MANEJO DOMÉSTICO DE LA MALARIA COMO ENFERMEDAD EN UNA POBLACIÓN ENDÉMICA DE LA ZONA RURAL DE BUENAVENTURA

EDDNA BEATRIZ GALINDO GUTIÉRREZ

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICAS
MAESTRÍA DE SOCIOLOGÍA

SANTIAGO DE CALI

2011

MANEJO DOMÉSTICO DE LA MALARIA COMO ENFERMEDAD EN UNA POBLACIÓN ENDÉMICA DE LA ZONA RURAL DE BUENAVENTURA

EDDNA BEATRIZ GALINDO GUTIÉRREZ

Trabajo de grado para optar al título de Magister en Sociología

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICAS
MAESTRÍA DE SOCIOLOGÍA

SANTIAGO DE CALI

2011

Nota de aceptación

_____

_____

_____

_____

Presidente del Jurado

_____

Jurado

_____

Jurado

Santiago de Cali, Agosto 31 de 2011

A mi esposo Juan Carlos por su amor y comprensión

a mis queridas hijas Juanita y Margarita,

a mis padres

AGRADECIMIENTOS

Agradezco la colaboración que durante varios años me brindó el Profesor Elías Sevilla Casas para lograr consolidar este trabajo.

Agradezco la colaboración que me brindó Samuel Mondragón al permitirme ser su compañera de trabajo al servicio de la comunidad de Zacarías.

Agradezco la colaboración voluntaria de los miembros de la comunidad de Zacarías, quienes hicieron posible este trabajo.

Agradezco a mi querida amiga Luz Patricia Martínez por su valiosa ayuda con la información epidemiológica y censal de la zona.

Finalmente agradezco a mi querida amiga Juana, su valioso apoyo para facilitar mis estadías en Buenaventura.

CONTENIDO

pág.

Lista de tablas 8

Lista de figuras 9

Lista de anexos 10

Resumen 11

Introducción 12

1. Malaria, situación actual 14

1.1 Situación de la Malaria en la Costa Pacífica Colombiana 15

1.2 Zacarías, ecosistema malárico 16

1.2.1 Caracterización epidemiológica de la Malaria en Zacarías 20

2. Malaria, de las manifestaciones clínicas a la intervención terapéutica 25

3. Malaria, construcción social de la realidad 33

4. Aspectos metodológicos, aproximación al manejo doméstico de la Malaria en Zacarías, Buenaventura 39

5. Resultados 44

5.1.1 Servicios asistenciales 44

5.1.2 Construcción social de la padecimiento, “sickness” 47

5.1.3 Construcción social de patología, “disease” 51

5.1.4 Construcción social de la enfermedad, “illness”.....54

6. Conclusiones.....56

6.1 Aproximación sociantropológica a la Malaria como padecimiento, patología y enfermedad en Zacarías.....56

7. Bibliografía.....62

8. Glosario.....66

9. Anexos.....68

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la Malaria según año en la localidad de Zacarías 20

Tabla 2. Distribución de Malaria según etiología en el año 2002 en Zacarías 21

Tabla 3. Distribución de Malaria según etiología y grupo etario en el año 2002 en Zacarías…… .21

Tabla 4.Distribución de Malaria según etiología en el año 2003 en Zacarías……..22

Tabla 5. Distribución de Malaria según etiología y grupo etario en el año 2003 en Zacarías……..22

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa de la zona de Zacarías 17

Figura 2. Mapa de la localidad de Zacarías 17

Figura 3. Vivienda de la localidad de Zacarías, Valle del Cauca 19

Figura 4. Plantas epífitas 23

Figura 5. Recolectores de agua lluvia 24

Figura 6. Puesto de salud de Zacarías 24

Figura 7. Ficha de notificación de caso febril 26

Figura 8. Ciclo de vida del *Plasmodium* 27

Figura 9. Interior de una vivienda típica en Zacarías 41

Figura 10. Carretera Simón Bolívar, Zacarías 42

LISTA DE ANEXOS

9.1 Ficha de reporte de caso febril: Base de datos 2003.....69

9.2 Documento censo Zacarías: PET Buenaventura.....70

9.3 Cuestionario entrevista estructurada 71

9.4 Ficha seguimiento de casos.....73

9.5 Perfiles Domésticos 77

RESUMEN

A nivel mundial, la Malaria ocasiona alrededor de trescientos millones de casos al año, y alrededor de un millón de muertes. En las últimas tres décadas la morbilidad en Colombia por Malaria se ha mantenido entre 120.000 y 140.000 casos. En la zona geográfica selvática de la Costa Pacífica colombiana, reconocida región malárica, se encuentra ubicada Zacarías, una población que para 2003 presento 543 casos de Malaria.

Este estudio pretendió aproximarse a la de está zona endémica que se encuentra familiarizada con la Malaria y que presenta una forma de enfermar que trasciende de lo biológico a lo social, en la forma como sus grupos domésticos actúan e interactúan para atender la enfermedad. Desde la perspectiva sociocultural, este estudio dió cuenta de la forma como al interior de los grupos domésticos se reconoce la Malaria como enfermedad, como la atienden y la diagnostican y en que momento solicitan ayuda.

Con este objetivo se estudiaron 29 grupos domésticos, para lo cual se entrevistaron las mujeres, que tuvieron bajo su cuidado a menores enfermos, quienes participaron voluntariamente del estudio.

Dentro de los hallazgos se destaca la cadena de decisiones a partir del reconocimiento de la enfermedad, el uso de antimaláricos sin prescripción médica y el significado del uso de la gota gruesa. Este estudio cobra importancia a la hora de establecer y asumir estrategias de intervención que reconozcan la debida articulación con el quehacer de las poblaciones según una forma de actuar desde el reconocimiento de los síntomas, el uso de los medios diagnósticos y la utilización de medicamentos al interior del grupo doméstico.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la Malaria, una enfermedad infecciosa, ocasiona alrededor de trescientos millones de casos al año, y alrededor de un millón de muertes. La Organización Mundial de la Salud en su esfuerzo por controlar las altas cifras de morbilidad y la mortalidad en niños menores de 5 años; a partir del año 2000, orientó su estrategia de intervención en el fortalecimiento de la atención primaria en salud, mediante un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno, involucrando a la comunidades.

En las últimas tres décadas, la morbilidad en Colombia por Malaria se ha mantenido entre 120.000 y 140.000 casos anuales, con una mortalidad entre 130 a 150 casos por año. Ubicada en una zona geográfica considerada zona endémica, se encuentra Zacarías, Valle del Cauca, en donde en el año 2003, se presentaron 543 casos de Malaria de los cuales 282 casos se presentaron en niños menores de 16 años.

Este estudio pretendió aproximarse a Zacarías, una de las poblaciones de zona endémica que se encuentra familiarizada con la Malaria y que presenta una forma de enfermar que trasciende de lo biológico a lo social en la forma cómo sus grupos domésticos actúan e interactúan para atender la enfermedad, como la reconocen y como la tratan. Este estudio se ocupó de reconocer las características del manejo doméstico del cuadro febril como " enfermedad" y de la Malaria como "patología" en niños menores de 16 años retomando una forma ya identificada de percibir, de valorar y de comprender la enfermedad, en la Costa Pacífica colombiana, según el estudio de Wilson Ruiz Cano ([1]).

Desde la perspectivas sociocultural, este estudio dió cuenta de la forma como los grupos domésticos de la población de Zacarías construyen un proceso de salud-enfermedad-atención en torno a la Malaria como enfermedad. Se ocupo de

[1] RUIZ CANO, Wilson. Dos estudios sociológicos sobre la Malaria. Universidad del Valle, Facultad de Humanidades. Santiago de Cali. 1986.

comprender qué hacen y cómo lo hacen y en qué orden lo hacen. Profundizó en la forma en que la población trata la enfermedad, estudio que cobra importancia a la hora de establecer y asumir estrategias de intervención que reconozcan la debida articulación con el quehacer de las poblaciones según una forma de actuar desde el reconocimiento de los síntomas, el uso de los medios diagnósticos y la utilización de medicamentos al interior del grupo doméstico.

1. MALARIA, SITUACIÓN ACTUAL

A nivel mundial la Malaria ocasiona entre 300 a 500 millones de casos clínicos y la muerte a más de un millón de personas anualmente, de las cuales el 90% son menores de cinco años([2]). Las elevadas tasas epidemiológicas de morbilidad a nivel mundial se concentran en zonas denominadas áreas endémicas que se destacan por ser de clima cálido con elevada humedad, las cuales comparten características geopolíticas y sociales en donde la situación de salud se caracteriza por una alta morbilidad y mortalidad infantil y materna, desnutrición, corta expectativa de vida y depredación del ambiente([3]).

En Colombia, el 85% del territorio rural está situado por debajo de los 1.600 metros sobre el nivel del mar y presenta condiciones climáticas, geográficas y epidemiológicas aptas para la transmisión de la Malaria, en donde viven de 18 a 24 millones de personas expuestas al riesgo de contraer la enfermedad o morir a causa de ella. En las últimas tres décadas, la morbilidad ha mantenido una tendencia ascendente y se ha registrado un promedio anual de 120.000 a 140.000 casos y la mortalidad ha decaído a un promedio de 130 a 150 muertes por año. Históricamente, la mayor morbilidad se atribuye al parásito *Plasmodium vivax*, pero el *Plasmodium falciparum* es el responsable de las mayores complicaciones y mortalidad; para el año 2005, el *Plasmodium vivax* ocasionó entre el 60 y 65% de los casos a nivel nacional, relación que en la Costa Pacífica se invierte, siendo el *Plasmodium falciparum* el responsable de 75% de los casos y 82% de la mortalidad ([4], [5]).

---

[2] INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de vigilancia y control de Malaria. 2010. Bogotá. p. 2.

[3] ANTUÑANO LÓPEZ, Francisco Javier. La Malaria y su sombra: I manejo integrado. En: Revista Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de México. 2001. vol 44, no. 1. p. 19-23.

[4] INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Evento de vigilancia: Malaria. 2007. Bogotá. p. 2.

[5] OSORIO, Lyda. El control de la Malaria en la Costa Pacífica colombiana. En: Revista Biomédica. 2006. vol. 26. no. 313-316. p. 7.

1.1 SITUACIÓN DE LA MALARIA EN LA COSTA PACÍFICA COLOMBIANA

En la Costa Pacífica Colombiana se han descrito diversos escenarios epidemiológicos que favorecen la transmisibilidad de la Malaria como: 1). áreas urbanas con más de 10.000 habitantes; 2). áreas con transmisión inestable altamente influida por fenómenos climáticos como el del Niño; 3). áreas con transmisión estable y presencia de portadores asintomáticos; 4). áreas receptoras donde ocurren brotes esporádicos de Malaria introducida; y 5). áreas sin transmisión pero con morbilidad y mortalidad en viajeros que se desplazan a áreas endémicas. Sumado a esto, la región presenta un índice de necesidades insatisfechas del 60%, como la falta de acceso oportuno a los servicios de salud, y mala calidad de las viviendas, situación que favorece el contacto entre el ser humano y el vector. Estas precarias condiciones redundan en un bajo poder adquisitivo que dificulta el acceso a medidas de protección contra el vector([6]).

En 1998, el departamento del Valle aportó alrededor del 10% de los casos de Malaria en Colombia, de los cuales el 90% se originaron en Buenaventura, y de éstos, 70% fue ocasionado por *Plasmodium falciparum* ([7]). Esta situación persistió durante el período comprendido entre 2000 y 2006 ([8]).

En 1998, en Buenaventura se presentaron la mayor proporción de casos de malaria. En 2001, correspondió al 75% de la ocurrencia del municipio; el mayor de la zona rural; este pico se explicó por los cambios climáticos (fenómeno de El Niño). y al descenso de las actividades de control por la descentralización de los programas de las Enfermedades Transmitidas por Vectores ([9]).

En la zona rural del municipio de Buenaventura se presentaron la mayor proporción de casos de Malaria. En 2001, fue el 75% de la ocurrencia del

[6] OSORIO, Lyda. Op. cit. p. 7.
[7] MÉNDEZ, Fabián. Epidemiología de la Malaria en el Departamento del Valle 1987-1998. En: Boletín Epidemiológico Departamento del Valle del Cauca, Gobernación del Valle del Cauca. 1999. Cali.
[8] FERNÁNDEZ, Julián Alfredo, et al. Caracterización de la mortalidad por Malaria en el Valle del Cauca, 2005-2006. En: Revista Biomédica, vol. 29. no. 4. 2009. p. 583.
[9] MÉNDEZ, Fabián. Óp. cit. p. 2.

municipio; el mayor número de casos se presentaron en las zonas hiperendémicas, donde sobresalieron las localidades de Córdoba, Zacarías, Citronela, Papayal, Vereda La Gloria, Merizalde y Punta de Soldado ([10]).

1.2 ZACARÍAS, ECOSISTEMA MALÁRICO

Zacarías es un corregimiento de Buenaventura ubicado a 3°5´´4´ al Norte y 76°53´´46´ al Oeste, el más importante de la Costa Pacífica, a 8 Kilómetros de distancia de Buenaventura y a 10 minutos en tiempo aproximadamente (Figura 1). Su territorio está conformado por una zona plana de vegetación de selva tropical, cruzado por el río Dagua. Su temperatura promedio es de 26°C; ubicada en un área geográfica con una alta precipitación, la cual llega a 6.695 mm promedio año, con un 85% de humedad relativa. Está conformada por siete variantes: La Virgen, Plutarco, La Balastrera, La Hugo Mejía, La Sanabria, Las Palmeras y Fidelia (Figura 2) ([11]).

Ubicada en medio de una región geográfica de bosque húmedo tropical, con un terreno accidentado y variable que permite el depósito del agua lluvia sin la posibilidad de drenaje (denominado por la comunidad: fosas y/o zanjas)., además de una vegetación frondosa con plantas epífitas denominadas “Chupayas” que de manera particular también permiten la colección de agua lluvia propiciando un ambiente para el desarrollo del ciclo vital del mosquito transmisor de la Malaria. Estas son las condiciones bajo las cuales transcurre cotidianamente la interacción del hombre con el mosquito y el parásito.

[10] AGUDELO TEJADA, Henry. Informe comportamiento epidemiológico de Malaria. 2001. Programa de Enfermedades Tropicales. 2002. p. 8.

[11] GRUPO DE INVESTIGACIÓN DE EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE. Censo sociodemográfico de la población de Zacarías. Universidad del Valle. 2003. Cali. p. 1.

Figura 1. Mapa, ubicación geográfica de Zacarías.

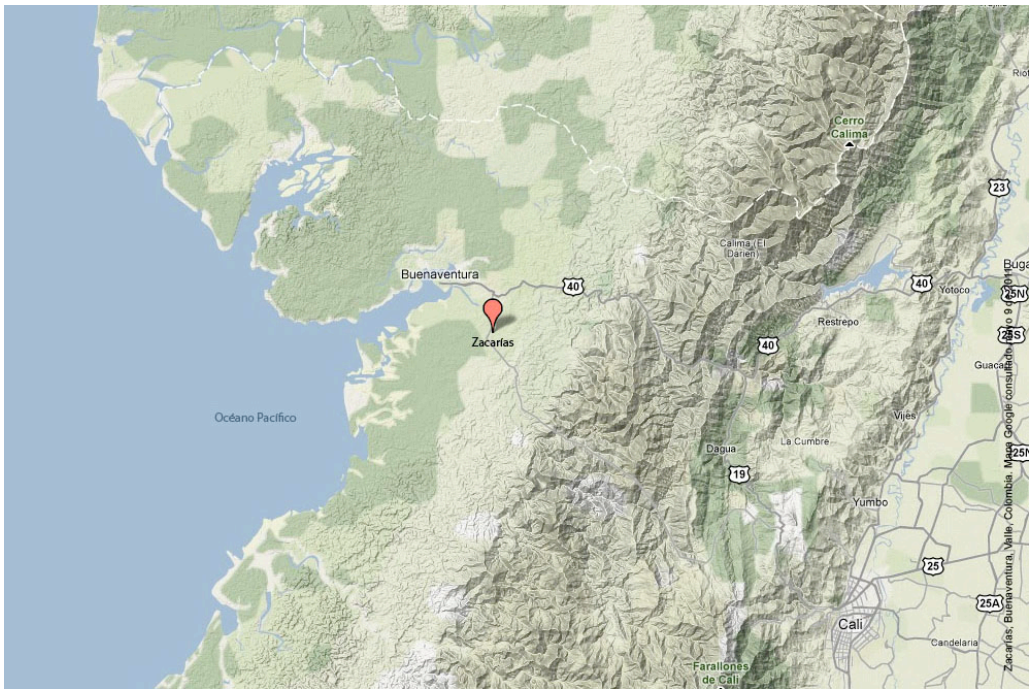
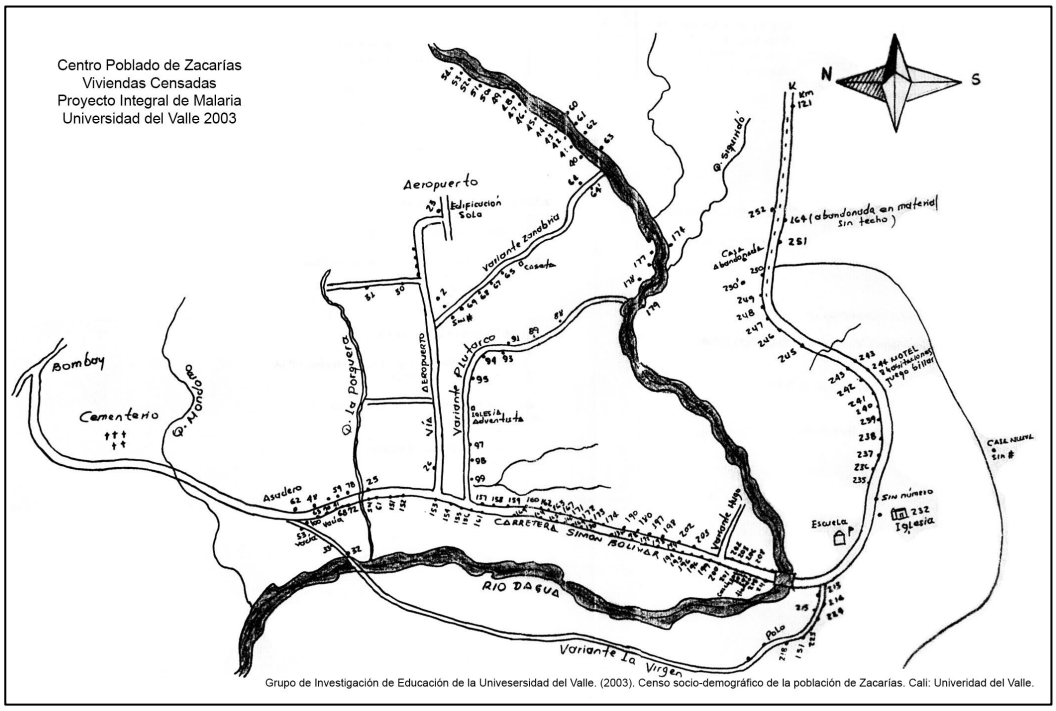


Figura 2. Mapa de la localidad de Zacarías.



La comunidad tiene como máxima instancia de gobierno en la localidad al Consejo Comunitario, el cual está conformado por seis miembros y un representante legal;

cuenta además con la Junta de Acción Local, y administrativamente depende del Municipio de Buenaventura. Es una población con características migratorias pues su procedencia es principalmente de las localidades del Naya, Raposo, Timbiquí y López de Micay, entre otros. Cuenta con 819 habitantes de los cuales 417 son hombres (50.2%). y 402 son mujeres (48.4%)., reconocida como una comunidad afrocolombiana. La mayor proporción de la población se encontraba en el rango de edad de menores de 15 años, con 370 habitantes (44.5%). y entre los 16 y 45 años con 320 habitantes (38.5%). Sólo tenían ocupación económica 283 personas, correspondiente a 34%. De las personas ocupadas (283)., 27% se dedicaba a actividades agrícolas; 21%, a oficios varios y el 18%, a extraer arena y a la minería ([12]).

La localidad carecía de un sistema de alcantarillado. El sistema de evacuación de las aguas residuales es, a campo abierto en 53% de las casas y de zanja a la quebrada en 21% de ellas; esta condición generaba focos de cría para el vector de la Malaria.

El suministro de energía cubría 70% de las viviendas, 62% cuenta contaba con alumbrado público, concentrado en la vía principal y la vía al aeropuerto. Las viviendas de la localidad se encontraban distribuidas en su gran mayoría a lo largo de la carretera Simón Bolívar, y eran en 74% de madera, en 16% de cemento y ladrillo y 6% de madera combinada con cemento y ladrillo (Figura 3)([13]).

Las condiciones sanitarias facilitaban la interacción domiciliaria con el mosquito, cabe destacar que al año 2003 no existía una red de alcantarillado público, siendo a campo abierto el sistema de drenaje de las aguas residuales y propiciando el terreno para la colección de agua en zanjas. Las viviendas eran en madera, un gran número de ellas en malas condiciones, con paredes incompletas, con pisos en madera, algunas construidas sobre la vegetación, lo que constituía el mayor criadero de mosquitos *Anopheles,* transmisor de la Malaria ([14]).

---

[12] *Ibíd. p. 2.*
[13] *Ibíd. p. 3.*
[14] *GRUPO DE INVESTIGACIÓN DE EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE. Censo sociodemográfico de la población de Zacarías. Universidad del Valle. Cali. 2003.*

Figura 3. Vivienda de la localidad de Zacarías, Valle del Cauca.



Zacarías ha mantenido índices de morbilidad altos y nula mortalidad. En 2003, se presentaron 543 casos de Malaria, de los cuales 282 casos se presentaron en menores de 16 años, históricamente ha mantenido índices de morbilidad altos y nula mortalidad. En 2001, se presentarón presentó 595 casos de Malaria. La mayor proporción fue por *Plasmodium falciparum* con 79,66%, 19,32% por *Plasmodium vivax* y el 1% restante por *Plasmodium malariae*. La población de mosquitos de la zona se caracteriza por la presencia de *Anopheles neivai y albimanus*, en una proporción de 54% y 20% respectivamente ([15]).

La presencia de *Anopheles neivai* se relaciiona con la abundancia de bromelias, plantas epífitas (Figura 4). que por su conformación almacena agua que le sirve de criadero; otros criaderos, son los que se forman por los charcos con agua pluvial y estanques para piscicultura, además de los recipientes que se usan para la recolección del agua lluvia y se ubican cercanas a las viviendas (Figura 5). Las estrategias de control que se realizaron para la época, por el Programa de

[15] MARTÍNEZ, Luz Patricia. Malaria en Buenaventura 2001-2002. Unidad Ejecutora de Saneamiento del Valle del Cauca. 2003. Cali. p. 1-2.

Erradicación de la Malaria para el control del vector fueron: fumigación, rociamiento, tratamiento biológico y químico a criaderos, e impregnación de toldillos. La atención de los casos febriles se realizó a través de un puesto de salud atendido por un promotor encargado de brindar atención al paciente mediante el diagnóstico microscópico por gota gruesa y el suministro de medicamentos (Figura 6) ([16]).

1.2.1 CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA MALARIA EN ZACARÍAS

El comportamiento epidemiológico de la Malaria en Zacarías se ha caracterizado por altos índices de morbilidad e índices nulos de mortalidad.

Históricamente ha sobresalido entre las localidades rurales de Buenaventura por el número de casos de Malaria. Durante el período comprendido entre 1997 y 2003, se presentaron tres picos que corresponden al comportamiento epidemiológico descrito (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la Malaria según año en la localidad de Zacarías.

Año	1997	**1998**	1999	2000	**2001**	2002	**2003**
No. Casos	407	**628**	432	362	**595**	270	**543**
No. Muertes	0	**0**	0	0	**0**	0	**0**

A pesar de los altos y persistentes índices de morbilidad, la mortalidad reportada para Zacarías durante el periodo de 1997 al 2003 fue nula, según la información suministrada por Samuel Mondragón, promotor de salud de Zacarías para dicho período. Esta información se confirmó con el Servicio de Erradicación de Malaria de Buenaventura, lo que descarta subregistro en la información.

Durante el año 2002, se presentaron 270 casos de acuerdo con registros de la Unidad Ejecutora de Saneamiento del Valle del Cauca, ocasionados en 67.77% por *Plasmodium Falciparum (T*abla 2). y afectando en una proporción similar 67,40% a la población entre 6 y16 años de edad (Tabla 3).

[16] Ibíd. p. 1-2.

Tabla 2. Distribución de Malaria según etiología en el año 2002 en Zacarías.

Etiología	No. Casos de Malaria
Falciparum	183
Malariae	6
Vivax	81
No. Total de casos	**270**

Tabla 3. Distribución de Malaria según etiología y grupo etario en el año 2002 en Zacarías.

Grupo etario	***Falciparum***	***Malariae***	***Vivax***	**Total**
1-5 años	27	1	13	41
6-16 años	62	2	37	101
17-27 años	46	0	14	60
28-38 años	17	1	6	24
39-49 años	21	0	8	29
50-65 años	9	1	2	12
70 y +	1	1	1	3
Total	**183**	**6**	**81**	**270**

Para el año 2003, se presentó un incrementó en más de 100% con respecto al año anterior, cuando se presentaron 543 casos. La caracterización etiológica del año 2002, se distribuyó en proporciones similares entre *Plasmodium Vivax* y *Plasmodium Falciparum* en la población entre los 6 y los 16 años (Tabla 5).

Tabla 4 Distribución de Malaria según etiología en el año 2003 en Zacarías

Etiología	No. Casos de Malaria
Falciparum	268
Malariae	3
Vivax	272
No. Total de casos	**543**

Tabla 5. Distribución de Malaria según etiología y grupo etario en el año 2003 en Zacarías.

Grupo etario	*Falciparum*	*Malariae*	*Vivax*	Total
1-5 años	40	0	60	100
6-16 años	104	1	77	182
17-27 años	65	1	92	158
28-38 años	23	1	20	44
39-49 años	21	0	15	36
50-66 años	10	0	4	14
70 y +	5	0	4	9
Total	**268**	**3**	**272**	**543**

Durante los años 2002 y 2003, el rango de edad con mayor número de casos continuó siendo la población entre 6 y 16 años, población constituida por niños y adolescentes que requieren de la acción de un tercero para la toma de decisiones en lo referente a salud.

Figura 4. Plantas epífitas.



Figura 5. Recolectores de agua lluvia.





Figura 6. Puesto de salud de Zacarías.



2. MALARIA, DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS A LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Las características clínicas de la Malaria dependen de la especie del parásito, la concentración de parásitos asexuales en sangre (parasitemia). y del estado inmunitario del huésped. El cuadro clínico clásico consiste en escalofríos, fiebre y sudoración. El ataque agudo se inicia con accesos febriles, precedidos por escalofrío y seguidos de intensa sudoración, que se repiten cada 48 ó 72 horas según la especie de *Plasmodium*. Antes de iniciarse el episodio febril se presenta un período de escalofríos, frío intenso y progresivo seguido de temblor incontrolable; esta fase tiene una duración hasta de una hora. Luego, asciende la temperatura hasta desaparecer el escalofrío, y sigue el período febril, cuya duración es de 6 a 8 horas aproximadamente. Este período febril suele acompañarse de otros síntomas como cefalea intensa, mialgias, artralgias, náusea, vómito y malestar general. En la última fase, se presenta sudoración profusa, la temperatura cae gradualmente hasta su valor normal y desaparecen los síntomas. Al terminar la sudoración el paciente entra en un período asintomático, durante el cual se siente mejor y puede reanudar sus actividades hasta el próximo episodio febril (Figura 7) ([17]).

[17] INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de vigilancia y control de Malaria. 2010. Bogotá. p. 2.

Figura 7. Ficha de notificación de caso febril.



Ficha de Notificación Caso Febril. Programa de Enfermedades Tropicales. Secretaría Departamental de Salud. Unidad Ejecutora de Saneamiento del Valle del Cauca. Año 2003- 2004.

SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA DE SANEAMIENTO
DEL VALLE DEL CAUCA
NIT. 805.018.833-8

PROGRAMA DE ENFERMEDADES TROPICALES

NOTIFICACION DE CASO FEBRIL

LOCALIDAD DEL P.I.: _____ MUNICIPIO: _____

PUESTO DE INFORMACION No.: _____ LAMINA: _____ FECHA: | | | |

NOMBRE: _____ EDAD: M | | F | |

RESIDENCIA (Loc.): _____ MUNICIPIO: _____

ORIGEN DE INFECCION (Loc.): _____ MUNICIPIO: _____

INICIO DE FIEBRE FECHA: | | | | EPS: _____ ARS: _____

DIAGNOSTICO: _____ FECHA: | | | | FIRMA: _____

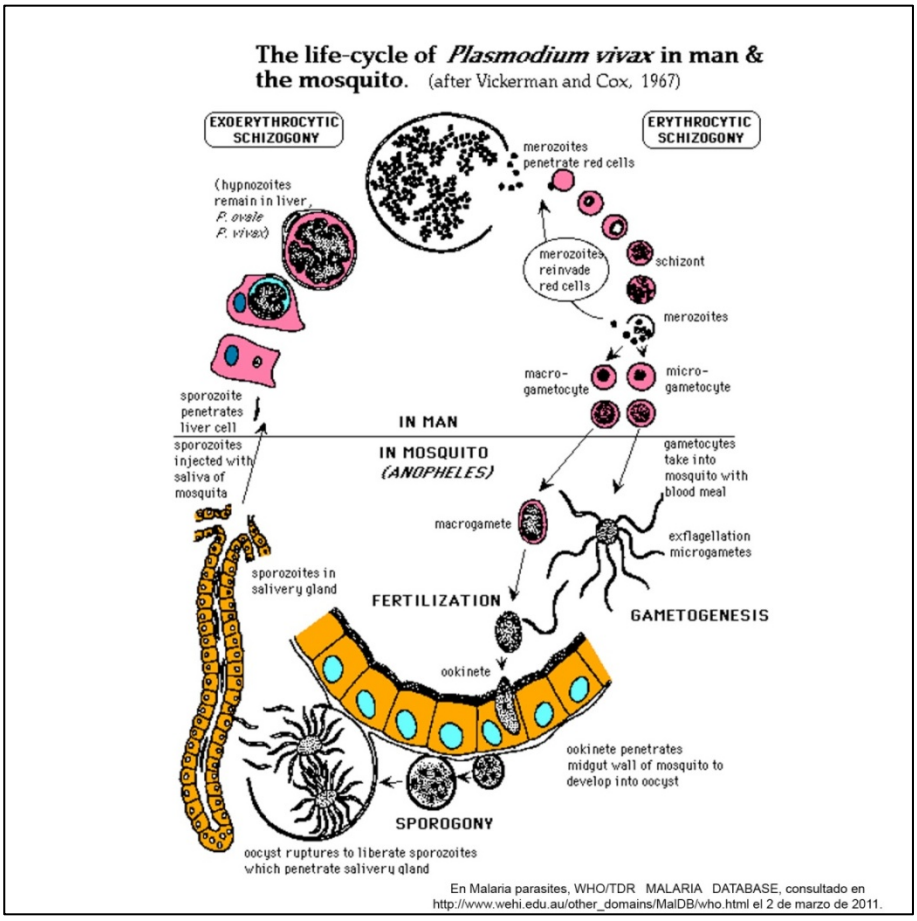
CONTROL CALIDAD

DIAGNOSTICO: _____ FECHA: | | | | FIRMA: _____

Las particularidades del ciclo vital de las distintas especies de *Plasmodium* explican las características del cuadro clínico. Todos los parásitos presentan una fase sexual dentro del mosquito y una fase asexual que tiene lugar en el ser humano. En el hombre, el ciclo comienza con la inoculación de esporozoitos, durante la picadura de la hembra del mosquito, estás formas parasitarias migran hacia el hígado donde ingresan a las células. Según la especie, pueden formarse esquizontes tisulares o adquirir un estado vegetativo como hipnozoitos, tal como sucede con el *Plasmodium vivax* y con el *Plasmodium ovale* y no con *Plasmodium falciparum* y *Malariae*. La forma vegetativa permite que el parásito permanezca en un estado latente durante un periodo variable entre 6 y 11 meses, sin ocasionar síntomas y solo entonces reanuda el ciclo, convirtiéndose en esquizonte. Dentro de los hepatocitos, los esquizontes producen millones de merozoitos que tras entrar al torrente sanguíneo invaden los glóbulos rojos. Dentro de los eritrocitos tiene lugar el ciclo asexuado de replicación de merozoitos y ciertas formas

sexuadas conocidas como los gametocitos; éstos se unen en el intestino del mosquito y generan un cigoto diploide, el cual madura como oocineto. La maduración de los merozoitos ocasiona la ruptura del eritrocito con la subsecuente liberación de productos metabólicos que desencadenan una respuesta inflamatoria sistémica, responsable de la sintomatología (Figura 8) ([18]).

Figura 8. Ciclo de vida del Plasmodium.



En Malaria parasites, WHO/TDR MALARIA DATABASE, consultado en http://www.wehi.edu.au/other_domains/MalDB/who.html el 2 de marzo de 2011.

El diagnóstico de Malaria se basa en criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio, que con una adecuada anamnesis y examen físico pueden orientar con alto grado de certeza sobre la sospecha de la enfermedad. Sin embargo, el diagnóstico definitivo se hace únicamente mediante la visualización del parásito en

[18] WORLD HEALTH ORGANIZATION / TRAINING IN TROPICAL DISEASE RESEARCH / MALARIA DATABASE. Biology of *Plasmodium* Parasites and *Anopheles* Mosquitos. Department of Microbiology and Immunology, University of Leicester. 1996. Leicester, UK.

muestras de sangre o la detección de antígenos parasitarios mediante pruebas rápidas ([19]).

El diagnóstico de Malaria se confirma con la identificación de la especie de *Plasmodium* presente en la sangre, mediante un examen microscópico de gota gruesa, con la realización de recuento parasitario para la totalidad de las muestras positivas por *Plasmodium falciparum* e infecciones mixtas, y en los casos de Malaria, complicada por *Plasmodium vivax*. Si la muestra es positiva, se debe observar el suficiente número de campos para diagnosticar la especie o especies presentes en la muestra, y luego, realizar el recuento parasitario en términos de número de parásitos/ul de sangre. Para diagnosticar una muestra como negativa, se deben observar como mínimo 200 campos microscópicos ([20]).

Ante un cuadro febril compatible con Malaria y que reúna los criterios epidemiológicos debe hacerse la confirmación en el laboratorio mediante la realización de la gota gruesa. Si la gota gruesa es negativa y la sospecha clínica continúa, el examen microscópico debe repetirse a las 8, 12 ó 24 horas, dependiendo de la situación ([21]).

El tratamiento antimalárico debe iniciarse tan pronto se obtenga la confirmación parastiológica con el examen de la gota gruesa, o mediante pruebas inmunocromatográficas, salvo en situaciones especiales. En general, debe evitarse la administración de tratamientos bajo presunción clínica. Por lo tanto, el énfasis en la gestión por parte de entidades territoriales, aseguradoras e IPS, debe estar en ampliar la red de servicios para proveer diagnóstico parásitológico y tratamiento de fácil acceso en todos los focos de transmisión de Malaria ([22]).

El esquema de tratamiento que se realizaba en el año 2003 para Malaria por *Plasmodium falciparum* era amodiaquina clorhidrato en dosis según el peso del

---

[19] MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Guía Atención clínica de la Malaria 2010. 2010. Bogotá. Ministerio de la Protección Social. p. 15.

[20] INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Op. cit. p. 18.

[21] MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Op. cit. p. 21.

[22] Ibíd. p. 21.

menor, hasta por 2 días y sulfadoxina pirimetamina administrada en el puesto de salud. Además de una dosis única de primaquina a partir del tercer día de iniciado el tratamiento.

Para la Malaria ocasionada por *Plasmodium vivax*, se recomendaba cloroquina difosfato en dosis según peso del menor y hasta por dos días. Además, primaquina, según el peso del menor y hasta por catorce días ([23]).

Un inconveniente del esquema de catorce días de primaquina, es que el paciente no complete el tratamiento. La rápida mejoría de los síntomas, después de los tres días de cloroquina, puede contribuir a que el paciente no complete el esquema ([24]).

La resistencia a los antimaláricos se define como la capacidad de los parásitos para sobrevivir y/o multiplicarse, a pesar de la administración y absorción de un medicamento dado en dosis iguales o más altas que aquellas usualmente recomendadas y toleradas por el paciente. El *Plasmodium falciparum* ha desarrollado resistencia a casi todos los antimaláricos, en uso actualmente (amodiaquina, cloroquina, mefloquina, quinina y sulfadoxina-pirimetamina)., con excepción de los derivados de las artemisininas. En la medida que ha surgido la resistencia a los distintos antimaláricos, el registro de la falla terapéutica ha sido creciente, contribuyendo en el incremento de la carga de Malaria en el mundo. Esto impone más desafíos para el control de la enfermedad. Colombia fue uno de los primeros países en el mundo donde se documentó la resistencia del *Plasmodium falciparum* a la cloroquina ([25]).

Además de las nuevas drogas antimaláricas y la combinación de varios compuestos en el tratamiento de cepas multiresistentes, durante las últimas tres décadas se ha trabajado intensamente en la identificación y desarrollo de una vacuna como herramienta adicional en el control de la Malaria, basados en la

[23] PADILLA, Julio Cesar. Tratamiento de Malaria en Colombia. 2007. Asociación colombiana de Infectología, 1-8. p. 4.

[24] MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Op. cit. p. 31.

[25] MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Op. cit. p. 23.

observación por la cual los individuos continuamente expuestos a la Malaria en zonas endémicas desarrollan inmunidad clínica que los libera de los síntomas de la enfermedad, a pesar de estar infectados con el *Plasmodium*.

En línea con este tipo de investigaciones en Colombia, el doctor Manuel Elkin Patarroyo desarrolló un potencial de vacuna denominado SPf66, que desencadenó en la década del 90, un ambiente optimista en el control de la enfermedad, y en consecuencia se descuidaron las estrategias previamente establecidas; es así como para aquellas fechas: "La Organización Mundial de la Salud y el gobierno acordaron las políticas y el cronograma para recibir la patente y producir la vacuna, que alcanzaría en 1995 un total de 80 millones de dosis mensuales, para combatir la enfermedad en todo el mundo"([26]). La divulgación a través de los medios de comunicación de dicha estrategia, ocasiono en la población situaciones tales "como a ponernos la vacuna, y ya no más Malaria"([27]). La gran expectativa ocasionada por una potencial vacuna dió al traste, cuando en 1998, se reportaron en Colombia 194.178 casos, correspondientes al pico más alto registrado en las dos décadas precedentes a esa fecha ([28]). Éste evento marco en Colombia la pauta para redireccionar la lucha contra la Malaria por parte de las autoridades sanitarias, dejando de lado el espejismo del optimismo causado por un potencial de vacuna, que aún en la actualidad, es ampliamente cuestionada.

Con respecto a la forma como en Colombia se ha desarrollado el programa de erradicación, y posteriormente del control de la Malaria, es necesario reseñar brevemente el proceso de implementación de los programas de intervención de la Malaria. En este sentido me remontó hasta la creación de la Organización Panamericana de la Salud, que se constituyó en América en el año de 1902, con

---

[26] SEVILLA CASAS, Elías. Algebras y tramas en el cálculo de riesgos. En: Revista colombiana de Antropología, 13-60. 2004. p. 31.

[27] Ibíd. p. 33.

[28] MÉNDEZ, Fabián. Epidemiología de la Malaria en el Departamento del Valle 1987-1998. En: Boletín Epidemiológico Departamento del Valle del Cauca, Gobernación del Valle del Cauca. 1999. Cali. p. 4.

el propósito inicial de minimizar el riesgo de enfermedades y mantener activo el comercio ([29]).

La Organización Panamericana de la Salud, inicialmente se enfocó, en el fortalecimiento de los servicios nacionales de salud pública, dando lugar hacia el año de 1956 a la creación del Servicio de Erradicación de la Malaria (SEM). en Colombia, que para ese entonces ya era un organismo dependiente de la recién conformada Organización Mundial de la Salud, creada en 1946 ([30]). Desde los inicios de las actividades de intervención en Malaria, Colombia ha seguido de cerca los lineamientos propuestos por la organización en mención. En 1979, la Organización Panamericana de la Salud admitió que la erradicación no podía lograrse en un buen número de países y volvió al concepto de control de la enfermedad en un momento en que ya comenzaba a difundirse la política de Atención Primaria en Salud (APS) ([31]).

Es así como en las últimas cuatro décadas, las actividades de intervención, han sido afectadas debido a múltiples procesos de transformaciones, que van desde cambios en las estrategias de intervención promulgadas por la Organización Mundial de la Salud que trascienden de la erradicación al control, hasta cambios en la estructura organizacional de los servicios de salud, que van desde la conformación del Ministerio de Salud Pública hasta la conformación del actual Sistema general de seguridad social ([32]).

Dichas transformaciones de orden estratégico y estructural, han reflejado la dificultad para la inserción funcional del originario servicio de erradicación de la Malaria a los servicios de salud local, impactando los resultados de la estrategia

---

[29] ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Organización Panamericana de la Salud y el estado Colombiano. 2002. Bogotá. Organización Panamericana de la Salud. p. 19-21.

[30] Ibíd. p. 95-96.

[31] Ibíd. p. 110.

[32] VALERO BERNAL, María. Malaria in Colombia: retrospective glancer during the past 40 years. En: Revista de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. 2006. p. 141-149.

de intervención con un incremento exponencial de los índices parasitarios anuales desde los años sesenta ([33]).

En el año 2000 la OMS, lanzó la estrategia de hacer retroceder la Malaria, la cual se centró en la promoción de la atención en la comunidad, particularmente enfocada en la educación para las madres y en una adecuada provisión de medicamentos antimaláricos en el grupo doméstico. La estrategia se basó en cuatro componentes básicos:

1. Establecer una estrategia de comunicación efectiva que logre cambios en el comportamiento, de tal manera que los prodigadores de salud reconozcan la enfermedad y tomen acciones en salud de manera rápida y efectiva.
2. Proveer a la comunidad personal capacitado en el diagnóstico y disposición de medicamentos para el manejo de la enfermedad.
3. Proveer a la comunidad de medicamentos pre-empacados de buena calidad.
4. Establecer mecanismos de supervisión y monitoreo de la comunidad ([34]).

Siguiendo las directrices de la OMS, los lineamientos nacionales de atención en salud de la Malaria, instituyeron lo que se consideró un efectivo tratamiento antimalárico, el cual era el que proveía el cuidado necesario a una persona con síntomas dentro de las primeras 24 horas, lo que requirió que los medicamentos estuvieran al alcance inmediato de la comunidad, en la medida que se siguieran los siguientes pasos:

1. Decisión precoz basada en el diagnóstico clínico y/o parásitológico.
2. Acceso apropiado a los medicamentos.
3. Correcto uso del medicamento en cuanto a la dosis, la frecuencia y la duración del tratamiento.
4. Seguimiento, identificación de falla terapéutica y consulta para tratamiento adecuado.

[33] Ibíd. p. 141-149.
[34] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Bringing Malaria management closer to the home. World Health Organization. 2004.

3. MALARIA, CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD

En la construcción social de la realidad, Berger y Luckmann establecen que la realidad se construye socialmente y la definen como la cualidad propia de los fenómenos que reconocemos como independientes de nuestra propia volición. El ambiente es concebido como la superficie terrestre sobre la que se establece el hombre, y con el que media una relación imperfectamente estructurada en razón a su constitución biológica, pero no determinante de la formación sociocultural, "el hombre construye su propia naturaleza o, más sencillamente, que el hombre se produce a sí mismo", el hombre establece un orden social que no es producto de la naturaleza, el orden social se establece como producto de la actividad humana ([35]).

Y es la actividad humana, aquella inherente al proceso salud/enfermedad/atención de la Malaria la que constituye el objeto de estudio de ésta investigación, particularmente la acción de la mujer/ madre a través de las prácticas de la medicina doméstica al interior de la familia/ grupo doméstico, así como la interacción de la mujer/madre con sus hijos.

Para el presente estudio se retomó el concepto de grupo doméstico analizado por Marie-Jose Devillard. El grupo doméstico es el más grande supra-individuo grupal con la mayor corporatividad multifuncional; lo que implica reconocimiento por sus integrantes y no integrantes; que su formación se constituye en torno a actividades universales tales como residencia, producción, distribución, consumo, transmisión entre otras. Donde la reproducción es el conjunto de medios humanos y sociales por las que la continuidad se asegura. Las actividades más directamente relacionadas con la reproducción social inmediata son concretas y fácilmente

[35] BERGER, Peter y LUCKMANN, Thomas. La construcción social de la realidad. 19 ed. Buenos Aires. 1967. Amorrortu. p. 67.

identificables, lo cual podría dar a entender que el grupo que las lleva a cabo comparte estas mismas características empíricas ([36]).

Para este estudio familia/ grupo doméstico es la unidad de descripción y análisis, en la que se asume que la familia/grupo doméstico constituye el grupo social, institución que establece en forma estructural el mayor número y tipo de relaciones con aspectos significativos del proceso salud/enfermedad/atención([37]).

Entiéndase para el presente estudio como proceso salud/enfermedad/atención de la familia/ grupo doméstico, el modo específico en el que se da el proceso biológico de desgaste y reproducción de la Malaria, destacando los momentos particulares de la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas debido a la enfermedad ([38]).

Que es la familia/ grupo doméstico el lugar donde no sólo se inicia la carrera del enfermo, sino donde se da el mayor número de detecciones, diagnósticos, actividades de atención y tal vez de curación. La familia/ grupo doméstico constituye la unidad donde en forma directa o como mediadora se constituyen y operan algunos de los principales determinantes de la morbilidad y mortalidad de los diferentes grupos etarios y en particular en menores de 5 años ([39]).

no se trata de cualquier grupo, sino de uno construido en función de sus características sociales, que da cuenta del proceso salud/enfermedad/atención del

---

[36] DEVILLARD DESROCHES, Marie José, 1990: "El grupo doméstico: concepto y realidades" en Política y sociedad. Madrid 6-7:103-111. p. 105-107.

[37] MENÉNDEZ, Eduardo L. Familia, participación social y proceso salud /enfermedad/ Atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica. Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social. en Mercado, F. (ed.). Familia, Salud y Sociedad. México: Universidad de Guadalajara - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Colegio de Sonora/Instituto de Salud Pública, 1992, pp. 131-162.1993. p. 133.

[38] LAURELL, Asa Cristina. La salud enfermedad como proceso social. En: Cuadernos médico sociales. no. 19. 1-11. 1982. p. 1-2.

[39] MENÉNDEZ, Eduardo L. Familia, participación social y proceso salud /enfermedad/ Atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica. Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social. en Mercado, F. (ed.). Familia, Salud y Sociedad. México: Universidad de Guadalajara - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Colegio de Sonora/Instituto de Salud Pública, 1992, pp. 131-162.1993. p. 133.

individuo en relación con el proceso salud/enfermedad/atención del grupo, y para explicarlo no bastan los aspectos biológicos, sino que es necesario aclarar cómo está articulado con el proceso social ([40]).

Que es en el grupo doméstico, donde determinados individuos son los encargados de generar el mayor número de actividades específicas respecto al proceso salud/enfermedad/atención, que es la mujer quien desempeña el rol de esposa/madre, la encargada de realizar la mayoría de las actividades; diagnosticar, establecer primeros tratamientos, incluyendo la búsqueda de ayuda, de tomar parte en las decisiones o directamente decidir, asistir la continuidad del tratamiento ([41]).

Que el cuidado a la salud lo proporcionan esencialmente las mujeres, una acción que se apoya en un saber esencialmente femenino que se refleja en los patrones de cuidado curación que se realizan en el ámbito doméstico ([42]).

Que el cuidado que las mujeres brindan en el hogar refleja que sus conocimientos son resultados de procesos sociales, consecuencia de la interacción que establecen con ámbitos de socialización como son los servicios de salud del modelo dominante de atención a la salud, la transmisión de conocimientos del modelo dominado, medicina tradicional, y de nuevas experiencias adquirida a través de sus relaciones con mujeres y de su propia experiencia adquirida en especial en el ámbito doméstico ([43]).

Para comprender cómo la unidad familia/ grupo doméstico concibe la enfermedad en el proceso salud/enfermedad/ atención, se retoma la aproximación

---

[40]LAURELL, Asa Cristina. La salud enfermedad como proceso social. En: Cuadernos médico sociales. no. 19. 1-11. 1982. p. 8.

[41] MENÉNDEZ, Eduardo L. Familia, participación social y proceso salud /enfermedad/ Atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica. Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social. en Mercado, F. (ed.). Familia, Salud y Sociedad. México: Universidad de Guadalajara - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Colegio de Sonora/Instituto de Salud Pública, 1992, pp. 131-162.1993. p. 138.

[42] HERNÁNDEZ Tezoquipa, Isabel, Arenas Monreal, María de la Luz y Valde Santiago, Rosario. El cuidado de la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. Rev. Saude publica, Oct. 2001, Vol.35, No. 5, p. 443-450. P. 445.

[43] Ibíd. P. 446.

antropológica de Young del complejo “patología, enfermedad, padecimiento” (disease, illness and sickness). que permite la aproximación al ámbito social en el cual se vive la experiencia de la de la enfermedad. Desde esta perspectiva, “disease” es una anormalidad de la estructura y/o función de un órgano o un sistema orgánico, es un estado patológico reconocido o no culturalmente, que se desenvuelve en el terreno biomédico. Se requiere entonces de la interacción médico/paciente bajo un esquema simbólico establecido, producto de la construcción social ([44]). La enfermedad “Illness” es una condición que trastorna el orden establecido de las prácticas y actividades necesarias para asegurar el cuidado de la salud. El sujeto de la enfermedad (illness). no es la persona individual, sino su grupo primario, en este caso su grupo familiar o su grupo doméstico ([45]). El padecimiento “sickness”, son los comportamientos preocupantes y los signos biológicos, socialmente reconocidos, característicos de la enfermedad; es el camino que una persona recorre desde su percepción individual hasta la traducción en un significado socialmente reconocido, constitutivo de dolencia o padecimiento; hace parte de un proceso para socializar la enfermedad (illness). y lo patológico (disease) ([46]). El padecimiento es entonces, una herramienta social que permite la interacción motivada desde una connotación negativa de disfuncionalidad individual catalogada o no como patológica. Dicha connotación negativa de disfuncionalidad, interiorizada en el individuo y/o grupo familiar, se articula socialmente a través de interacción con una red de acción más amplia que los apoye en la toma de decisiones, la red social de apoyo, incluyendo los servicios de salud. El grupo social natural, grupo doméstico, articula el saber médico y el saber popular resinificando el papel de la medicina en la construcción social de la enfermedad (disease)., y del padecimiento (illness).

---

[44] FILHO, Naomar de Almeida. For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes. En: Cad Saude Publica. 17(4)., Jul-Aug. 2001. 753-70; discussion 771-99. p. 761.

[45] SEVILLA CASAS, Elías. Malaria and anthropology: towards a treatment og malaric communities as human ecosystems. Cali. UNPD/World Bank/ WHO. 1989. p. 4.

[46] YOUNG, Allan. The anthorpologies of illness and sickness. En: Ann. Rev. Anthopol. 11 , 257-285. 1982. p. 270.

La población de Zacarías ubicada en una región geografía de la Costa Pacífica colombiana, como reconocida región malárica, como nicho de múltiples investigaciones en salud, llama mi atención a propósito por su alta morbilidad; situación a la cual me aproximo con el propósito de profundizar en la construcción particular de un proceso salud/enfermedad/atención en relación con la Malaria como patología, como enfermedad y como padecimiento, producto de la familiaridad adquirida a través de la cotidianidad marcada por las múltiples experiencias de enfermar de Malaria. Para contextualizar el proceso/salud/enfermedad/atencion de la zona geográfica donde se desarrolla el presente estudio, retomó como punto de partida la investigación de Wilson Ruiz Cano en cuanto a:

a) La práctica médica de la cultura negra del Pacífico" encaja dentro de un sistema de prácticas que yuxtapone la práctica médico científica y la práctica médica vernácula.
b) La comunidad realiza una clara distinción entre "infección" a la que define como confirmación de la patología a través de paraclínicos, y "enfermedad" a la que caracteriza como la percepción de síntomas conocidos y reconocidos por el individuo y su grupo familiar como indicativos de Malaria, que ciertamente son los mismos que maneja la medicina moderna ([47]).
c) La valoración de la enfermedad no corresponde a un fenómeno que figure en el primer renglón de los problemas por resolver, siendo la principal preocupación la subsistencia económica ([48]).
d) En la explicación de la enfermedad, se encuentra una combinación de la teoría malárica con las explicaciones folklóricas de la Costa Pacífica central, en la que sobresale que los zancudos son del ámbito extra-domiciliario, reconocido como la causa de la enfermedad ([49]).

[47] RUIZ CANO, Wilson. Dos estudios sociológicos sobre la Malaria. Santiago de Cali: Universidad del Valle. Facultad de Humanidades. 1986. p. 56.
[48] Ibíd. p. 64-65.
[49] Ibíd. p. 74.

e) En cuanto a la acción frente a la enfermedad, fundándose en concepciones naturalistas, hacen diagnóstico, administran tratamientos y deciden estrategias a seguir de persistir la enfermedad. Sobresale la práctica del consumo de antimaláricos en jarabe o mezclados con “biche”, bebida típica de la región ([50]).

[50] Ibíd. p. 89-90.

4. ASPECTOS METODOLÓGICOS, APROXIMACIÓN AL MANEJO DOMÉSTICO DE LA MALARIA EN ZACARÍAS, BUENAVENTURA.

Este estudio se ocupó de reconocer las características del manejo doméstico del cuadro febril como “enfermedad” y de la Malaria como “patología” en los menores de 16 años, retomando una forma ya identificada de percibir, valorar y comprender la enfermedad en la Costa Pacífica colombiana, según el estudio de Wilson Ruiz Cano.

Se dió respuesta a la pregunta ¿Cuáles son las características del manejo doméstico del cuadro febril como “enfermedad” y de la Malaria como “patología” en los menores de 16 años, en una población endémica de Malaria?

Desde la perspectiva socioantropológica de la enfermedad, se hizo un cuidadoso estudio en una muestra de 29 grupos domésticos de la localidad de Zacarías, profundizando en la acción en torno al reconocimiento de la Malaria como enfermedad, con el fin de establecer la caracterización socioantropológica de la Malaria como enfermedad, partiendo de la caracterización epidemiológica de la localidad y describiendo los tipos de atención del proceso salud/enfermedad de la Malaria, al interior de la unidad familia/ grupo doméstico.

La caracterización socioantropológica de la enfermedad y del proceso salud/enfermedad/atención de la población de Zacarías, Buenaventura, requirió un contacto directo desde el mes de julio del año 2003 al mes de mayo del año 2004. La aproximación a la comunidad se realizó en el ejercicio de la práctica médica general a través de visitas periódicas que iniciaron en el mes de septiembre y finalizaron en el mes de abril del año 2004; la interacción con la comunidad a través de visitas domiciliarias de quienes voluntariamente accedían a ello; las vivitas se realizaron semanalmente con un promedio de duración de un día, durante las cuales se atendieron las demandas en atención en salud en general y en referencia con el fenómeno malárico de los menores de 16 años de edad, los cuales se identificaron y siguieron según los registros de la ficha de notificación de

caso febril del programa de enfermedades tropicales de la Secretaría Departamental de Salud, Unidad Ejecutora de saneamiento del Valle del Cauca. (Anexo 8.1).

Se identificaron los menores de edad que consultaban al puesto de salud solicitando la realización de gota gruesa, para lo cual se analizaron los registros de las fichas de notificación de caso febril durante el periodo enero-diciembre del año 2003. La información de la composición de los grupos domésticos se identificó mediante el seguimiento de la ficha de notificación de caso febril. La composición del grupo doméstico se confirmó, a través de la información suministrada por el promotor de salud, quién a la fecha llevaba 20 años de trabajo en la localidad. A través del promotor de salud se localizó e invitó a la mujer/madre a participar voluntariamente del estudio, tras su aceptación se procedía a realizar la entrevista utilizando el cuestionario: Guía de recolección información grupo doméstico, que incluye un cuestionario modificado según el research tool 4.2 del Manual de Malaria ([51]) y la Rejilla de decisiones modificado de Katia Feliciano ([52]). (Anexos 8.3, 8.4).

La ejecución del trabajo requirió la consulta de archivos locales de salud ubicados en Buenaventura, en el Programa de Enfermedades Tropicales, antiguo Servicio de Erradicación de la Malaria y en el Hospital, con el propósito de obtener las estadísticas consolidadas de Malaria confirmada y casos de hospitalización, cotejando la información obtenida a través del puesto de salud de Zacarías. (Anexo 8.1).

En resumen, se realizó siguiente proceso:

1. Revisión de fuentes primarias en los archivos del puesto de salud de Zacarías, en el Servicio de Erradicación de la Malaria, “Programa de erradicación de enfermedades tropicales”; en el Hospital Departamental de Buenaventura,

[51] WORLD HEALTH ORGANIZATION. MALARIA, a manual for community health workers. Geneva: World Health Organization. 1996. p. 76.

[52] DE OLIVEIRA FELICIANO, Katia Virgina. Tarjetas con las alternativas de busqueda de ayuda en el eje temporal de los enfermos de lepra y de otras enfermedades dermatológicas en Santander, Colombia. En: Rutas críticas en el acercamiento de los enfermos de lepra a los servicios básicos de salud. Universidad del Valle. Cali. 1991.

Empresa Social del Estado y en la Unidad Ejecutora de Saneamiento del Valle del Cauca.

2. Reconocimiento de la localidad rural que incluyó el estudio de las características geográficas, visitas domiciliarias y visita a las tiendas. (Figura 9, 10).

Figura 9. Interior de una vivienda típica en Zacarías.



Figura 10. Carretera Simón Bolívar, Zacarías.



3. Entrevistas y observación de acciones:

a. A los grupos domésticos, según la identificación previa en la ficha de notificación de caso febril y a los cuales se les aplicó el cuestionario: Guía de recolección de información grupo doméstico y la Rejilla toma de decisiones, anteriormente mencionados.

b. Al Promotor de salud de Zacarías y el grupo de líderes capacitados para toma de muestra de gota gruesa.

c. Al personal técnico y administrativo del Servicio de Erradicación de la Malaria de Buenaventura y de la Unidad Ejecutorade Saneamiento del Valle del Cauca.

El trabajo de campo supuso una estrategia de observación participante que permitió la aproximación a la construcción social de los siguientes aspectos para Malaria:

1. Patología (disease).

2: Enfermedad (illness).

3. Padecimiento (sickness).

4. Atención proceso salud-enfermedad al interior del grupo doméstico.

El análisis de la información se realizó mediante el uso del software Atlas. Ti que permitió configurar un perfil doméstico según las acciones seguidas, tras el reconocimiento de la enfermedad. (Anexo 8.5).

5. RESULTADOS

5.1 APROXIMACIÓN SOCIONTROPOLÓGICA A LA MALARIA COMO PATOLOGÍA, ENFERMEDAD Y PADECIMIENTO EN ZACARÍAS

La aproximación al proceso salud/ enfermedad/ atención en torno a la Malaria requiere identificar la forma como se reconoce la enfermedad, como se actúa frente a ésta y como se percibe la recuperación de la salud. En un primer punto se describirá los servicios asistenciales en salud disponibles para la población de Zacarías. En un segundo punto se describirán como se constituye la enfermedad desde el reconocimiento de los síntomas y el uso remedios y de medicamentos al interior del grupo doméstico. En un tercer punto se describirá como se constituye lo patológico desde la búsqueda de diagnóstico y el establecimiento del estado de gravedad. Al final se describirá como se constituye el padecimiento partiendo de la ruptura de la rutina al interior del grupo doméstico y la interacción con otros grupos y con los servicios de salud.

5.1.1 Servicios asistenciales de salud

El sistema de seguridad Social en salud en Colombia articula tanto instituciones públicas como privadas. La prestación de los servicios asistenciales salud en Colombia se realiza a través de la afiliación al régimen contributivo o al régimen subsidiado. Para acceder a la prestación de los servicios de salud a través del régimen contributivo, el afiliado debe tener capacidad de pago y hacerlo mediante el pago de un aporte mensual según la vinculación laboral dependiente o independiente. Por el contrario para acceder a prestación de servicios en salud un afiliado al régimen subsidiado debe haber sido identificado como población con

necesidades básicas insatisfechas mediante la encuesta SISBEN. Para el año 2000, la proporción de necesidades básicas insatisfechas para el área rural de Buenaventura era del 52.2% ([53]). Para el momento de la investigación, se encontraba en trámite la afiliación al régimen subsidiado mediante la clasificación, en encuesta SISBEN.

La población de Zacarías, durante el año 2003- 2004, contaba con un puesto de salud, cuyas condiciones de infraestructura no eran las mejores, presentaba goteras, carecía de suministro de agua y de servicio de alcantarillado. A lo anterior se sumaba la falta de dotación de los elementos necesarios para brindar una atención en salud. Sin embargo, contaba con un microscopio e insumos para toma el diagnóstico y tratamiento de la Malaria, suministrados por el Programa de Enfermedades Tropicales de Buenaventura.

El puesto de salud no contaba con un profesional médico de planta; La prestación del servicio de salud, se realizaba a través del promotor, quién ejercía de tiempo completo, aproximadamente 20 años atrás, en el año 2004. El promotor era ampliamente reconocido por la comunidad y contaba con una gran experiencia técnica en el diagnóstico de Malaria mediante gota gruesa.

Años atrás el puesto de salud contaba con un médico rural, que atendía 2 días a la semana; posteriormente el servicio se fue limitando a jornadas de salud, realizadas por el Instituto de Inmunología de la Universidad del Valle, al tiempo que realizaba proyectos de investigación relacionados con la Malaria; por períodos intermitentes, proporcionó un profesional de la salud por lo menos una vez a la semana, durante el período comprendido entre 2001 y 2003.

[53] MOSQUERA, Esneda. Plan local de salud. Diagnostico de la salud en el municipio de Buenaventura. Secretaria Municipal de Salud Buenaventura. 2000.

Por otro lado, la población refirió haber recibido información sobre la Malaria a través de la intervención de grupos de investigación que se identificaban como provenientes de la Universidad del Valle, quienes abordaban la Malaria desde su etiología, diagnóstico, tratamiento, prevención y control, generando expectativas dentro de la comunidad en cuanto a la consecución de toldillos, medicamentos y prestación de servicios de salud. Dentro de la comunidad se encontraban siete personas capacitadas en el diagnóstico de gota gruesa, además del promotor de salud, a quienes la población reconocía como "el grupo de los siete".

Aunque la localidad se encuentra a 10 minutos de Buenaventura en donde existen Instituciones prestadoras de servicios de salud y el Hospital departamental de Buenaventura, la población tenía dificultades para acceder a una atención médico hospitalaria oportuna, debido a las dificultades en el transporte, sobretodo a altas horas de la noche, aunado a los costos que representaba el desplazamiento; Los problemas económicos, la dificultad para acceder a una atención médica oportuna y adecuada, hace que la población reconsidere la asistencia a las instituciones en Buenaventura tras ser remitidos por el promotor de salud, o al reconocer unas ciertas condiciones de "gravedad" ocasionadas por la enfermedad (54 ,55, 56).

---

[54] "La niña continúa con los síntomas, entonces consulta de nuevo al promotor de salud, quién la remite al Hospital de Buenaventura, donde le detectan las dos Malarias vivax y falciparum, la hospitalizan e inician tratamiento" - P. 28 GD 03.rtf- 28:5 (89:89).; referido por la mujer del grupo doméstico 3; Mujer de 39 años, afrodescendiente, procedente y Oriunda de Zacarías, Licenciada en Educación, afiliada al sistema de salud a través del régimen contributivo. Componen el grupo doméstico 5 menores y dos adultos. Su hija estuvo hospitalizada con Malaria por *Plasmodium falciparum*. Consultó durante 2003, en el puesto de salud para realizar gota gruesa a 4 de su hijos en múltiples ocasiones; Atendió dos casos de Malaria por por *Plasmodium falciparum.*

[55] "¿Sí sospecha alguna complicación, a quién le comenta? a mi marido para que sepa y me de lo del transporte" - P 31 GD 17.RTF - 31:1 (56:56).; referido por la mujer del grupo doméstico 17. Mujer de 36 años, afrodescendiente, procedente de Zacarías tras 15 años de establecimiento, oriunda del Carmen (Naya).; con primero primaria, identificada mediante la encuesta SISBEN, pero sin carné. Componen su grupo doméstico 4 adultos y 4 menores. Atendió dos casos de Malaria una por *Plasmodium falciparum* y otra por *Plasmodium vivax.*

Quien toma la decisión de consultar fuera de Zacarías es la mujer, quien busca el respaldo de su compañero, por cuanto requiere apoyo económico; La Institución a la cuál se busca ayuda, es el Hospital departamental.

5.1.2 Construcción social del padecimiento "Sickness"

Reconocimiento de los síntomas

El reconocimiento de los síntomas de la Malaria como "padecimiento" al interior del grupo doméstico y para los menores de 16 años es realizado por la mujer/madre. El menor es reconocido enfermo o se manifiesta enfermo, lo que sucede a través de la percepción de los síntomas que se reconocen relacionados con la enfermedad como fiebre, escalofrío y dolor de cabeza; entre otros se encuentran el decaimiento, la postración y la inapetencia ([57], [58]).

[56] "Quien toma la decisión es la mujer, la comenta con el compañero para apoyo económico" - P 1 GD 01.RTF –1:5 (65:65).; referido por la mujer del grupo doméstico doméstico 1. Mujer de 30 años, afrodescendiente, procedente de Zacarías tras 10 años de establecimiento, oriunda de Puerto Merizalde. Con tercero primaria , identificada mediante la encuesta SISBEN, pero sin carné. Componen su grupo doméstico 2 adultos y 5 niños. Consultó al puesto de salud en 13 ocasiones durante el año 2003 para solicitar gota gruesa. Atendió dos casos de Malaria por *Plasmodium vivax.*

[57]" Escalofrió, fiebre y dolor de cabeza"-P 4: GD04.RTF - 4:11 (40:40*)*.; referido por la mujer del grupo doméstico 4. Mujer de 23 años, afrodescendiente, procedente y oriunda de Zacarías. Con segundo primaria , identificada mediante la encuesta SISBEN, pero sin carné. Componen su grupo doméstico 2 adultos y 2 menores. Consultó en 7 ocasiones durante el año 2003 para solicitar gota gruesa. Atendió dos casos de Malaria por *Plasmodium Falciparum*.

[58] "Fiebre alta y dolor de cabeza" - P10: GD10.RTF - 10:11 (39:39).; referido por la mujer del grupo doméstico 10. Mujer de 18 años, afrodescendiente, procedente de Zacarías con 15 años de establecimiento y oriunda de Buenaventura. Con decimo de bachillerato, identificada mediante la encuesta SISBEN, pero sin carné. Componen su grupo doméstico 2 adultos y 1 menor. Atendió un caso de Malaria por *Plasmodium vivax*.

Lo anterior reafirma los hallazgos de la investigación realizada por Wilson Ruiz Cano: La comunidad percibe la enfermedad que se caracteriza bajo la percepción de síntomas conocidos y reconocidos por el individuo y su grupo familiar como indicativos de Malaria, que ciertamente son los mismos que maneja la medicina moderna ([59]).

Uso de remedios

La experiencia de recuperar la salud de los individuos evidencia la yuxtaposición de prácticas médicas, así como lo había identificado Wilson Ruiz. Los remedios utilizados se caracterizaron por el uso de hierbas en bebidas y en baños. Dentro de las hierbas las más utilizadas fueron el matarratón, el saúco, la suelda con suelda en bebidas en agua asoleada y/o con limón. El uso de hierbas no solo se restringe al uso en bebidas, también se utilizan en amasijos y tendidos de hierbas ([60], [61]).

[59] RUIZ CANO, Wilson. Dos estudios sociológicos sobre la Malaria. Santiago de Cali: Universidad del Valle. Facultad de Humanidades. 1986. p. 56.

[60] " Usa baños de matarratón más sauco, amasa la hoja verde en agua calentada al sol."- P3: GD29.RTF-3:3(83:83).; referido por la mujer del grupo doméstico 29. Mujer de 28 años, afrodescendiente, procedente y oriunda de Zacarías. Con séptimo de bachillerato, identificada mediante la encuesta SISBEN, pero sin carné. Componen su grupo doméstico 2 adultos y 6 menores. Atendió más de 10 casos de Malaria por *Plasmodium Vivax.*

[61]"Le dió suelda con suelda más pringamoza en bebidas"- P18: GD 18 RTF – 18:3 (88:88).; referido por la mujer del grupo doméstico 18. Mujer de 32 años, afrodescendiente, procedente y oriunda de Zacarías. Con cuarto de primaria, identificada mediante la encuesta SISBEN, pero sin carné. Componen su grupo doméstico 3 adultos y 6 menores. Atendió 7 casos de Malaria por *Plasmodium Vivax, y* un caso de *Plasmodium Falciparum* por el cual la hija estuvo hospitalizada.

Estás prácticas son lideradas al interior del grupo doméstico por la mujer en su rol de madre, y son aprendidas al interior del grupo doméstico de generación en generación, madre/hija ([62]).

Dentro de las prácticas biomédicas más utilizadas están el uso de acetaminofén, aspirina y Aralem para el manejo del dolor y la fiebre con el reconocimiento de los síntomas de la Malaria como "padecimiento" El Aralem es usado para el manejo del dolor y la fiebre tanto para la Malaria "negativa" como para la Malaria "positiva"; denominadas de esa manera según la interpretación del resultado de la gota gruesa, correspondiendo a la malaria negativa la no identificación del parásito mediante serología, contrario al de la malaria positiva.

Un caso especial refirió el uso de Aralem después de la hospitalización para que mejorara la fiebre, a pesar de las indicaciones médicas ([63],[64]).

[62] "Como remedio casero usa una botella con agua y 2 tabletas de Aralem que le da al enfermo durante todo el día, esto lo aprendió en el naya de su mama"-P31: GD 17.rtf.-31:5 (73:73).;referido por la mujer del grupo doméstico 17. Mujer de 36 años, afrodescendiente, procedente de Zacarías tras 15 años de establecimiento, oriunda del Carmen (Naya).; con primero primaria, identificada mediante la encuesta SISBEN, pero sin carné. Componen su grupo doméstico 4 adultos y 4 menores. Atendió dos casos de Malaria una por *Plasmodium falciparum* y otra por *Plasmodium vivax.*

[63] "Usa dolex con matarratón en bebida"- P7: GD07.RTF – 7:4 (40:40).; referido por la mujer del grupo doméstico 7. Mujer de 25 años, afrodescendiente, procedente de Zacarías con 10 años de establecimiento y oriunda de Zabaletas. Con Quinto de primaria. Identificada mediante la encuesta SISBEN, pero sin carné. Componen su grupo doméstico 2 adultos y 2 menores. Atendió 1 caso de Malaria por *Plasmodium Falciparum.*

[64] "Usa Aralem cuando la fiebre no baja, como remedio casero con matarratón amasado con limón"- P21: GD21.RTF – 21:3 (52:52).; referido por la mujer del grupo doméstico 21. Mujer de 24 años, afrodescendiente, procedente de Zacarías con 3 años de establecimiento y oriunda del Naya. Con cuarto de primaria. Sin afiliación al sistema de salud. Componen su grupo doméstico 2 adultos y 5 menores. Atendió 1 caso de Malaria por *Plasmodium Vivax.*

Automédicación

El uso de antimaláricos como el Aralem es ampliamente reconocido como el tratamiento de elección para la Malaria como "patología" para la medicina moderna ([65]). De igual manera el uso del Aralem como tratamiento antimálarico es ampliamente reconocido en la población. Su uso obedece a sus efectos antipiréticos y analgésicos, que aminoran la sintomatología de la Malaria lo que explicaría en parte su uso tanto para la Malaria como enfermedad tanto "negativa" como "positiva" ([66]).

El Aralem ha sido subsumido por la práctica médica doméstica, y es utilizado para disminuir la sintomatología reconocida de la Malaria, especialmente para disminuir la fiebre y la cefalea; su uso obedece a un algoritmo establecido, en el cuál se considera inicialmente a manera de una prueba terapéutica, tras la cuál y ante la persistencia de los síntomas se decide consultar al puesto de salud para confirmar la sospecha de Malaria, no sin antes haber suspendido por lo menos entre 24 y 48 horas la administración del medicamento. Si su uso se hace tras haber realizado una gota gruesa de resultado negativo, su administración obedece a la búsqueda de la disminución de los síntomas, inclusive tras haber recibido instrucciones terapéuticas precisas desde la medicina moderna ([67], [68]).

---

[65] El Aralem era considerado para la época en la que se desarrollo la investigación como tratamiento de primera línea de acción.

[66] "Usa Aralem para quitar el malestar de la Malaria, lo consigue en la tienda. Toma dos tabletas más limón y espera dos días, consulta la puesto de salud para la muestra, sí es positivo se toma el tratamiento y si es negativo toma otras dos tabletas de Aralem y consulta nuevamente a los dos días para hacerse la gota gruesa" - P29: GD28.rtf – 29:5 (79:79).; referido por el grupo doméstico 28. Mujer de 21 años, afrodescendiente, procedente de Zacarías, oriunda de Zacarías; con quinto primaria, no vinculada al sistema de salud. Componen su grupo doméstico 2adultos y 3 menores. Atendió un caso de Malaria una por *Plasmodium falciparum*.

[67] "Caso negativo de Malaria por gota gruesa, usa dolex más Aralem 2 días porque le dolía la cabeza, los síntomas desaparecieron al día siguiente"- P27: GD27.RTF – 3:3 (55:55).;referido por la mujer del grupo doméstico 27. Mujer de 23 años, afrodescendiente, procedente y oriunda de Zacarías. Con cuarto de primaria. Identificada mediante la

La población considera su uso a bajas dosis y bajo un esquema terapéutico intermitente en número de días y que intercalan con la realización de la gota gruesa; de ésta manera consideran han controlado el riesgo de un resultado falseado. La población supone, bajo la lógica de un sentido común construido para ello, que una baja dosis le permitirá no sesgar el resultado, lo que es un grave error bajo la lógica terapéutica de la medicina moderna ([69]). La población reconoce que su uso sin prescripción médica puede alterar el resultado de la serología con el consabido riesgo de obtener un resultado falsamente negativo.

5.1.3. Construcción social de patología, "disease"

Malaria "positiva" y Malaria "negativa"

Para la población de Zacarías, la patología no es más que la anormalidad orgánica, debida a la presencia del parásito en la sangre, lo que supone la

---

encuesta SISBEN, pero sin carné. Componen su grupo doméstico 2 adultos y 3 menores. Atendió 1 caso de Malaria por *Plasmodium Vivax*.

[68] "Cuando se enfermo en el puesto de salud la gota gruesa le dió negativa. le siguió la fiebre y el vómito, a los dos días lo levaron al hospital donde lo dejaron hospitalizado por dos días por una infección gastrointestinal. del hospital le dieron salida y los padres le dieron Aralem más primaquina de su cuenta"- P20 : GD20.RTF – 20:4 (43:43).; referido por la mujer del grupo doméstico 20. Mujer de 37 años, afrodescendiente, procedente de Zacarías con 25 años de establecimiento y oriunda de Puerto Merizalde. Con primero de primaria. Identificada mediante la encuesta SISBEN, pero sin carné. Componen su grupo doméstico 2 adultos y 3 menores. Atendió 2 casos de Malaria por *Plasmodium Falciparum.*

[69] "Utiliza Aralem más bebidas caseras antes de tomar gota gruesa, prepara media tableta con agua embotellada y lo administra durante el día, dos veces hasta por tres y cuatro días hasta que mejora. Si no mejora consulta al puesto de salud, no le dice al promotor ni al médico, porque teme que la regañen"-P24: GD24.rtf – 24:5 (53:56).; referido por el grupo doméstico 24. Mujer de 23 años, afrodescendiente, procedente y oriunda de Zacarías. Con segundo de primaria. Sin afiliación al sistema de salud. Componen su grupo doméstico 2 adultos y 3 menores. No atendió casos de Malaria confirmados por gota gruesa.

búsqueda de su confirmación mediante el diagnóstico a través de la gota gruesa. Pero el alcance de la significado de infección para la población dista del alcance del significado de infección para la medicina moderna.

Existe un interés por caracterizar la enfermedad desde lo patológico, lo que se evidencia en la búsqueda de la confirmación mediante serología, bien sea desde la aparición de los síntomas o ante la persistencia de éstos tras una intervención curativa ([70]).

Un caso identificado como "negativo" no necesariamente significa que no se está "enfermo" de Malaria, puesto que ésta se sigue experimentando, se sigue viviendo, en tanto persistan los síntomas; por tanto se continua padeciendo de Malaria en tanto se perciban los síntomas que la caracterizan ([71]).

Por tanto, para la comunidad de Zacarías, la "patología" (disease). no es más que la confirmación de la sospecha mediante un resultado de gota gruesa positiva, que corresponde a la Malaria como enfermedad "positiva", lo cuál significa que se padece de Malaria, la "positiva", la que tiene nombre y que se cuenta con

[70] "Busca el servicio de gota gruesa, si no hay, el primer día les da Aralem embotellado todo el día y si es Malaria o del hígado se mejoran. entonces al segundo día no les da nada y al tercer día busca de nuevo el diagnóstico con gota gruesa, si es positivo les da tratamiento que ordena Samuel, si es negativo les da bebidas de hierbas con aspirina o acetaminofén"- P31: GD17.rtf – 31:4 (72:72).; referido por la mujer del grupo doméstico 17. Mujer de 36 años, afrodescendiente, procedente de Zacarías tras 15 años de establecimiento, oriunda del Carmen (Naya).; con primero primaria, identificada mediante la encuesta SISBEN, pero sin carné. Componen su grupo doméstico 4 adultos y 4 menores. Atendió dos casos de Malaria una por *Plasmodium falciparum* y otra por *Plasmodium vivax.*

[71] "Usa el Aralem para quitar el malestar de la Malaria, lo consigue en la tienda. Tomo 2 tabletas más limón y espera dos días, consulta al puesto de salud para la muestra, sí es positiva se toma el tratamiento y si es negativa toma otras dos tabletas de Aralem y consulta nuevamente a los dos días para hacerse la gota gruesa" P29 : GD28.rtf – 29:5 (79:79).; referido por el grupo doméstico 28. Mujer de 21 años, afrodescendiente, procedente de Zacarías, oriunda de Zacarías; con quinto primaria, no vinculada al sistema de salud. Componen su grupo doméstico 2adultos y 3 menores. Atendió un caso de Malaria una por *Plasmodium falciparum*.

cruces. Ese significado correspondería al significado de la Malaria como enfermedad en la medicina moderna de un caso confirmado "aquel cuya enfermedad se corrobore por la identificación de especies de *Plasmodium* mediante examen parásitológico" ([72]).

Gravedad y complicaciones

Los grupos domésticos reconocen como diagnósticos patológicos posibles la Malaria por *Plamodium falciparum* y la Malaria por *Plasmodium vivax*, algunas de las madres y algunos de los menores hablan del resultado como es informado e incluso con el número de cruces. Es ampliamente reconocido que la Malaria por *Plasmodium falciparum* es la que se complica y a la cuál le temen según su experiencia; complicarse significa llegar a estar hospitalizado, sufrir complicaciones médicas o la muerte ([73, 74]).

La Malaria complicada es reconocida como la "que se sube a la cabeza" , llamada también por la población Malaria cerebral, así como en la jerga médica. Es temida por complicaciones reconocidas como la de los "ataques":

[72] INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de vigilancia y control de Malaria. Bogotá. 2010. p. 6.

[73] "Consultó al PET en mayo, la gota gruesa fue positiva para falciparum. estuvo hospitalizada por diagnóstico de Malaria cerebral en el hospital de Cali, no quiso quedarse en el hospital de Buenaventura. después de la Malaria cerebral que es dañina, la niña esta más inatenta y permanece con dolor de cabeza y distraída"- P18 : GD18.RTF – 18:5 (86:87).; referido por el grupo doméstico 18. Mujer de 32 años, afrodescendiente, procedente y oriunda de Zacarías. Con cuarto de primaria. Identificada mediante la encuesta SISBEN, pero sin carné. Componen su grupo doméstico 3 adultos y 6 menores. Atendió 7 casos de Malaria por *Plasmodium vivax,* y un caso de *Plasmodium* Falciparum por el cuál la hija estuvo hospitalizada.

[74] "La Malaria es algo terrible y mortal, antes esperaba hasta 1 semana para consultar, ahora ya no espera tanto por lo que le paso a la hija. sabia que se podía morir, pero nunca pensó que le pasaría a ella"- P18 : GD18.RTF – 18:4 (90:90).; referido por la mujer del grupo doméstico 18. Mujer de 32 años, afrodescendiente, procedente y oriunda de Zacarías. Con cuarto de primaria, identificada mediante la encuesta SISBEN, pero sin carné. Componen su grupo doméstico 3 adultos y 6 menores. Atendió 7 casos de Malaria por *Plasmodium Vivax, y* un caso de *Plasmodium Falciparum* por el cual la hija estuvo hospitalizada.

Aunque no se documento ningún caso de muerte por Malaria durante el período 2003- 2004, según las fuentes consultadas: Promotor de salud de Zacarías, registros epidemiológicos del Programa de Erradicación de Enfermedades Tropicales (PET). y del Hospital Departamental, la muerte es una complicación temida tras el diagnóstico de Malaria cerebral.

5.1.4. Construcción social de la enfermedad "Illness"

Ruptura de la rutina

En cuanto al cambio de rutina se evidenció un patrón característico para los menores de 16 años, que se manifiesta en la inasistencia escolar, en ocasiones hasta la deserción escolar. Para los casos de Malaria por *vivax* suelen ser suficientes 2 a 3 días de inasistencias, pero para los casos de Malaria por falciparum la inasistencia varía entre 7 y 15 días. Por el contrario, para los adultos el patrón característico consistió en el ausentismo de las madres a sus respectivos trabajos o la no realización de actividades típicas del hogar como lavar la ropa ([75], [76]).

[75] "Cuando los niños se enferman se me aumenta el trabajo, debo estar pendiente de ellos, darles droga, darles líquido, dejar de lavar la ropa. me toca dejar todo para el otro día, como la lavada de la ropa hasta tres días, para poder estar pendiente de ellos. los niños dejan de estudiar 10 días hasta que se alivian del todo"; P2: GD 02.RTF.-2:3 (52:52). referido por la mujer del grupo doméstico 2. Mujer de 34 años, fenotipo blanco, procedente de Zacarías con 17 años de establecimiento y oriunda de Apartado. Con segundo de primaria. Identificada mediante la encuesta SISBEN, pero sin carné. Componen su grupo doméstico 2 adultos y 7 menores. No atendió caso confirmados de Malaria por gota gruesa.

[76] "No trabajó durante una semana y la mama la cubrió en el trabajo"- P13: GD 13.RTF.-13:4 (75:75).; referido por la mujer del grupo doméstico 13. Mujer de 22 años, afrodescendiente, procedente de Zacarías con 15 años de establecimiento. Con decimo de bachillerato. Identificada mediante la encuesta SISBEN, pero sin carné. Componen su grupo doméstico 5 adultos y 4 menores. Atendió 3 casos de Malaria por *Plasmodium Vivax.*

Interacción al interior del grupo doméstico

El padecimiento se hace evidente en los comportamientos preocupantes y en los signos socialmente reconocidos de enfermedad que se comparten y se aceptan como generadores del trastorno, entre estos se cuentan los populares síntomas de un fuerte dolor de cabeza, fiebre que no baja y escalofríos "sudadera"; una mujer madre/esposa actúa ante la Malaria como "padecer", de inmediato; de igual manera comunica a su compañero de su inquietud, así como las mujeres más cercanas, madre, abuela, y vecinas.

Transmisión de conocimientos

La forma de reconocer, de pensar y de actuar se aprende al interior del grupo doméstico se transmite de generación en generación de las mujeres mayores a las mujeres más jóvenes, parte de aquellas con mayor experiencia en el arte de reconocer la Malaria como "padecer", es así como las mujeres más jóvenes aprenden de sus madres. Las mujeres más jóvenes comentan las sospecha con sus madres, solicitan consejo sobre el tratamiento a seguir y lo que deben hacer. Las aguas de hierbas son recomendadas por la mujeres de mayor edad ([77], [78]).

[77]"¿A quién le comenta la sospecha de Malaria? A la mamá;¿Quién toma la decisión de seguir tratamiento de agua con hierbas? La mamá"- P10: GD 10.RTF.-10:3 (42:49).; referido por la mujer del grupo doméstico 10. Mujer de 18 años, joven e inexperta en el arte de tratar la Malaria. Solícita ayuda y consejo a su madre.

[78] "Como remedio casero usa una botella con agua y 2 tabletas de Aralem que le da al enfermo durante todo el día, esto lo aprendió en el naya de su mama. P31: GD 1.rtf.-31:5 (73:73).; referido por la mujer del grupo doméstico doméstico 1. Mujer de 30 años, afrodescendiente, procedente de Zacarías tras 10 años de establecimiento, oriunda de Puerto Merizalde. Con tercero primaria , identificada mediante la encuesta SISBEN, pero sin carné. Componen su grupo doméstico 2 adultos y 5 niños. Consultó al puesto de salud en 13 ocasiones durante el año 2003 para solicitar gota gruesa. Atendió dos casos de Malaria por *Plasmodium vivax.*

6. CONCLUSIONES

6.1 APROXIMACIÓN SOCIONTROPOLÓGICA A LA MALARIA COMO PADECIMIENTO, PATOLOGÍA Y ENFERMEDAD, EN ZACARÍAS

La aproximación al proceso salud/ enfermedad/ atención de la Malaria en la población de Zacarías permitió identificar el modo específico en el que se da el proceso de desgaste y reproducción de la Malaria, destacando los momentos particulares de la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas debido a la enfermedad ([79]). Se identificaron cuatro categorías que la estructuran: la construcción de enfermedad, la construcción de patología, la construcción del padecimiento articulados en un modelo de atención doméstico.

Construcción social de la Malaria como enfermedad

La Malaria como enfermedad se hace evidente para los adultos al ausentarse del trabajo y para los niños al ausentarse de la escuela. Para las mujeres, significa aumentar la carga laboral, puesto que ellas deben continuar con sus labores domésticas, además de prodigar cuidados en salud al miembro enfermo. Es así como, la enfermedad "Illness" es una condición que trastorna el orden establecido de las prácticas y actividades necesarias para asegurar el cuidado de la salud; El sujeto de la enfermedad "illness" no es la persona individual, sino su grupo primario, en este caso su grupo familiar o su grupo doméstico ([80]). Condición que se identifíca en la población de Zacarías, cuando la mujer al ver superada su

[79] LAURELL, Asa Cristina. La salud enfermedad como proceso social. En: Cuadernos médico sociales. no. 19. 1-11. 1982. p. 1-2.
[80] SEVILLA CASAS, Elías. Malaria and anthropology: towards a treatment og malaric communities as human ecosystems. Cali. UNPD/World Bank/ WHO. 1989. p. 4.

capacidad de respuesta para atender a uno o varios de sus miembros, pide ayuda a sus familiares más cercanas, para ser apoyada con las labores domésticas, especialmente con la lavada de la ropa.

Construcción social del padecer "Sickness"

La mujer tiene en su haber una forma de reconocer los síntomas, de observarlos, de seguirlos, tiene una manera aprendida de esperar la mejoría, tiene identificado el momento clave para solicitar ayuda, inclusive tiene en su haber una reserva de medicamentos antimaláricos, todo ello en consonancia con lo establecido socialmente; la mujer piensa, decide y actúa con el único propósito de recuperar el estado de salud del miembro afectado.

Es así como, se reafirman los hallazgos de Wilson Ruiz en lo que atañe al amplio reconocimiento de los síntomas característico de la Malaria, que en Zacarías como en otras latitudes se encuentra bajo la responsabilidad de la mujer/ esposa/ madre.

Construcción social de patología, "disease"

La población reconoce la presencia del parasito en la sangre como el agente etiológico de la patología Malaria, lo que supone, la búsqueda de su confirmación mediante el diagnóstico a través de la gota gruesa. No obstante, el alcance de la significado de infección para la población dista del alcance del significado de infección para la medicina moderna, en cuyo orden sería la administración de tratamiento.

Para la población, la solicitud del medio diagnóstico es la posibilidad de confirmar la sospecha doméstica de la Malaria "mala" y sumar su hallazgo a modo de inventario de experiencia con la enfermedad, puesto que la caracterización

patológica, no es una condición para que la población considere dar o no continuidad a un tratamiento previamente establecido.

Medicina Domestica

Autoatención

El camino que recorre el grupo doméstico en el proceso salud/enfermedad/atención de la Malaria, va desde el reconocimiento de los síntomas, la ruptura de la cotidianidad, la intervención terapéutica bajo un esquema de prácticas médicas tradicionales y médicas modernas, la búsqueda de diagnóstico para confirmar la patología, hasta la búsqueda de evaluación médica. Ésta cadena de acciones sucesivas conforman una característica forma de hacer en torno a la recuperación de la salud, actividades éstas, que en Zacarías, se desarrollan al interior del grupo doméstico, lideradas por la mujer.

Éstas actividades se enmarcan en lo que Eduardo Menéndez denomina autoatención, pueden suponer autoprescripción y tratamientos de índole diversa como ser masajes, baños, tisanas, fármacos de patente, dieta, tratamientos de autoayuda centrados en la unidad del microgrupo, generalmente el grupo parental ([81]). La forma como los grupos domésticos en Zacarías atienden al "enfermo" de Malaria no corresponde a una única forma de actuar frente a la enfermedad, por el contrario la cadena de decisiones, la prescripción de remedios caseros, la utilización de antimaláricos obedece a una forma azarosa ([82]). del camino que recorre el grupo doméstico para recuperar la salud del miembro enfermo.

[81] MENÉNDEZ Eduardo. La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud. Rev. Centro de Ciencia de la Sal 1981;19(7).:65-90. p. 4

[82] Azarosa porque no obedece a un orden previamente establecido, rompe con el esquema terapéutico que como médico aplico bajo la óptica de la medicina moderna.

La práctica médica doméstica en Zacarías, conforma un modelo de autoatención del grupo doméstico que ha venido incorporando elementos tanto de la medicina moderna como de la medicina tradicional. Se reconocen y se utilizan medios diagnósticos, los medicamentos antimaláricos, analgésicos entre otros y se mezclan con agua, con agua de hierbas, se machacan las tabletas, se diluyen, se usa una o se usan dos, o simplemente no se hace nada, se espera. No obstante, la espera tiene un significado, no hacer nada puede corresponder a la observación de la evolución de la sintomatología, o puede corresponder a una espera prudencial para que el medicamento no vicie un resultado diagnóstico. Estas acciones conscientes de "no hacer nada" pero encaminadas a la cura, hasta el uso de equipos de determinado grado de complejidad ([83]) se mezclan en ocasiones arbitrariamente, en otras con cierta coherencia terapéutica bajo la lógica de la medicina doméstica; Un comportamiento terapéutico como el que se reproduce en la práctica clínica de la medicina moderna y que tiene como único propósito el recuperar la salud; una práctica netamente femenina, puesto que son las mujeres quienes toman la decisión de utilizar hierbas o no, de utilizar antimaláricos o no, de mezclarlos o no, de consultar o no hacer nada. La participación masculina se evidencia cuando se presentan las complicaciones, cuando es necesario trasladar al menor a Buenaventura, en síntesis cuando se requiere dinero. A pesar de ello la mujer comenta a su compañero desde cuando se inicia el camino de la recuperación de la salud para algunos de sus miembros, desde el reconocimiento mismo de los síntomas.

La salud para la población de Zacarías no es más que un discurrir de manera paralela entre la medicina moderna y la medicina doméstica; lo que en términos semiológicos corresponde para la medicina moderna a un estado de curación verificado mediante una evaluación objetiva, para la población de Zacarías

[83] Ibíd. p. 4

consiste en lograr la desaparición de los síntomas, verificada mediante una mejoría subjetiva y su consecución es el único fin.

Continuum salud/enfermedad/atención

La identificación de la Malaria como "padecimiento" mediante el reconocimiento subjetivo de síntomas, ampliamente reconocidos por la población, evidencia un aprendizaje adquirido a través de un cúmulo de conocimiento producto de una multiplicidad de experiencias. Pero a sí mismo la caracterización patológica de la "enfermedad" indica un aprendizaje adquirido a través de la médicalización de la medicina doméstica y por ende del proceso de autoatención en la búsqueda de la recuperación de la salud.

En otras palabras el modo específico en el que se da el proceso biológico de desgaste y reproducción de la Malaria, destacando los momentos particulares de la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas debido a la enfermedad ([84]).

Se establecieron dos categorías de análisis y se caracterizaron los pasos comunes seguidos por los diversos grupos domésticos, articulándola con una primera aproximación a una cierta tipología de acción según grupo doméstico.

Malaria como "enfermedad" positiva/ negativa

La caracterización del continuum salud/ enfermedad/ atención en la búsqueda de la recuperación de la salud, así como en los diversos perfiles, evidencia como las

[84] LAURELL, Asa Cristina. La salud enfermedad como proceso social. En: Cuadernos médico sociales. no. 19. 1-11. 1982. p. 1-2.

acciones al interior del grupo doméstico no obedecen a una clara lógica terapéutica en consonancia con el alcance del significado de infección para la medicina moderna.

La gota gruesa es utilizada para caracterizar la enfermedad y es interpretada según el análisis sintomático del individuo enfermo, toda vez que a pesar de un diagnóstico negativo se recurre a la utilización de los antimaláricos sin prescripción.

Así mismo es necesario enfatizar que los tratamiento no son culminados según la prescripción, especialmente el tratamiento para Malaria por *Plasmodium vivax,* bien sea por la sintomatología adversa o bien por la disminución de la sintomatología característica de Malaria.

El hallazgo que cobra importancia en éste punto es que la población de Zacarías en tanto se perciba con síntomas característicos de Malaria ésta “enferma” de Malaria, independientemente del diagnóstico patológico. Que la interpretación del diagnóstico trasciende la red de atención primaria en salud y se ubica en el grupo doméstico, haciendo parte de la práctica de la medicina doméstica, sin pretender el alcance de la medicina moderna, pero siendo suficiente para tomar acción en la recuperación de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

AGUDELO TEJADA, Henry. Informe comportamiento epidemiológico de Malaria. 2001. Programa de Enfermedades Tropicales. 2002. p. 8.

ANTUÑANO LÓPEZ, Francisco Javier. La Malaria y su sombra: I manejo integrado. En: Revista Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de México. vol 44, no. 1. 2001. p. 19-23.

BERGER, Peter y LUCKMANN, Thomas. La construcción social de la realidad. 19 ed. Buenos Aires. Amorrortu. 1967. p. 67.

DE OLIVEIRA FELICIANO, Katia Virginia. Rutas críticas en el acercamiento de los enfermos de lepra a los servicios básicos de salud. Cali. Universidad del Valle. 1991.

DE OLIVEIRA FELICIANO, Katia Virginia. Tarjetas con las alternativas de búsqueda de ayuda en el eje temporal de los enfermos de lepra y de otras enfermedades dermatológicas en Santander, Colombia. En: Rutas críticas en el acercamiento de los enfermos de lepra a los servicios básicos de salud. Universidad del Valle. Cali. 1991.

DEVILLARD DESROCHES, Marie José, 1990: "El grupo doméstico: concepto y realidades" en Política y sociedad. Madrid 6-7:103-111. p. 105-107.

DUBOS, Rene; y PINES, M. Salud y enfermedad. Ediciones culturales internacionales, S. A. Nueva York. 1982.

FERNÁNDEZ, Julián Alfredo, et al. Caracterización de la mortalidad por Malaria en el Valle del Cauca, 2005-2006. En: Revista Biomédica, vol. 29. no. 4. 2009. p. 583.

FILHO, Naomar de Almeida. For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes. En: Cad Saude Publica. 17(4)., Jul-Aug. 753-70; discussion 771-99. 2001. p. 761.

GRUPO DE INVESTIGACIÓN DE EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE. Censo sociodemográfico de la población de Zacarías. Universidad del Valle. Cali. 2003.

HERNÁNDEZ Tezoquipa, Isabel, Arenas Monreal, María de la Luz y Valde Santiago, Rosario. El cuidado de la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. Rev. Saude publica, Oct. 2001, Vol.35, No. 5, p. 443-450. P. 445

MARTÍNEZ, Luz Patricia. Malaria en Buenaventura 2001-2002. Unidad Ejecutorade Saneamiento del Valle del Cauca. Cali. 2003. p. 1-2.

MÉNDEZ, Fabián. Epidemiología de la Malaria en el Departamento del Valle 1987-1998. En: Boletín Epidemiológico Departamento del Valle del Cauca, Gobernación del Valle del Cauca. 1999. Cali.

MENÉNDEZ, Eduardo. Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del "teoricismo" al movimiento continuo. En: Cuadernos Médicos Sociales. no. 59. 1992. p. 1-18.

MENÉNDEZ, Eduardo L. Familia, participación social y proceso salud /enfermedad/ Atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica. Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social. en Mercado, F. (ed.). Familia, Salud y Sociedad. México: Universidad de Guadalajara - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social - Colegio de Sonora/Instituto de Salud Pública, 1992, pp. 131-162.1993. p. 133.

MENÉNDEZ Eduardo. La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud. Rev. Centro de Ciencia de la Sal 1981;19(7).:65-90. p.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Guía Atención clínica de la Malaria 2010. 2010. Bogotá. Ministerio de la Protección Social. p. 15.

OLANO, V.; CARRASQUILLA, G. y MÉNDEZ, F. Transmisión de la Malaria Urbana en Buenaventura, Aspectos Entomológicos. En: Revista Panamericana de Salud Pública , 287-294. 1997.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (2010). Paludismo- Nota descriptiva No. 94. Centro de prensa de la OMS.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Estratificacion epidemiológica de la Malaria en la región de las Américas. Whashington D.C. 1991.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Iniciativa hacer retroceder la Malaria en la región de la selva tropical en América del Sur. Cartagena. 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano. 2002. Bogotá. Organización Panamericana de la Salud. p. 19-21.

OSORIO, Lyda. El control de la Malaria en la Costa Pacífica Colombiana. En: Revista Biomédica. 2006. vol. 26. no. 313-316. p. 7.

OSORIO, Lyda; ANACONA, Adriana; SEVILLA, Elías. Ejercicio metodológico para la evaluación de la adherencia al tratamiento estándar con amodiaquina más sulfadoxina/pirimetamina para el tratamiento de Malaria no complicada por P. falciparum en el municipio de Guapi-Cauca. Cali. 1989.

PADILLA, Julio Cesar. Tratamiento de Malaria en Colombia. 2007. Asociación Colombiana de Infecto logia, 1-8. p. 4.

PIÑEROS JIMÉNEZ, Juan G., et al. Territorios sociales: categoría para una epidemiología crítica de la Malaria. En: Biomédica. vol. 30. no.2. 178-187. 2010. p. 2-3.

QUIÑONES,Carlos Alberto. (2002). Informe de actividades realizadas por el funcionario Carlos Quiñones en el arrea de educación para la salud con participación comunitaria duarnte el mes de octubre de 2002. Buenaventura: Secretaria departamental de salud, Unidad Ejecutorade saneamiento del Valle del Cauca.

RUIZ CANO, Wilson. Dos estudios sociológicos sobre la Malaria. Universidad del Valle, Facultad de Humanidades. Santiago de Cali. 1986.

SEVILLA CASAS, Elías. Algebras y tramas en el cálculo de riesgos. En: Revista Colombiana de Antropología, 13-60. 2004. p. 31.

SEVILLA CASAS, Elías. Malaria and anthropology: towards a treatment of malaric communities as human ecosystems. Cali. UNPD/World Bank/ WHO. 1989. p. 4.

VALERO BERNAL, María. Malaria in Colombia: retrospective glancer during the past 40 years. En: Revista de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. 2006. p. 141-149.

WORLD HEALTH ORGANIZATION / TRAINING IN TROPICAL DISEASE RESEARCH / MALARIA DATABASE. Biology of *Plasmodium* Parasites and *Anopheles*

Mosquitos. Department of Microbiology and Immunology, University of Leicester. Leicester, UK. 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Bringing Malaria management closer to the home. World Health Organization. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. MALARIA, a manual for community health workers. Geneva: World Health Organization. 1996. p. 76.

YOUNG, Allan. The anthorpologies of illness and sickness. En: Ann. Rev. Anthopol. 11, 257-285. 1982. p. 270.

GLOSARIO

Anopheles: genero de mosquitos caracterizado por palpos largos y delgados, vector de la Malaria.

Antiinflamatorio: medicamento que impide o detiene la inflamación.

Antimalárico: medicamento antiprotozoario, que destruye protozoarios o que inhiben crecimiento o su reproducción.

Antipirético: que alivia o reduce la fiebre.

Aralen: medicamento cuyo compuesto activo es fosfato de Cloroquina, un antimalárico.

Caso febril: paciente con episodio febril actual o reciente.

Caso positivo Malaria: paciente con episodio febril, mayor de 37.5°C, actual o reciente, confirmado por la identificación de especies de *Plasmodium* mediante examen parásitológico.

Cloroquina: medicamento que se emplea como antimalárico a base de quinina.

Esporozoito: estadio infectivo alargado, nucleado y móvil de los protozoos.

Esquizonte: estadio o forma multinuclear de los protozoos.

Gota gruesa: extendido fino de sangre a través del cual se realiza la identificación por microscopía de los parásitos coloreados libres o intracelulares en el eritrocito.

Huésped: animal o planta que alberga o nutre a otro microorganismo (parásito).

Merozoito: etapa en el ciclo vital de algunos protozoos.

Parasito: planta o animal que vive de otro organismo viviente o dentro del mismo y a expensas del cual obtiene ciertas ventajas.

Plasmodium: Género de protozoos causantes del paludismo o Malaria.

Pirimetamina: antagonista del ácido fólico, que se emplea como antimalárico.

Primaquina: antimalárico, eficaz contra las formas extraeritrocitarias del *Plasmodium* vivax y falciparum.

Sulfapirimidina: sulfamida utilizada como antimalárico.

Vector: portador, especialmente el animal, por lo general un artrópodo que trasfiere un agente infeccioso de un huésped a otro.

9. ANEXOS

9.1 FICHA DE REPORTE DE CASO FEBRIL: BASE DE DATOS 2003



SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA DE SANEAMIENTO
DEL VALLE DEL CAUCA
NIT. 805.018.833-8

PROGRAMA DE ENFERMEDADES TROPICALES

NOTIFICACION DE CASO FEBRIL

LOCALIDAD DEL P.I.: _____ MUNICIPIO: _____

PUESTO DE INFORMACION No.: _____ LAMINA: _____ FECHA: | | | |

NOMBRE: _____ EDAD: M | | F | |

RESIDENCIA (Loc.): _____ MUNICIPIO: _____

ORIGEN DE INFECCION (Loc.): _____ MUNICIPIO: _____

INICIO DE FIEBRE FECHA: | | | | EPS: _____ ARS: _____

DIAGNOSTICO: _____ FECHA: | | | | FIRMA: _____

CONTROL CALIDAD

DIAGNOSTICO: _____ FECHA: | | | | FIRMA: _____

Ficha de Notificación Caso Febril. Programa de Enfermedades Tropicales. Secretaría Departamental de Salud. Unidad Ejecutora de Saneamiento del Valle del Cauca. Año 2003- 2004.

9.2 DOCUMENTO CENSO ZACARÍAS: PET BUENAVENTURA

SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIDAD EJECUTORA DE SANEAMIENTO
DEL VALLE DEL CAUCA
NIT. 805.018.833-8

INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL FUNCIONARIO CARLOS QUIÑONES EN EL AREA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DURANTE EL MES DE OCTUBRE DE 2.002

En este periodo de tiempo realicé actividades en las localidades de Zacarías y Mondomito, algunos conjuntamente con el grupo de apoyo que se capacito.

En adelante figuraran todas las casas existentes en el corregimiento de Zacarias como localidad del mismo nombre, esto en virtud a que las localidades de Mondomo, Aeropuerto y Variante Sanabria se fusionaron a Zacarias.

Como resultado del reconocimiento geográfico que realice en este sector, la localidad de Zacarias quedo constituida por un total de 247 viviendas y con una población de 790 habitantes distribuidos así:

	M	F	Total
Menores de 5 años	50	53	103
De 5 a 9 años	62	48	110
De 10 a 14 años	68	35	113
De 15 a 19 años	45	39	84
De 20 a 24 años	43	40	83
De 25 a 29 años	26	29	45
De 30 a 34 años	14	13	27
De 35 a 39 años	18	23	41
De 40 a 44 años	21	18	39
De 45 a 49 años	17	22	39
Mas de 50 años	57	49	106

CALI: Calle 4A No. 37 - 61 • Barrio Santa Isabel • Tels. 558 0727 - 558 7261 • Fax 390 5193
TULUA: Carrera 30 No. 32 - 91 • Teléfono 224 4616 • Fax: 224 7983
CARTAGO: Carrera 3A No. 1A - 05 • Teléfono 212 8644 • Fax: 212 6223
BUENAVENTURA: Hospital Departamental Piso 2 • Tel. 243 4368 • Fax: 243 3744

9.3 CUESTIONARIO ENTREVISTA ESTRUCTURADA

TRATAMIENTO AL PERCIBIRSE ENFERMO (MODIFICADO RESEARCH TOOL 4.2 MALARIA MANUAL).

Qué hace cuando identifica que un hijo tiene fiebre?_____

A quien o quienes comento su sospecha?
A nadie _____
Compañero/a_____
Familiar_____
Vecino_____
Personal de salud_____

Qué utiliza para tratar la fiebre?_____

Quién toma la decisión de seguir esa conducta?
Usted_____
Compañero/a_____
Familiar_____

Qué le hace sospechar que la fiebre sea por Malaria?_____

Qué Tratamiento utiliza para aliviar la Malaria?_____

Quién tomo la decisión de solicitar el examen de Malaria?
Usted_____
Compañero/a_____
Familiar_____
Si el resultado es positivo, que hace?_____

Si el resultado es negativo, que hace?

Lo comenta con alguién, pide consejo?
A nadie _____
Compañero/a_____
Familiar_____
Vecino_____
Personal de salud_____

Utiliza con hierbas (bebidas , baños).?
Si_____ No_____
Qué hierbas utiliza?_____

De quién lo aprendió? _____

Si sospecha alguna complicación a quién se lo comenta?
No Aplica_____
Nadie_____
Compañero/a_____
Familiar_____
Vecino_____
Personal de salud_____

9.4 FICHA DE SEGUIMIENTO DE CASOS

FICHA RECOLECCIÓN INFORMACIÓN **FECHA**_____

GRUPO DOMÉSTICO

IDENTIFICACION

NOMBRE_____

_____

CC/ TI/ RC_____

EDAD_____

SEXO_____

FENOTIPO_____

ORIGEN_____

PROCEDENCIA_____

TIEMPO ESTABLECIMIENTO_____

OCUPACION_____

ESCOLARIDAD_____

TIPO DE AFILIACION A SGSSS_____

INSTITUCION_____

CASO_____

COMPOSICION GRUPO DOMÉSTICO

PERCEPCIONES MALARIA (MODIFICADO RESEARCH TOOL 4.1 MALARIA MANUAL).

Cuál es la enfermedad más frecuente en Zacarías? _____

Cómo reconoce la fiebre? _____

Conoce otras enfermedades que causen fiebre además de la Malaria?_____

Cómo reconoce la fiebre de la Malaria?_____

Sabe cómo y dónde adquieren su familia la Malaria? _____

En que le afecta a usted y a su familia que en Zacarías

las personas se enfermen con frecuencia _____

De Malaria? _____

_____

Ha asistido a charlas y/o talleres sobre Malaria?_____

Sabe usted si la Malaria es una enfermedad que puede complicarse o agravarse?

Conoce alguna complicación? _____

Qué le haría sospechar que la Malaria se está complicando? _____

Qué haría si sospecha una complicación?_____

REJILLA TOMA DE DECISIONES CUADRO FEBRIL (MODIFICADO KATIA FELICIANO).

Quién toma las decisiones?_____

Edad:_____

Rol familiar:_____

Cuadro Febril

DIA ILLNESS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
NADA																					
REMEDIO CASERO																					
ACETAMINOFEN Dolex																					
ACIDO ACETIL SALICILICO Aspirina																					
CLOROQUINA Aralen automédicado																					
Solicitud gota gruesa																					
Consulta Promotor salud																					
Consulta a Md General o Puesto																					

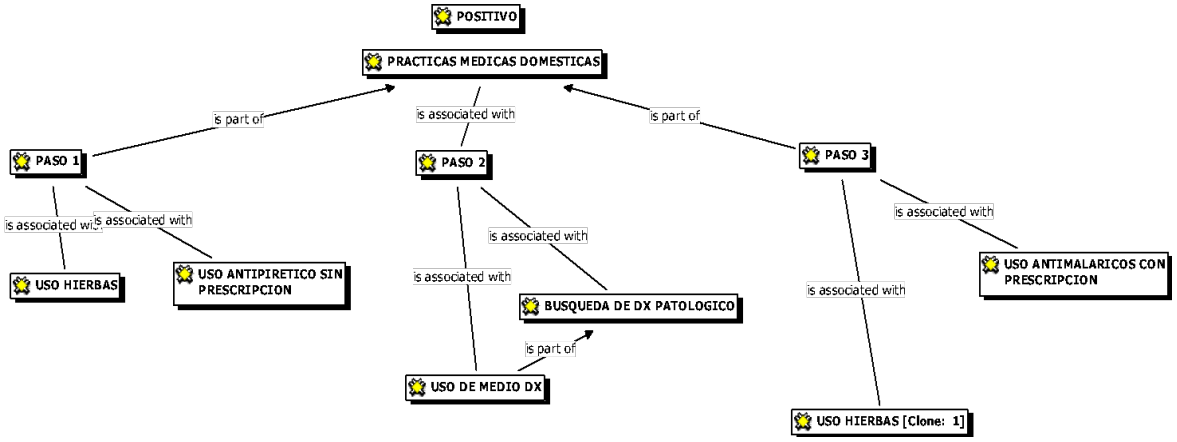
de salud																				
Consulta al PET																				
Consulta INSALPA																				
Consulta Hospital BUENAVENTURA																				

Integrantes del Grupo doméstico a quienes les dió fiebre durante el 2003:

Nombre	Edad	Sexo	No. Episodios febriles	No. de veces que sospecho Malaria	No. de veces que realizó tratamientos con Aralem sin orden del personal de salud?	No. de veces que realizó tratamiento completo recomendado por el personal de salud?	No de veces que realizó tratamiento incompleto?

9.5 PERFILES DOMÉSTICOS (Análisis Atlas.TI).

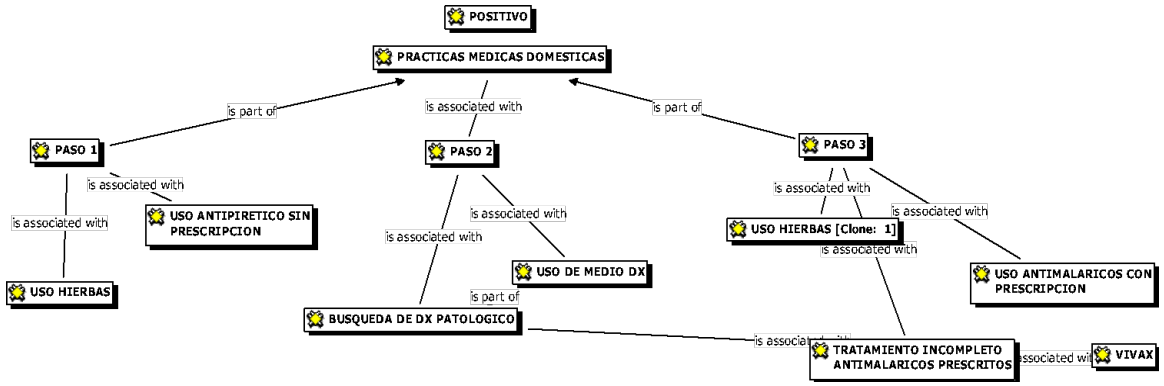
Perfil Doméstico I



Se caracterizó por el uso de antipiréticos (Dolex). sin prescripción médica simultáneamente al uso de hierbas. Tras lo cual solicitó la realización de la gota gruesa y siguió las recomendaciones prescritas por el promotor, como el uso de antimaláricos, simultáneamente con el uso de hierbas.

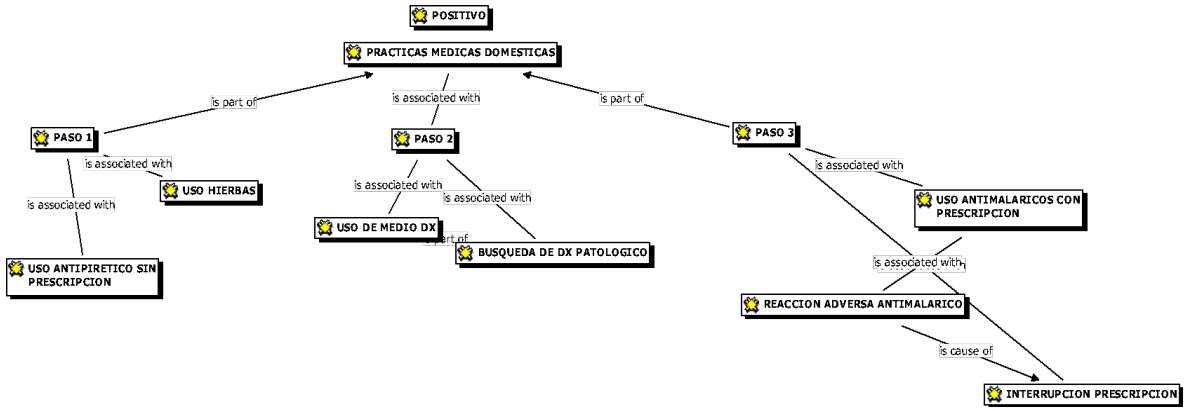
Este modelo de acción se asemeja al recomendado por la Organización Mundial de la Salud, en la que promulga un rápido reconocimiento de los síntomas, búsqueda de diagnóstico precoz y uso apropiado de medicamentos.

Perfil doméstico II



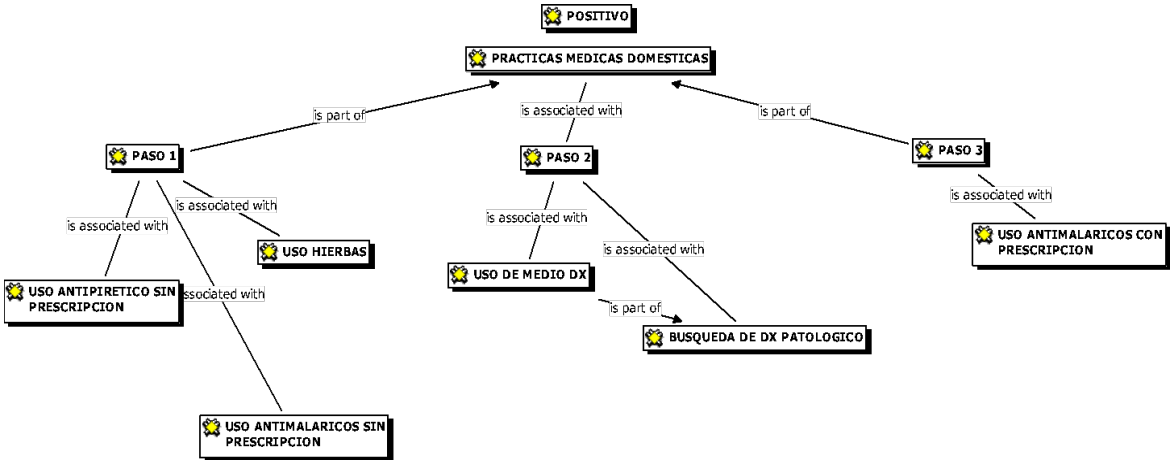
Se diferencia del perfil doméstico I, por la interrupción de la prescripción de antimaláricos específicamente para Malaria por vivax, debido a la disminución de la sintomatología. Es necesario recordar que dentro de la prescripción para vivax se encuentra el uso de primaquina por 14 días, tiempo que supera el tiempo de recuperación y desaparición de la sintomatología.

Perfil doméstico III



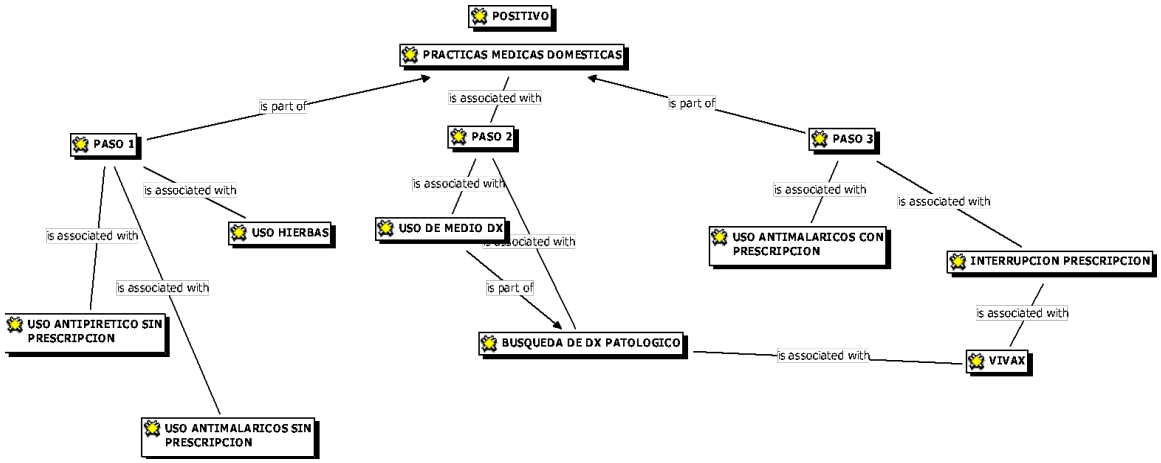
Se caracteriza de manera similar al perfil doméstico II, diferenciándose particularmente en la interrupción del tratamiento antimalárico prescrito que se asocia a las reacciones adversas al antimalárico, particularmente la primaquina, que genera malestar manifiesto por prurito.

Perfil doméstico IV



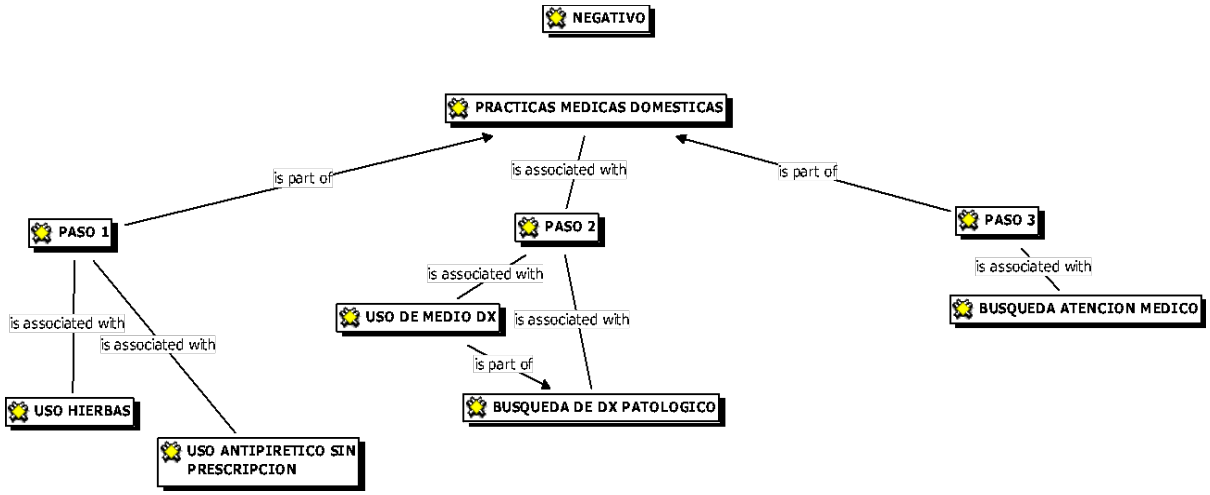
Se caracteriza inicialmente por el uso de antimaláricos sin prescripción simultáneamente al uso de antipiréticos sin prescripción y concomitantemente al uso de hierbas. Particularmente, tras el uso de los antimaláricos esperan generalmente dos días para ir en búsqueda de diagnóstico mediante gota gruesa. Tras la confirmación del diagnóstico positivo siguen el tratamiento prescrito.

Perfil doméstico V



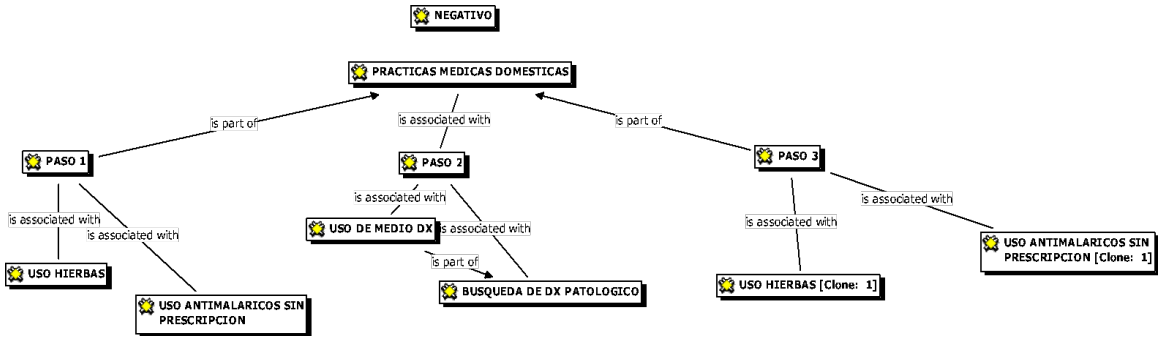
Se caracteriza particularmente por el uso de antimaláricos sin prescripción antes de la búsqueda de diagnóstico patológico y la interrupción de los antimaláricos prescritos específicamente en el tratamiento de Malaria por vivax.

Perfil doméstico VI



Se caracteriza por el uso de hierbas y antipiréticos, previo a la búsqueda de diagnóstico, mediante gota gruesa; tras lo cual, siendo negativo consultan al médico. Esto significa que no utilizan el medio diagnóstico como confirmatorio de la enfermedad y ante la sospecha de está solicitan atención especializada, lo que significa desplazarse a Buenaventura.

Perfil doméstico VII



Se diferencia del perfil doméstico VI en el uso de antimaláricos sin prescripción a pesar del diagnóstico, mediante gota gruesa como negativo. Lo que se explica por la propiedades antiinflamatorias y antipiréticas del Aralem.