

Estrategias para la eliminación de malaria: una perspectiva afro-colombiana

Strategies for malaria elimination: an Afro-Colombian perspective

Angélica Knudson-Ospina, Yenny M. Barreto-Zorza, Carlos F. Castillo,
Liliana Y. Mosquera, Giovanni Apráez-Ippolito, Luz A. Olaya-Másmela,
Anderson H. Piamba y Ricardo Sanchez

Recibido 16 septiembre 2018 / Enviado para modificación 23 noviembre 2018 / Aceptado 26 diciembre 2018

RESUMEN

Objetivo Describir las estrategias para la eliminación de la malaria a partir de la percepción de pobladores afro-colombianos residentes en Guapi en el contexto de la Estrategia de Gestión Integrada para la promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores en Colombia (EGI).

Métodos Estudio de tipo cualitativo basado en el análisis de discurso de grupos focales. Ocho participantes residentes en zona urbana de Guapi, divididas en dos grupos: el primero correspondió a tres mujeres auxiliares de enfermería, denominadas "mujeres con mayor experiencia", trabajadoras en el actual sistema de salud y funcionarias del antiguo Servicio de Erradicación de la Malaria. El segundo correspondió a cinco mujeres auxiliares de enfermería, denominadas "mujeres con limitada experiencia", trabajadoras en el actual sistema de salud y no tuvieron formación directa con el programa de malaria. Análisis inductivo e interpretativo.

Resultados Emergieron ocho subcategorías enmarcadas en la EGI, con énfasis en la promoción y prevención orientadas a disminuir la malaria, especialmente en el área rural. El abordaje del problema debe hacerse de forma integral incluyendo otras problemáticas en salud y determinantes sociales que los afectan como: saneamiento básico, acceso al servicio de salud, falta de educación, uso de tratamientos populares, fragilidad de infraestructura, entre otros.

Conclusión Las participantes consideran que la malaria en Guapi se puede reducir pero no eliminar. Se requiere abordar este problema desde una perspectiva institucional y comunitaria, teniendo en cuenta las diferencias culturales, a partir de estrategias que incluyan el empoderamiento comunitario y fortalecimiento administrativo e institucional del programa.

Palabras Clave: Malaria; participación de la comunidad; análisis cualitativo; programas nacionales de salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To describe strategies for malaria elimination based on the perception of Afro-Colombian residents in Guapi, in the context of the Integrated Management Strategy for the Promotion, Prevention and Control of Vector-Borne Diseases in Colombia (EGI-ETV).

Materials and Methods Qualitative study based on focus group discourse analysis. Eight participants from the urban area of Guapi were divided into two groups. The first group included three female nursing assistants, and was called "women with more experience"; they were workers in the current health system and former Malaria Eradication Service officers. The second group was made up of female nursing assistants, and was called "women with limited experience"; they were workers in the current health system and were not directly trained in the malaria program. An inductive and interpretative analysis was performed.

Results Eight subcategories emerged, framed in the EGI-EVT, making emphasis on promotion and prevention aimed at reducing malaria, especially in rural areas. This problem

AK: MD. M. Sc. Infecciones y Salud en el trópico. Ph. D. Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Departamento de Microbiología, Facultad de Medicina. Bogotá, Colombia.
raknudsono@unal.edu.co
YB. Enf. M. Sc. Salud Pública. Universidad del Rosario. Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia.
yenny.barreto@urosario.edu.co
CC: Tec. Producción Animal. Secretaría Departamental de Salud del Cauca. Popayán, Colombia.
kaxtillo@gmail.com
LO: Bióloga. M. Sc. Ciencias Biológicas. Universidad Libre de Cali. Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud. Cali, Colombia.
adrianaolaya26@gmail.com
LM: Comunicadora social. Secretaría Departamental de Salud del Cauca, Popayán, Colombia.
liliana.mosquera.etv@gmail.com
GA: MD. M. Sc. Salud Pública. Ph.D. Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina. Bogotá, Colombia. Secretaría Departamental de Salud del Cauca. Popayán, Colombia.
ngapraezi@unal.edu.co.
AP: Ing. Ambiental. M. Sc. Salud Pública. Secretaría Departamental de Salud del Cauca. Popayán, Colombia.
apiamba@cauca.gov.co
RS: MD. Esp. Psiquiatría. M. Sc. Epidemiología clínica. Universidad Nacional de Colombia. Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina. Bogotá, Colombia.
rsanchezpe@unal.edu.co

must be addressed comprehensively, including other health issues and social determinants that affect them, such as: basic sanitation, access to health services, lack of education, use of popular treatments, and lack of infrastructure, among others. **Conclusion** Participants consider that malaria in Guapi can be reduced but not eliminated. This problem needs to be addressed from an institutional and community perspective, taking into account cultural differences, based on strategies that include community empowerment and administrative and institutional strengthening of the program.

Key Words: Malaria; community participation; qualitative analysis; national health programs (*source: DeCS, NLM*).

La malaria en la Región de las Américas, afecta principalmente a poblaciones afrodescendientes, indígenas y mestizas vulnerables, diversas culturalmente; lo que obliga al abordaje multifactorial de este problema en Salud Pública. Brasil, Perú, Venezuela y Colombia aportan 85% de todos los casos de malaria en la región que durante los años 2000 a 2015 tuvo una reducción de 62% en morbilidad y 61,2% en mortalidad (1).

Colombia posee amplia biodiversidad geográfica, étnica y cultural. Se reportan casos de malaria en 85% del territorio, de estos 40% se encuentra en riesgo medio de sufrir la enfermedad (Índice Parasitario Anual-IPA- entre 1 y 10), 35% en riesgo bajo (IPA <1) y 25% en riesgo alto (IPA >10). Una de las zonas de mayor riesgo es la Región Pacífica donde ocurrieron 65% del total de casos en el año 2015. Los departamentos que concentran 70% de los casos de malaria son: Chocó, Córdoba, Antioquia, Valle y Cauca. La distribución de casos en Colombia, coincide con asentamientos afrocolombianos de la Región Pacífica y los valles interandinos y está en estrecha relación con la pobreza (2-4).

El Servicio de Erradicación de la Malaria (SEM) en Colombia, basado en el uso de Dicloro Difenil Tricloroetano (DDT) y la administración masiva de Cloroquina, duró desde 1958 hasta 1984 (5-7). En 1984 la Organización Mundial de la Salud (OMS) cambió el plan de erradicación de la malaria por la estrategia del control y las funciones del SEM-Colombia fueron asumidas por las direcciones o secretarías departamentales de salud. Con la Ley 100 y 60 de 1993 el Sistema de Salud colombiano sufrió un cambio y los programas centralizados y verticales, como el de malaria, se desarticularon pasando a ser responsabilidad de municipios y departamentos (8).

En Colombia, la Estrategia de Gestión Integrada (EGI) para la promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores 2012-2021 y el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP 2012-2021) tienen como objetivos reducir en 80% la mortalidad y en 50% la morbilidad por malaria y eliminar la transmisión periurbana en los focos identificados, la mayoría en la Región Pacífica (9,10).

La EGI está conformada por siete componentes: a. Gerencia del programa (planeación monitoreo y evaluación); b. Inteligencia epidemiológica (notificación semanal de casos y muertes); c. Gestión del conocimiento (reentrenamiento

de los funcionarios); d. Promoción de la salud (participación comunitaria) e. Prevención primaria de la transmisión (reducción de la exposición al vector, control de criaderos, uso de larvicidas, rociado residual intradomiciliario y uso de toldillos impregnados con insecticidas de larga duración (TILD)); f. Atención integral de pacientes (diagnóstico, tratamiento y búsquedas activas), y; g. Gestión y atención de contingencias (respuesta oportuna a brotes) (9).

Partiendo de los componentes de la EGI y de acuerdo con la Ley 1438 de 2011, las nuevas políticas de eliminación de la malaria en Colombia deben concebir un abordaje integrado desde la Atención Primaria en Salud, de tal forma que los pobladores deben hacer parte fundamental en el diseño de estrategias y formulación de planes operativos con participación de líderes comunitarios asegurando equidad, inclusión e intersectorialidad (11).

El municipio de Guapi en el pacífico colombiano, está priorizado en las políticas nacionales para la eliminación, debido a la presencia de malaria urbana y la alta carga de esta enfermedad (12). Sus habitantes enfrentan condiciones de exclusión y pobreza extrema, además de registrar los peores indicadores en salud en cuanto acceso al servicio e índices elevados de morbilidad y mortalidad por enfermedad general en todos los grupos de edad, siendo Guapi el segundo municipio más pobre de la región. Timbiquí y Guapi aportan el mayor porcentaje de casos de malaria en el departamento del Cauca y de acuerdo con el IPA es una zona de riesgo medio para la transmisión de malaria en los últimos cinco años (13).

Las agendas nacionales de los programas de control de malaria, deben diseñar estrategias de eliminación innovadoras, factibles, que cuenten con apoyo del gobierno, participación y empoderamiento de grupos comunitarios afectados (14).

Con el fin de describir las estrategias para la eliminación de la malaria a partir de la percepción de pobladores afro-colombianos residentes en Guapi, se llevó a cabo un estudio de tipo cualitativo.

MÉTODOS

Estudio cualitativo basado en el análisis de discurso de grupos focales, guiado por los componentes de la EGI, realizado entre octubre y noviembre de 2016.

Muestreo, recolección de datos y análisis: La muestra fue por conveniencia (15), con participantes voluntarios y los siguientes criterios de inclusión: residentes permanentes en la zona urbana de Guapi en los últimos 15 años, trabajadores en el actual sistema de salud y del antiguo SEM-Colombia.

Participaron ocho personas, distribuidos en dos grupos, el primero correspondió a tres mujeres auxiliares de enfermería, denominado “mujeres con mayor experiencia en el tema de malaria” (MME), trabajadoras en el actual sistema de salud y ex-funcionarias del antiguo SEM-Colombia. El segundo grupo correspondió a cinco mujeres auxiliares de enfermería, denominado “mujeres sin experiencia en el tema de malaria” (MSE), trabajadoras en el actual sistema de salud y quienes no tuvieron formación directa con el programa de malaria. Se realizaron grabaciones de audio a cuatro grupos focales en el puesto de diagnóstico de malaria en Guapi con una duración de aproximadamente tres horas cada uno.

Participaron tres investigadores expertos en el tema de malaria con un entrenamiento previo en técnicas cualitativas, utilizando la siguiente guía de preguntas, con una prueba piloto previa en un grupo diferente al de los participantes:

1. ¿Cuál es su opinión sobre la malaria en Guapi?
2. ¿Consideran que la malaria se puede eliminar en Guapi? Explique.
3. ¿Qué estrategia propondría para eliminar la malaria en Guapi?
4. ¿Qué piensa sobre la malaria asintomática?

Análisis inductivo e interpretativo en varios momentos dentro y fuera de campo, utilizando los siguientes pasos: a) lectura de transcripciones de grupos focales; b) creación de matriz en Microsoft Excel®, categorización de descriptores; c) contraste de similitudes/diferencias entre los hallazgos; matriz final que incluyó: tema (estrategias de eliminación), categorías (correspondientes a los componentes de la EGI) y subcategorías emergentes teniendo en cuenta los dos grupos de participantes.

El rigor metodológico consideró la credibilidad trabajada al devolver los resultados a la comunidad, audibilidad a través del registro de actividades, transcripción de grabaciones y acompañamiento de investigadores de la Universidad Nacional de Colombia, Secretaría de Salud Departamental del Cauca (SSDC), Colombia. Se realizó una triangulación de datos entre investigadores que trabajaron con las participantes e investigadores que no trabajaron con las participantes y la comunidad con el fin de llegar a la saturación de datos (15).

Se tuvo en cuenta la reducción de sesgos por parte de los investigadores generando una oportunidad para pro-

mover “una relación empática” como medio de apertura para acceder a datos crudos (16). Se presentó sesgo relacionado con el manejo de la información, especialmente con expresiones populares que requerían mayor explicación por parte de las participantes, quienes en ocasiones asociaban el tema con otras problemáticas sociales y de salud relacionada o no con la malaria.

Lugar de estudio y población: Municipio de Guapi: es uno de los tres municipios del pacífico caucano, a orillas del río Guapi, cuya máxima altitud es de 5 msnm, temperatura promedio de 29 °C, superficie de 2 688 km², precipitaciones entre 4 000 y 6 000 mm³ y humedad relativa entre 80% y 95% (17).

Según proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para 2013 el municipio estaba conformado por 29 555 habitantes, 97% afrocolombianos, 0,5% indígenas y 2,5% mestizos (18).

Guapi presenta carencia de agua potable, calidad de vida inadecuada, insalubridad y mala alimentación, no hay recolección, ni separación de basuras y el río es receptor de gran cantidad de residuos sólidos. La encuesta de calidad de vida del DANE 2011 informó 97,5% de población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) y de éstos, 28,8% se encontraba en situación de miseria (19).

El analfabetismo está alrededor del 30% de la población. Se registra la presencia de otras enfermedades transmisibles, la mortalidad infantil es el triple de la tasa nacional, las coberturas de vacunación son las más bajas del departamento y la capacidad de atención requiere para casos graves la remisión de pacientes hacia Cali y Popayán (19).

Consideraciones éticas: Se tuvieron en cuenta las normas nacionales e internacionales de investigación en salud. El presente trabajo correspondió a riesgo mínimo. Cuenta con el aval del comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Se obtuvo consentimiento informado y todas las personas convocadas aceptaron la participación (20-22).

RESULTADOS

Características sociodemográficas

El total de las participantes fueron mujeres entre 29 y 57 años de edad, 57 años en el grupo MME y entre 29 y 46 años en el grupo MSE. Todas desarrollaban trabajos en el comercio informal lo cual contribuía a la economía del hogar. El 25% eran cabezas de hogar, siendo esta remuneración mensual el único sustento para su familia y 25% recibían mensualidad pensional por Sistema General de Seguridad Social en pensiones en Colombia. Todas eran madres de entre 1 y 5 hijos e integrantes de familias extensas modificadas.

La malaria y su eliminación desde una perspectiva afro-colombiana

Para los afro-colombianos de la región, la malaria es conocida como paludismo, está presente en su historia personal, concebida como algo natural: “Nosotros nacimos con la malaria” (OB1-MME).

La malaria ha sido históricamente un problema de salud, caracterizado por brotes, enfermedad complicada y mortalidad, asociado a minería y agricultura, fundamentalmente en zona rural: «...cuando trabajaba en Puerto Saija (1989) llegaban más personas convulsionando... Desde 2013 en San José de Guare hay retroexcavadora y esto ha aumentado el paludismo» (OB1-MME).

Las participantes consideraban que la malaria siempre estaba asociada a alguna manifestación clínica, lo cual explicaba el uso de remedios populares para su manejo. La malaria asintomática es un concepto novedoso, «Las personas se tratan por allá con su hierba... se quitan los síntomas, pero no eliminan el parásito y de todas maneras quedan allá» (DOCS3-MSE).

Una vez reconocen el término de malaria asintomática establecen la necesidad de su oportuno diagnóstico, tratamiento y búsqueda activa, lo que contribuiría a disminuir la malaria, pero no a eliminarla dada la historia y la región en la cual viven «...sirve porque además de que se trata ese paciente (asintomático), se evita que esa persona siga contami-

nando el resto de la población...» (DOCS3-MSE). «Eliminar es difícil, se puede disminuir» (OB1-MME).

Durante el SEM el sistema de vigilancia era más estricto y realizado por funcionarios como MME, sin embargo, en algunos momentos por falta de herramientas necesarias se administraban tratamientos antimaláricos sin confirmación de caso. La población reconoce la experiencia de los funcionarios (MME) y la necesidad de la gota gruesa para el diagnóstico, aunque conservan la idea de que se puede seguir administrando el tratamiento independientemente del resultado, «... cuando trabajé en el Naranjo no tenía microscopio, me tocaba tomar la muestra y mandárselas a los del SEM y dar tratamiento sin diagnosticar... ahora van a que le tomen la muestra y uno le dice: no tiene paludismo y piden que le dé tratamiento» (DOCS6-MME).

Estrategias para la eliminación de la malaria en el marco de la EGI

A continuación, se describirá la percepción de MME y MSE con respecto a las estrategias (tema) para la eliminación de la malaria en asociación con los siete componentes de la EGI (categorías). Las 8 subcategorías emergentes son identificadas con un número y algunas pertenecen a una o más de las categorías de la EGI (Cuadro 1). Los resultados se presentarán con el número de la subcategoría correspondiente.

Cuadro 1. Subcategorías emergentes de la percepción de la eliminación de la malaria de afro-colombianos en el marco de la EGI

Categorías (Componente EGI-ETV)	Subcategorías (A partir de los descriptores)
Gerencia del programa	No emergieron subcategorías
Inteligencia epidemiológica	1. Envío periódico de la información epidemiológica a la entidad responsable. ^{MME}
Gestión del conocimiento	2. Seguir capacitando a los funcionarios de salud en el área rural. ^{MSE}
Promoción de la salud	3. Educar a la comunidad en el concepto del paludismo y sus consecuencias. ^{MME}
	4. Generar educación en toda la comunidad sobre control de criaderos, manejo de basuras con estrategias comunicativas. ^{MSE}
	5. Integrar a la comunidad y generar apoyo interinstitucional con la participación del gobierno para fortalecer las estrategias del programa. ^{MSE}
Prevención primaria de la transmisión	6. Las instituciones deben fortalecer estrategias contra la malaria como: fumigación, entrega de toldillos y toma de muestra para administrar tratamiento. ^{MME}
	7. Enfatizar en estrategias conocidas por la comunidad como: fumigación, uso de toldillo, diagnóstico, tratamiento y control de criaderos. ^{MSE}
Atención integral de pacientes	6. Las instituciones deben fortalecer estrategias contra la malaria como: fumigación, entrega de toldillos y toma de muestra para administrar tratamiento. ^{MME}
	7. Enfatizar en estrategias conocidas por la comunidad como: fumigación, uso de toldillo, diagnóstico, tratamiento y control de criaderos. ^{MSE}
	8. Volver a aplicar estrategias efectivas como búsqueda activa, visitar veredas y contratar funcionarios de salud en estas comunidades. ^{MSE}
Gestión y atención de contingencias	No emergieron subcategorías

MME: “mujeres con mayor experiencia en el tema de malaria”; MSE: “mujeres sin experiencia en el tema de malaria”; EGI: Estrategia de Gestión Integrada; ETV: Enfermedad de Transmisión Vectorial

Desde los componentes “Gerencia del programa” y “Gestión y atención de contingencias” no se obtuvo asociación con las subcategorías emergentes, pues las participantes no tienen injerencia administrativa directa con

las actividades del programa y aunque las participantes asocian la malaria con brotes, se infiere que no reciben retroalimentación con relación a los indicadores epidemiológicos o no es clara su posición frente a este tema.

Inteligencia epidemiológica

Subcategoría 1

Las participantes no identifican el término notificación como proceso medular de la vigilancia epidemiológica, pero realizan el envío de información y reconocen su importancia en el control y eliminación.

«... enviar información al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)... hacer encuestas con recomendaciones; con estas estrategias la malaria bajó en más o menos dos meses (2013)» (OB1-MME).

Gestión del conocimiento

Subcategoría 2

En zona rural con problemas de acceso al servicio de salud, existe la necesidad de un microscopista permanente y capacitado periódicamente en temas relacionados con la enfermedad y su diagnóstico. «Empezaron a venir a hacernos capacitaciones...de tres días eso ayudó mucho...» (DOCS8-MME).

Promoción de la salud

Subcategoría 3

La educación como una herramienta de empoderamiento de la comunidad permite desde la perspectiva de las participantes “disminuir el paludismo”. Proponen sesiones educativas interactivas adaptadas al contexto socio-cultural, a través de salidas de campo que generen la sensibilización y concientización en temas como diagnóstico y malaria asintomática.

«Que no nos sentemos en un puesto solo a diagnosticar sino salir a darle educación a la comunidad...porque hay personas que al principio no ceden ...» (DOCS8-MME).

Subcategoría 4

La inadecuada disposición de residuos sólidos y la necesidad de hacer pozos para el suministro de agua son problemáticas en salud identificadas. Ellas proponen la educación y la comunicación como herramientas de cambio en su comunidad, dirigido al control vectorial. Las participantes no hacen diferenciación clara del tipo de vector y la enfermedad correspondiente que es transmitida.

«Se requiere educación sobre basuras y control de criaderos, fumigación, pastillas en los tanques, que no se hagan pozos para suministro de agua, que se evite el relleno de basuras en los barrios» (OB1-MSE). «Ha ayudado bastante con los perifoneos» (DOCS3-MSE).

Subcategoría 5

Las participantes proponen generar redes de apoyo interinstitucionales entre entidades del gobierno con ejercicios de participación comunitaria fortaleciendo el trabajo

que se realiza desde el programa a través de proyectos macro que involucren el área urbana y rural. «Integrar más con otras entidades de Guapi y de otros proyectos, para que ayuden a fortalecer y así tener más impacto» (OB1-MSE).

Prevención primaria de la transmisión

Subcategoría 6 y 7

La distribución masiva de TILD y el rociado residual, respaldados por entidades como la Alcaldía Municipal y la SSDC, podría ser una motivación para que los pobladores acudan a la toma de la gota gruesa. Estas actividades deben dirigirse al ámbito colectivo y al empoderamiento comunitario, acompañado de prácticas populares que mejoran la adherencia y eviten el rechazo debido a las reacciones no deseadas asociadas al insecticida. Las participantes resaltan la importancia del rociado residual con mayor frecuencia en todo el municipio, para reducir vectores y eliminar el paludismo. «...hacerle un estímulo a la comunidad para que se deje tomar las muestras, por ejemplo, regalo de toldillos... fumigación...haciendo promoción y prevención, con respaldo de la secretaria» (DOCS8-MME).

“El toldo ellos mismos lo instalan y cuando la persona se acuesta ya se ha secado y así pica menos, o usan miel mentol porque algunas personas si les da alergia” (DOCS1-MSE).

La infraestructura del municipio favorece la presencia de criaderos de vectores lo que implica el desarrollo de un trabajo de prevención relacionado con la planeación y adecuada prestación de servicios públicos. «Hacer prevención: Secar charcas, rozar terrenos, arreglar el acueducto para que no salga agua debajo de las casas y se inunde» (OB1-MME).

Atención integral de pacientes

Subcategorías 6 y 7

Este componente garantiza el diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado a través de la toma de gota gruesa y la confirmación de caso. Las participantes lo expresan como el primer paso para identificar el paludismo con o sin síntomas. Para asegurar este componente se requiere una red de diagnóstico con funcionarios capacitados. “... las personas tienen suficiente conocimiento sobre que es el paludismo y consultan con cualquier síntoma, la gota gruesa es una buena herramienta para el diagnóstico” (OB1-MME).

«Para mí sería como meterle mano fuerte a la malaria...visitando las comunidades y que siempre haya un trabajador de salud» (DOCS7-MME). «Ahora ya no se escucha muriendo gente por el paludismo porque ahora están fumigando, están tomando muestras, dan los medicamentos...» (DOCS3-MSE).

Subcategoría 8

La comunidad, aunque conoce los síntomas asociados a la malaria no acude al hospital. Las participantes proponen

búsqueda activa de casos en zona rural y urbana y contratación formal y continua de un funcionario de salud, pues las contrataciones periódicas interrumpen la continuidad del proceso, gestión administrativa de la cual las participantes son ajenas. «Se debe hacer búsqueda activa en los barrios, pues hay personas que se sienten enfermas y no van al hospital» (OB1-MSE). «...contratar esas mujeres que iban por los ríos, que saben de malaria y que estén pendientes, eso ayudaría a eliminar» (DOCS3-MSE).

En general, las participantes enfatizan en la promoción y prevención con el fin de disminuir la malaria, especialmente en el área rural. El abordaje del problema debe hacerse de forma integral incluyendo otras problemáticas en salud y determinantes sociales que los afectan como: saneamiento básico, acceso al servicio de salud, falta de educación, uso de tratamientos populares, fragilidad de infraestructura, entre otros, los cuales de alguna forma se encuentran inmersos en los componentes de la EGI.

DISCUSIÓN

Las participantes corresponden a mujeres afro-colombianas, de familias extensas, la mayoría de veces jefes del hogar y principal vínculo con la población infantil; por sus características culturales se involucran de forma activa en procesos de participación, relacionados con el desarrollo de líderes en salud, siendo su núcleo familiar y su comunidad una motivación para transferir conocimientos y contribuir a mejorar la situación de salud de su municipio, a través del empoderamiento (23, 24).

La pobreza en Colombia está relacionada con el hecho de ser afro-colombiano; datos recientes demuestran que mientras 60% de ellos se encontraba en pobreza y 24,1% en indigencia, en el caso de la población no étnica 54,1% se encontraban en situación de pobreza y 18,6% en indigencia; obligándolos al desplazamiento a zonas de riesgo para malaria (2). En las participantes de Guapi la pobreza se relaciona con falta de trabajo estable y dependencia económica de trabajos informales, haciendo que éste sea el eje fundamental para ofrecer al individuo y a la comunidad el desarrollo social económico básico (25).

Estudios previos han demostrado que la proporción de población con NBI y con edad menor de 40 años son factores asociados a mayor incidencia de malaria en Colombia (7,8), características que son reflejadas en las proyecciones del DANE para Guapi (19).

Las participantes hacen énfasis en que las principales estrategias que contribuirían a la eliminación de la malaria en Guapi son: a) fortalecimiento de actividades institucionales propias del programa (TILD, rociado residual intradomiciliario, diagnóstico adecuado y tratamiento oportu-

no); b) búsquedas activas principalmente en zonas rurales; c) contratación de personal para diagnóstico y tratamiento en zona rural y urbana; d) educación continua del personal de salud; e) empoderamiento de la comunidad a través de la educación y f) desarrollo de proyectos interinstitucionales. Estas estrategias, están estrechamente relacionadas con los componentes de la EGI (9).

Los componentes de la EGI con más subcategorías emergentes fueron: prevención primaria de la transmisión y promoción de la salud unido a un liderazgo de la comunidad a través de una estrategia de empoderamiento que es la educación desde dos direcciones: educación continuada a personal de salud y educación comunitaria. La primera relacionada con el fortalecimiento del componente técnico asegurando un adecuado diagnóstico y tratamiento en zona rural y urbana. La segunda, relacionada con brindar conocimientos básicos e innovadores haciendo énfasis en la malaria asintomática, adherencia al uso del TILD y rociado residual, sin desconocer los cuidados populares que la comunidad utiliza y que contribuiría a la adherencia y uso adecuado de estos, reconociendo la importancia de que las comunidades adquieran habilidades para negociar asuntos de salud y ejerzan su poder en tomar decisiones y generar responsabilidad propia (26).

Una de las estrategias que identifican las participantes está directamente relacionada con la gestión del conocimiento. En 1995 los lineamientos a nivel nacional del Instituto Nacional de Salud (INS) incluyó el programa de malaria dentro de la Red Nacional de Laboratorios, el cual tiene como actividades la capacitación y evaluación del desempeño de los microscopistas encargados del diagnóstico y tratamiento en zonas urbanas y rurales (27). De acuerdo con las participantes estas actividades requieren fortalecimiento que garantice la supervisión, capacitación, evaluación externa directa e indirecta y calificación del desempeño de los microscopistas por parte de la SSDC con asesoría del INS (27). Guapi no es un municipio autónomo debido a su fragilidad económica relacionada con la declaración de quiebra bajo la ley 550 de 1990 (28) y está dentro de los 60 municipios del país peor calificados por el Departamento Nacional de Planeación, de acuerdo con su capacidad burocrática y la eficacia y eficiencia en la producción de resultados referidos a sus planes de desarrollo (29), por lo tanto, requiere del apoyo técnico de manera permanente de las entidades nacionales y departamentales en relación con el desarrollo de las actividades propias de la red de microscopistas.

Guapi cuenta con numerosas organizaciones no gubernamentales, grupos de mujeres, jóvenes y religiosos que aportan al mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de los pobladores (29), situación que las institu-

ciones gubernamentales podrían aprovechar para generar redes de apoyo hacia la eliminación de la malaria, trabajando en equipo como lo sugieren las participantes y que abarque todo el municipio.

En conclusión, las participantes consideran que la eliminación de la malaria es un proceso difícil, por lo que es más viable desde su perspectiva la disminución de casos en Guapi. Sin embargo, para esto se requiere del abordaje de este problema desde una perspectiva institucional y comunitaria, teniendo en cuenta las diferencias culturales, a partir de estrategias que incluyan el empoderamiento comunitario y fortalecimiento administrativo e institucional del programa.

Existen diferencias en la percepción de MME y MSE en cuanto al funcionamiento del programa en diferentes momentos históricos que permiten que se complementen sus aportes al momento de generar estrategias para la eliminación de la malaria en Guapi. Las MME perciben más la necesidad de fortalecer el programa desde perspectivas institucionales, mientras que las MSE enfatizan en la necesidad del empoderamiento comunitario y reconocimiento de prácticas populares ♠

Financiamiento: Este artículo pertenece al proyecto “Herramientas formación y redes encaminadas a disminuir la carga por malaria en Colombia” financiado por el Consejo Británico, con la participación de la Universidad Nacional de Colombia, Secretaría de Salud Departamental del Cauca y el Wellcome Sanger Institute del Reino Unido.

Agradecimientos: Los autores agradecemos los aportes críticos al manuscrito de los doctores Vladimir Corredor Espinel, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y Julian Rayner, líder del grupo Malaria en el Wellcome Sanger Institute y co-investigadores del proyecto “Herramientas formación y redes encaminadas a disminuir la carga por malaria en Colombia”.

Conflicto de interés: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Report on the Situation of Malaria in the Americas 2000-2015. 2017. [Internet]. Disponible en: <http://bit.ly/2MeHj9S>. Acceso marzo de 2018.
2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Los Afrocolombianos frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2012. [Internet]. Disponible en <http://bit.ly/2M9Md8e>. Acceso marzo de 2018.
3. Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural, Colombia. Caracterización territorial PDET Pacífico-FIDA. Rimisp. Septiembre 20 de 2017. [Internet]. Disponible en <http://bit.ly/331nDNu>. Acceso marzo de 2018.
4. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento malaria, hasta el periodo epidemiológico XIII, Colombia, 2017. [Internet]. Disponible en <http://bit.ly/2lmyDx5>. Acceso marzo de 2018.

5. Carmona-Fonseca J. La malaria en Colombia, Antioquia y las zonas de Urabá y Bajo Cauca: panorama para interpretar la falla terapéutica antimalárica. Parte 1. Iatreia. 2003;16(4):300-18.
6. Franco S. El paludismo en América Latina. Guadalajara: Editorial Universidad de Guadalajara;1990.
7. Valero-Bernal MV. Malaria in Colombia: Retrospective Glance during the Past 40 Years. Rev Salud Pública. 2006;8(3):141-9.
8. Borrero E, Carrasquilla G, Alexander N. Descentralización y reforma: ¿cuál es su impacto sobre la incidencia de malaria en los municipios colombianos?. Biomédica. 2012;32(Suppl):68-78.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia de Gestión Integrada (EGI) para la promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores en Colombia, 2012 – 2021. Bogotá; 2014.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá, 2013. [Internet]. Disponible en <http://bit.ly/30EIIcS>. Acceso el 29 de marzo de 2018.
11. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. República de Colombia.
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento para la conformación y operación de los equipos funcionales del programa de promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores. 2017. [Internet]. Disponible en <http://bit.ly/3507qKx>. Acceso marzo de 2018.
13. Secretaria de Salud Departamental del Cauca. Área de salud ambiental, programa ETV. Plan de contingencia departamental a la transmisión epidémica de malaria; 2017.
14. González-Silva M, Bassat Q, Alonso PL. Getting ready for malaria elimination: a check list of critical issues to consider. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2014;109(5):517-21.
15. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C y Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. Quinta Edición. México: McGraw-Hill; 2010.
16. Guber R. El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2004.
17. Ministerio del Trabajo, República de Colombia. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Perfil productivo Municipio de Guapi; 2013.
18. Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE. Estimaciones y proyecciones de población 1985 – 2020. [Internet]. Disponible en: <http://bit.ly/2odJliv>. Acceso marzo de 2018.
19. Defensoría del Pueblo de Colombia. Informe estructural: Situación de riesgo por conflicto armado en la Costa Pacífica Cauca en los municipios de Guapi, Timbiquí y López de Micay. Abril de 2014. Bogotá DC, Colombia. [Internet]. Disponible en <http://bit.ly/2LLxRM4>. Acceso marzo de 2018.
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993. República de Colombia, 1993(Octubre 4):1–19.
21. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Código del menor. Decreto 2737 de 1989.
22. WMA - World Medical Association (AMM). Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013. [Internet]. Disponible en: <http://bit.ly/31JKhtN>. Acceso marzo de 2018.
23. Cataño N, Barreto Zorza Y, Velásquez-Gutiérrez V, López L. Fortalecimiento de mujeres afrocolombianas líderes comunitarias en la aplicación de un programa de salud. En: Experiencias de formación investigación y práctica en el cuidado de Enfermería. Editorial Universidad Nacional de Colombia. Bogotá; 2016.
24. Velásquez-G VF, Barreto Y. Efecto de un programa de atención primaria en salud sobre la funcionalidad familiar desde abuelos y nietos, Guapi - Cauca. Rev Univ Salud. 2016;18(3):514-24.

25. Barreto Y. Efecto de un programa de atención primaria en salud para familias extensas afrocolombianas, Guapi- Cauca, 2014. [Tesis de Maestría en Salud Pública]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014. <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n3/v18n3a11.pdf>.
26. Barreto-Zorza YM y Velasquez-Gutierrez VF. Centro de Desarrollo Humano Comunitario: programa para familias afrocolombianas desde la investigación acción participativa. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2016;18(5):768-81. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n5.43160>.
27. Ospina OL, Cortés LJ, Cucunubá ZM, Mendoza NM, Chaparro P. Characterization of the national malaria diagnostic network, Colombia, 2006-2010. *Biomedica*. 2012;32(Suppl 1):46-57.
28. Ley 550 de 1990. Por la cual se establece un régimen que promueva y facilite la reactivación empresarial y la reestructuración de los entes territoriales para asegurar la función social de las empresas y lograr el desarrollo armónico de las regiones. República de Colombia.
29. Unidad nacional para la gestión del riesgo de desastres. Colombia y Todos somos Pazcífico. Evaluación social: agua y saneamiento básico en el Pacífico Sur – Guapi y Tumaco. Plan todos somos Pazcífico. 2015. [Internet]. Disponible en: <http://bit.ly/2oboLzr>. Acceso marzo de 2018.