

DINÁMICAS COMUNITARIAS Y GUBERNAMENTALES SOBRE LA MALARIA EN GUAVIARE-COLOMBIA

COMMUNITY AND GOVERNMENTAL DYNAMICS RELATED TO MALARIA IN GUAVIARE-COLOMBIA

César García Balaguera

Médico cirujano

PhD in Public Health, Magister Salud Sexual y Reproductiva, Especialista en Salud Ocupacional, Especialista en Docencia Universitaria

Facultad de Medicina Universidad Cooperativa de Colombia-Villavicencio

cesar.garcia@campusucc.edu.co

<https://orcid.org/0000-0002-0750-5541>

Gloria Isabel Jaramillo Ramírez

Bióloga

PhD, Especialista en Epidemiología

Integrante de investigación Grupo GRIVI

Facultad de Medicina Universidad Cooperativa de Colombia-Villavicencio

gloria.jaramillor@campusucc.edu.co

<https://orcid.org/0000-0002-7597-3873>

Franco Andrés Montenegro Coral

Biólogo, Magister

Integrante de investigación Grupo GISEE

Facultad de Medicina Universidad Cooperativa de Colombia-San Juan de Pasto

franco.montenegro@unicatolicadelsur.edu.co

<https://orcid.org/0000-0002-7054-7138>

Carol Yovanna Rosero

Bióloga, PhD

Integrante de investigación Grupo GISEE

Facultad de Medicina Universidad Cooperativa de Colombia-San Juan de Pasto

carol.roserog@campusucc.edu.co

<https://orcid.org/0000-0002-4320-9141>

Artículo recibido el 2 de noviembre de 2022. Aceptado en versión corregida el 7 de julio de 2023.

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo del estudio fue describir las dinámicas comunitarias y gubernamentales en torno a la malaria, su control y prevención en el Municipio de San José del Guaviare, en el departamento de Guaviare (Colombia). **MÉTODOS:** Se realizó un estudio de métodos mixtos utilizando una encuesta que constaba de 45 preguntas sobre conocimientos, actitudes y prácticas y entrevistas semiestructuradas con personal médico y trabajadores del gobierno. **RESULTADOS:** Aceptaron realizar la encuesta 103 personas, el 72% fueron mujeres, edad promedio de 40,8 años, tiene acueducto el 60% y alcantarillado 53,4%. El 59% reportó haber tenido malaria, 76% reconoció un mosquito como el vector de la enfermedad, 6% reconoce al *Anopheles* como el vector. El 16,5% de los encuestados asegura que la malaria no es un problema de salud para ellos y sus familias. El uso de toldillos (74%) es considerado una eficaz protección. **CONCLUSIONES:** Se evidencia un buen conocimiento de la malaria después de los acuerdos de paz, sin embargo, los determinantes relacionados con suministro de agua, alcantarillado, difícil atención en zona rural y las escasas acciones interdisciplinarias son posibles elementos de riesgo para esta población.

Palabras clave (DeCS): Malaria, conocimientos, determinantes de la salud.

ABSTRACT

The objective of the study was to describe the community and government dynamics around malaria, especially its control and prevention, in the Municipality of San José del Guaviare, in the sector of Guaviare (Colombia). **METHODS:** We conducted a mixed methods study using a survey consisting of 45 questions on knowledge, attitudes, and practices, and semi-structured interviews with medical personnel and government workers. **RESULTS:** 103 people responded to the survey. 72% were women, and the average age was 40.8 years. 60% had an aqueduct and 53.4% had sewers. 59% reported having had malaria, 76% recognized a mosquito as the vector of the disease, and 6% recognized *Anopheles* as the vector. 16.5% of those surveyed said that malaria was not a health problem for them and their families. 74% considered the use of mosquito nets an effective protection. **CONCLUSIONS:** While there is a good knowledge of malaria, difficulties related to water supply, sewage, care in rural areas and lack of interdisciplinary solutions pose possible risk factors for this population.

Keywords: Malaria, knowledge, risk factors.

http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.34.2.176-189

INTRODUCCIÓN

La malaria o paludismo, es una de las enfermedades parasitarias con mayor índice de morbi-mortalidad a nivel mundial⁽¹⁾, con más de 50 millones de ca-

sos anuales y con tasas de ataque que llegan a los 64 por mil habitantes. El control de esta enfermedad es costoso y las epidemias inciden negativamente en el

desarrollo socioeconómico de las zonas afectadas⁽²⁾. En Colombia, el número de casos reportados se ha sostenido a través del tiempo, y sigue siendo un evento de interés en salud pública⁽³⁾. Según el Instituto Nacional de Salud⁽⁴⁾, Colombia es un país endémico para esta enfermedad, cuyos focos de infección están concentrados principalmente en Chocó, Córdoba y Antioquia, donde se registra el 73,5% de los casos, Guaviare reporto 1491 casos de malaria no complicada a semana 46 de 2019, aportando 2,1% de los casos del país.

El Instituto Nacional de Salud ha establecido que el 8% de los casos se presentan en zonas de cultivos ilícitos concentrados principalmente en Nariño, Chocó Antioquia y la Amazonía (21% casos), muchos de los casos de malaria presentados en el país se generan en sectores fuera del alcance del sector salud, como en los asentamientos subnormales y las zonas de minería ilegal⁽⁵⁾.

En la semana epidemiológica 46 de 2019, se notificaron 1.234 casos de malaria. A la fecha se han reportado 71.655, de los que, 70.459 son de malaria no complicada y 1.196 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) con 50,6% (36226 casos), seguido de *Plasmodium vivax* (*P. vivax*) con 48,3% (34.638 casos), infección mixta con 1,1% (790 casos) y 1 caso por *Plasmodium malarie* (*P. malarie*) (Instituto Nacional de Salud INS BES 2019)⁽⁴⁾.

La permanente transmisión de la malaria, conduce al mantenimiento de altos índices de malaria y la recurrencia de su perfil endémico-epidémico en la

población, están asociados de manera íntima a las situaciones de vulnerabilidad social, económica y ambiental que enfrentan quienes viven en los espacios rurales amazónicos⁽⁶⁾. Se trata de poblaciones que conviven de manera intensa y prolongada con la malaria. Por esta razón, han desarrollado concepciones singulares sobre la enfermedad y los modos de lidiar con ella, así como sobre los servicios y profesionales de salud que actúan en ese campo.

Al ser la malaria una enfermedad multicausal los nuevos enfoques para su control deben hacerse de manera integral e incluir tanto la participación individual, como la comunitaria e institucional que fortalezca la capacidad de respuesta local para lograr una sostenibilidad de las acciones con énfasis en la promoción y prevención de la misma (Ministerio de la Protección Social, 2010), teniendo en cuenta que los programas de control y erradicación de la enfermedad se han caracterizado por su carácter vertical y la baja participación comunitaria.

Por consiguiente, ante los retos generados por determinantes sociales en las regiones endémicas de malaria (conflictos armados, desplazamiento, barreras de acceso, deforestación, entre otros), se hace necesario replantear la participación de la comunidad en los escenarios de aplicación de estrategias de control. La zona rural representa el 75% de la población en el Guaviare y San José del Guaviare, su capital, cuenta con 48.806 habitantes según censo de 2019 DANE. Este departamento hace parte de la región de la Amazonía y ha tenido presencia de grupos armados ilegales, actividad de

narcotráfico, tala de bosques, cacería ilegal y alberga una importante población indígena y parques naturales de invaluable importancia ecológica.

La zona rural ha sido históricamente olvidada de las prioridades de inversión social y de infraestructura y de las intervenciones de control vectorial. Cuando se realizan intervenciones por parte del estado, se asume que las soluciones las tienen quienes no viven en el campo; por lo tanto, es necesario acercarse a la construcción social de la salud y de la enfermedad en la población rural, sus imaginarios, necesidades y proyectos de vida, los cuales difieren significativamente, de la mirada del habitante de ciudad⁽⁷⁾. El uso de sus recursos, la percepción del ciclo vital y de su papel productivo como familia tienen una construcción diferente, es quizás por ello que las intervenciones han tenido un escaso efecto positivo⁽⁸⁾. Para ello, se requiere incluir las voces de la comunidad

representadas en sus discursos y quehaceres frente a la enfermedad, su prevención y su tratamiento. Éste estudio tuvo como objetivo explorar y describir los conocimientos, actitudes y prácticas comunitarias sobre la malaria, con el fin de aportar conocimiento que sirva al diseño de intervenciones más eficientes y eficaces.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de métodos mixtos, un abordaje cuantitativo mediante encuesta y otro cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas, se analizan los resultados cruzando las variables cuantitativas contra los resultados cualitativos, previamente codificados y clasificados en categorías, entre 2017-2018 en San José del Guaviare, Capital del departamento del Guaviare, ubicado en 72° 38' - 2° 36', altura media sobre el nivel del mar de 175 metros. Su población se acerca a los 56.000 habitantes en la región de la Amazonía (Figura 1).



Figura 1. Región de la Amazonía.

Se realizó la “Encuesta sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) en el abordaje de la malaria en comunidades indígenas”⁽⁹⁾, con algunas modificaciones para su aplicación en

algunos barrios del municipio de San José del Guaviare que fueron seleccionados por orientación de los funcionarios de entomología de la Secretaría Departamental de Salud del Guaviare. Se tuvieron

en cuenta preguntas con variables sobre datos básicos, generales, conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad y percepción de los sistemas de salud. En total se realizaron 45 preguntas a los habitantes del municipio.

Para la realización de las encuestas se partió del mapa del municipio dividido en barrios, se consultó a funcionarios de la Secretaría departamental del área de entomología sobre las zonas de interés a ser encuestadas por historia de presencia vectorial e incidencia de casos de la enfermedad, de allí se eligieron los barrios a encuestar. Así en cada barrio en la primera vivienda visitada en la que un residente aceptara participar en el estudio se le aplicó la encuesta CAP. En el caso de encontrar una vivienda deshabitada o un lote baldío se continuaba con la siguiente casa. Se hizo un cubrimiento de 15 barrios del casco urbano del municipio hasta completar la muestra. Los criterios de inclusión fueron: personas mayores de edad, que vivieran en la casa encuestada, previo consentimiento informado.

El tamaño de la muestra se calculó con un nivel de confianza del 95%, un porcentaje de error del 5% y una incidencia esperada para malaria de 13,93 casos por 1.000 habitantes de acuerdo con los datos reportados por Instituto nacional de Salud 2019. A partir de estos parámetros se estimó un tamaño de muestra mínimo de 73 encuestas a pobladores del casco urbano del municipio. Se encuestaron en total 103 personas de la comunidad.

$$n = \frac{Z^2 * p * (1 - p)}{e^2}$$

A las variables de las encuestas CAP se les realizó un primer análisis descriptivo a partir de frecuencias y medidas de tendencia central dependiendo de la naturaleza de cada variable. Y para el cruce de variables se realizó estadística no paramétrica a partir de análisis de X^2 y Kruskal Wallis. Se utilizaron los programas estadísticos EpiInfo 7.0 y SPSS.

Adicionalmente se realizó un análisis multivariado con enfoque de determinantes sociales de la salud. A partir de los datos se tomaron las variables descriptivas sociode-mográficas como factores de análisis (riesgo/protectores) y como efecto el haber tenido o no malaria en su curso de vida, se usaron Odds ratio de prevalencia (OR) para estimar las asociaciones, usando modelo de regresión logística multinomial, buscando delimitar las variables más probablemente asociadas al tener o no la enfermedad, desde los determinantes sociales. Se realizó regresión logística multinomial. Se tomó como significativo un valor de $p < 0,05$ en las pruebas de X^2 y valores diferentes a 1 en los IC95%.

Además, se realizaron entrevistas semiestructuradas a partir de un cuestionario para la comunidad. En total se realizaron cinco entrevistas a vecinos de San José. Las entrevistas tuvieron una duración de 10 a 15 minutos y no hubo relación entre el entrevistador y los encuestados. Se permitió que las personas se expresaran libremente. Todas las entrevistas fueron grabadas y, al final de cada sesión, las personas podían solicitar información adicional sobre la enfermedad.

Los resultados de las entrevistas se analizaron mediante codificación temática basada en códigos predefinidos. Usamos Atlas.ti v. 8.0 para realizar la codificación. Se crearon tres grupos de códigos: prevención y control, manejo clínico y determinantes sociales.

RESULTADOS

Del total de los encuestados en comunidad, 72,3% fueron mujeres y el 27,7% hombres. Estas diferencias se deben a que la recolección de los datos se realizó entre las 9 am y las 5 pm, donde la mayoría de las personas en casa eran amas de casa. El promedio de edad de los encuestados fue de 40,8 años (DS±16,02), mediana de 37,5, con un rango entre los 18 y los 83 años.

El 36% de los encuestados viven en el municipio hace menos de 8 años, y la persona que más tiempo ha permanecido en el mismo han sido 49 años. La movilidad de la población encuestada es relativamente baja, el 16% de los residentes aseguraron no viajar a ningún municipio fuera de San José. Dentro de los municipios que suelen visitar con mayor frecuencia se encuentran Villavicencio (16%), el Retorno (13,8%), Bogotá (11,5%), Calamar (5,7%), Concordia (5,7%) y Granada (3,4%); Cali, Miraflores y Mitú presentaron frecuencias más bajas (2,3%) y otros municipios como Acacias, Cubarral, Guamal, la Libertad, Medina, Mocoa, Puerto López, Tumaco, Vistahermosa entre otros, apenas fueron nombrados por alguno de los encuestados. Las razones de viaje son por visita a familiares (30%), por trabajo (11%), salud (8%) y descanso (9%).

La estructura familiar de los encuestados es relativamente pequeña, la mayoría con uno o dos niños pequeños y principalmente compuestas por adultos. Las necesidades básicas no se encuentran satisfechas completamente en las áreas del muestreo. Aunque todos los encuestados aseguraron tener luz eléctrica, hay deficiencias en el suministro de agua y alcantarillado, el servicio de acueducto solo llega al 60% de estas comunidades y el alcantarillado al 53,4%. La recolección de basuras e inservibles, alcanza al 87,4% de estas comunidades.

Respecto a los elementos de construcción de las viviendas, en su mayoría son de cemento y paredes resanadas y pintadas, aunque también se encuentran construcciones con paredes de madera (23%). Para los techos predomina el zinc o lámina. Y los pisos en cemento, predominan en las zonas muestreadas.

El 59% de los encuestados aseguran haber tenido malaria en algún momento de su vida (Tabla 1). La persona que enfermó hace menos tiempo, lo hizo hace 6 años. Sin embargo, no podemos asegurar que todos ellos se contagiaron de malaria en San José, ya que el 36% de los encuestados viven en el municipio hace menos de 8 años. También hay que recalcar que algunos de ellos parecían estar confundiendo la malaria con otras patologías transmitidas por vectores tipo arbovirosis, transmitidas por Aedes como dengue, chikungunya o zika.

Un 16,5% de los encuestados, no consideran que la malaria sea un problema de salud para ellos y sus familias. A la pregunta, cómo cree usted que se transmite la malaria, el 76% respondió que por la

picadura de cualquier mosquito. Solo un 6% sabían que específicamente *Anopheles* era el vector de esta patología. Es de resaltar que un 9% sabían específicamente que la malaria es causada por un parásito que entra por la picadura de un mosquito.

El conocimiento de la enfermedad es relativamente bueno, sin embargo, la

percepción del riesgo es baja. Además, debido a los recientes brotes de dengue, chikungunya y zika, le prestan más atención a estas virosis que a la malaria. Un 16,5% de los encuestados no consideran que la malaria sea un problema de salud para ellos y sus familias.

Tabla 1. *Alguna vez se ha enfermado de malaria.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	61	59,2	59,2	59,2
	No	42	40,8	40,8	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Fuente: Base datos grupo investigador.

En el análisis multivariado con enfoque de determinantes sociales de la salud, se observa que los resultados sugieren posibles asociaciones, respecto a los factores de riesgo, el sexo masculino, ser soltero o separado, permanecer en el hogar o estar desempleado o en empleo informal, tener vivienda con paredes de zinc o lámina, piso de tierra u otro, y ausencia de servicios como recolección de basuras y alcantarillado, sin embargo, no arrojaron un valor de *p* estadísticamente significativo, pero aportan y confirman que las necesidades básicas insatisfechas son un factor de riesgo para la salud de éstas comunidades y en especial para las enfermedades transmitidas por vectores (Tabla 2). La estructura de la zona que está urbanizada cohabita con elementos semirurales, alta vegetación, permanente humedad, escasa oferta laboral, importantes tasas de fecundidad y casas con materiales diversos y endeble, con

servicios públicos deficientes y una importante ausencia del estado.

Conocimiento y la percepción de la magnitud del problema con la malaria

Se realizaron cinco entrevistas semi-estructuradas a pobladores de los diferentes barrios de San José que aceptaron realizarla y cumplían con los criterios de inclusión; estas se hicieron hasta que se encontró saturación en la información. El conocimiento y la percepción de la magnitud del problema con la malaria en los pobladores de San José es en general de regular a bueno en los participantes en el estudio. Sin embargo, la incidencia de casos de arbovirosis emergentes como Zika y chikungunya ha generado alguna confusión frente al vector y las formas de diagnóstico en la población.

En personas que han estado enfermas y tuvieron el proceso de atención desde el diagnóstico hasta el tratamiento tienen mayor conocimiento de los mecanismos de transmisión, síntomas, tratamiento y prevención de la enfermedad y la diferencian en forma adecuada del dengue. Aunque no diferencian bien la forma de tratar las diferentes enfermedades vectoriales.

... "la malaria era generalizada, le daba a todos los miembros de la familia, ya conocíamos las fiebres cada tercer o cuarto día, los escalofríos, y la sudoración, los malarios nos orientaban y nos tomaban la gota de sangre y nos daban el tratamiento, después fumigaban y nos visitaban cada rato....". (EC2)

La malaria, sin embargo, disminuyó su incidencia en los últimos cinco años, por lo cual es percibida como algo del campo con escaso riesgo. Sobre la explicación a esta baja incidencia se exponen temas como la deforestación, el uso del glifosato, el proceso de paz, el calentamiento global, entre otras, sin embargo, no hay estudios que indiquen la fuerza de cada causa, sin embargo, en municipios cercanos, como Calamar, se ha empezado a reportar casos durante este año, lo debe ser objeto de otro estudio.

... "todos tumbamos selva y nos metimos al monte a parcelar, convivíamos con mucha plaga y mucho zancudo y con los de malaria se hacía fumigación y se ayudaba al campesino, ahora ya no fumigan y se ven sólo a veces, pero ya no hay tanta malaria....." (EC3)

La atención de salud en San José del Guaviare es percibida como de buena calidad, la Empresa de salud Municipal ESE, tiene un buen servicio, con oportunidad y resolución en el primer nivel y se observa integración con el segundo nivel de atención, sin embargo, esta atención es difícil en la zona rural por las barreras de acceso en vías y zonas rurales dispersas. El acceso a medicamentos para malaria es efectivo y gratuito.

... "vamos a la ESE con la fiebre y nos atienden bien y rápido con medicamentos y todo, si es grave lo llevan al hospital o a Bogotá por la EPS...." (EC4)

"...hay personal para la gota gruesa y nos dan los medicamentos y nos enseñan de las fiebres y todo...." (EC5)

El estado a nivel salud tienen programas activos de prevención de la enfermedad, sin embargo, reconocen las dificultades en la zona rural dispersa y por las barreras geográficas y viales, reclaman mayor apoyo de la administración con el enfoque integral del control sobre todo involucrando de forma permanente profesionales del área de ciencias humanas, como sociólogos y antropólogos para mejorar la intervención en población indígena y en zonas rurales en post-conflicto.

..... "contratan un antropólogo por poco tiempo, cuando se va a intervenir y no está y se pierde el tiempo, se requiere mayor apoyo con profesionales capacitados que orienten las intervenciones sobre todo en población indígena..." (EFS 1)

...” trabajamos articulados con el nivel municipal y departamental, se han realizado permanentes acciones educativas y garantizar el diagnóstico en

comunidades...siempre tenemos ese apoyo de los técnicos que nos apoyan en las intervenciones que hacemos...” (EFS 2)

Tabla 2. Análisis bivariado de variables determinantes sociales de la malaria en San José del Guaviare.

Variable	Factor de riesgo	OR	IC95%	p
Sexo M/F	Masculino	0,2861	0,106-0,767	0,000
Edad <40 >40	< 40	0,728	0,524-1,012	0,347
Estado civil	Soltero/otro	0,76	0,31-1,82	0,001
	No			
Régimen SS	asegurado/subsidiado	1,41	0,52-3,8	0,005
Nivel educativo	Analfabeta/primaria	0,67	0,33-1,37	0,28
Tipo empleo	Hogar/informal	0,736	0,326-1,663	0,0049
Pared vivienda	Otro/madera	1,655	0,612-4,47	0,000
Piso vivienda	Tierra/otro	1,15	0,41-3,238	0,000
Recolección basuras	No recolección	1,601	0,45-5,59	0,000
Acueducto	No acueducto	1,627	0,67-3,95	0,000
Alcantarillado	No alcantarillado	0,641	0,28-1,42	0,0071

DISCUSIÓN

Las encuestas CAP (conocimientos, actitudes y prácticas) permiten conocer el contexto de los números de investigaciones cuantitativas y de los índices epidemiológicos ^{(10),(9)}; son los contextos sociales y culturales los que originan estos estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas y son esenciales para entender y explicar las condiciones bioculturales en las que aparece y se distribuye una enfermedad como en este caso la malaria, saliéndose un poco de la medición de indicadores de riesgo y acercándose más a la lógica en la que el concepto de salud-enfermedad se inscribe en la comunidad⁽¹⁾.

El municipio de San José del Guaviare está compuesto en su mayoría

por poblaciones mestizas, propias del proceso de colonización, coexisten con grupos de comunidades indígenas. Estas comunidades han tenido una larga historia de segregación social y pobreza, e hicieron asentamientos en la periferia de la población sin mucha organización y con mínima presencia del estado, expulsados por la violencia, el desalojo de sus tierras ancestrales y la deforestación.

Respecto a la estructura social, implica desigualdades en los factores intermediarios, los cuales, a su vez, determinan las desigualdades en materia de salud. Viviendas de madera con un alto hacinamiento, sin agua potable, alcantarillado, o recolección de basuras, con un alto nivel de subempleo, empleo informal

y alto desempleo, bajos ingresos familiares, rodeado de narcotráfico y conflicto armado, violencia de género y de etnia, alta ruralidad sin comunicaciones, sin vías, sólo está el río contaminado. Respecto a las circunstancias psicosociales se evidencia en los jóvenes ausencia de proyecto de vida, poca oferta institucional de oportunidades de desarrollo personal y social, las redes de apoyo social son pocas y de escasa influencia, la violencia ronda y produce miedo intimidación, hay violencia intrafamiliar de género y de grupos armados organizados, altos niveles de estrés y perspectivas hacia el futuro muy negativas en la población⁽¹¹⁾. Los factores conductuales y biológicos son de alto riesgo, consumo de alcohol, cigarrillo y otros psicoactivos, no hay oferta de espacios para el deporte y la recreación, la disponibilidad de alimentos frescos, frutas y verduras es limitada y costosa. Los programas del estado no se evidencian y si los hay tienen escasa cobertura e impacto en la salud poblacional, los factores de riesgo relacionados con la etnia y la alta ruralidad no se intervienen⁽⁸⁾.

También se incluyen distintos ejes de desigualdad de la estructura social, en concreto, la clase social de bajo ingreso y con escasas necesidades básicas satisfechas, la posición socioeconómica, el género con grandes desigualdades en las mujeres y la etnia que marca todo un territorio de inequidad, donde se mezcla el indígena con la alta ruralidad llena de olvido y de miseria⁽⁸⁾.

En la población infantil persiste mortalidad por infecciones respiratorias agudas y por otros eventos infecciosos y parasitarios, y en los adultos la mayor

mortalidad está causada por eventos cardiovasculares, seguido por los homicidios y la mortalidad por cáncer⁽¹²⁾. Al analizar las causas de morbilidad por grandes causas en SISPRO (Sistema Integral de Información de la Protección Social) se encuentra que para la población infantil las primeras causas son infecciosas y parasitarias y persiste alta movilidad en el embarazo y la atención materna y perinatal, en la población adulta los eventos cardiovasculares, infartos, EPOC, HTA, diabetes mellitus y cáncer son las primeras causas, seguidas por las causas externas como las lesiones con arma de fuego y armas blancas⁽¹²⁾.

La evidencia encontrada en este estudio sugiere que los determinantes sociales de la salud en especial los estructurales, son causa directa de la importante inequidad encontrada en San José del Guaviare y que incide en el comportamiento de la morbilidad y la mortalidad en este municipio. Estos determinantes de tipo estructurales (económicos, políticos, culturales y sociales) se expresan en las condiciones precarias de la economía familiar, el escaso nivel educativo, la historia de violencia y el entorno social de desigualdades enmarcado en la etnicidad y el territorio⁽¹³⁾. Es entonces necesario contemplar estrategias diferentes para lo urbano y lo rural antes el peso de los determinantes que son muy diferentes en cada zona⁽¹⁴⁾.

Se evidencian carencias importantes en la población, como por ejemplo la escasa cobertura de alcantarillado y el suministro de agua potables, en su mayoría saben que la malaria es una enfermedad transmitida por un mosquito y que la

responsabilidad para prevenirla recae no solo en los entes gubernamentales como la secretaría de salud, sino también en cada persona y en la comunidad. Estos resultados son acordes a estudios realizados en Villavicencio-Meta, en donde entre el 62,2-76,9% de los encuestados sabían que la transmisión de la malaria se da por la picadura de un mosquito infectado⁽¹⁵⁾. Estos niveles de conocimiento no solo se ven en comunidades colombianas, en Zambia (África), el 89,6% de la población encuestada tenía conocimientos sobre la malaria y su forma de transmisión⁽¹⁶⁾. Esto lleva a pensar que el problema no radica en lo que las poblaciones saben acerca de la malaria, sino en la desarticulación entre estas y los planes de control de la enfermedad impartidos por las secretarías de salud y otros entes gubernamentales. Los condicionantes de la enfermedad en zona urbana y rural siguen presentes⁽¹⁷⁾,⁽¹⁸⁾.

Respecto al sistema de salud se observa un esfuerzo en educación comunitaria frente a los riesgos que representan los vectores y un nivel de conocimiento aceptable en la población, pero estos no alcanzan a superar el entorno, la ubicación de las viviendas con alta proximidad a la vegetación y al río, la ausencia de agua potable y la disposición de basuras en zonas pantanosas son el caldo de cultivo para unas condiciones de alto riesgo para la salud de esta población. Al realizar entrevistas al personal de salud del municipio de San José del Guaviare, los médicos hacen no solo el tratamiento del paciente, sino que además les dan recomendaciones para la prevención de la

enfermedad. Algunos de ellos que llevan bastante tiempo en el municipio o que son oriundos de este, han visto cambios importantes en el manejo de la malaria. Ahora se cuenta con el medicamento en todo momento, algo de lo que carecía el municipio hace muchos años, lo que hacía que la mortalidad por malaria fuera muy alta en la zona. La coordinación de salud pública del municipio se encarga de realizar todas las acciones para el control de la malaria en San José, trabajan con la estrategia COMBI y en los 3 objetivos conductuales como la eliminación de criaderos, el uso del toldillo y el diagnóstico oportuno. Aseguran que han realizado muchas campañas en las comunidades para la disminución de la malaria, pues en los primeros meses de 2018 se aumentó la incidencia de la enfermedad. Hay redes comunitarias para la replicación de la información, sin embargo, no todos realizan las acciones en sus casas o comunidades para controlar el vector.

LIMITACIONES

Este estudio tiene algunas limitaciones. Es necesario resaltar, que, debido a las condiciones políticas y sociales de la región, algunas personas se negaron a participar en la encuesta; por lo tanto, se redujo el número potencial de encuestados. Solo se consideraron para el estudio aquellas encuestas y entrevistas en las que las personas estaban dispuestas a responder con claridad y veracidad. Este tamaño de muestra limitado podría afectar la confiabilidad del estudio, debido a la mayor variabilidad y posible sesgo. Además, fue posible un error de tipo II, lo

que disminuyó el poder de este estudio. Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, nuestros resultados son significativos para esta comunidad y otras áreas con problemas sociopolíticos y económicos similares.

CONCLUSIONES

Es necesario ir más allá de las intervenciones en salud para comprender el comportamiento de la malaria en esta población, sus determinantes estructurales y sociales ya descritos, deben ser intervenidos en forma integral como una política de estado, pagar esta deuda histórica con el pacífico Colombiano, apalancarse en la estrategia de Atención Primaria en Salud, generar diagnósticos comunitarios, empoderamiento de la población, ofertas de empleo, proyectos productivos, sustitución de cultivos, apoyo al agricultor con cadenas de producción y comercialización, oferta de servicios educativos de nivel técnico y profesional, mejoramiento de vivienda, servicios públicos y generación de proyectos de vida con valores en desarrollo humano y convivencia social; este tipo de intervención sería el eje de una intervención efectiva a los factores de riesgo encontrados, sin embargo ante la magnitud de los requerimientos se puede empezar con una estrategias de atención primaria con enfoque familiar y comunitario.

Es preciso el diseño de estrategias de intervención con enfoque territorial, diferencial y plenamente participativas, que permitan un proceso de identificación comunitaria con el problema y un compromiso social del autocuidado.

AGRADECIMIENTOS

Secretaría Departamental de Salud del Guaviare.

Conflicto de interés: No hay conflictos de interés

Financiación: Universidad Cooperativa de Colombia, proyecto INV1829.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Griffith M, Rovira J, Torres R, Calzada J, Victoria C, Cáceres L. Knowledge, attitudes and practices regarding malaria in the indigenous Guna population of the Madungandí region, Panamá, 2012. *Biomedica* [Internet]. 2015;35(4):480–95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v35i4.2386>
2. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Malaria 2020 [Internet]. Gov.co. [citado 3 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MALARIA_2020.pdf
3. Valero-Bernal MV, Tanner M, Muñoz-Navarro S, Valero-Bernal JF. Proportion of fever attributable to malaria in Colombia: Potential indicators for monitoring progress towards malaria elimination. *Rev Salud Publica (Bogota)* [Internet]. 2017;19(1):45–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v19n1.55933>
4. Who.int. [citado 3 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/malaria/world-malaria-reports/world-malaria-report-2021->

- global-briefing-kit-spa.pdf?sfvrsn=8e5e915_23&download=true
5. Murillo Palacios OL, Pedroza C, Bolaños C, Del Toro E, Cubillos J, Chaparro P, et al. Malaria complicada en el Chocó: hallazgos clínicos y comparación de datos con el sistema de vigilancia. *Rev Salud Publica (Bogota)* [Internet]. 2018;20(1):73–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v20n1.50077>
 6. Canelas T, Ribeiro H, Castillo-Salgado C. Analyzing the local epidemiological profile of malaria transmission in the Brazilian Amazon between 2010 and 2015. *PLoS Curr* [Internet]. 2018; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/currents.outbreaks.8f23fe5f0c2052bfaaa648e6931e4e1a>
 7. Worldbank.org. [citado 3 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/pt/322751530282991034/pdf/Colombia-Health-Atlas-Institutional-Architecture.pdf>
 8. Gov.co. [citado 3 de noviembre de 2022]. Disponible en: http://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/epidemiologia/asis/ASIS_Departamental__2017_Nari%C3%B1o.pdf
 9. Paho.org. [citado 3 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/pan/dmdocuments/Encuesta_CAP_herramienta_a_bordaje_intercultural_malaria.pdf
 10. Molineros-Gallón LF, Hernández-Carrillo M, Castro-Espinosa J, Trujillo de Cisneros E. Conocimientos, actitudes, percepciones y prácticas comunitarias sobre la malaria urbana. Tumaco, Colombia. *Rev Salud Publica (Bogota)* [Internet]. 2018;20(1):82–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v20n1.53158>
 11. Guerrero BC, Alexandra K. Caracterización de necesidades en salud mental de adolescentes expuestos al conflicto armado en Tumaco, Nariño. 2018 [citado 3 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/dbf4839f64bf72950c3f35d2add060f12eb2694b>
 12. SISPRO - Sistema integrado de información de la protección social [Internet]. Gov.co. [citado 3 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://www.sispro.gov.co/>
 13. Rodríguez-Triana DR, Universidad EAN, Benavides-Piracón JA, Universidad EAN. Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2016;34(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n3a10>
 14. Romero-Leiton JP, Ibargüen Mondragón E. Análisis económico de la implementación de algunas estrategias de control para la malaria rural y urbana en Tumaco (Colombia). *Rev Logos Cienc Tecnol* [Internet]. 2018;10(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.22335/rlct.v10i2.552>

15. Jaramillo Ramírez GI, Álvarez LSB. Knowledge, attitudes and practices regarding dengue, Chikungunya, and Zika and their vector *Aedes aegypti* in Villavicencio, Colombia. *Open Public Health J* [Internet]. 2017;10(1):80–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.2174/1874944501710010080>
16. Shimaponda-Mataa NM, Tembo-Mwase E, Gebreslasie M, Mukaratirwa S. Knowledge, attitudes and practices in the control and prevention of malaria in four endemic provinces of Zambia. *S Afr J Infect Dis* [Internet]. 2017;32(1):29–39. Available from: <http://dx.doi.org/10.4102/sajid.v32i1.67>.
17. Padilla JC, Lizarazo FE, Murillo OL, Mendigaña FA, Pachón E, Vera MJ. Epidemiología de las principales enfermedades transmitidas por vectores en Colombia, 1990-2016. *Biomedica* [Internet]. 2017;37(0):27–40. Available from: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v37i0.3769>
18. Rondón-Cotacio M, Tobón-Castaño A. Actividades de vigilancia epidemiológica de la malaria en la red diagnóstica de la frontera colombiana-peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2018;35(3):373–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2018.353.3575>
19. Arocha J. La ensenada de Tumaco: invisibilidad, incertidumbre e innovación. *América Negra*. 1991;1:87–111.
20. Wade P. Conflicto e (in)visibilidad, retos en los estudios de la gente negra en Colombia. Cali: Editorial Universidad del Cauca. Restrepo E, Rojas A, editores. 2004.