

ARTÍCULO ORIGINAL

Los dominios culturales de la malaria: una aproximación a los saberes no institucionales

Julián A. Fernández-Niño^{1,2}, Álvaro J. Idrovo³, Vanesa Giraldo-Gartner⁴, Helvert F. Molina-León⁵

¹ Grupo de Infecciones y Salud en el Trópico, Unidad de Parasitología, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia

² Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

³ Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia

⁴ Grupo Calidad, Seguridad y Educación en Salud, Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación, Bogotá, D.C., Colombia

⁵ Grupo de Evaluación de Tecnologías y Políticas Sanitarias (GETS), Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia

Introducción. Las políticas de control de la malaria o paludismo no han logrado todos los resultados esperados, debido, entre otras razones, a la poca consideración prestada a los aspectos culturales.

Objetivo. Explorar los dominios culturales en torno a esta enfermedad en una población colombiana asentada en zona endémica, con el propósito de diseñar e implementar planes de intervención efectivos.

Materiales y métodos. Mediante muestreo por conveniencia se seleccionaron residentes de 12 veredas de Tierralta, Córdoba. Con el fin de generar listados libres, se les preguntó a los participantes sobre los problemas de salud en la comunidad, las causas de la malaria, las medidas de control y los responsables de aplicarlas. Para cada uno de estos ítems se calcularon índices de Smith.

Resultados. Participaron entre 30 y 38 personas por vereda (n=401), con una edad promedio de 40,24 años (desviación estándar (DE)=14,22); las mujeres representaban 45,39 % del total de la población. El grupo de participantes reconoció la malaria y las infecciones respiratorias como los problemas de salud más importantes de la comunidad (mediana de los índices de Smith: 0,83 y 0,63, respectivamente). Se reconoció la falta de intervención en las condiciones ambientales como el factor más importante generador de la malaria (mediana del índice de Smith=0,65). Por último, los participantes identificaron al centro de salud (mediana del índice de Smith=0,71) y a los profesionales de la salud (mediana del índice de Smith=0,52) como los principales responsables del control de la malaria.

Conclusiones. El diseño de programas para la reducción del impacto de la malaria exige la formulación de intervenciones o iniciativas que involucren la perspectiva de las comunidades y se adapten a las necesidades, demandas y recursos disponibles. La técnica de listados libres se propone como una alternativa eficiente de recolección de información sobre los dominios culturales relacionados con la salud.

Palabras clave: malaria/prevención y control, cultura, promoción de la salud, salud pública, Colombia.

doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v34i2.1629>

Cultural domains pertaining to malaria: An approach to non-institutional knowledge

Introduction: Malaria control policies have not fully achieved the expected results due to little consideration of cultural aspects, among other factors.

Objective: To explore the cultural domains pertaining to this disease in an endemic Colombian population, in order to both design and implement effective action plans.

Materials and methods: A convenience sampling was conducted to select inhabitants from 12 villages in Tierralta, Córdoba. In order to generate free-lists, participants were asked about their communities' health problems, causes of malaria, control measures and those responsible for malaria control. Smith's indexes were calculated for each item answered.

Results: Between 30 and 38 individuals per village participated in the study (N=401). The mean age was 40.24 years (standard deviation (SD)=14.22) and women were 45.39% of the total. Participants recognized malaria and respiratory infections as the primary health problems in the community (median Smith's indexes: 0.83 and 0.63, respectively). A lack of environmental interventions was identified as

Contribución de los autores:

Julián A. Fernández-Niño, Álvaro J. Idrovo y Vanesa Giraldo-Gartner: diseño del estudio.

Julián A. Fernández-Niño y Vanesa Giraldo-Gartner: coordinación del trabajo de campo.

Todos los autores participaron por igual en el análisis y discusión de resultados y en la preparación del manuscrito.

the main determinant of malaria (median Smith's index: 0.65). Finally, the health care center (median Smith's index: 0.71) and health professionals (median Smith's index: 0.52) were identified as those most responsible for malaria control.

Conclusions: The design of programs to reduce the impact of malaria requires developing interventions or initiatives that are adapted to the community's needs, demands and available resources. Free-listing is proposed as an effective tool to collect information about cultural domains related to health.

Key words: Malaria/prevention and control, culture, health promotion, public health, Colombia.

doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v34i2.1629>

Después de la implementación de la estrategia de la alianza global por un mundo libre de malaria, conocida con el nombre de "Hacer retroceder a la malaria" (*Roll Back Malaria*) y liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1,2), los avances en el control de esta infección en el mundo se han logrado a diferente ritmo en las distintas regiones. En el 2010, se reportó en las Américas una incidencia de siete casos por 1.000, lo que equivale a una reducción de 60 % en 10 años; este avance es significativo comparado con un ritmo de reducción más lento en el continente africano (3).

Colombia es uno de los países con el más alto reporte de casos de malaria en la región de las Américas, con cifras superadas solamente por Brasil. Desde el año 2000, los cambios en el control de la malaria en este país han tenido un comportamiento fluctuante, con importantes variaciones y con notificaciones siempre superiores a los 70.000 casos anuales (4). En el 2000 se reportaron 144.432 casos de paludismo y, en los años siguientes se observó una tendencia al descenso progresivo en el número de casos hasta alcanzar los 79.252 en el 2009; sin embargo, los casos volvieron a incrementarse a 117.637 en el 2010 (5). Como ha sido la tendencia histórica, en ese año los departamentos de Antioquia y Córdoba acumularon el 60 % de los casos de todo el país, con un índice parasitario anual (IPA) de 46,9 casos por 1.000 habitantes para el departamento de Antioquia y de 22,8 casos por 1.000 habitantes en el departamento de Córdoba (5), así como con algunos casos focalizados en la regiones del Urabá, Sinú y Bajo Cauca. En Tierralta, Córdoba, se reportó, aproximadamente, el 30 % de los casos del departamento y el 10 % de los del país. En ese año, se reportaron 6.204 casos de malaria en este municipio, de los cuales, el 25,53 % fue por *Plasmodium falciparum* (5).

Correspondencia:

Julián Alfredo Fernández, Avenida Universidad N° 22-C, Código postal 62100, Cuernavaca, México
Teléfono: (5277) 7189 6125
juliandesires@gmail.com

Recibido: 29/04/13; aceptado: 05/02/14

A pesar de la tendencia general hacia la reducción en la incidencia de la infección, las metas propuestas por el plan de acción global contra la malaria liderado por la OMS con base en los planes locales, aún no se han alcanzado y, por el contrario, se han observado retrocesos en algunos países y regiones (6). Las intervenciones de control, tradicionalmente centradas en el diagnóstico y el tratamiento tempranos, la reducción de la transmisión mediante el uso de toldillos tratados con insecticidas y el control del vector, así como en las medidas ambientales y de mejoramiento de las condiciones sanitarias de la población en riesgo, no han logrado el impacto esperado (7).

Son muchos los factores que explican el lento avance, cuando no el retroceso, de los programas e intervenciones, entre ellos la falta de apoyo financiero a las iniciativas, el suministro inadecuado e insuficiente de recursos, y la poca idoneidad técnica del personal encargado de la gestión y de la operación de los programas, especialmente en áreas de bajos recursos y de alto riesgo (8). A esto se suma el hecho de que los programas se diseñan sin la participación de las comunidades involucradas, así como el desconocimiento de los saberes locales en torno a la malaria y de las dinámicas sociopolíticas en que esta aparece, lo que conlleva la imposición de medidas de control descontextualizadas que reducen la cobertura y el impacto de las intervenciones.

La formulación de estrategias para el control del paludismo en el contexto de un programa con diversas intervenciones exige, como primer paso, conocer las comunidades involucradas, no solamente desde la perspectiva epidemiológica clásica, sino también desde el modo en que la gente construye, hereda y reproduce conocimientos cotidianos y colectivos sobre la enfermedad y su cuidado (7). Además de aplicar intervenciones eficaces orientadas por los hallazgos científicos, los programas deberían construirse con las comunidades e involucrar los conocimientos locales, ya que el cumplimiento de las intervenciones y, en consecuencia, su efectividad, dependen en

gran parte de las percepciones y constructos que modulan el comportamiento de los individuos pertenecientes a una comunidad (9).

El objetivo del presente trabajo consistió en describir los dominios culturales asociados a la malaria en el municipio de Tierralta. En su acepción más simple, los dominios culturales son un conjunto de elementos de un mismo tipo que guardan relación semántica entre sí (10). Para su uso particular con la técnica de listados libres, se han descrito como el "conjunto organizado de palabras o frases que, en distintos niveles cognitivos, hace referencia a una esfera conceptual específica" (11,12). Los dominios culturales se crean mediante consensos implícitos entre los integrantes de una comunidad, quienes van desarrollando conocimientos comunes a partir de una historia y unas características sociales compartidas, que dan forma y sentido a las experiencias colectivas en torno a la enfermedad (13).

El presente trabajo se ocupó de identificar tales dominios culturales como un paso preliminar del aprendizaje de doble vía en el que no sólo las comunidades intervenidas aprenden de los programas de salud implementados, sino que también los responsables de dichos programas aprenden de los saberes y percepciones de las poblaciones en cuestión.

Materiales y métodos

Lugar de estudio

El estudio se llevó a cabo en 12 veredas del municipio de Tierralta, Córdoba, ubicadas en el Caribe colombiano. Las veredas que se mencionan a continuación se seleccionaron por su cercanía a la cabecera municipal y por no presentar en el momento problemas de orden público que impidieran el acceso del equipo de investigación: Buenos Aires, Campobello, Guarumal, Los Pollos, Manantiales, Nueva Unión, Nuevo Oriente, Pailas, Puerta Negra, San Clemente, Santa Ana y Tuistui. Tierralta es un municipio localizado en el valle del río Sinú en una planicie de clima tropical húmedo, cuya economía se basa, principalmente, en la ganadería y el cultivo de frutas, y que se caracteriza, asimismo, por haber sido foco histórico del conflicto bélico del país (14,15).

Técnica de listados libres

En la técnica de listados libres se pide a los participantes generar una lista de palabras que respondan a preguntas o que pertenezcan a la dimensión particular que se quiera estudiar. Esta

técnica permite identificar, concretar y asignar importancia a los elementos pertinentes en la conceptualización de ciertos dominios culturales (16) que, como se mencionó previamente, pueden definirse como conjuntos organizados de palabras, conceptos o frases que describen una sola esfera conceptual (17). Se parte de tres supuestos: primero, las personas tienden a listar los términos en orden de familiaridad; segundo, los individuos que más saben sobre el campo en indagación listan más términos que los que saben menos; tercero, los términos que escriben la mayoría de las personas indican elementos localmente relevantes (18).

Las respuestas pueden organizarse en esquemas por medio de técnicas de medición que mediante procedimientos definidos asignan un número y un orden a los elementos que emergen de las experiencias y del conocimiento de un grupo de individuos (17). Esta aproximación se fundamenta en estudios clásicos de la psicología experimental que han demostrado que en un grupo de individuos con los mismos antecedentes culturales las respuestas que ocupan los primeros puestos de la lista son aquellas frecuentes en el grupo (19). Esta observación ha sido retomada por la antropología cognitiva para el estudio de los dominios culturales de las comunidades, por lo que sus hallazgos no corresponden principalmente a los atributos personales de quien responde, sino a las características de toda la comunidad.

Selección de los participantes e indagación con listados libres

Se aplicó la técnica de listados libres para describir los dominios culturales relacionados con el paludismo y las condiciones del contexto que pueden determinar su ocurrencia. Se invitó como mínimo a 30 personas de cada una de las veredas ya mencionadas; por conveniencia, se hizo la convocatoria de los participantes en el curso de las actividades de los centros comunales, con el fin de garantizar que fueran personas clave, identificadas como líderes comunitarios por la propia población. Se buscó que los participantes de cada vereda tuvieran una distribución similar por sexo, y que se incluyeran miembros con diferentes roles, tales como profesores, promotores de salud o microscopistas, líderes comunitarios no formales, miembros de las juntas de acción comunal y, en general, miembros de cada comunidad. A cada participante se le solicitó que escribiera una lista de palabras o frases que asociara con los siguientes dominios: los problemas de salud de la vereda,

las causas de la malaria, las medidas de control de la malaria y los responsables del control de la malaria. Cada informante citó, de manera libre, cuantas respuestas consideró necesarias para cada lista solicitada.

Posteriormente se agruparon las respuestas en categorías emergentes que consolidaran de manera más explícita las respuestas obtenidas y permitieran identificar percepciones compartidas en las veredas. Este proceso y la comparación estuvieron a cargo de dos investigadores independientes, después de lo cual se concertó la categorización conjuntamente.

Análisis de los datos

El análisis de los dominios culturales considera el contenido y la representatividad que tenga cada elemento (respuesta) dentro de cada dominio (18), lo cual se ha medido tradicionalmente mediante índices de relevancia o “rasgos sobresalientes”, que tienen en cuenta la frecuencia con que aparece un ítem y la posición relativa en la que es recordado (20). Las categorías correspondientes a las listas de cada participante se ingresaron en el *software* Anthropac 4.983 para calcular el índice de relevancia de Smith (S) (20), el cual se define como el promedio de los valores obtenidos para cada dominio X usando la siguiente fórmula:

$$S = \frac{[(\text{total de ítems en la lista}) - \text{orden del ítem X}]}{\text{total de ítems en la lista}}$$

Con los resultados obtenidos se calcularon las medianas y los valores mínimos y máximos de los índices de relevancia de Smith de todas las

veredas para cada una de las categorías de cada dominio. Para evaluar la concordancia de las respuestas entre las veredas, se realizaron diagramas radiales para cada uno de los cuatro dominios evaluados; estas figuras presentan los valores de los índices de Smith obtenidos para cada categoría (respuesta), de manera que el número de ángulos del polígono corresponde al número de categorías por dominio y hay una línea para cada vereda.

Por último, los valores obtenidos para cada lista se compararon mediante correlaciones de Spearman, usando como criterio de igualdad los valores de $p < 0,01$, lo cual se hizo con el programa estadístico Stata®, versión 12 (Stata Corporation, College Station, TX, USA).

Consideraciones éticas

Los procedimientos de entrevista relatados en este artículo hacen parte del proyecto de tesis titulado “El papel del contexto veredal en las asociaciones entre geohelminchos y malaria: un caso particular de un fenómeno general”, cuyo protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Antioquia.

Resultados

Participaron entre 30 y 38 personas por vereda para un total de 401 sujetos de estudio con una edad promedio de 40,24 años (DE=14,22 años). La proporción de hombres y mujeres fue similar en todas las veredas participantes, siendo las mujeres el 45,39 % (cuadro 1). Todos los sujetos incluidos en el estudio eran colonos no indígenas. Del total de la muestra, 97,8 % (392 sujetos)

Cuadro 1. Descripción por vereda de las características sociodemográficas de la población de estudio en el municipio de Tierralta, Córdoba

Vereda	Mujeres		Hombres		Edad		Totales	
	n	%	n	%	Media	DE	Min-Máx	n
Buenos Aires	15	50,00	15	50,00	43,20	15,70	22-65	30
Campobello	14	45,16	17	54,84	39,61	16,70	18-60	31
Guarumal	17	48,57	18	51,43	40,83	15,70	25-55	35
Los Pollos	15	46,88	17	53,13	40,03	15,20	22-45	32
Manantiales	15	42,86	20	57,14	40,29	12,17	27-58	35
Nueva Unión	15	39,47	23	60,53	35,21	11,29	19-61	38
Nuevo Oriente	14	43,75	18	56,25	43,06	17,42	21-71	32
Pailas	15	44,12	19	55,88	44,09	11,99	20-65	34
Puerta Negra	16	44,44	20	55,56	39,47	14,21	22-66	36
San Clemente	18	58,06	13	41,94	42,32	13,00	18-65	31
Santa Ana	13	39,39	20	60,61	37,52	13,28	16-71	33
Tuistui	15	44,12	19	55,88	37,38	12,69	15-73	34
Total	182	45,39	219	54,61	40,24	14,22	25-46	401

DE: desviación estándar; Min-Máx: mínimo-máximo

perteneía al Sisbén y el resto estaban afiliados al régimen subsidiado. No se obtuvo información socioeconómica adicional.

En promedio, hubo seis ítems por dominio, los cuales se presentan en los cuadros 2 al 5. En todas las veredas se reconocieron la malaria (S=0,83) y las enfermedades respiratorias (S=0,63) como los problemas de salud más representativos, con un patrón homogéneo para todas las veredas. Es importante señalar que en este dominio se mencionaron problemas relacionados con la prestación de los servicios de salud como un problema de salud, lo que permite suponer que las personas reconocieron las carencias del sistema actual y expresaron su inconformidad al respecto (cuadro 2).

Cuando se exploró la percepción de las causas de la malaria (cuadro 3), emergieron las siguientes categorías, en orden de importancia: la falta de medidas de control o las consecuencias relacionadas con esta carencia (S=0,8); la presencia de aguas estancadas y desechos (S=0,65); el mal manejo de las basuras, los montes y el clima. La categoría “montes” incluía ítems relativos a la presencia de árboles o plantas, es decir, árboles, bosques, maderas, mala tierra, maleza, matas, monte, y la categoría “clima”, lo relacionado con condiciones resultantes de la humedad, es decir, crecientes, frialdad, frío, humedad, invierno, lluvia, llovedera, mucha agua, temperatura, tierra fría, ubicación. La distribución del índice de Smith fue similar para todas las veredas (falta de medidas de control: DE=0,08; agua estancada y desechos: DE=0,09).

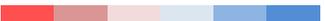
El dominio “medidas de control de la malaria” incluyó las categorías de control físico y químico, cuyos elementos hacían referencia a las medidas tradicionales de control del vector como el uso de toldillos y la fumigación. En una categoría independiente se agruparon los ítems referidos al drenaje de las aguas estancadas y la quema de basuras.

Las actividades educativas promovidas por la dirección de salud se agruparon en la categoría “control y prevención”. Los índices de Smith para las categorías “control químico” (S=0,64) (cuadro 4) y “control físico” (S= 0,61) fueron los más altos en este dominio para la mayoría de las veredas, con poca variación entre unas y otras. En las categorías con los índices más bajos se observó una mayor variación, aunque con diferencias absolutas muy pequeñas.

En respuesta a la pregunta relativa a “los responsables del control de la malaria”, los listados discriminaban entre el personal prestador de servicios de salud y los grupos de profesionales en el contexto de la institución de salud (cuadro 5). En contraste con otros listados, en este caso se observaron diferencias entre las veredas (cuadro 6). Allí se aprecia que Campobello, Puerta Negra y San Clemente mostraron diferencias frente a las otras veredas cuando se indagó sobre los responsables. La primera vereda presentó una tendencia a incorporar a una amplia variedad de actores en el control de la malaria, mientras en las otras dos veredas la tendencia fue a dar una importancia mayor a la dirección local de salud que

Cuadro 2. Índice de Smith global y discriminado por vereda para las categorías de “Problemas de salud de la vereda”

	Malaria	Enfermedades respiratorias	Enfermedades infecciosas	Enfermedades gastrointestinales	Otras enfermedades	Servicio médico
Mediana	0,83	0,63	0,41	0,22	0,18	0,12
Desviación estándar	0,09	0,08	0,06	0,04	0,06	0,05
Veredas						
Buenos Aires	0,91	0,63	0,41	0,21	0,14	0,01
Campobello	0,81	0,54	0,36	0,21	0,22	0,12
Guarumal	0,87	0,64	0,36	0,21	0,22	0,05
Los Pollos	0,78	0,67	0,43	0,22	0,17	0,10
Manantiales	0,91	0,63	0,42	0,22	0,15	0,12
Nueva Unión	0,81	0,60	0,32	0,27	0,17	0,11
Nuevo Oriente	0,84	0,61	0,50	0,20	0,17	0,12
Pailas	0,98	0,45	0,27	0,25	0,32	0,18
Puerta Negra	0,67	0,65	0,41	0,29	0,30	0,16
San Clemente	0,72	0,76	0,45	0,15	0,12	0,09
Santa Ana	0,82	0,53	0,32	0,25	0,21	0,21
Tuistui	0,90	0,67	0,43	0,19	0,18	0,14

Alto  Bajo

Cuadro 3. Índice de Smith global y discriminado por vereda para las categorías de “causas de la malaria”

	Agua estancada y desechos	Mal manejo de basuras	Falta de medidas de control	Montes	Clima
Mediana	0,65	0,46	0,80	0,17	0,09
Desviación estándar	0,08	0,09	0,05	0,06	0,06
Veredas					
Buenos Aires	0,76	0,38	0,82	0,13	0,03
Campobello	0,77	0,48	0,71	0,18	0,02
Guarumal	0,72	0,35	0,81	0,12	0,10
Los Pollos	0,49	0,60	0,76	0,18	0,00
Manantiales	0,59	0,50	0,81	0,24	0,20
Nueva Unión	0,75	0,29	0,74	0,09	0,16
Nuevo Oriente	0,70	0,38	0,85	0,23	0,08
Pailas	0,65	0,48	0,80	0,19	0,11
Puerta Negra	0,61	0,55	0,85	0,10	0,06
San Clemente	0,61	0,51	0,74	0,29	0,05
Santa Ana	0,58	0,43	0,86	0,12	0,13
Tuistui	0,65	0,43	0,72	0,15	0,17

Alto  Bajo**Cuadro 4.** Índice de Smith global y discriminado por vereda para las categorías de “medidas de control de la malaria”

	Control químico	Drenaje de aguas estancadas	Quema de basuras	Manejo de basuras	Desmontar	Control y prevención	Control físico
Mediana	0,64	0,27	0,25	0,52	0,01	0,17	0,61
Desviación estándar	0,05	0,08	0,08	0,07	0,02	0,05	0,07
Veredas							
Buenos Aires	0,76	0,27	0,21	0,41	0,00	0,09	0,70
Campobello	0,62	0,27	0,09	0,59	0,00	0,09	0,76
Guarumal	0,64	0,39	0,15	0,59	0,00	0,18	0,57
Los Pollos	0,70	0,18	0,32	0,52	0,03	0,12	0,59
Manantiales	0,60	0,10	0,30	0,49	0,00	0,16	0,62
Nueva Unión	0,67	0,22	0,26	0,61	0,00	0,20	0,50
Nuevo Oriente	0,59	0,31	0,34	0,47	0,02	0,13	0,62
Pailas	0,65	0,23	0,28	0,48	0,04	0,18	0,57
Puerta Negra	0,66	0,36	0,24	0,53	0,05	0,13	0,65
San Clemente	0,62	0,22	0,11	0,61	0,00	0,21	0,65
Santa Ana	0,56	0,36	0,28	0,49	0,04	0,26	0,59
Tuistui	0,70	0,28	0,14	0,60	0,01	0,17	0,60

Alto  Bajo**Cuadro 5.** Índice de Smith global y discriminado por vereda para las categorías de “responsables del control de la malaria”

	Profesionales de la salud	Centro de salud	Microscopista	Alcalde	Dirección local de salud	‘Malariaos’**
Mediana	0,52	0,71	0,26	0,15	0,21	0,25
Desviación Estándar	0,05	0,08	0,07	0,05	0,12	0,07
Veredas						
Buenos Aires	0,42	0,78	0,22	0,08	0,25	0,36
Campobello	0,50	0,69	0,32	0,24	0,18	0,17
Guarumal	0,57	0,63	0,23	0,11	0,19	0,24
Los Pollos	0,49	0,65	0,24	0,17	0,30	0,30
Manantiales	0,51	0,65	0,31	0,15	0,20	0,34
Nueva Unión	0,53	0,49	0,40	0,15	0,06	0,17
Nuevo Oriente	0,57	0,75	0,43	0,14	0,05	0,22
Pailas	0,53	0,74	0,27	0,16	0,21	0,36
Puerta Negra	0,62	0,75	0,26	0,17	0,38	0,19
San Clemente	0,51	0,68	0,30	0,18	0,44	0,25
Santa Ana	0,50	0,72	0,25	0,25	0,08	0,31
Tuistui	0,53	0,80	0,26	0,10	0,24	0,25

Alto  Bajo

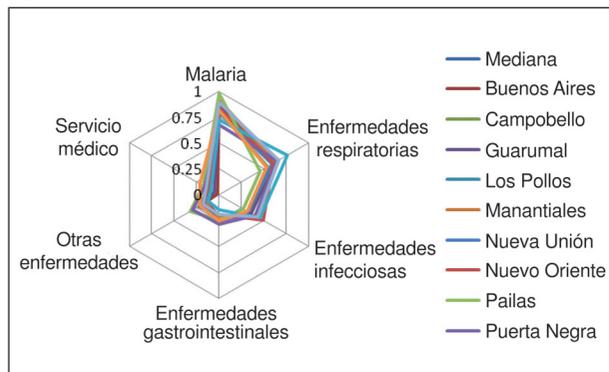
*: ‘malariaos’ es un término ampliamente utilizado por la comunidad local para referirse al personal técnico encargado de las actividades de control, principalmente, la fumigación con insecticidas.

Cuadro 6. Correlaciones de Spearman de los índices de Smith obtenidas por vereda al indagar sobre los responsables del control de la malaria

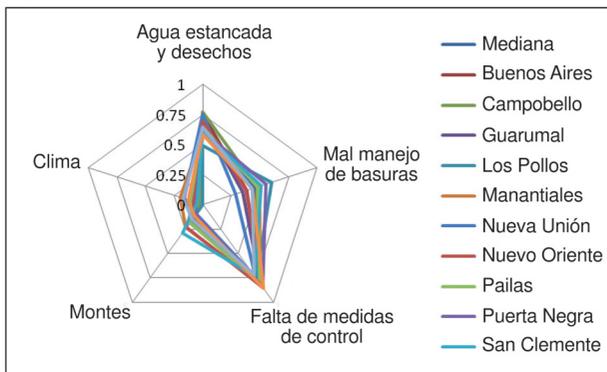
	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	Tuistui
(1) Buenos Aires	0,49	0,94*	0,99*	0,94*	0,66	0,71	0,94*	0,83	0,83	0,81	0,83
(2) Campobello		0,60	0,52	0,60	0,77	0,83	0,60	0,71	0,71	0,64	0,77
(3) Guarumal			0,90	1*	0,83	0,89	1*	0,77	0,77	0,90	0,94*
(4) Los Pollos				0,90	0,61	0,67	0,90	0,90	0,90	0,74	0,81
(5) Manantiales					0,83	0,89	1*	0,77	0,77	0,90	0,94*
(6) Nueva Unión						0,94*	0,83	0,60	0,60	0,84	0,89
(7) Nuevo Oriente							0,89	0,66	0,66	0,90	0,94*
(8) Pailas								0,77	0,77	0,90	0,94*
(9) Puerta Negra									1	0,55	0,83
(10) San Clemente										0,55	0,83
(11) Santa Ana											0,81

*: p<0,05

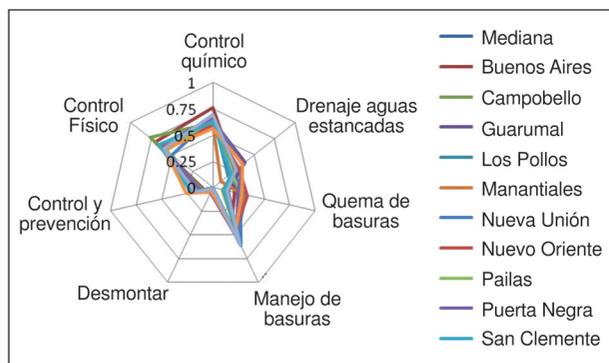
a) Problemas de salud de la vereda



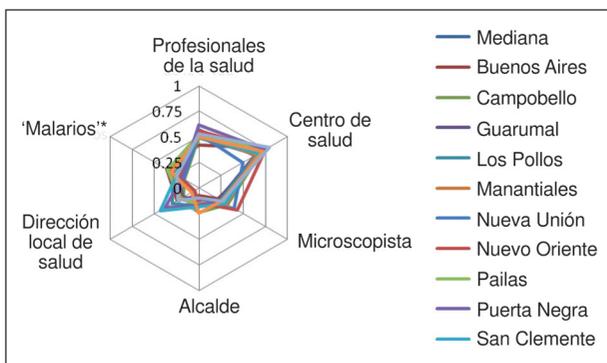
b) Causas de la malaria



c) Medidas de control de la malaria



d) Responsables del control de la malaria



*: 'malariaos' es un término ampliamente utilizado por la comunidad local para referirse al personal técnico encargado de las actividades de control, principalmente, la fumigación con insecticidas.

Figura 1. Índices de Smith obtenidos para los ítems indagados en cada dominio cultural explorado

en el resto de veredas. En la figura 1 se muestran las respuestas por dominio para todas las veredas en diagramas radiales.

Discusión

Los hallazgos del presente estudio permitieron conocer algunos de los dominios culturales relacionados con la malaria para doce comunidades de Tierralta, Córdoba. Como se había mencionado,

Tierralta es uno de los municipios de Colombia con las incidencias más altas de paludismo (5), lo que se traduce en un aumento de las experiencias cotidianas de los habitantes de la región con la enfermedad y, por consiguiente, en mayores conocimientos y reflexiones colectivas en torno a ella (21,22); tales conocimientos se ven reflejados en dominios culturales estructurados y compartidos por las comunidades que definen los comportamientos

frente a la prevención, el tratamiento y el cuidado de la enfermedad, así como una relación particular con los agentes de salud.

Este prolongado proceso de convivencia con la malaria y con las campañas de prevención y control, se evidencia en la homogeneidad de las respuestas en todas las comunidades en lo concerniente a percibir la enfermedad como uno de los principales problemas de salud, la falta de medidas de control y las aguas estancadas como sus principales causas, y el uso de plaguicidas y toldillos como las medidas de control más importantes. El conocimiento de este perfil común ofrece elementos útiles para el desarrollo de acciones de control de la malaria, en tanto se sabe que este es un problema prioritario para la comunidad. Esto no sucede con otras enfermedades de importancia para la salud pública, puesto que las comunidades no consideran que les afecte de manera contundente o porque las carencias socioeconómicas generales son tan notorias que opacan cualquier otra necesidad en salud (23).

Además, se reconoce la utilidad de las medidas de control físicas y químicas y se reclama su aplicación, lo que denota receptividad frente a las intervenciones que promueven dichas medidas. Desde una perspectiva técnica e institucional, tal aceptación está asociada a un mejor uso de las medidas de prevención y a una mayor observancia de los tratamientos (24). Aun cuando la mención de la falta de medidas de control debe encender las alarmas frente a las peticiones de las comunidades, es una ventaja para las campañas de prevención y control que se perciban como benéficas y no como amenazas para el bienestar de sus hogares o para sus instituciones médicas locales.

Este perfil común se hizo heterogéneo cuando se indagó sobre los responsables del control de la malaria. Las tres veredas diferentes del resto mostraron dos patrones que, por un lado, señalan la responsabilidad de varios actores comunitarios y, por el otro, una más franca dependencia de las acciones gubernamentales realizadas por la dirección local de salud. La percepción general de los habitantes de Tierralta es que la falta de medidas de control corresponde fundamentalmente a la ausencia de acciones que deberían ser lideradas por las autoridades locales de salud y por los funcionarios más cercanos a la comunidad, por autoridades de otros ámbitos o por la propia comunidad en su conjunto.

Dichas apreciaciones exigen una reflexión con respecto a las relaciones que los programas de salud pública han establecido históricamente con estas comunidades. Cabe preguntarse si la negativa a reconocer la capacidad de las comunidades para tomar decisiones se ha derivado en esta suerte de 'dependencia' respecto de las instituciones y profesionales de la salud. De ninguna manera se trata de obviar las responsabilidades que las autoridades locales y nacionales tienen de garantizar las condiciones óptimas de salud para las poblaciones, sino de aspirar a una construcción de la salud que involucre activamente a todos los actores.

El conocimiento de los constructos culturales en torno a la malaria ha sido un elemento importante en el éxito de experiencias de control de la enfermedad en diversos lugares del mundo. Por ejemplo, en el estado Sucre, Venezuela, este conocimiento y el enfoque empleado por el personal sanitario permitieron disminuir la incidencia (25). En Burkina Faso, la comprensión de las representaciones sociales sobre la malaria permitió entender por qué había disminuido el uso de mosquiteros con insecticida y plantear alternativas para controlar la enfermedad en las comunidades (26). En Costa de Marfil, las comunidades tienen barreras para aceptar el uso de los procedimientos de diagnóstico rápido del paludismo debido a representaciones que involucran la toma de sangre y el VIH, y saberlo permitió identificar la necesidad de cambiar las estrategias comunitarias (27). Si bien el conocimiento de los aspectos culturales fue importante en todas estas experiencias, los hallazgos difieren según las comunidades, lo cual refuerza la importancia de estudiarlos en los ámbitos locales.

Todos los estudios que indagan sobre aspectos culturales, tanto los relacionados con la malaria como los relativos a otras enfermedades, presentan hallazgos diferentes, hecho que refuerza la necesidad de reconocer los factores conceptuales y simbólicos que cada sociedad desarrolla según su experiencia y que explican en parte el curso que toman las acciones de salud pública.

En este estudio en particular, se muestra que la comunidad cree en las medidas de control de la malaria promovidas por las campañas de salud y las acepta, pero sitúa la responsabilidad de aplicarlas en agentes externos, lo que explica el involucramiento pasivo y el escaso poder de los líderes comunitarios frente al tema, en tanto que

ninguna de las actividades de control surge de su iniciativa. Es decir que el contexto sociocultural enmarca los pensamientos, las actitudes y las acciones que cada comunidad reconoce como apropiados en su relación con la malaria.

Los hallazgos de este trabajo permiten sugerir que, incluso en ámbitos reducidos, la consideración de las diferencias culturales de la población en torno a una enfermedad es de suma relevancia, ya que facilita el diálogo intercultural y, por ende, el diseño e implementación de los programas de control, y mejora su recepción por parte de las comunidades. La técnica de listados libres permitió un primer acercamiento eficiente a los conocimientos que las personas de Tierralta construyen cotidiana y colectivamente alrededor de la malaria. Sin embargo, una comprensión amplia de los resultados del presente trabajo requiere la aplicación de técnicas adicionales de investigación cualitativa y cuantitativa, lo que exigiría un trabajo de campo más prolongado, y un análisis más detallado del contexto y de las dinámicas propias de cada comunidad.

Es fundamental reconocer que no solamente la sintonía entre los conocimientos de las personas de la comunidad y los lineamientos que proponen los programas de salud pública, determinan el éxito de las intervenciones implementadas; también, es esencial el papel que juegan las condiciones de provisión de los servicios necesarios para prevenir la malaria en las comunidades. El alcance de los programas de salud pública ciertamente se ve desbordado frente a las problemáticas estructurales de desigualdad social que dan lugar a entornos con necesidades insatisfechas que afectan irremediablemente los procesos de salud y enfermedad (28,29). Las limitaciones para el acceso a los tratamientos, la baja calidad de las estrategias educativas y las condiciones económicas y sociales de las familias determinan en buena medida los patrones de uso de los servicios de atención y cuidado de la enfermedad y pueden tener gran relevancia en el éxito de los programas de control.

Por último, el uso de los resultados de las investigaciones sobre los aspectos socioculturales por parte de las autoridades sanitarias a nivel local y nacional, debe ser estimulado si se quieren emplear de manera eficiente los limitados recursos destinados a las estrategias en salud pública y, en general, al control de enfermedades como la malaria, así como a mejorar la participación

de las comunidades en dichas estrategias (7). La financiación de proyectos que tengan como objetivo comprender las dinámicas de nuestras comunidades ayudaría a redefinir las prioridades y a formular nuevas y mejores estrategias.

Hasta el momento, a pesar de la eficacia demostrada de la mayoría de estrategias de control y erradicación de la malaria, su baja cobertura y deficiente implementación no han permitido alcanzar las metas definidas. Esto indica que quizá el problema real no sea la disponibilidad de herramientas sino su uso limitado e inadecuado.

Agradecimientos

A toda la comunidad rural de Tierralta, Córdoba, y a sus autoridades locales.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

Este proyecto fue financiado parcialmente por los propios investigadores. La estancia del investigador principal se financió con el apoyo del proyecto “Estudio de casos y controles, asociación entre infección por geohelminos y malaria no complicada por *P. falciparum* y su respuesta inmune en Tierralta, Córdoba”, código de Colciencias: 210445921590.

Referencias

1. **World Health Organization.** Strategic plan for WHO's work in the roll back malaria partnership 2004-2009. Geneva: World Health Organization; 2004.
2. **World Health Organization.** The roll back malaria strategy for improving access to treatment through home management of malaria. Geneva: World Health Organization; 2005.
3. **World Health Organization.** World malaria report 2011. Geneva: World Health Organization; 2011.
4. **Rodríguez JC, Uribe GA, Araújo RM, Narváez PC, Valencia SH.** Epidemiology and control of malaria in Colombia. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2011;106:114-22. <http://dx.doi.org/10.1590/S0074-02762011000900015>
5. **Instituto Nacional de Salud.** Informe Epidemiológico Nacional 2010. Bogotá: Instituto Nacional de Salud; 2011. p. 143-55.
6. **World Health Organization.** Global malaria control and elimination: Report of a technical review. Geneva: World Health Organization; 2008.
7. **Piñeros JG.** Malaria y determinantes sociales de la salud: un nuevo marco heurístico desde la medicina social latinoamericana. Biomédica. 2010;30:178-87.
8. **Maslove DM, Mnyusiwalla A, Mills EJ, McGowan J, Attaran A, Wilson K.** Barriers to the effective treatment and prevention of malaria in Africa: A systematic review of

- qualitative studies. *BMC Int Health Hum Rights*. 2009;9:26. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-698X-9-26>
9. **Williams HA, Jones CO.** A critical review of behavioral issues related to malaria control in sub-Saharan Africa: What contributions have social scientists made? *Soc Sci Med*. 2004;59:501-23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.11.010>
 10. **Borgatti S.** Elicitation techniques for cultural domain analysis. En: Schensul J, LeCompte M, editors. *The ethnographer's toolkit*. Walnut Creek, CA: Atimira Press; 1998. p. 1-26.
 11. **Caballero R, Torres T, Chong F, Pineda A, Altuzar M, López B.** Concepciones culturales sobre el dengue en contextos urbanos de México. *Rev Saúde Pública*. 2006;40:126-33. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000100020>
 12. **Gogna M.** Factores psicosociales y culturales en la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. *Cad Saúde Pública*. 1998;14:81-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500017>
 13. **Escobar CD.** La antropología médica: una visión cultural de la salud. *Promoción Salud*. 2003;8:51-7.
 14. **Negrete V.** Problemática psicosocial y socioeconómica como consecuencia del conflicto armado en el departamento de Córdoba en Colombia. *Int J Psychol Res*. 2008;1:74-80.
 15. **Osorio FE.** Conflicts for land and territory: An analysis of internal migration in the rural areas of Colombia. *Refuge*. 1997;16:34-8.
 16. **Dressler WW.** Cultural consonance: Linking culture, the individual and health. *Prev Med*. 2012;55:390-3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.12.022>
 17. **Dressler WW, Borges CD, Balieiro MC, Dos Santos JE.** Measuring cultural consonance: Examples with special reference to measurement theory in anthropology. *Field Methods*. 2005;17:331-55. <http://dx.doi.org/10.1177/1525822X05279899>
 18. **Quinlan M.** Considerations for collecting free lists in the field: Examples from ethnobotany. *Field Methods*. 2005;17:219-34. <http://dx.doi.org/10.1177/1525822X05277460>
 19. **Bousfield WA, Barclay WD.** The relationship between order and frequency of occurrence of restricted associative responses. *J Exp Psychol*. 1950;40:643-7. <http://dx.doi.org/10.1037/h0059019>
 20. **Thompson EC, Juan Z.** Comparative cultural salience: Measures using free-list data. *Field Methods*. 2006;18:398-412. <http://dx.doi.org/10.1177/1525822X06101300303>
 21. **Weller SC.** Cultural consensus theory: Applications and frequently asked questions. *Field Methods*. 2007;19:339-68. <http://dx.doi.org/10.1177/1525822X07303502>
 22. **Dressler WW, Balieiro MC, Ribeiro RP, dos Santos JE.** Cultural consonance and psychological distress: Examining the associations in multiple cultural domains. *Cult Med Psychiatry*. 2007;31:195-224. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272355201302>
 23. **Toledo-Romaní ME, Baly-Gil A, Ceballos-Úrsula E, Boelaert M, van der Stuyft P.** Participación comunitaria en la prevención del dengue: un abordaje desde la perspectiva de los diferentes actores sociales. *Salud Pública Mex*. 2006;48:39-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342006000100007>
 24. **Charles C, Gafni A, Whelan T.** Decision-making in the physician-patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med*. 1999;49:651-61. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00145-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00145-8)
 25. **Gómez I, Alarcón L, Amundaray L.** El abordaje comunitario desde la perspectiva del personal de salud: la experiencia en la lucha contra la malaria en la localidad de Río Seco, Península de Paría, estado Sucre. *Espacio Abierto*. 2010;19:737-56.
 26. **Toé LP, Skovmand O, Dabiré KR, Diabaté A, Diallo Y, Guiguemé TR, et al.** Decreased motivation in the use of insecticide-treated nets in a malaria endemic area in Burkina Faso. *Malar J*. 2009;8:175. <http://dx.doi.org/10.1186/1475-2875-8-175>
 27. **Comoé CC, Ouattara AF, Raso G, Tanner M, Utzinger J, Koudou BG.** Willingness to use a rapid diagnostic test for malaria in a rural area of central Côte d'Ivoire. *BMC Public Health*. 2012;12:1089. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-1089>
 28. **Farmer P.** *Pathologies of Power: Health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press; 2003.
 29. **Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB.** Review of community-based research: Assessing partnership approaches to improve public health. *Annu Rev Public Health*. 1998;19:173-202. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.publhealth.19.1.173>