

RESUMEN ESTRATEGIA EDUCATIVA EL MUNDO DE LA MALARIA APRENDAMOS A MANEJARLO EN COMUNIDAD.

El Mundo de la Malaria “Aprendamos a manejarlo en comunidad” es una estrategia educativa desarrollada en la Costa Pacífica de Colombia a partir de una serie de investigaciones en MALARIA realizadas por la División de Salud de la Fundación FES financiada por The United Nations Development Programme, the World Bank, the Special Programme for Training and Research in Tropical Diseases (TDR) of WHO and the Pan-American Health Organization, Manos Unidas de España, Plan Internacional de Padrinos, Ministerio de Salud de Colombia y Centro Nacional de Ciencia y Tecnología de Colombia – Colciencias.

Estas investigaciones etnográficas y epidemiológicas en tres perspectivas: individuo, vector y servicios de salud, ayudaron al diagnóstico de MALARIA en la región. Posteriormente los investigadores conjuntamente con la Comunidad, desarrollaron una serie de materiales educativos y de metodologías de abordaje para MALARIA. Esta estrategia en su diseño e implementación tuvo una importante participación comunitaria especialmente de la población afro descendiente.

El programa educativo desarrollado está orientado a elevar conocimientos e influir las prácticas de las personas frente a la malaria, en comunidades endémicas, se difunde mediante, trabajadores comunitarios y de salud voluntarios o remunerados, considerados según la estrategia de Atención Primaria en Salud – APS como las personas fundamentales relacionadas con el primer nivel de atención en salud y que influyen de manera significativa en la promoción de la salud.

Antecedentes y Contexto

La Costa Pacífica Colombiana se ha caracterizado por ser una región en situación de inequidad, desigualdad y marginalidad debido a las condiciones de aislamiento, tanto geográficas como sociales y culturales, lo que ha llevado a mantener altas cargas de morbilidad y mortalidad, especialmente de enfermedades como MALARIA.

La malaria es un problema de salud pública en el pacífico colombiano, anualmente se registra 35% de los casos del país y 80% son producidos por Plasmodium Falciparum, la especie que más complicaciones puede producir. Buenaventura, principal centro urbano de la Costa Pacífica Colombiana, produce 51% de los casos de la zona.

En 1991 en Buenaventura se creó el Instituto para la Salud del Pacífico convenio realizado entre instituciones del Valle del Cauca. El instituto desarrolló actividades para el control de la malaria a partir de la estrategia de APS, considerada en ese momento como la política en salud más adecuada para la población. Estas actividades incluyeron una serie de estudios diagnósticos de malaria.

Estos estudios permitieron identificar las zonas de mayor transmisión de Malaria en Buenaventura. En ellas se realizó un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas –CAP frente a Malaria y se identificaron la edad y el conocimiento sobre criaderos como factores asociados a la enfermedad. Con estos resultados y la participación activa de la comunidad, se desarrollaron herramientas educativas y metodologías basadas en la

educación y la movilización social, la cual comprende un proceso de capacitación a través de las herramientas educativas, seguimiento y evaluación de las actividades desarrolladas por los facilitadores.

Esta estrategia ha capacitado en total a 2.772 personas en 359 localidades del área rural y centros urbanos del Pacífico Nariñense, Buenaventura, Choco, Putumayo y Amazonas en Colombia; y en Arismendi y Benítez en el estado de Sucre en Venezuela.

Este programa evalúa el conocimiento en malaria a través de pre-test y pos-test aplicados a los líderes capacitados. En los años de implementación de la estrategia se ha podido establecer el porcentaje de acierto en el pretest y en el pos-test; en el pre-test de conocimientos frente a malaria ha partido de 20 a 50% de acierto y en el pos-test se ha reportado 80 a 90% de acierto, presentándose un incremento de conocimiento.

Un total de 518 proyectos de control comunitario de malaria (difusión del mensaje preventivo, control de criaderos, roce de maleza, relleno de pozos, drenajes y fumigación) han sido desarrollados y liderados por líderes en las comunidades. En el seguimiento a los 3, 6 y 12 meses de implementación de los proyectos de control se encontró un 73% (378) de proyectos ejecutados totalmente, el 19% (99) parcialmente y el 8% (41) no tuvo ningún tipo de ejecución, con respecto a las actividades planeadas durante las capacitaciones.

Esta estrategia se ha caracterizado por crear capacidades en los líderes y comunidades en donde se ha implementado, debido a que estos proyectos comunitarios se han desarrollado en un 90% con recursos propios de la comunidad.

El programa educativo en malaria fue desarrollado bajo la estrategia de APS, a través de un proceso participativo entre comunidad e investigadores, basado en el modelo PRECEDE-PROCEDE y soportado en la investigación-acción-participación-IAP.

Las comunidades diseñaron los materiales educativos acordes con las tipologías étnicas y culturales de los afro descendientes de la región pacífica, lo cual es reflejo de los procesos de auto-representación. Los materiales fueron cercanos a la realidad e ilustraron la vida cotidiana del Pacífico: viviendas, vestimentas típicas, colores primarios vivos y utilización del lenguaje de la zona.

Es un programa innovador, porque su énfasis de manejo principal es comunitario, y se fundamenta en la capacidad de la comunidad para generar movilización social para el control de la enfermedad, permitiendo que personas independientemente del nivel escolaridad, niños-as, adultos jóvenes y adultos mayores hagan parte de las actividades de educación y participación para el control de la malaria. El 66.9% de los capacitados han sido mujeres, las cuales se han caracterizado en estas zonas por ser las cuidadoras y las tomadoras de decisiones con respecto a la salud de las familias.

Tiene la bondad de adaptarse a contextos similares a los de la región pacífica, como fue el caso de las poblaciones de Arismendi y Benítez en Venezuela.

El planteamiento de la estrategia ha permitido desarrollar y adicionar materiales

comunicacionales (radiales, televisivos y visuales) que refuerzan los mensajes preventivos y de otro lado diseñar, validar e implementar materiales educativos para el control de la malaria en comunidades indígenas.

Este programa siempre ha contado con el reconocimiento de entidades internacionales que la han seleccionado y financiado en diferentes ocasiones: Plan Internacional de Padrinos, Manos Unidas de España, Organización Internacional para las Migraciones - OIM, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Fondo Mundial para la lucha del SIDA, Tuberculosis y Malaria, y Fundación Proyecto PARIA.

A través de estas financiaciones se han liderado proyectos de control de malaria en comunidades de la Costa Pacífica, Amazonas y Putumayo en Colombia; Arismendi y Benítez en Venezuela. En donde se ha dado interacciones con las entidades territoriales de salud, un ejemplo de esta interacción ha sido la adopción de la estrategia por parte de la Secretaria de Salud de Nariño para desarrollarla conjuntamente en las actividades del Programa Institucional de Control de Malaria, con éxito.

Este programa también ha sido escogido y financiado por el Ministerio de Salud de Colombia, Secretarías Departamentales de Salud como la de Nariño y Choco y Secretarías Municipales de Salud como la de Buenaventura como una estrategia de fácil implementación y de reconocimiento por parte de la población que ayuda a la movilización social para el control de la enfermedad.

Esta estrategia educativa nació en el interior de un convenio llamado INSALPA entre instituciones públicas y privadas que se unieron para promover el desarrollo de APS en Buenaventura, debido que este municipio presentó la evaluación más baja. (Grigoriu C, Claros LM. Evaluación de las condiciones de gestión para la atención primaria en 10 municipios de Colombia. Tesis. Cali: Universidad del Valle; 1994) Este modelo público – privado logró ser sostenible y exitoso por ocho años

Esta estrategia educativa en Malaria permite el fortalecimiento de la capacidad local para el control de la enfermedad en dos niveles, uno comunitarios y otro institucional.

A nivel comunitario permite el fortalecimiento y generación de interacciones entre las asociaciones comunitarias existentes en las localidades, a través de la ejecución de los proyectos de control comunitarios de malaria.

Y a nivel institucional a través de la institucionalización de la estrategia educativa por parte de las entidades de salud, a los programas tradicionales de control de la malaria y su inmersión en el Plan de Intervenciones Colectivas en Salud – PIC.

Esta estrategia educativa ha sido evaluada en su efectividad y costo-efectividad. Las evaluaciones de efectividad mostraron que las comunidades intervenidas con la estrategia incrementan hasta en 50% los conocimientos sobre forma de transmisión, importancia de la eliminación de los criaderos, uso de toldillos y fumigación. Además en aquellos que han sido cubiertos por la estrategia se han incrementado las prácticas preventivas de uso del toldillo, aceptación de la fumigación del domicilio y la disminución de la automedicación

de 71% a 53%. Además, para el periodo 1992-1997 se observó una disminución de 8% en la frecuencia de malaria en las comunidades intervenidas por la estrategia.

Adicionalmente un estudio de costo-efectividad pudo establecer que la integración de las actividades de la estrategia educativa al Programa Control Nacional de Malaria-PN, es una estrategia costo-efectiva comprobada tanto a nivel institucional como familiar. La razón de costo-efectividad en la *zona intervenida por la estrategia en conjunto con el PN* fue de US\$ 92 por caso evitado, mientras que la de *la zona solo por el PN* fue de US\$292 por caso evitado. El número de casos evitados por cada 10.000 habitantes en *la zona solo por el PN* fue de 12,9 mientras que en *la zona intervenida por la estrategia en conjunto con el PN* fue de 264,6. Ante un caso de malaria las familias de *la zona intervenida por la estrategia en conjunto con el PN* gastaban en promedio US\$28.4, mientras que familias de *la zona intervenida solo por el PN* gastaban US\$36.2.