



Malaria en la costa pacífica colombiana: Historia de un olvido*

Malaria on the Pacific Coast of Colombia: History of an Oblivion

Malária no litoral pacífico colombiano: história de um esquecimento

Recibido: 24 de mayo de 2021. **Aceptado:** 22 de febrero de 2022. **Publicado:** 30 de octubre de 2022.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.mcpc>

José Israel Galindo-Buitrago^a

Universidad Jorge Tadeo Lozano, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3790-6725>

Wilson Giovanni Jiménez Barbosa

Universidad Jorge Tadeo Lozano, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0467-0365>

Cómo citar este artículo Galindo, J., y Jiménez, W. (2022). Malaria en la costa pacífica colombiana: Historia de un olvido. *Gerencia Y Políticas De Salud*, 21. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.mcpc>

^a Autor de correspondencia. Correo electrónico: jgalindo71@gmail.com

Resumen

Objetivo: explorar los factores sociales y de prestación de servicios de salud asociados al fenómeno de la Malaria en la costa pacífica del Departamento de Nariño (CPDN) con base en las vivencias de pacientes, líderes sociales y autoridades del sector salud de este territorio. Materiales y métodos: se realizó una investigación cualitativa empleando como metodología Teoría Fundamentada; la técnica de recolección de datos fue la entrevista en profundidad, las cuales se realizaron en el Municipio de Tumaco – Nariño a 36 personas distribuidas en tres grupos: que habían tenido Malaria, líderes comunitarios de áreas endémicas que hayan realizado trabajo social con Malaria y personal de salud que desempeñe labores directas de atención en Malaria. Resultados: se establecieron cuatro categorías selectivas que expresan la realidad del territorio y dan comprensión al fenómeno, a saber: Historia de un Olvido; Malaria: Realidad Tolerada en la CPDN; Atención en Salud de la Malaria: entre Luces y Sombras y; Tumaco Distrito Especial, Industrial y Biodiverso: ¿Un mejor futuro? Conclusión: la Malaria aun es una “realidad social” del diario vivir de las comunidades de la CPDN. Aceptación dada como resultado del abandono histórico del Estado, quien ausente deja al devenir la salud y la enfermedad de estos grupos humanos. Por lo que, para transformar esta realidad se requiere comprender el fenómeno de la Malaria en esta región del país a partir del entendimiento de la historia y de la realidad social que en ella se vive para poder transformarla.

Palabras clave: Enfermedades Desatendidas, Malaria, Política Pública, Problemas Sociales, Teoría fundamentada.

Abstract

Objective: to explore the social and health service delivery factors associated with the phenomenon of malaria in the Pacific coast of the Department of Nariño (PCDN). To this end, the experiences of patients, social leaders and health sector authorities in this territory are used as a starting point. Materials and methods: a qualitative research was carried out using Grounded Theory as methodology; the data collection technique was the in-depth interview, which were conducted in the Municipality of Tumaco – Nariño, to 36 people distributed in three groups: those who had had Malaria, community leaders of endemic areas who have done social work with Malaria, and health personnel who perform direct work in Malaria care. Results: four selective categories were established that express the reality of the territory and provide an understanding of the phenomenon. Namely: History of an Oblivion; Malaria: Tolerated Reality in the PCDN; Malaria Health Care: between Lights and Shadows, and Tumaco Special, Industrial and Biodiverse District: A better future? Conclusion: Malaria is still a “social reality” in the daily life of the PCDN communities. Acceptance given because of the historical abandonment of the State, which absent leaves the health and disease of these human groups to become. Therefore, to transform this reality, it is necessary to understand the phenomenon of malaria in this region of the country from the understanding of the history and the social reality that is lived there to transform it.

Keywords: Neglected Diseases, Malaria, Public Policy, Social Problems, Grounded Theory.

Resumo

Objetivo: explorar os fatores sociais e de prestação de serviços de saúde associados ao fenômeno da malária no litoral pacífico de Nariño, Colômbia, com base nas vivências de pacientes, líderes sociais e autoridades do setor da saúde desse território. Materiais e métodos: foi realizada uma pesquisa qualitativa que utilizou como metodologia a teoria fundamentada. A técnica de coleta de dados foi a entrevista em profundidade, as quais foram realizadas no município de Tumaco, Nariño, com 36 pessoas, organizadas em três grupos: que tinham tido malária, líderes comunitários de áreas endêmicas que tinham realizado trabalho social com malária e equipe de saúde que atuou diretamente com pessoas com malária. Resultados: foram estabelecidas quatro categorias seletivas que expressam a realidade do território dão compreensão ao fenômeno: “história de um esquecimento”; “malária: realidade tolerada no litoral pacífico de Nariño”; “atendimento em saúde da malária: entre luzes e sombras”, e “Tumaco: distrito especial, industrial e biodiverso. Um melhor futuro?” Conclusões: a malária ainda é uma “realidade social” que faz parte do cotidiano de comunidades do litoral pacífico de Nariño. Afirmção dada como resultado do abandono histórico de um Estado ausente, que deixa à própria sorte a saúde e doença desses grupos humanos. Portanto, para transformar essa realidade, exige-se compreender o fenômeno da malária nessa região do país a partir do entendimento da história e realidade social que nela se vive para poder transformá-la.

Palavras-chave: doenças desatendidas, malária, política pública, problemas sociais, teoria fundamentada.



Introducción

La malaria, una enfermedad prevenible que produce mortalidad

La malaria hace parte de las denominadas “enfermedades olvidadas o desatendidas” (1) . Lo cual sucede a pesar de que esta enfermedad genera un importante impacto sobre la salud de las personas y las comunidades afectadas, que en su mayoría son sociedades rurales pertenecientes a países en vías de desarrollo y con habitantes de zonas tropicales (2) que tienen difícil acceso a los servicios de salud y, en algunos casos, además, están impactadas por otros determinantes que coadyuvan a la presencia de la enfermedad, tales como: la pobreza, la falta de acceso a servicios públicos y el conflicto armado.

Además, es preocupante el hecho de que, siendo la malaria prevenible, curable y eliminable, y que la Organización Mundial de la Salud (OMS), entidad que lidera la lucha contra la enfermedad, se hubiese propuesto suprimir la enfermedad para el año 2020 (3) , el objetivo no se haya logrado, aunque sí se obtuvieron importantes avances, algunos de los cuales se describen a continuación.

A nivel global se estimó que, durante el año 2017, hubo 219 millones de casos de paludismo. También, los datos epidemiológicos correspondientes al período 2015-2017 evidenciaron que no se logró un avance significativo en la reducción de los casos de esta patología (4) . Al respecto, particularmente, Colombia aportó más del 4% de la carga mundial de la enfermedad y, de este total, la costa pacífica del Departamento de Nariño (CPDN) constituyó alrededor del 30% de la carga nacional (5, 6).

En lo que respecta a la transmisión activa de malaria, a nivel global, el número de países con esta condición ha disminuido, pasando de 108 países en el año 2000 a 91 en el año 2019. En las Américas, en particular, ha habido decremento en el número países endémicos al pasar de 21 a 18, en el lapso comprendido entre los años 2000 y 2015. En cuanto al número de casos de malaria, en la región este indicador bajó en un 67%, al pasar de 1.181.095 casos en el año 2000 a 389.390 en el 2014 (7) . Si bien estos datos evidencian importantes avances en el control de esta enfermedad, también denotan que esta patología continúa siendo un problema endémico de salud pública en las áreas tropicales del planeta. La razón de ello es que la malaria es una de las enfermedades con mayor índice de mortalidad en el mundo: aproximadamente 600.000 muertes al año (3) .

La malaria en Colombia está alejada del ámbito social

A pesar de la reducción de las cifras globales y regionales de la enfermedad, en Colombia la tendencia es inversa, ya que mientras que en el año 2017 se reportaron 58.012 casos, para el año 2019 la cifra de contagios se elevó a 78.513 (8) . Esto indica que la problemática de la enfermedad continúa siendo de alta relevancia para la salud pública del país, máxime cuando

el 85% del territorio colombiano presenta las condiciones eco-epidemiológicas necesarias para la transmisión (9) .

En particular, la CPDN es el segundo territorio que reporta más casos de malaria con un 26%, por debajo del Departamento del Chocó que registra el 28% de casos. Es decir que en estos dos territorios se concentra más de la mitad de la carga de la enfermedad en el país (6) .

Cuando se visitan las comunidades que sufren la patología, se percibe que, tal vez, un problema que ha tenido el enfoque de los programas de atención de la malaria es que se ha basado en la atención clínica, diagnóstico y tratamiento de casos definidos (10, 11) sin tener en cuenta las particularidades sociales, culturales y ambientales de los territorios afectados por esta patología. Igualmente, se nota que no se han tenido en cuenta y de orden político, como la descentralización territorial (12-14).

Es por ello por lo que esta investigación tiene como horizonte de sentido un abordaje social que dé voz a los habitantes y las autoridades de este territorio. A partir de esto se pueden explorar y analizar algunas condiciones que están implícitas alrededor de la malaria y que han sido desconocidas en las políticas públicas y programas desarrollados para controlarla. Dichas condiciones son: abandono, violencia, barreras de acceso al diagnóstico, limitada atención en los servicios de salud, dificultades de movilidad, pobreza, orden público y falencias en las dinámicas del sistema de salud colombiano (15, 16). Si estas condiciones se comprenden desde las cosmovisiones locales, podrían constituirse en las bases para el diseño de políticas que rompan el enfoque clásico del médico basado exclusivamente en la biología, y que, partiendo, de las realidades vividas en el territorio, planteen estrategias que integren las visiones de los habitantes, las necesidades sociales y los aspectos clínicos de la enfermedad (17) .

Este enfoque social se plantea desde la teoría del Desarrollo Humano, definido por la Organización de las Naciones Unidas, en 1990, como:

el proceso de expansión de las oportunidades del ser humano, entre las cuales las tres más esenciales son disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y lograr un nivel de vida decente. Otras oportunidades incluyen la libertad política, la garantía de los derechos humanos, el respeto a sí mismo y lo que Adam Smith llamó la capacidad de interactuar con otros sin sentirse “avergonzado de aparecer en público” (18) .

La teoría del Desarrollo Humano no restringe la evaluación del bienestar de una población al conocimiento de su ingreso medio, sino que mide un número mayor de dimensiones que permiten conocer las condiciones en que vive cada uno de los seres humanos que conforman una comunidad (19) . Así, para que un ser humano pueda llevar una vida digna requiere acceder a bienes sociales como educación, salud, recreación, vivienda, entre otros. Igualmente, ha de gozar de libertad para pensar, expresar sus opiniones y elegir democráticamente a quienes lo gobiernen (19) . Por tanto, se puede considerar que si se quiere elevar el desarrollo humano



de las comunidades de la CPDN, a los miembros de esta se les debe garantizar el acceso a las condiciones básicas mencionadas (20) .

Ahora bien, sin desconocer los avances y la mitigación de la problemática que ha tenido el enfoque clínico y si se combina este con el enfoque social de Desarrollo Humano, se pueden generar nuevas comprensiones de la problemática asociada a la enfermedad. Estas permitirán su evaluación tanto por los entes estatales como por la comunidad para, así, señalar si el panorama de la enfermedad mejora, si cambia el paradigma y cuáles son los retos y las posibilidades para disminuir el riesgo de enfermar y o morir a causa de la malaria.

Teniendo en cuenta lo anterior, esta investigación se planteó como objetivo explorar los factores sociales y de prestación de servicios de salud asociados al fenómeno de la malaria en la CPDN con base en las vivencias de pacientes, líderes sociales y autoridades del sector salud de este territorio.

Metodología

Bajo el enfoque cualitativo, se realizó una investigación que empleó la teoría fundamentada (TF) como método de análisis de la información recolectada (21-24). Por tener un enfoque interpretativo y tener sus raíces en el interaccionismo simbólico (25) , la TF fue el método de análisis seleccionado para establecer relaciones y significados que los actores dan al fenómeno de la malaria. Esto se realiza mediante la interacción social, las construcciones o las modificaciones llevadas a cabo por ellos a través de sus interpretaciones y experiencias sociales (26, 27).

En particular, esta investigación empleó el enfoque desarrollado por Anselm Strauss y Juliet Corbin, que se fundamenta en la filosofía pospositivista y el interaccionismo simbólico. En su aspecto metódico, se crea un proceso para generar los códigos que darán origen a las diferentes categorías de análisis, mientras que la revisión de literatura deja de ser exclusiva del final del proceso investigativo para ser llevada a cabo en todas las etapas de la investigación (28-30).

Se realizó un muestreo teórico por conveniencia (31, 32) a partir de entrevistas. El número de entrevistas realizadas fue el que permitió lograr la saturación de los datos, entendiendo la saturación como el punto de análisis en el que se garantiza la riqueza explicativa y las relaciones teóricas entre categorías.

Antes de iniciar el trabajo de campo, la investigación fue presentada a las secretarías de salud del Departamento de Nariño y del Municipio de Tumaco, quienes solicitaron aprobación técnica y pertinencia del estudio por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, institución que dio el aval.

Surtidos los anteriores trámites, el trabajo de campo se llevó a cabo en junio de 2019, con el acompañamiento del grupo de Enfermedades Transmitidas por Vectores, de la Secretaría de

Salud de Nariño. El trabajo de campo fue realizado por el autor principal del estudio, quien estuvo tanto en Tumaco como en otros municipios de la CPDN durante dos semanas.

A lo largo del trabajo de campo se entrevistaron a integrantes de tres grupos propuestos en la metodología como sujetos de investigación: personas que hayan tenido malaria, líderes comunitarios de áreas endémicas que hayan realizado trabajo social con malaria y personal de salud que desempeñe labores directas de atención en malaria en la CPDN. Los entrevistados fueron seleccionados bajo tres criterios: ser líderes comunales de la región, ser directivos o personal asistencial del sector salud que estuvieran vinculados a la atención de malaria y ser pacientes que hubieran o que estuvieran padeciendo malaria. Estos criterios fueron definidos con base en los diálogos que se sostuvieron con el Ministerio de Salud y las secretaría de salud departamental de Nariño y la municipal de Tumaco.

La técnica empleada para la recolección de datos fue la entrevista a profundidad. Las entrevistas se realizaron en el municipio de Tumaco, Nariño. En total se realizaron 36 entrevistas, las cuales se distribuyen por grupos del siguiente modo: 20 personas con diagnóstico de malaria, 5 líderes comunitarios y 11 personas del área de la salud. Cada uno de los entrevistados firmó previamente un consentimiento informado. Una vez realizadas las entrevistas y antes de proceder a su análisis, a cada una de las personas que fueron entrevistadas se les asignó un código interno del estudio, con el fin de preservar la reserva de identidad e información privada de cada uno de los entrevistados.

Luego se procedió a hacer el análisis de datos cualitativos, realizando la codificación teórica, con base en los relatos de cada uno de los sujetos de investigación y la observación de campo realizada por el investigador. Para ello, se siguió la secuencia de codificación contemplada dentro de la TF: codificación abierta, axial y selectiva. A partir de dicha secuencia se construye el discurso final.

Durante la primera fase de codificación, la abierta, se establecieron 11 categorías derivadas de códigos sustantivos para el grupo de pacientes de malaria; 9 categorías, para el grupo de líderes comunitarios, y 11 categorías, para el grupo de líderes en salud. Sin embargo, varias de estas categorías eran repetidas, por lo que, al eliminar las duplicidades, se definió, finalmente, un número total de 16 categorías abiertas.

Posteriormente, los códigos sustantivos emergidos de la codificación abierta se reagruparon mediante un proceso binario de codificación teórica, a saber: axial y selectiva. Así, en primer término, de las codificaciones abiertas, emergieron 6 categorías axiales que dieron un primer nivel de exploración del fenómeno estudiado. Finalmente, estas categorías axiales, en un segundo momento de codificación teórica, se analizaron en cuanto a sus dimensiones y propiedades, lo que condujo a proponer las cuatro categorías selectivas en torno a las que se elaboraron los resultados de la investigación.



En la tabla 1 se pueden observar, sintéticamente, los resultados de cada fase de codificación y emergencia de categorías.

Tabla 1 Categorías de codificación abierta, axial y selectiva.

Categorías		
Abiertas	Axiales	Selectivas
Hacinamiento.		
Bajo nivel académico.		
Malaria, pobreza, desempleo, economía informal, NBI.	Malaria realidad tolerada en la CPDN.	Malaria: realidad tolerada en la CPDN.
Enfermar de malaria, realidad aceptada, falta de interés de la comunidad, resignación.		
Conviviendo con el factor de riesgo.		
Ausencia y abandono del Estado a causa del conflicto armado.		
Malaria no prioridad para autoridades locales y sus responsables.	Malaria Ausente en la agenda pública, territorial y nacional.	Historia de un olvido.
Red primaria de diagnóstico de malaria no la asume nadie.		
Migración, desplazamiento, invasión.		
Agricultura, en el monte, tirando machete ¿Qué tipo de cultivos?		
Atención de la malaria gratis: beneficio social	Servicios de salud y beneficio social en torno a malaria.	Atención en salud de la malaria: entre luces y sombras.
Percepción de la prestación de los servicios de salud		
Experiencia exitosa con una ETV en la CPDN.	Vivir sin malaria... A largo plazo con trabajo transectorial.	
Vivir sin malaria... Imposible. ¿Poca credibilidad en el gobierno, en el sector salud? Se requiere presencia de otros sectores servicios públicos, infraestructura.	Propuestas de transformación de la realidad desde la experiencia en el territorio.	Tumaco, distrito especial, industrial y biodiverso: ¿Un mejor futuro?
Propuestas de transformación de la realidad desde la experiencia en el territorio.	Tumaco, distrito especial, industrial y biodiverso.	
Tumaco, distrito especial.		

Fuente: Información y análisis de los autores

Dentro de las limitaciones de estudio se destaca el hecho de que la CPDN es una región con altos niveles de violencia derivados del conflicto armado que vive el país y, además, es una zona de producción y tránsito de estupefacientes. Asimismo, sufre el flagelo de la minería ilegal, lo que hizo que los entrevistados hablaran sobre estos factores con eufemismos o, simplemente, eludieran mencionarlos. También, los investigadores no pudieron llegar a algunas zonas rurales por temas de seguridad que generaban riesgo para sus vidas.

En cuanto a los aspectos éticos, el proyecto de investigación del cual se deriva este artículo fue presentado al Comité de Ética de la Universidad Jorge Tadeo Lozano, estamento que lo aprobó mediante el acta 001 del 6 de febrero de 2019.

Resultados

El fenómeno de la malaria en la CPDN

Historia de un olvido

La malaria ha condicionado la historia de la humanidad y el desarrollo de las sociedades, ya que no solo impacta de forma directa la salud de las personas, sino que también afecta gravemente el rendimiento laboral y escolar. Esto se debe a que es una causa por la que muchos adultos no puedan trabajar y de que los niños no puedan ir a la escuela. Por tanto, la malaria es un coadyuvante que afecta el desarrollo de las comunidades donde es endémica, máxime cuando se convierte en el imaginario colectivo en un hecho no transformable. Al respecto leemos la siguiente declaración de una de las personas entrevistadas: “[...] la Malaria siempre va a estar aquí en la zona tropical, estamos en una zona endémica” (LS09).

Para el caso de los habitantes de la CPDN esta aceptación resignada, estoica, deviene, en gran medida, del abandono que el Estado ha tenido con ellos, por lo que la malaria se ha convertido en el signo que ha marcado la historia de esta región. Como resultado, se ha construido una realidad social caracterizada por segregación, pobreza, desigualdad, violencia e ilegalidad; lo que al juntarse con las características ecoepidemiológicas propias de la región, la ha convertido en una zona con alta presencia de malaria.

Los residentes de la CPDN son conscientes de este abandono histórico que los ha conducido a la pobreza, a la pérdida de bienestar, a la segregación social y espacial. Es así que, algunos entrevistados expresaron frases como la siguiente: “[...] usted sabe que la Costa Pacífica es una región subdesarrollada, abandonada por el Estado, y si hay abandono por el Estado convive la gente más pobre y en abandono total” (PM20).

Ese abandono se ve reflejado en desplazamientos de la población hacia sectores rurales, selváticos, en los que construyen comunidades que se autoproveen bienes como vivienda, alimentos, vestido y materias primas para hacer sus enceres. El trabajo con que logran obtener estos bienes, en algunos casos, se adelanta en labores agropecuarias, caracterizadas por cultivos y cría de animales para su propio sustento.

En cuanto a sus viviendas, estas son o de tipo palafítico o localizadas en zonas selváticas, en las que no se cuenta con agua potable y tampoco con manejos adecuados de aguas negras. Así, por debajo o al lado de sus casas discurren las aguas residuales, siendo focos de diversas infecciones gastrointestinales, respiratorias e, igualmente, reservorios y criaderos del mosquito *Anopheles*, vector de la malaria. Sobre este aspecto podemos ver la siguiente declaración, producto de las entrevistas: “[...] hay gente que para buscar su casita lo que hace es invadir un terreno, y casi siempre en sitios alejados, en el monte y allá es donde está el mosquito” (LS04).



Lo anterior, sumado a la trashumancia constante que las comunidades realizan hacia las zonas selváticas, hace que ellas estén en permanente cercanía con el vector de contagio y, por ende, transformando la pobreza y malaria en parte de su devenir. Así, leemos: “Pues, aquí se dice que la malaria está ligada a la pobreza, los más pobres siempre son los más afectados [...]” (LS04).

Se trata de una pobreza que agobia, que condena, que se transforma en círculos que se repiten generación tras generación, asfixiando a los pobladores. Esta es una pobreza que va de la mano del hambre, tal como lo sienten y lo expresan las comunidades:

[...] algunas personas de la región ni siquiera pueden contar con el acceso a una buena alimentación, si desayunan no almuerzan y si almuerzan no comen, la situación de pobreza por aquí en la gran mayoría de comunidades es muy dura (LS09).

Esa pobreza ha impelido a que muchos pobladores busquen mejorar sus ingresos, por lo que han visto en las economías ilegales una opción para conseguirlo. Y es que, al ser la región de la CPDN una zona rica en recursos naturales y una vía expedita al océano pacífico, se convirtió en lugar propicio para el desarrollo de minería ilegal, deforestación para explotaciones madereras y/o para cultivos de plantas de las que se derivan estupefacientes y/o corredor para su exportación.

Como consecuencia, para dar seguridad a estas industrias ilegales y para apropiarse de extensiones de tierras, los actores armados hacen presencia en el territorio y, en conjunto con las industrias ilegales, se transforman en fuentes de empleo para las comunidades habitantes del mismo. Además, ante la ausencia del Estado se convierten en el verdadero poder presente en esta zona, es decir, crean un pequeño Estado dentro del Estado. Al respecto un entrevistado expresó: “[...] olvido permanente e histórico, tanto que la gente ni lo reconoce al Estado, por eso los grupos al margen de la ley tienen control de este territorio” (LS01).

Por tanto, quienes determinan las normas de vida, regulan la convivencia, y así son amos del territorio, son los señores de la guerra, son los narcotraficantes, son los que se apropian de las minas, son los que deforestan, son el protervo de la región. Todo ello, a pesar de la presencia de instituciones como la Armada Nacional y el Ejército, quienes, se supone, tienen como misión controlarlos y combatirlos.

De este modo queda en evidencia que, el abandono ha configurado un territorio pobre, aislado, golpeado por muchos tipos de violencia, en el que, más que vivir con dignidad, la norma es sobrevivir, lo que se consigue gracias a la construcción de redes comunales de mutuo apoyo, empero, en las que, lamentablemente, se comparte igualdad desde la pobreza, las privaciones y el abandono histórico. En síntesis, se trata de un territorio en el cual se establecen condiciones para que emerja y permanezca la Malaria.

Pero la comunidad ya está cansada de tener que convivir con esta realidad y quiere cambios; quieren un Estado presente que subsane las yagas que su abandono ha creado en la región. Y ello requiere de una intervención transectorial, en la que las entidades públicas y privadas se

comprometan con buscar un objetivo común: cerrar las brechas de inequidad social, económica, étnica, geográfica y sanitaria que han asolado a la CPDN durante toda la historia republicana del país. En este sentido, un entrevistado expresó:

Ya es justo que se haga algo en nuestra costa pacífica de Nariño, la deuda social que la Nación tiene con este territorio no tiene precio y esta sería una forma de empezar a retribuir todo lo que le han quitado y discriminado desde los entes nacionales (LS10).

No obstante, para cumplir este objetivo se requiere de la destinación de recursos públicos y de inversión privada que se utilice para crear y fortalecer infraestructuras públicas tales como escuelas, viviendas, hospitales, centros de salud, vías, telecomunicaciones e industrias productivas. De esta manera se podrá fortalecer el potencial productivo de los habitantes del sector al generar empleos con condiciones laborales e ingresos dignos, para que las comunidades puedan emprender el camino hacia el desarrollo humano y sustentable. Esto implica, también, que toda inversión y obra debe estar en comunión con la protección de la rica biodiversidad que caracteriza a este territorio tanto en su área continental como en la marina.

Además, alcanzar esta transformación requerirá, por un lado, de líderes comunales que no se dejen tentar por las redes de corrupción que también golpean la posibilidad de desarrollo humano del territorio. Por otro lado, es fundamental contar con tomadores de decisiones comprometidos con los seres humanos que lo habitan y no con intereses económicos y politiqueros. Cambiar la realidad es un reto que debe ser asumido en conjunto por las comunidades; las autoridades locales, departamentales y nacionales, y el sector privado. En últimas, se trata de un reto complejo, pero absolutamente necesario para superar la historia del olvido padecido por los habitantes de la CPDN.

Malaria: realidad tolerada en la CPDN

Ahora bien, lo planteado en el apartado anterior se expresa en la realidad diaria de los integrantes de las comunidades a través de la construcción de percepciones sociales derivadas de hechos fácticos, como la alta incidencia de la enfermedad entre sus integrantes, la anomia estatal y el dominio del territorio por actores ilegales, que generan una posición pasiva, de tolerancia y aceptación. Dicha posición pasiva, además, normaliza a la enfermedad, convirtiéndola en parte integral del territorio y, por tanto, dando por hecho que hay que vivir con ella. Al respecto vemos el siguiente testimonio: “Normal sí, porque la mayoría de por aquí hemos salido con malaria, es una enfermedad normal acá, es a diario que uno escucha que la gente se enferma de malaria” (PM02).

Sin embargo, también, emergen búsquedas de comprensión de la enfermedad que gracias a la observación empírica logran acercarse, desde las sabidurías locales, a generar explicaciones iniciales sobre el origen de la enfermedad. Sobre ello, leemos: “No sé si de pronto por la maleza,



hay mucha maleza y, pues, cuando llueve las aguas se estancan en los montes; entonces de pronto por eso viene la proliferación de tanto zancudo” (PM05).

Estos son saberes que podrían canalizarse para buscar abordajes de solución a la problemática de la malaria desde lo local. De esta manera se rompería el paradigma que ha dominado la formulación de la política pública sobre este tema, en el que su construcción se ha dado de arriba hacia abajo (ministerio, departamentos, municipios, comunidades), desoyendo a las voces de quienes viven y padecen la enfermedad.

No obstante, la posibilidad de transformar las facticidades contextuales de la malaria le ha sido ajena, hasta ahora, a las comunidades. Los liderazgos locales y sus exigencias tienen poca escucha en las autoridades de los municipios que, de por sí, cuentan con exiguos recursos propios, a consecuencia de las escasas industrias legales y fuentes de tributos locales. Esta situación los hace dependientes para su financiación de las transferencias de recursos del presupuesto nacional y departamental, limitando su capacidad de hacer inversiones que mejoren la calidad de vida de las poblaciones más humildes, justamente, aquellas que son más vulnerables a padecer la malaria.

Por otra parte, la corrupción y la relación clientelar está tan enraizada en la idiosincrasia de las comunidades de la zona, que hace que busquen en las acciones preventivas de la malaria obtener beneficios particulares. Comportamientos que en gran medida son producto de la tensa relación Estado-comunidad, en la que, el primero ha privado de la garantía de sus derechos fundamentales a los segundos y, como respuesta, algunos integrantes de las comunidades buscan recuperar lo no dado por vía non sancta. Acerca de esta tención, una persona entrevistada afirmó:

El problema es que, si participan, pero muy pocos, a menos que vengan a regalar algo, como cuando los toldillos, de lo contrario muy pocos asisten y pues así, como es un problema que para combatirlo debemos estar unidos, pues difícil lograrlo (LC04).

Quizás, esta relación clientelar de algunas personas con las acciones de prevención de la malaria, sumado al bajo nivel educativo de la mayor parte de los pobladores, trae como resultado la poca concienciación respecto al beneficio que ellas aportan a la salud y el fácil olvido de las indicaciones dadas por los equipos de salud. Esto se ve reflejado en el siguiente testimonio: “Pues sí, a uno le explican eso, de cómo protegerse para que no le dé a uno paludismo, pero como uno se le olvidan las cosas, por un oído le entra y por otro le sale, entonces (se sonríe)” (PM16).

El panorama expuesto hace que se tenga poca confianza en alcanzar el objetivo 3 de los ODS: salud y bienestar, que para el caso de malaria la meta es detener su transmisión, la cual espera cumplirse en el año 2030. Dicha meta concuerda con la Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030 de la OMS, a la cual Colombia se acogió, y de la que Tumaco, como cabeza regional de la CPDN, es centro piloto.

Por todo lo expuesto hasta este punto, se infiere que para que la malaria deje de ser una realidad tolerada se requieren cambios estructurales a nivel de dotaciones de bienes y servicios que dignifiquen la vida de los habitantes de esta zona del país, responsabilidad que recae en el Estado tanto nacional, como departamental y municipal. A esto se debe sumar un real compromiso de las fuerzas militares del país para hacer control del territorio y, de esta forma, restringir la acción de la ilegalidad y la violencia que asola la región. Adicionalmente, son necesarios profundos cambios culturales que rompan las relaciones basadas en clientelismo y corrupción que impiden el logro del desarrollo humano del territorio, lo que se espera rompa la percepción que se tiene de que la malaria es algo con lo que se debe convivir sin poder cambiar esa facticidad. Como se observa, transformar la realidad del territorio debe ser un proceso paulatino que debe iniciarse lo más pronto posible.

Atención en salud de la malaria: entre luces y sombras

Entrando en el aspecto puntual de la atención de la malaria en la CPDN, si bien ha tenido luces de esperanza hacia el control de esta patología, también, tiene sombras que impiden su eliminación, a pesar de ser un compromiso nacional. Estas luces y sombras se evidencian en las narraciones dadas por los entrevistados en el trabajo de campo, las cuales se analizan a continuación.

La primera luz observada, y tal vez, la más evidente para las comunidades, es la gratuidad de la atención de la enfermedad. La malaria es un evento de interés en salud pública, condición que conlleva atención gratuita, política pública que viene siendo cumplida por parte tanto del gobierno nacional como de los gobiernos territoriales de la CPDN. Esto se confirma por los entrevistados, a quienes se les preguntó se les cobró por la atención directa y el tratamiento de la malaria.

Afortunadamente siempre ha sido la droga de malaria gratis, la atención gratis; en alguna que otra ocasión me he hecho un examen particular, pero ha sido muy escaso; siempre ha sido a través del servicio de salud, tanto de malaria como del hospital donde estaba trabajando. Y la droga siempre ha sido gratis (PM19).

La segunda luz identificada en la atención en malaria en la CPDN es el reconocimiento que la comunidad tiene sobre los trabajadores del grupo técnico de malaria (a quienes la comunidad denomina como “malarios” término en el que se condensan a diferentes grupos de personal que realizan actividades diferentes tales como microscopistas, fumigadores o equipos de promoción y prevención, así como de vigilancia epidemiológica). Por la labor que ellos ejercen en muchas comunidades, son reconocidos porque “salvan vidas” y por ser la única entidad de Estado que llega a las zonas más alejadas. Esto quiere decir que por antonomasia los “malarios” son el Estado. Al respecto, vemos el siguiente testimonio:

Esta gente por aquí realmente hace patria, si ellos no estuvieran en esos territorios no me imagino cómo sería la carga de la enfermedad por allá, o en los terrenos más distantes ni nos enteraríamos si se enferman o se mueren por malaria [...] (LS03).



La tercera luz de la atención en malaria en la región de la CPDN es el trabajo voluntario que realizan los microscopistas (único personal de los denominados “malarios” que realizan su trabajo sin recibir ningún tipo de remuneración económica). Este grupo es la red de diagnóstico y de servicio de salud de malaria en las áreas rurales dispersas y alejadas. Se trata de líderes sociales que se encargan de hacer el diagnóstico, suministrar el tratamiento, hacer el seguimiento a los casos y, además, realizar el proceso de notificación de los casos al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). Sobre la labor de este grupo, encontramos los siguientes testimonios: “Los microscopistas en la CPDN son voluntarios, son personas de la comunidad, voluntarios los cuales se les capacita y ellos hacen el diagnóstico” (LS01), “[...] es admirable su trabajo y admirable que sean voluntarios y que hasta ahora no haya un doliente que los quiera asumir” (LS03).

Sin embargo, a pesar de estas luces que benefician a la comunidad afectada por el fenómeno de la malaria en la CPDN, hay sombras que provocan que la enfermedad se afinque cada vez más en este territorio y que la probabilidad de eliminarla sea vista como distante de lograr, máxime cuando se suma a la problemática social expuesta en las categorías analizadas en los acápites anteriores, las barreras de acceso existentes en los servicios de salud.

Estas barreras de acceso son más evidentes y riesgosas para la vida de los pacientes, tratándose que esta es una patología que afecta a las poblaciones que habitan zonas rurales y selváticas en las que, prácticamente, son inexistentes las vías de comunicación y en las que muchas veces hay que esperar días y semanas para que los pacientes puedan ser llevados a Tumaco, Pasto o Cali. Esta tardanza en la atención se debe a la limitada disponibilidad de ambulancias aéreas o fluviales, lo que ha implicado, en algunos casos, la muerte de pacientes, tal y como los investigadores en el campo lo pudieron atestiguar.

Estas sombras en la atención de la malaria en la CPDN son reconocidas por la comunidad, por líderes comunitarios y funcionarios del sector salud, quienes dan cuenta que tanto los prestadores como aseguradores, que son los responsables de la atención en salud y de la gestión de riesgo de sus afiliados, respectivamente, no responden a sus obligaciones y requerimientos de la población.

Así, la primera sombra está dada por las barreras de acceso a los servicios de salud existentes en la CPDN. Esto se deriva de las deficiencias en las infraestructuras de salud y la poca cobertura de las mismas, ya que se encuentran distantes de las poblaciones rurales, así lo narran los entrevistados:

[...] el problema es que usted va al hospital de acá y no hay ni con que tomarle la muestra de paludismo a la gente, no hay los reactivos [...]; entonces en esa parte sí tienen que la alcaldía ponerle atención, porque estamos en una zona donde el zancudo es de acá y tiene que haber un combate frontal contra la Malaria [...] (PM19)

A lo anterior se suma la dificultad para acceder a citas, ya que los medios por los que se solicitan no son atendidos de manera eficiente. Lo anterior genera que los pacientes tengan que padecer por la búsqueda de una cita para ser atendido, dando como resultado que la atención busque ser suplida a través del uso de los servicios de urgencias. Sobre ello, leemos:

El servicio de salud es malo, muy malo; porque empezando que para sacar una cita médica no le contestan el teléfono, casualmente hoy estuve llamando para, tengo dos meses de estar tratando de concretar una cita y no he podido; porque el teléfono timbra y timbra y nunca lo contestan (PM15).

La segunda sombra hallada es la falta de priorización de los pacientes con malaria en los servicios de urgencias. Esto es manifiesto porque a tales pacientes se les da el mismo trato que a quienes asisten por otras causas. Esto, a pesar de que la CPDN es una región endémica, vulnerable, rural, dispersa y de la existencia del compromiso del Estado colombiano de eliminarla de acuerdo con los ODS. Al respecto, los entrevistados expresaron que:

[...] la verdad ir a tomarse el examen en el hospital es muy engorroso, porque sabemos que llegan muchas urgencias, quizás personas con mayor prioridad, pero también la gente con malaria va con un malestar bien grave y si no tiene fiebre no los atienden, ni les paran bolas, entonces eso es muy maluco y la gente tiene en el mejor de los casos esperar 3, 4 horas para que le hagan una gota gruesa, que hacerlo no demora más de 20 minutos entonces pues es muy malo ese servicio (LC03).

La tercera sombra identificada es derivada de la asociación de las dos anteriores. El traumatismo que hay en el acceso a los servicios de salud y la no priorización de los casos de malaria en la atención de urgencias ha conducido a que la comunidad no espere a ser atendido y abandone los servicios de salud. Esto lo atestigua la siguiente persona entrevistada:

Mal, la gente habla muy mal de la ESE, y más los de malaria, pues como le digo como todas las urgencias entran en una sola fila sin discriminar, entonces la gente tiene que esperar mucho, horas, días, y el volumen de urgencias que se manejan en la ESE es alto, por varias causas, y la gente a veces no tiene la paciencia para esperar (LS08).

Lo anterior ha generado que los pacientes acudan a la automedicación, lo que puede enmascarar la sintomatología, permitir el avance de la enfermedad y, finalmente, complicarla a tal punto de poner en riesgo sobre su vida y su bienestar. Así se lee en una de las entrevistas:

Este es el motivo por el cual la gente se automedica, porque le duele todo y pues se toman algo, porque que más hacen. Y así, pues, les calman los malestares y cuando ya los atiende el médico, la enfermedad ya está más avanzada, los tiene que hospitalizar y a gente más mal se puede hasta morir (LC03).

La cuarta sombra es la poca claridad que hay en el manejo de los recursos económicos y las competencias de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en la CPDN. La razón de ello es que, de acuerdo a lo que manifiestan algunos de los entrevistados, la atención de la enfermedad es provista con cargo clínica y financieramente a las instituciones



públicas responsables del programa de malaria, aunque con las dificultades descritas, mientras que las Entidades Promotoras de Salud son casi inactivas en la ejecución del programa, a pesar de que ellas reciben recursos por parte de la administradora de los recursos del SGSSS (ADRES) para garantizar el derecho fundamental a la salud de sus afiliados.

Esto pone en evidencia falencias en la articulación de los diferentes actores de salud, generando un sistema de salud fragmentado que dificulta la intervención oportuna de la enfermedad. En palabras de una de las personas entrevistadas:

[...] Porque con el tratamiento de malaria no hay problema, salud publica lo distribuye, que es gratis, viene del Ministerio; pero el diagnóstico porque asumirlo desde salud pública y ¿los entes responsables qué? Se han quedado con la plata durante todo este tiempo y nosotros hemos asumido todo, las EPS en malaria solo se han encargado de recibir la plática sin hacer nada [...] (LS10)

Por tanto, se hace necesario que cada uno de los actores del SGSSS cumpla su misión, para que los afectados por malaria, que regularmente son los damnificados de estas inobservancias, puedan recibir diagnóstico y tratamiento integral sin barreras. De esta manera se logrará garantizar un decremento en los riesgos de salud y un mejoramiento en la calidad de vida de los pobladores de la CPDN.

La quinta sombra es la falta de formalización laboral de la red de microscopistas en el programa de malaria. Este grupo de personas es la red de diagnóstico rural, la cual, como se mencionó con anterioridad, actualmente, es ejercida por personas voluntarias, líderes comunitarios que quieren comprometerse de esta actividad y de hacerse cargo de la responsabilidad de salvar la vida de los habitantes de las comunidades más dispersas de la CPDN. Pese a sus labores, no obtienen retribución económica alguna.

Esta es una problemática histórica del programa, la cual se hace evidente en lo que mencionan los entrevistados, quienes no entienden por qué ninguno de los actores del sistema de salud colombiano los ha querido integrar laboralmente a la red de malaria, a pesar de la necesidad que hay de ellos a nivel social y de salud. Sobre ello, vemos el siguiente testimonio:

Otra cosa que haría yo, sería pagarles a los microscopistas. Para que se comprometan más porque los podemos convertir en agentes de salud, en agentes primarios de salud que me capten la información inicial, lo que es salud pública, así tendría en las áreas dispersas garantía de diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y evitaría muchas complicaciones de los casos, mejor reporte y menos gastos en los hospitales, ellos ni tendría que asomarse al hospital. Y como no se me complican pues no se me mueren (LS01).

La misma comunidad expresa que vincularlos laboralmente puede potenciarlos, pues ello los transformaría en agentes que busquen la mejora de la salud de la población, no solo en lo que respecta a la malaria, sino en general, como gestores que identifiquen las necesidades en salud de las comunidades y las reporten a las instituciones a quienes corresponda darles solución. Es decir, vincularlos laboralmente y capacitarlos puede hacer que ellos se transformen en la base de la conformación de equipos básicos de salud que hagan parte de una estrategia de atención

primaria a ser implementada en el territorio y que elimine la fragmentación entre pobladores e instituciones de salud.

Una sexta sombra tiene que ver con la gestión de las empresas sociales del Estado, ya que estas se han enfocado más en el logro de equilibrios financieros y no en transformar positivamente los indicadores de salud de las poblaciones sobre los que tienen cobertura. Sobre ello, una de las personas entrevistadas afirmó:

Desde el Ministerio deberían medir a los gerentes de las ESE por impacto en salud, no por generación de recursos, pero desafortunadamente esto es un negocio, todo gira alrededor de indicadores de economía y pues la mejor es no invertir en el paciente, es el jodido. Desafortunadamente es así, y pienso que desmontar ese negocio no va a ser fácil (LS10).

Por ello, se observa que la salud se ha transformado en un negocio del que usufructúan unos pocos, mientras el grueso de la comunidad padece por falta de atención. Cambiar esta realidad no es labor fácil, porque no se puede hacer desde lo local, sino que requiere de un cambio estructural del sistema de salud. Tal vez, esta sea una de las sombras más oscuras que se cierne sobre la CPDN.

Como se puede colegir de estas sombras, la CPDN requiere de una reestructuración de la forma en que se aborda la problemática de la malaria, basándola en un enfoque social y comunitario, en el que el eje misional sea el bienestar de las personas. Para ello, los dirigentes, decisores y políticos deben estar sensibilizados ante la responsabilidad social y política que están enfrentando y así obtener resultados positivos en la atención de la malaria.

Tumaco, distrito especial, industrial y biodiverso: ¿un mejor futuro?

A partir del año 2020, una transformación política y administrativa de grandes proporciones se ha llevado a cabo en Tumaco, ya que, mediante el acto legislativo 02 de 17 de julio de 2018, se adicionó el Artículo 1, al inciso número 12 del artículo 356 de la Constitución Política, convirtiendo a Tumaco en distrito especial, industrial, portuario, biodiverso y ecoturístico (33). Esta nueva categoría le da mayor autonomía administrativa, económica y financiera; Esto significa, en sentido jurídico, la transferencia de competencias y funciones de carácter administrativo al distrito que anteriormente eran ejercidas por el Estado central.

Esta transferencia de competencias, si bien buscan la respuesta oportuna a las necesidades de los pobladores, también implica un gran riesgo para el municipio, ya que lo hace sin previamente haber controlado fenómenos como la corrupción y la ineficiencia administrativa del gobierno local. Al respecto de este nuevo rol del municipio una de las personas entrevistadas afirmó: “[...] para el municipio va a ser muy interesante, el dinero que les va a ingresar es mucho, mucha plata, pero los antecedentes de corrupción en este municipio son exagerados [...]” (LS03).



La corrupción ha conducido a que varios funcionarios se encuentren en la cárcel. Por ello, para muchos pobladores la transformación de Tumaco en distrito es más un riesgo que una oportunidad. Por ello, afirman:

[...] la verdad durante el tiempo que llevo aquí, los alcaldes que he conocido, y algunos secretarios, entre ellos uno de salud, están en la cárcel, la corrupción aquí es altísima, entonces si van a manejar así el programa de malaria va a ser muy complicado el tema [...] (LS03).

Por lo anterior, temen que la atención en salud y, en particular, el programa de malaria, se vea golpeado por estos flagelos, lo que aunado a la incapacidad técnica que a hoy tiene el municipio de Tumaco para gestionar la atención de la salud, pueda devenir en un colapso que ponga en riesgo la salud y el bienestar de las comunidades. Así pues, los habitantes dicen:

[...] yo creo que si les pasamos ahorita el manejo de la malaria al municipio de Tumaco eso va a ser un caos, la gente va a ser la afectada, la cantidad de malaria que va a haber, muchos enfermos y muchos muertos, va a ser muy duro para que ellos lo manejen [...] (LS09).

Por ende, la descentralización se convierte en un problema para el desarrollo del programa de malaria, el cual podría conllevar a una crisis de difícil resolución por parte del nuevo distrito. En palabras de los entrevistados: “La verdad que Tumaco ahora se convierta en Distrito es un problema adicional de salud pública, que nosotros hemos estado analizando, pero el Ministerio y el gobierno central quizás no lo han dimensionado [...]” (LS03).

Frente a esta realidad, en particular, los líderes sociales y profesionales de salud, que trabajan en malaria en la CPDN, consideran que Tumaco no tiene la capacidad administrativa y técnica para dar una respuesta efectiva al programa de malaria, el cual debió ser asumido por este municipio a partir del 1 de enero de 2020, situación que los ha tenido preocupados; al respecto los entrevistados comentaron:

Eso es lo grave el tema, pensar en que es municipio tenga la capacidad técnica para manejar malaria es complicado, en el momento solo cuenta con una enfermera jefe y un técnico de saneamiento ambiental, y sobre todo no cuenta con la madurez suficiente para soltarles el programa, sumado a que no solo manejan ETV sino otras prioridades de salud. (LS10).

Prueba de ello es el reducido número de personal que hace parte del programa de malaria; del mismo modo que las deficientes condiciones de contratación de los mismos que hacen que pueda ser capturado por intereses politiqueros y como consecuencia que se dé una alta rotación de personal con la respectiva pérdida de experiencias y aprendizajes. Sobre ello, los entrevistados dicen:

[...] y pues en este momento como está Tumaco, es obvio que no tienen la capacidad técnica para responder, de hecho, el programa de ETV del municipio apenas hace un año tiene un referente, antes no había; y es de contrato, ni siquiera es de planta. También hay un auxiliar, pero tengo entendido que aparte de manejar ETV,

las dos personas deben manejar más programas, entonces quizás cuando ya tengan los recursos contraten gente técnicamente capacitada [...] (LS03).

Por tanto, personal técnico y comunidades hacen un llamado al Ministerio de Salud y Protección Social para que no entreguen el programa de malaria al municipio y, si lo hacen, sea de forma paulatina, acompañada de capacitación y de incremento en las infraestructuras físicas, financieras y de talento humano para que lo pueda asumir exitosamente. Así lo afirma una de las personas entrevistadas: “Creo el Ministerio y el IDSN deben analizar la situación y tal vez autorizar un acompañamiento transitorio durante algún periodo de transición” (LS10).

Es por estas causas que entre los entrevistados prevalece un temor sobre los impactos negativos que puede tener la creación del distrito con su consecuente traslado de competencias en salud. Ante este temor, la esperanza de la comunidad se centra en que la nación, el departamento y el municipio puedan llegar a un acuerdo para el manejo adecuado del programa de malaria en el ya creado distrito especial, industrial y biodiverso. Asimismo, en la comunidad esperan que esta nueva entidad descentralizada cree capacidad instalada y los dirigentes locales se sensibilicen con la problemática de malaria y se logre mitigar la transición del programa y la comunidad no se vea afectada por los cambios políticos y administrativos que generen. Al respecto, un funcionario de la secretaría de salud departamental de Nariño comentó: “[...] lo que se ha hablado aquí internamente es que ojalá haya un periodo de tránsito y desde aquí los podamos apoyar al menos unos años mientras ellos puedan responder, porque es difícil [...]” (LS03).

Por otra parte, se esperaría que la creación del distrito de Tumaco conllevara a la posibilidad de actuar sobre los factores contextuales que favorecen la aparición de la malaria en el territorio. Esto implicaría que se priorice a las comunidades más vulnerables para la ejecución de programas sociales que les provean de vivienda digna, de acceso a servicios públicos, de transformación de la cosmovisión de los pobladores y los lleve a tener proyectos de vida que los impulse a salir de los círculos de pobreza que los constriñen. Así pues, sobre ello, leemos la siguiente apreciación:

Al paciente con malaria, deberían apoyarlo en todo, que duerma bien, que su casa está bien, que sea digna para vivir, que no tenga criaderos a su alrededor, ellos serían los primeros candidatos a los mejoramientos de vivienda de las alcaldías y a los programas sociales. Que tengan ropa adecuada, manga larga, en camisa y pantalón. Mejoramiento de casa, su ambiente, y servicios públicos, acueducto, alcantarillado, su techo, sería lo ideal, no sé si estamos pensando muy en grande, pero sería lo ideal (LS09).

Para lograrlo es necesario que todos los actores e instituciones públicas, privadas con y sin ánimo de lucro, interesadas en apoyar la problemática de la malaria, aúnen esfuerzos en pro de dotar a estas comunidades de lo que requieren para superar la pobreza y construir un nuevo futuro. Si esto no sucede, la descentralización se habrá convertido en una oportunidad perdida de lograr el desarrollo humano de sus pobladores.



Discusión

La CPDN colombiano, históricamente, se ha constituido uno de los territorios olvidados y vulnerables donde la malaria aun es una realidad social del diario vivir de las comunidades que la habitan. En este territorio confluyen dinámicas situacionales que hacen más frágil al territorio ante la presencia de la enfermedad y la falta de respuesta estatal, estas dinámicas son principalmente: demográficas, sociales, ecoepidemiológicas y las particularidades geográficas naturales de territorio (34, 35).

La realidad de pobreza y abandono de la CPDN es concordante con lo expresado por Jeffrey Sachs quien afirmó que: “Donde la malaria prospera más, las sociedades humanas han prosperado menos. La distribución mundial del producto interno bruto per cápita muestra una notable correlación entre la Malaria y la pobreza” (36).

En gran medida, los pobres resultados en la eliminación de la malaria en la CPDN tienen que ver con que se le ha dado un manejo, principalmente, desde modelos de atención exclusivamente clínicos que, si bien han obtenido resultados positivos en morbilidad y mortalidad; sin embargo, no han sido suficientes para la eliminación de la patología y mucho menos han dado respuesta a las necesidades sociales y económicas de los pobladores, los cuales se perciben en estado de abandono perenne por parte de los gobiernos central y local. Por lo que, para transformar esta realidad se requiere comprender el fenómeno de la malaria en esta región del país a partir del entendimiento de la historia y de la realidad social que en ella se vive. Así pues, es fundamental tener como teleología el desarrollo humano, sendero por el cual se cambie la realidad histórica y social de la CPDN y, a su vez, se convierta en el punto de partida para la eliminación de la malaria (37).

La percepción del fenómeno de la malaria del que dan cuenta las comunidades de la CPDN se asemeja al de otras regiones que comparten características ecoepidémicas y sociales similares, en las que, al igual que en las de la CPDN, el déficit en desarrollo humano está asociado a la presencia de la malaria. Por tanto, brindar mejor bienestar, en conjunto con la atención clínica preventiva y curativa, debe ser la estrategia para lograr su erradicación (6, 38).

Estudios han evidenciado que la transmisión de la malaria se potencia por la migración de población urbana a áreas rurales por situaciones de tipo económico o de conflicto social y político, haciendo que ingresen a espacios de hábitat natural del vector (39). Esta misma situación se describe en la CPDN, puesto que la permanente migración de grupos poblacionales a causa de los cultivos ilícitos asentados en la región, el incremento de minería ilegal y presencia de grupos al margen de la ley, ha favorecido la diseminación y permanencia de la enfermedad. Lo anterior, sumado a las deficiencias del acceso al sistema de salud y la casi total ausencia de la institucionalidad del Estado, empeora aún más el panorama; situación que se evidencia en este estudio.

Si a lo anterior sumamos el hecho de que en la CPDN la malaria tiene un comportamiento estacional característico de una zona ecuatorial, la cual comprende áreas de bosques densos, con pluviosidad mayor de 2.000 mm por año, sin períodos de sequía bien definidos, con humedad relativa por encima del 70% y temperatura de 25 °C o más durante todo el año, la transmisión de la enfermedad es permanente, con elevaciones estacionales el segundo y cuarto trimestre del año y reducción durante los meses de menor pluviosidad (40).

Otra factor que contribuye a la afectación de la problemática de salud y a la presencia de la malaria, es el conflicto armado colombiano, el cual ha estado presente en la CPDN. Esto lo evidencia el informe “Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia”, el cual destaca que los municipios más impactados por la guerra tienen peores indicadores de salud. Entre esos municipios, diez hacen parte de la CPDN (41). Resultados similares fueron encontrados en el estudio “Malaria and Armed Conflict the Situation of the Rural Areas on Pacific Coast of Nariño Colombia 2003-2017” en el que se encontró una relación inversamente proporcional entre la frecuencia de casos de malaria y el conflicto armado. Esta situación podría mostrar que tal vez el conflicto armado sería un factor protector frente a la malaria. Sin embargo, es importante aclarar que solo podría estar enmascarando la realidad del PCN, pues la situación que atravesaba esta región impedía que la población accediera a los programas de prevención y a los servicios de salud para la atención de la malaria, dificultando su diagnóstico y tratamiento (42).

En complemento al logro del desarrollo humano de la región es importante que en el país se generen acciones bajo modelos de atención orientados a la prevención y el control de malaria. Estos han de basarse en impactar, positivamente, sobre los determinantes y las determinaciones sociales de la salud (43).

Para ello, se requiere de la formulación de políticas públicas que modifiquen el programa de malaria vigente y que partan de acoger un concepto comunitario y diferencial, donde tanto el Estado como la sociedad civil se comprometan en su financiación, ejecución y sostenimiento. Asimismo, a este se le ha de realizar seguimiento y control mediante el uso de indicadores que visualicen, aparte del número de casos, las condiciones sociales, políticas y económicas, que sean la guía para que las comunidades puedan salir del atraso y el olvido social y estatal al que han estado condenadas (37).

En la búsqueda de aportar a la construcción de este nuevo modelo de atención integral de la malaria, este trabajo pretende ser un insumo para la toma de decisiones que impacten positivamente en esta región colombiana. Estas decisiones pueden ser extrapoladas, adoptadas o adaptadas a otras regiones del país y del mundo que comparten condiciones similares de salud pública y sociales que generan la malaria. Más aún, en el marco del compromiso mundial, al que adhirió Colombia, al ratificar los ODS, dentro de los que se encuentra que para el 2030 se debe poner fin a la epidemia producto de esta enfermedad (44-46).



Conclusiones

La presencia constante de la malaria en la CPDN es el resultado de la combinación de factores geográficos, culturales, sociales y políticos que han condenado al abandono y la resignación a los pobladores de este territorio.

Transformar estos factores y, con ello, eliminar la malaria del territorio requiere de la formulación e implementación de políticas públicas que busquen el desarrollo humano del territorio. Estas se han de basar en la provisión de bienes públicos, infraestructuras y un fuerte trabajo con las comunidades para que se comprometan en la eliminación de la malaria, superando el enfoque clínico y pasando a uno, principalmente, social.

Lograr este fin solo es posible con el compromiso de los gobiernos nacional, departamental y local, así como con el apoyo del sector privado. A partir de esta unión se podrán generar nuevas realidades sociales, económicas, políticas y culturales que rompan los círculos de pobreza y abandono a la que ha estado condenada la CPDN.

Consideraciones éticas del estudio

Para amparar los aspectos éticos de la investigación, con cada una de las personas entrevistadas, se implementó un consentimiento informado que contempló las recomendaciones del protocolo de Helsinki en las investigaciones en salud humana. Asimismo, esta investigación cuenta con aprobación del Comité de Ética de la Universidad Jorge Tadeo Lozano Acta 001 del 6 de febrero de 2019.

Conflicto de interés

Los autores manifiestan no tener ningún conflicto de interés.

Contribución de los autores

José I. Galindo y Giovanni Jiménez concibieron el estudio. José I. Galindo realizó el trabajo de campo. José I. Galindo y Giovanni Jiménez llevaron a cabo el análisis de la información, interpretaron los resultados y redactaron el artículo. José I. Galindo escribió la base del artículo y Giovanni Jiménez hizo la revisión crítica del manuscrito. José I. Galindo hizo la adaptación del manuscrito para la revista. Todos los autores leyeron y aprobaron el manuscrito final.

Agradecimientos

Agradecimiento especial a la Dra. Pilar Pérez Cortes, coordinadora de enfermedades transmitidas por vectores del Instituto Departamental de Salud de Nariño, y a su equipo de trabajo en Tumaco, quienes fueron piezas fundamentales para el desarrollo del trabajo de campo de esta investigación.

Referencias

1. OMS. Enfermedades tropicales desatendidas. [Online]; 2016. Disponible en: https://www.who.int/topics/tropical_diseases/qa/faq/es/.
2. González-Bacerio JO, García GV. La investigación científica en el campo de la malaria, importancia socioeconómica y ética. *Panorama Cuba y Salud*. 2012;; p. 28-36.
3. Alosó P. OMS y la lucha contra la enfermedad la erradicación de la Malaria. *Día Internacional de la Malaria 2020*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la salud , Organización Mundial de la salud.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el paludismo 2018. Estados Unidos .
5. Galindo-Buitrago JI. Evaluación del impacto de las estrategias de promoción, prevención y control de la malaria Nariño - Colombia, 2003 - 2012. 16 de diciembre de 2014..
6. Instituto Nacional de Salud. Informe de Evento Malaria. Informe de Evento Malaria. 2018;; p. 12.
7. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública - Malaria código 465. [Online]; 2018. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Malaria.pdf>.
8. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal BES. [Online]; 2019. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019_Boletin_epidemiologico_semana_52.pdf.
9. Análisis de Situación en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social, ASIS 2018. [Online].; 2018. Acceso 10 de 10 de 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>.
10. Padilla JC. Guía de Atención Clínica de Malaria. Asociación Colombiana de Infectología. 2015;; p. 302-323.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA - Malaria Bogotá : Asociación Colombiana de Infectología ; 2010.
12. Carrasquilla-Gutiérrez G. Descentralización y reforma: ¿cuál es su impacto sobre la incidencia de malaria en los municipios colombianos? *Biomédica*. 2012;; p. 12-18.
13. Valencia-Tello DC. Descentralización y Re-centralización del poder en Colombia. *Dikaion*. 2013;; p. 23-27.
14. Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud – PROESA. La doble descentralización en el sector salud: Evaluación y alternativas de política pública. Cali, Colombia.
15. Ramírez-Moreno J. La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Gerencia y Políticas de Salud - Universidad Javeriana*. 2017;; p. 34-50.
16. Organización Panamericana de la Salud. Hacia una vivienda saludable: Que viva mi hogar. 10 de octubre de 2012..
17. Fernández-Niño JA. Los dominios culturales de la malaria: una aproximación a los saberes no institucionales. *Biomedica*. 2014;; p. 6-10.



18. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD. Desarrollo Humano Informe 1990. Bogotá: PNUD.
19. Anand S, Sen A. Human Development Index: Methodology and Measurement. Occasional Papers. New York: Human Development Report Office.
20. Jiménez Barbosa WG. La Calidad de Vida en la Ciudad de Bogotá: una Evaluación Mediante el Empleo del Índice de Pobreza Multidimensional. Tesis Doctoral. Manizales: Universidad de Manizales, Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.
21. Strauss A CJ. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques Newbury Park: Sage; 1998.
22. Blumer H. Symbolic interaction: perspective and methods New Jersey: Prentice-Hall; 1969.
23. Glaser B SA. The discovery of Grounded theory: Strategies for qualitative research New York: Aldine Publishing; 1967.
24. Morse JM SPCJBBCKCA. Developing grounded theory. The second generation California: Left Coast Press; 2009.
25. NK D. Symbolic interactionism. En: Flick U, Von Kardoff E, Steinke I. London: Sage. 2004;: p. 81-87.
26. Bryant A. RE-GROUNDING GROUNDED THEORY. Journal of Information Technology Theory and Application (JITTA). 2002; 4(1): p. 25-42.
27. Woog. The chronic illness trajectory framework. The Corbin and Strauss Nursing Model New York: Springer Publishing Company; 1992.
28. Guedes Dos Santos L, Santos da Cunha K, Adamy EK, Stein Backes MT, Luzia Leite J, Macedo de Souza G. Data analysis: comparison between the different methodological perspectives of the Grounded Theory. Revista da Scola de Enfermagem da USP. 2018; 52: p. 1-8.
29. Acuña-Gómez JS. Percepciones sociales acerca de la posibilidad de implementar una Renta Básica Universal en Colombia - Tesis Doctoral..
30. Conrad P BM. Anselm Strauss and the sociological study of chronic illness: a reflection and appreciation. Social Health & Illnes. 1997;: p. 33-36.
31. Miles M, Huberman M. Qualitative Data Analisis: an expanded sourdebook. 2nd ed. United Kingdom: SAGE publications; 1994.
32. Glaser B. Theoretical Sensitivity Advances in the Methodology of Grounded Theory San Francisco: The Sociology Press; 1978.
33. Congreso de la República de Colombia. Acto Legislativo 02. 17 de junio de 2018..
34. Galindo-Buitrago JI, Rodríguez RAH, Barbosa WGJ. Epidemiological Behavior of Malaria on the Pacific Coast of the Department of Nariño, Colombia, 2003–2017. Ciencias de la Salud. 2020; 18(1-15).
35. Escobar A. Territorios de diferencia: Lugar, movimientos, vida, redes Carolina del Norte EEUU: Enviñón editores; 2010.

36. Sachs JD. La carga intolerable de la malaria: una nueva mirada a los números. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2001;: p. 16.
37. Piñeros JG. Malaria y determinantes sociales de la salud: un nuevo marco heurístico desde la medicina social latinoamericana. *Biomédica*. 2010; 30(2).
38. Jiménez JGP. Epidemiología de malaria durante el embarazo en Urabá, Colombia, 2005-2009: una construcción biosocial. 1st ed. Colombia UNd, editor. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2011.
39. Padilla JC. Epidemiología y control de la malaria en Colombia. *Google Académico*. 2011;: p. 114-122.
40. Galindo Buitrago JI. Frecuencia y tendencia de la malaria en Colombia, 1990 a 2011: un estudio descriptivo. *Malaria Journal*. 2014; 13(202).
41. Insitituto Nacional de Salud. Consecuencias del Conflicto Armado en la Salud en Colombia. Informe Técnico 9. Bogotá D.C.: Insitituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud.SSN: 2346-3325.
42. Galindo-Buitrago JI, Rodríguez RAH, Barbosa IAJ, Barbosa WGJ. Malaria and armed conflict the situation of the rural areas on pacific coast of Nariño Colombia 2003 2017. *Salud Uninorte*. 2021; 37(2).
43. Kaehler N, Adhikari B, Pell C. Prospects and strategies for malaria elimination in the Greater Mekong Sub region: a qualitative study. *Malaria Journal*. 2019; 203(18).
44. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. Objetivos de Desarrollo Sostenible. 1 de enero de 2015..
45. Organizacion Mundial de la Salud. Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030. 1 de enero de 2016..
46. Ministerio de Protección Social. Colombia firma pacto para eliminar la malaria. [Online]; 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-firma-pacto-para-eliminar-la-malaria.aspx>.

Notas

- * Artículo de investigación.

