pobreza, las desigualdades, el envejecimiento de la población, la multimorbilidad, la polifarmacia, las nuevas tecnologías y el consumismo en la atención médica, se hacen más evidentes las limitaciones de un enfoque biomédico que se centra exclusivamente en la patología, sin considerar a la persona y su entorno familiar y social (Calderón, 2019).

Por lo tanto, es esencial considerar a la APS como la base para fortalecer los servicios de salud públicos, con un enfoque en la calidad, la equidad y la eficiencia en la gestión. Esto implica la colaboración interdisciplinaria de profesionales de la medicina, la enfermería y otras disciplinas relacionadas con la APS, así como su compromiso con la salud de las personas, la promoción de la buena práctica clínica, la educación y la investigación. Además, se enfatiza la importancia de enseñar la APS desde la universidad y su integración con los servicios de salud, así como la participación activa de la población en la defensa y el cuidado de una APS pública y de calidad (Calderón, 2019).

Evaluar la estrategia de la APS desde la perspectiva del usuario es esencial en todos los niveles del sistema de salud. Diversos estudios han examinado la satisfacción de los usuarios en los establecimientos de salud como indicador de calidad de atención. La satisfacción se define como la valoración positiva que hacen los pacientes de la atención médica recibida, lo que promueve



la fidelidad de los usuarios a los proveedores de servicios y orienta las mejoras en las organizaciones de salud (Acosta et al., 2011).

Marco teórico: (Conceptos preliminares)

Según lo establecido en la Declaración de Alma Ata, durante la primera Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud celebrada en la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) en septiembre de 1978, la Atención Primaria de Salud (APS) se define como la atención sanitaria esencial basada en prácticas respaldadas por evidencia científica y métodos y tecnologías socialmente aceptables. Debe ser accesible universalmente para individuos y familias en la comunidad, involucrando su participación activa y a un costo sostenible para la comunidad y el país, con el objetivo de mantener un espíritu de autodependencia y autodeterminación en todos los niveles de desarrollo. La APS es parte integral tanto del sistema de salud del país, en el que ocupa una posición central, como del desarrollo social y económico de la comunidad en su totalidad (OMS, 1978).

La APS se convirtió en una de las estrategias clave para alcanzar el objetivo de "salud para todos en el año 2000", una política adoptada por la mayoría de los países miembros de la OMS durante la Asamblea Mundial de 1977. Esta estrategia engloba una serie de programas dirigidos a poblaciones específicas, como madres, niños, poblaciones trabajadoras, adultos mayores y personas con discapacidad. También abarca programas para la salud general, como alimentación y nutrición, salud bucal, salud mental, prevención de accidentes y saneamiento ambiental, además de programas para la prevención, protección y control de enfermedades, entre otros (Organización Panamericana de la Salud, 1992).

Sin embargo, a pesar de los compromisos establecidos en Alma Ata, la implementación de la estrategia de APS ha tenido resultados diversos en aproximadamente 25 años, dependiendo de los contextos socio-políticos en los que se haya evaluado. Las diferencias en la adopción de políticas y estrategias a nivel local reflejan las diversas interpretaciones del concepto.

En los últimos 25 años, la Región de las Américas ha logrado avances significativos. No obstante, la persistente carga en los sistemas de salud y las crecientes desigualdades en salud amenazan los logros y el progreso hacia un mayor nivel de salud y desarrollo humano. En respuesta a los nuevos desafíos de un mundo globalizado, se hace necesaria la renovación de la APS (OPS, 2007).

Desde 1985 hasta la actualidad, se han implementado estrategias renovadas de APS en los sistemas de salud de la región. Sin embargo, es fundamental evaluar su aplicación y sus impactos en los indicadores de salud de las poblaciones. Esta evaluación proporciona



información valiosa para la toma de decisiones y el mejoramiento continuo de las políticas y directrices de salud.

Se han propuesto diversas metodologías para la evaluación de la APS, pero estas a menudo se formulan desde la perspectiva y necesidades de los evaluadores, condicionados por su rol en el sistema de salud. Los profesionales de la salud tienden a enfocar su evaluación en los avances y progresos logrados, mientras que los proveedores de servicios buscan analizar su capacidad y cobertura. Esta visión fragmentada de la evaluación no permite una evaluación integral que guíe eficazmente la toma de decisiones.

La evaluación integral comprende aspectos como la capacidad, el proceso y los resultados. Evaluar la capacidad de los servicios implica considerar la oferta de servicios, la formación de profesionales, la accesibilidad, las barreras, los sistemas de información, la infraestructura y el material disponible. La evaluación del proceso asistencial analiza elementos relacionados con la atención, como la identificación de problemas, diagnósticos, gestión de pacientes, utilización de recursos terapéuticos y cumplimiento de los criterios de referencia, la aceptación por parte de la población y la comprensión de los pacientes. La evaluación de los productos y resultados evalúa factores de riesgo modificables, enfermedades, mortalidad evitable y el bienestar percibido por la población.

Metodología:

Tipo de estudio:

Cuantitativo -Estudio descriptivo transversal

Población de estudio.

La población de estudio fueron los pacientes pertenecientes a las diferentes eps de la ciudad de Pamplona Norte de Santander, Colombia.

. Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes subsidiados pertenecientes a Entidad Promotora de Salud en Pamplona

Criterios de exclusión



- Pacientes con limitación cognitiva que le impide participar en la investigación.

Estrategia de muestreo

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado con asignación proporcional

(al azar todos los sujetos se les da la probabilidad de inclusión.)

Calculo muestral

Fenómeno: Evaluar la atención primaria en salud en Pamplona NS

- Universo: 53.903
- Nivel de confianza del 95%
- Margen de error del 5%
- TOTAL: 382

Instrumento

Cuestionario de continuidad asistencial entre niveles de atención (CCAENA) versión corta. El mismo evalúa la continuidad y coherencia de la información, de gestión clínica y de la articulación entre niveles de atención. El cuestionario consta de 14 preguntas, con una gama de opciones para única respuesta, mediante una escala de Likert. (Villalbí et al., 2003).

Procedimiento

Inicialmente, a cada uno de los sujetos se les explico los objetivos de la investigación, y se le oferto ser parte de la muestra, para lo cual se le entrego un formato de consentimiento informado, el cual era leído y firmado por parte de cada sujeto.

Para completar el cuestionario promedio de duración fue 40 minutos incluyendo la lectura y firma del consentimiento informado.

El grupo encuestador recibió una capacitación de 2 semanas sobre técnicas de aplicación de cuestionarios en encuestas poblacionales

Consideraciones éticas:

El estudio se desarrolló teniendo en cuenta las normas establecidas en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud; de acuerdo con su artículo 11, este estudio se clasifica como una



investigación “sin riesgo” ya que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran.

Se tuvo en cuenta la participación fue voluntaria y quienes aceptaron formar parte del estudio firmaron un consentimiento informado. Los datos fueron manejados con estricta confidencialidad y anonimato sin realizarse análisis individuales, el formato de valoración estaba numerado con un código el cual sólo fue útil para el proceso de tabulación y el cual estaba separado del registro de consentimiento informado.

Análisis Estadístico:

En el análisis preliminar de la base de datos se empleó un análisis exploratorio de los datos, posteriormente se aplicaron técnicas propias de la estadística descriptiva, se estimaron medidas de resumen como la media y de dispersión como la desviación estándar, para las variables de naturaleza cuantitativa. Para las variables categóricas se estimarán frecuencias.

Resultados:

Sociodemográficos y Generales

Se describieron las características sociodemográficas de los 387 participantes.

Se observa que el porcentaje usuarios femeninos es del 80.9%, predomina los pacientes de procedentes de la zona urbana con un 86.6%; en cuanto al estado civil se reporta un 30% para casados y 30.5% en unión libre, el nivel de escolaridad que se reporta con mayor frecuencia es el de primaria con el 51.4%.

Además el 87.1% de los participantes está afiliado al régimen de salud subsidiado, el 84.2% de los usuarios reportaron tener un ingreso menos al salario mínimo vigente y 53% vive en estrato 1.

Para la variable edad la media fue de 56 años con una desviación estándar de 18.6 años y los datos con distribución no Normal.

Los servicios o programas consulta con solicitados mayor regularidad es el de medicina general con 42.9% y en segundo lugar con un 37% el programa de riesgo cardiovascular.

Continuidad de Relación.



Se observa que el porcentaje 85.8% de los confió en la capacidad profesional del médico general, el 79.3% se sintió a gusto con hablar con mi médico general sobre las preocupaciones o problemas de salud, los participantes en un 77% siempre recomendarían a su médico general con amigos y familiares, el 64.6% de los usuarios creen siempre que información que el médico general me da es suficiente.

Además que el 66.9% de los usuarios siempre confían en la capacidad profesional de los especialistas que los tratan, un 61.8% se siente a gusto para hablar con los especialistas sobre preocupaciones o problemas de salud, también los participantes reportan que en un 58.4% recomendarían el especialistas con amigos y familiares y el 53.2 de los usuarios consideran que la información que los especialistas le brindan es suficiente.

Conclusiones

La edad promedio de los usuarios que solicitaron servicios durante el estudio fue de 53 años, con mayor frecuencia son usuarios subsidiados procedencia urbana y estrato 1 y en mayor proporción del sexo femenino.

El servicio más solicitado es el de medicina general seguido del programa de riesgo cardiovascular.

En cuanto a la continuidad de relación los usuarios tienen una repuesta positiva ya que en mayor frecuencia contestaron siempre en la preguntas de esta continuidad.

Bibliografía.

- Arango-Tobón, O., Castaño Pérez, G., Quintero, S., Montoya, C., Morales Mesa, S., & Rodríguez Bustamante, A. (2013). Riesgos psicosociales y actitudes sobre prácticas sexuales bajo el efecto del alcohol o drogas en adolescentes de la ciudad de Medellín. *Univ. Psychol*, 12(3), 887-98.
- Bahamón Muñetón M, V. P. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el caribe*, 31(2).
- Barragan, M. F. (s.f.). Sexualidad, Educacion sexual y Genero. Junta de Andalucía. Concejería de Educacion y Ciencia.
- Caricote Agreda, E. (2008). Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes. *Educere*, 12(40), 79-87.
- Castillo Torres, C., & Gonzales Castillar, S. (215). Creencias y prácticas de la sexualidad en adolescentes embarazadas en Cartagena, Colombia. *Investigación & desarrollo*, 23(2), 312-37.



- Corona Lisboa, L., & Ortega Alcalá, J. (2013). Comportamiento sexual y conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en estudiantes venezolanos de un liceo del municipio de Miranda. *Medisan*, 17(1), 78-85.
- Corre, C., & Cubillan. (2009). *Manual de Capacitación Salud Sexual y Reproductiva Desde Una Mirada de Género*.
- Cutié, J., Laffita, A., & Toledo, M. (2005). Primera relación sexual en adolescentes cubanos. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 70(2), 83-6.
- Dominguez, I. (2011). Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. *Ginecología y salud reproductiva*, 37(3), 387-98.
- Espada Sánchez, J., Quiles Sebastián, M., & Méndez Carrillo, F. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 29-36.
- Flórez, C. (2005). Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Rev Panam Salud Pública*, 18(6), 388-402.
- Folch, C., Alvarez, J., Casbona, J., Brotons, M., & Castellsaqué. (2015). Determinantes de las Conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. *Rev ESsp Salud Pública*, 89(5), 471-485.
- Galdos Silva, S. (2013). La Conferencia del Cairo y la Afirmación de los derechos Sexuales y Reproductivos Como Base Para La Salud Sexual y Reproductiva. *Rev Peru Med*, 456.
- González Gómez, Y., & López Torres, V. (2015). Significados acerca de la sexualidad en estudiantes de psicología en Colombia. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 6(21), 136-53.
- J.R. Villalbí, M. P. (2003). Evaluación de la atención primaria de salud. *REFLEXIONES EN MEDICINA DE FAMILIA*, 382-385.
- Labrador, F. (2002). Enciclopedia de la Sexualidad. En Labrador, & Francisco. Espasa.
- Larrotta De Ballesteros, M., Hkspiel Plata, M., Muñoz, M., Gomez Celis, E., Ardila, G., G, & Leal Quiroz, M. (2000). *Somos Padres y Madres*.
- OMS. (1978). CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. *Declaración de Alma Ata*, (pág. 2). URSS.
- Oms. (20 de mayo de 2020). https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/. Obtenido de https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Oms, & OPS. (2000). Promoción de la salud sexual. 9.
- OMS, & OPS. (2000). Promoción de la Salud Sexual., (pág. 8). Guatemala.



OPS. (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*. Washington.

Orcasita, L. (2012). Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes. *Revista de Psicología*, 30(2), 303-406.

Organización Panamericana de la Salud. (1992). *ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD*. Mexico: Editorial Pax México, Librería Carlos Césarman, SA. .

Ospina Díaz, J., & Manrique Abril, F. (2007). Prácticas y comportamientos sexuales en estudiantes Universitarios. *av.enferm*, 15(2), 101-11.

Palacios Jaramillo, D. (2008). *Ministerio de Educación*. Retrieved 2017 йил 26-Abril from Altablero: <http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-173947.html>

Pérez de la Barrera, C., & Pick, S. (2006). Conducta Sexual Protegida en Adolescentes Mexicanos. *R. interam. Psicol*, 40(3), 333-40.

Salazar, E., Ugarte, M., Vásquez, L., & J Loaiza, J. (2004). Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. *An Fac Med Lima*, 65(3), 179-87.

Viancha Pinzón, M., Bahamón Muñeton, M., Tobos Vergara, A., Alarcon, L, Alvarado, U., & J. (Julio-Diciembre de 2012). Sexualidad en Jóvenes :Un analisis Desde El Modelo Ecologico . 7(2), 77.

Vianchá Pinzón, M., Bahamón Muñeton, M., Tobos Vergara, A., Alarcon, L., & Uribe Alvarado, J. (2012). Sexualidad en jóvenes: Un análisis desde el modelo ecológico. *Tesis Psicológica*, 7(12), 75-89.

Vigil, P., Riquelme, R., Rivadeneira, R., & Arando, W. (2005). TeenSTAR: Una opción de madurez y libertad. Programa de educación integral de la sexualidad, orientado. *Rev Méd Chile*, 1173-82.

Vinaccia, S., Quiceno, J., Gaviria, A., Soto, A., Gil Llarío, M., & Ballester Arnal, R. (2007). Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por Vih/Sida en Adolescentes Colombianos. *Terapia psicológica*, 25(1), 39-50.

World Health Association. (2010). *Tobacco Free Initiative (TFI)* . Recuperado el 28 de Septiembre de 2014, de <http://www.who.int/tobacco/surveillance/gyts/en/#>

Nombre Participantes:	Identificación	Programa	Correo electrónico:
Paola Andreina Malpica	37396170	Bacteriología	Paola.cardenas2@unipamplona.edu.co



Mayra Alejandra barajas Lizarazo	1094242370	Enfermería	Mayra.barajas@unipamplona.edu.co
Katty Dayana Escobar Velásquez	33357728	Enfermería	Katty.escobar@unipamplona.edu.co



TÍTULO: Desigualdades sociales en mortalidad por Dengue en Colombia - 2022

Nombre del Semillero: Semillas del cuidar.

Universidad: Universidad de Pamplona – Universidad de Cartagena.

RESUMEN

Introducción :la enfermedad del dengue afecta de manera diferencial a las poblaciones más vulnerables del planeta generando costos sociales como la pérdida de vidas humanas, especialmente de niños y jóvenes lo cual tiene un gran impacto en indicadores sanitarios como la esperanza de vida.

Un análisis desde los determinantes sociales de la salud permite una mejor comprensión de las dinámicas de esta enfermedad, en consecuencia, este estudio se propone establecer las desigualdades sociales en la distribución de la mortalidad por Dengue en Colombia

Metodología: Se realizó un estudio transversal analítico. La población de estudio la constituyen 1340 registros de vigilancia en salud pública del evento dengue grave y mortalidad por dengue para el año 2022.

Resultados Los fallecidos en su mayoría eran personas jóvenes y niños , de condición económica vulnerable, el 68,2% pertenecían al estrato 1, el mayor impacto en términos de mortalidad se concentra en departamentos de la región caribe especialmente los departamentos de Guajira(13), Bolívar(13), Cesar (13) y Atlántico(8).La población Wayuu es grupo étnico con mayor afectación.

Conclusiones: Las condiciones de vulnerabilidad social como la clase social, el tipo de aseguramiento en salud y habitar en territorios del país como la costa atlántica están asociados a resultados fatales en la infección por dengue en Colombia.



Objetivos:

Objetivo general: Establecer las desigualdades en sociales en la distribución de la mortalidad por Dengue en Colombia

Objetivos específicos:

- Describir la mortalidad por dengue por características sociodemográficas (edad sexo estrato socio económico, pertenencia étnica, ubicación geográfica)
- Estimar las diferencias en la mortalidad en función de variables sociales, económicas y de servicios de salud.

Planteamiento del problema:

Históricamente el dengue ha sido concebido como una enfermedad de los países “tercermundistas” y estigmatizado a las comunidades como culpables por sus prácticas cotidianas, lo cual se convierte en una barrera para su gestión integral (1,2).

Un análisis desde los determinantes sociales de la salud permite una mejor comprensión de las dinámicas de esta enfermedad que afectan de manera diferencial a las regiones más deprimidas del planeta (3).

Los efectos de determinantes estructurales como el contexto político y económico de un país o una población se ven reflejadas de manera particular en enfermedades como el dengue, en la cual concurren la falta de políticas de estado que prioricen la necesidad de afectar positivamente las condiciones de vida la población garantizando las condiciones mínimas para una vida humana digna, como son el acceso a servicios públicos domiciliarios (3-4).

De esta manera, el desarrollo económico condiciona no solo las circunstancias de vida de las personas, sino que también determina el nivel de organización y planificación técnica de las acciones en salud pública cuya finalidad es mitigar los impactos de estas y otras enfermedades(3,4).



Adicionalmente la voluntad política de los tomadores de decisiones es importante para definir fenómenos como el dengue como prioridad dentro de las agendas de gobiernos y organizaciones (4,5).

Las zonas endémicas de Colombia se caracterizan por presentar bajas coberturas de acueducto y saneamiento básico, lo cual sumado a las condiciones atmosféricas y a la necesidad de almacenar agua crean los ambientes propicios para la proliferación de criaderos de mosquitos(6).

En consecuencia, la enfermedad del dengue produce en las poblaciones afectadas costos sociales como la pérdida de vidas humanas, especialmente de niños y jóvenes lo cual tiene un gran impacto en indicadores sanitarios como la esperanza de vida(7).

En casos de menor severidad los impactos pueden incluir ausentismo escolar y laboral, incapacidades y hospitalizaciones, en consecuencia, afecta el potencial de desarrollo social y económico de las poblaciones, adicionalmente produce un detrimento económico para los sistemas de salud (8)(9-13).

Marco teórico: (Conceptos preliminares)

Desigualdades sociales : Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde 1999 desigualdad indica diferencias sistemáticas, evitables y pertinentes entre los miembros de una población; mientras que inequidad implica diferencias o variaciones no solo innecesarias y evitables, sino también injustas. Diversos autores sostienen esta definición como lo son; los trabajos de Margaret Whitehead en 1992 y de la Organización Mundial de la Salud en 1996, John Rawls y Amartya Sen de la OPS en 1999(14).

Determinantes sociales del Dengue. De acuerdo a lo expresado por la Organización Panamericana de la Salud ,los micro determinantes asociados al dengue son descritos como factores individuales del huésped (sexo, edad los niños son especialmente susceptibles a casos graves, grado de inmunidad(infecciones anteriores con serotipos diferentes aumentan el riesgo de cuadros severos , condiciones de salud específicas, ocupación y conductas individuales,



familiares y comunitarias (en especial campesinos , obreros deportista y personas que realizan actividades al aire libre), factores del agente de la enfermedad (serotipos y subtipos circulantes y nivel de viremia), y factores de los vectores (abundancia y focos de proliferación de mosquitos, densidad de hembras adultas, edad de las hembras, frecuencia de la alimentación, preferencia de huéspedes, disponibilidad de huéspedes y susceptibilidad innata a la infección)(15)

Por otra parte la OMS también señala que los macro determinantes asociados al dengue son del orden ambiental o ecológico la Latitud, altitud (< 2200 msnm) en estas áreas se encuentran las condiciones para que circule y se multiplique el vector ,temperatura ambiental (15-40 grados centígrados) con el agravante que supone el calentamiento global que genera el avance del Aedes a zonas que antes no habitaba, humedad (de moderada a alta), patrones urbanización acelerados no planificada y densidad de asentamiento elevada o hacinamiento , estado deficiente de viviendas (ventanas sin anjeo, canales de desagües de aguas lluvias, obstruidos por desechos, picos de botellas en la parte superior de paredes),pobre cobertura de servicios públicos domiciliarios como acueductos que favorece la adopción de prácticas comunitarias como el aprovisionamiento de agua (agua almacenada no protegida en la casa por más de 7 días, ausencia de abastecimiento de agua corriente individual, disponibilidad intermitente y uso de depósitos o tanques destapados), recolección de desechos sólidos envases de almacenaje inadecuados, recolección inadecuada o inexistente, recipientes, pequeños en desuso, llantas desechadas y otros elementos abandonados a cielo abierto; estado socio económico (pocos ingresos o insuficientes) y culturales que influyen en una interpretación cotidiana de la presencia de los zancudos y el dengue como parte natural de la cotidianidad disminuyendo la percepciones riesgo y conductas que favorecen la proliferación de vectores y por donde el aumento del riesgo de infección(16).

Metodología:

Se realizó un estudio transversal analítico. La población de estudio la constituye 1340 registros de vigilancia en salud pública del evento dengue para el año 2022.



Las bases de datos se obtuvieron del micrositio del Instituto Nacionales de Salud de Colombia.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos en el cual se estimó la prevalencia de la mortalidad nacional y luego se estimó el exceso de riesgo por medio de razones de prevalencia del evento por las variables de comparación, se consideraron significativas aquellos cuya significancia estadística fue menor de 0,05.

Los resultados se presentan en tablas bivariados.

Resultados:

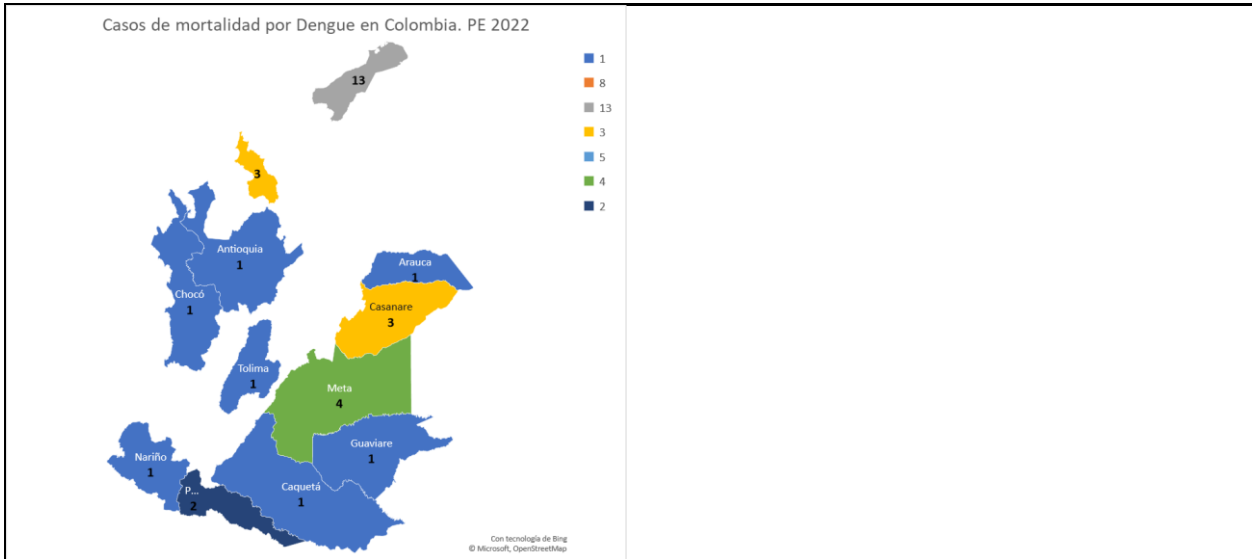
En el periodo 2022 se reportaron 85 muertes confirmadas por dengue, la edad media de los fallecidos fue de 20,25 años.

CARACTERISTICA	f	%
SEXO		
F	41	48,2
M	44	51,8
ESTRATO		
Indeterminado	5	5,9
1	58	68,2
2	21	24,7



3	1	1,2
AREA		
1. CABECERA MUNICIPAL	65	76,5
2. CENTRO POBLADO	9	10,6
3. RURAL DISPERSO	11	12,9
PAIS DE OCURRENCIA		
COLOMBIA	82	96,5
VENEZUELA	3	3,5

Los fallecidos en su mayoría eran personas jóvenes y niños , de condición económica vulnerable, el 68,2% pertenecían al estrato 1, el mayor impacto en términos de mortalidad se concentra en departamentos de la región caribe especialmente los departamentos de Guajira(13), Bolívar(13), cesar (13) y Atlántico(8) La población Wayuu es grupo étnico con mayor afectación.



En cuanto a variables relacionadas con los servicios de salud se estableció que en el 78,25 de los casos de mortalidad el aseguramiento fue subsidiado, las empresas administradoras de planes de beneficios con mayor participación en mortalidad fueron Mutual ser y COOSALUD empresas con mayor presencia en la región caribe y cuya población afiliada en su mayoría subsidiada.

Usando los datos de Sivigila se reporta que transcurren en promedio 3,66 días desde el inicio de los síntomas hasta la fecha de consulta, pero en casos extremos pueden pasar hasta 16 días antes que la persona acuda a servicio de salud; por otra parte, se estimó un promedio de 2,4 días desde la consulta hasta el desenlace fatal. Estos resultados podrían indicar un acceso tardío a manejo médico.

Se encontró asociación significativa entre la probabilidad de morir por dengue el tipo de área geográfica y habitar en la región caribe.



Conclusiones: Las condiciones de vulnerabilidad social como la clase social, el tipo de aseguramiento en salud y habitar en territorios del país como la costa atlántica están asociados a resultados fatales en la infección por dengue en Colombia.

Bibliografía.

1. Cadavid JI, Restrepo C, Marulanda E. Distribución espacial del dengue basado en herramientas del Sistema de Información Geográfica, Valle de Aburrá, Colombia. Rev Fac Nací Salud Pública. 2014;32(1):7–15.
2. Mattar S, Montero A J, González Tous M. La historia del dengue aún no termina. Rev MVZ Córdoba. 2019;24(2):7177–9.
3. Teóricos-metodológicos R, Y PF, Fernández D, López R. Referentes teóricos-metodológicos, proceso formativo y determinantes sociales para el vector del dengue en Cuba. 2018.
4. Aguado-Moquillaza R, Alvites-Junes A, Ceccarelli-Flores J. Determinantes Sociales Estructurales Relacionados Con La Epidemia De Dengue En La Ciudad De Ica, 2017. Rev Médica Panacea. 2018;7(2):50.
5. Santos JPC, Honório NA, Barcellos C, Nobre AA. A perspective on inhabited urban space: Land use and occupation, heat islands, and precarious urbanization as determinants of territorial receptivity to dengue in the city of Rio de Janeiro. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(18):1–20.
6. Medina ÁM, Julio A, Padilla C, Rojas DP, Sáenz-gómez R, Editorial D, et al. EL DENGUE EN COLOMBIA Epidemiología de la reemergencia a la hiperendemia. 2013;35(1):2012–3.
7. León Jiménez FE, Inga-Chero JE, Mendoza-Farro NBF, Montoya Reátegui A, Dioses Díaz K, Cavalcanti Ramírez S, et al. Características y errores más



- frecuentes en el diagnóstico y tratamiento del dengue en un hospital del norte peruano, 2022. *An la Fac Med.* 2023;84(2):210–2.
8. Espinosa FAE, Romero-Urréa HE, Reinoso GNS, Jiménez DGS. Global dengue burden in the Andean Subregion of the Americas 2016 to 2020 | Carga global de dengue en la Subregión Andina de las Américas 2016 a 2020. *Bol Malaria y Salud Ambient.* 2021;61:22–32.
 9. Laserna A, Barahona-correa J, Baquero L, Castañeda-cardona C, Rosselli D. Economic impact of dengue fever in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Rev Panam Salud Publica [Internet].* 2018;94(5):1065–1072. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e1111/#>
 10. Laserna A, Barahona-correa J, Baquero L, Castañeda-cardona C, Rosselli D, Rodríguez RC, et al. Medición del impacto económico del dengue en Colombia: una aproximación a los costos médicos directos en el periodo 2000-2010. *Am J Trop Med Hyg [Internet].* 2011;94(5):1065–72. Available from: <http://190.27.195.165/?idcatego>
 11. Castañeda-Orjuela C, Díaz H, Alvis-Guzman N, Olarte A, Rodriguez H, Camargo G, et al. Burden of Disease and Economic Impact of Dengue and Severe Dengue in Colombia, 2011. *Value Heal Reg Issues.* 2012;1(2):123–8.
 12. Rodríguez RC, Carrasquilla G, Porras A, Galera-Gelvez K, Yescas JGL, Rueda-Gallardo JA. The burden of dengue and the financial cost to Colombia, 2010-2012. *Am J Trop Med Hyg.* 2016;94(5):1065–72.
 13. Stanaway JD, Shepard DS, Undurraga EA, Halasa YA, Coffeng LE, Brady OJ, et al. The global burden of dengue: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Infect Dis.* 2016;16(6):712–23.
 14. Whitehead M. The Concepts and principles of equity and Health. *International Journal of Health Services* 1992;22(3):429-45.



15. Alvarez M, Arnella T, Torres A, Semper I, Romero D. Dengue, chikungunya, Virus de Zika. Determinantes sociales. Rev medica electron [Internet]. 2018;40(1):120–8. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v40n1/rme130118.pdf>.

16. Alvarado-Prado R, Nieto López E. Factores socioeconómicos y ambientales asociados a la incidencia de dengue: estudio ecológico en Costa Rica, 2016. Rev Costarric Salud Pública [Internet]. 2019;28(2):227–38. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292019000200227&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v28n2/1409-1429-rcsp-28-02-227.pdf

Nombre Participantes:	Identificación	Programa	Correo electrónico:
Mayra Alejandra barajas Lizarazo	1094242370	Enfermería	Mayra.barajas@unipamplona.edu.co
Katty Dayana Escobar Velásquez	33357728	Enfermería	Katty.escobar@unipamplona.edu.co
Rossana López Sáleme.	45492154	Enfermería	rlopezs@unicartagena.edu.co