

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, NUTRICIÓN, ENFERMERÍA Y TECNOLOGÍA
MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD



CONOCIMIENTOS DE PRÁCTICAS PREVENTIVAS PROMOCIONALES DE LA
ENFERMEDAD DE MALARIA QUE TIENEN LOS HABITANTES DE LA
COMUNIDAD DE SALADILLO DISTRITO TRES DEL MUNICIPIO DE CARAPARI-
MAYO-2011

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE ESPECIALIDAD EN
INTERCULTURALIDAD Y SALUD

Proponente : JIMME PIZARRO TORREZ
Tutor : DR. CARLOS TAMAYO CABALLERO

Yacuiba-Tarija-Bolivia

2011

DEDICATORIA

A mi esposa Lisbeth y mí querida hijita Lucerito
Quienes son la luz que iluminan mi camino,
Y me brindan su apoyo incondicional
Para lograr una de mis metas en mi vida

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la vida

Esta formación fue gracias al apoyo financiero de la
Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo – AECID -
La Cooperación Belga.

ÍNDICE

	Páginas
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	3
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
3.1. Pregunta de investigación.....	5
4. MARCO TEÓRICO.....	6
4.1. Semblanza histórica de la malaria.....	6
4.2. Definición de epidemiología.....	8
4.3. Definición de enfermedad.....	9
4.4. Definición de malaria.....	10
4.5. El modelo de política modelo de atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural “SAFCI” ...	11
4.5.1. Alcance del modelo.....	11
4.5.2. Características generales del modelo de atención SAFCI.....	12
4.5.3. Principios de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural-SAFCI?.....	13
4.5.3.1. Participación social.....	13
4.5.3.2. Interculturalidad.....	13
4.5.3.3. Integralidad.....	14
4.5.3.4. Intersectorialidad.....	14
4.6. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	14
5. POBLACIÓN Y LUGAR.....	16
5.1. Ubicación geográfica del municipio de Carapari.....	16
5.1.1. División política.....	17
5.1.2. Aspectos Físico – Naturales.....	17
5.1.2.1. Fisiografía.....	17
5.1.2.2. Altitud.....	18
5.1.2.3. Relieve.....	18
5.1.2.4. Topografía.....	18
5.1.3. Manejo Espacial.....	19
5.1.3.1. Uso y Ocupación del Espacio.....	19

5.1.4.	Aspectos demográficos	19
5.1.5.	Aspectos culturales y educación	21
5.1.6.	Índice de pobreza	22
5.1.7.	Tasa de mortalidad.....	23
5.1.8.	La Malaria.....	25
5.1.9.	Perfil epidemiológico.....	28
6.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	30
6.1.	Objetivo General	30
6.2.	Objetivos específicos	30
7.	Diseño de la investigación	31
7.1	Diseño.....	31
7.2.	Fases de la investigación	32
7.3.	Descripción de los resultados	33
7.3.1.	Materiales de construcción	35
7.3.2.	Distribución de los espacios según la ocupación y el uso.....	36
7.3.3.	Servicios básicos (luz-agua-disposición de basura y excretas).....	37
7.3.4.	Animales intra-domiciliarios.....	41
7.3.5.	Numero de miembros por vivienda y por dormitorio	42
7.3.6.	Numero de miembros por familia:.....	42
7.4.	Segunda parte: aplicación de la investigación en campo.....	43
7.4.1.	Descripción de los encuestados de la comunidad de saladillo	43
7.4.2.	Interpretación de los resultados finales obtenidos según conocimiento de la malaria	44
7.5.	Análisis de los resultados de los grupos focales	59
7.6.	Comentario a los resultados del grupo focal	63
7.7.	Discusión.....	63
8.	PROYECTO DE INTERVENCION.....	66
8.1.	Justificación.....	66
8.2.	Objetivo general	68
8.3.	Objetivo_especifico.....	69
8.3.1.	Diseñar, implementar, cursos de capacitación y adiestramiento en la población a través del conocimiento para el cambio de conducta.....	69
8.4.	diseño metodologico.....	69
8.5.	instrumentos.....	69

8.6. Análisis de participación	70
8.7. Análisis de Factibilidad.....	71
8.8. Árbol de problemas	72
8.9. Árbol de soluciones.....	73
8.10. Marco lógico	74
8.11. Cronograma	77
8.12. Presupuesto	79
CONCLUSIONES.....	80
RECOMENDACIONES	82
ANEXO Nº 1 GUÍA DE ENCUESTA.....	83
ANEXO Nº 2 GUÍA DE ENTREVISTA.....	85
ANEXO Nº 3 CARTA DE COORDINACION	85
REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS.....	88

ÍNDICE DE CUADROS

	Páginas
Cuadro N° 1 Condición de la vivienda.....	34
Cuadro N° 2 Servicios de energía eléctrica.....	37
Cuadro N° 3 Servicios de agua	38
Cuadro N° 4 Servicios de eliminación de basura	39
Cuadro N° 5 Uso de letrinas.....	40
Cuadro N° 6 Población de Saladillo según sexo	43
Cuadro N° 7 Conocimiento sobre la enfermedad.....	44
Cuadro N° 8 Conocimientos sobre la transmisión de la malaria	45
Cuadro N° 9 Sospecha de tener malaria.....	46
Cuadro N° 10 Según los síntomas sospechan si tienen malaria.....	47
Cuadro N° 11 Saben identificar la malaria	48
Cuadro N° 12 Conoce como cuidarse para no enfermarse con malaria.....	49
Cuadro N° 13 Saben donde se reproduce la malaria.....	51
Cuadro N° 14 Tiene conocimiento de quienes son los más propensos a adquirir la malaria.....	52
Cuadro N° 15 Con que otra enfermedad identifica usted a la malaria	53
Cuadro N° 16 A donde acudiría en caso de tener malaria	54
Cuadro N° 17 Conoce el tratamiento contra la malaria	55
Cuadro N° 18 Curación con medicina casera	56
Cuadro N° 19 Conocimiento de la malaria con otro nombre	57
Cuadro N° 20 Participaría de un programa de control y lucha contra la enfermedad de malaria.....	58

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Páginas
Gráfico N° 1 Mapa de la división política de Caraparí.....	17
Gráfico N° 2 USO DE LA TIERRA - MUNICIPIO DE CARAPARÍ	19
Gráfico N° 3 Población Estimada 2010 de la Región Autónoma del Chaco Tarijeño-Caraparí.....	20
Gráfico N° 4 Causas de Morbilidad y Mortalidad en el Municipio de Caraparí Gestión 2009.....	23
Gráfico N° 5 Tasa de Mortalidad por municipios Departamento de Tarija 2008	24
Gráfico N° 6 Enfermedades prevalentes	24
Gráfico N° 7 Municipio de Caraparí.....	25
Gráfico N° 8 Mapa de ubicación según zona geográfica de la malaria	26
Gráfico N° 9 Casos de Malaria por municipio Departamento Tarija Gestión 2009.....	26
Gráfico N° 10 Casos de malaria por meses municipio de Carapari Gestión 2010	27
Gráfico N° 11 Condición de la vivienda	34
Gráfico N° 12 Tipos de viviendas por distritos.....	35
Gráfico N° 13 Servicios de energía eléctrica.....	37
Gráfico N° 14 Servicios de agua	38
Gráfico N° 15 Servicios de eliminación de basura	39
Gráfico N° 16 Uso de letrinas.....	40
Gráfico N° 17 Crianza de animales dentro de la vivienda	41
Gráfico N° 18 Población de Saladillo según sexo	43
Gráfico N° 19 Conocimiento sobre la enfermedad	44
Gráfico N° 20 Conocimientos sobre la transmisión de la malaria.....	45
Gráfico N° 21 Sospecha de tener malaria	46
Gráfico N° 22 Según los síntomas sospechan si tienen malaria	47
Gráfico N° 23 Saben identificar la malaria.....	49
Gráfico N° 24 Conoce como cuidarse para no enfermar con malaria	50
Gráfico N° 25 Saben donde se reproduce la malaria	51
Gráfico N° 26 Tiene conocimiento de quienes son los más propensos a adquirir la malaria	52
Gráfico N° 27 Con que otra enfermedad identifica usted a la malaria.....	53
Gráfico N° 28 A donde acudiría en caso de tener malaria	54
Gráfico N° 29 Conoce el tratamiento contra la malaria	55

Gráfico N° 30 Curación con medicina casera.....	56
Gráfico N° 31 Conocimiento de la malaria con otro nombre	57
Gráfico N° 32 Participaría de un programa de control y lucha contra la enfermedad de malaria.....	58

RESUMEN ESTRUCTURADO

El estudio se realizó con el propósito de indagar acerca del nivel de conocimiento de los padres de familia referente a la enfermedad de malaria para, que a partir de estos datos, plantear un programa de capacitación en la prevención y promoción con un enfoque intercultural rescatando y valorando sus conocimientos actitudes y prácticas.

La investigación se realizó en la Comunidad de Saladillo perteneciente al distrito tres del municipio de Carapari durante los meses marzo a octubre del 2011. Se desarrollo un estudio de investigación de tipo cuantitativo apoyado por un diseño de tipo cualitativo. Los participantes del estudio fueron 70 padres de familia, 31 hombres (44%) y 39 mujeres (56%), cuyas edades oscilan entre 35 y 65 años, todos oriundos de la comunidad de Saladillo

Los instrumentos a utilizarse para obtener la información son encuestas tipo cuestionario, las preguntas son abiertas y cerradas. La población objetivo que fue involucrada en cada uno de los objetivos definidos es de 70 entre padres o jefes de familias líderes comunitarios, promotores de salud.

Para dar consistencia a los resultados de la encuesta aplicamos un batería de preguntas en grupos focales, compuesto de no más de 7 personas, realizamos en total 2 grupos focales compuestos por médicos tradicionales y padres de familias que durante la encuesta los identificamos en un total de 19 personas con experiencia en medicina tradicional. Las preguntas se refirieron fundamentalmente a reforzar las preguntas abiertas de la encuesta.

Los resultados finales obtenidos en el test, nos muestra:

Respecto si estaban de acuerdo en colaborar con la entrevista el 87% respondió que sí, y el 12% no estaban de acuerdo por diversos motivos, (trabajo, tiempo).

1. El estudio muestra que el 70% de los entrevistados conocen la enfermedad, casi en su mayoría por experiencia. el 30% no conoce o no responde.

2. La mayoría 87% sabe sobre el modo o forma de transmisión de malaria, ya sea por la picadura del mosquito o por una persona infectada o enferma, el 13% no conoce o no responde.
3. El 84% admite presumir o sospechar que tiene la enfermedad por experiencia, debido a: fiebre intermitente día por medio, malestar, dolor de cabeza, chusjchuj, el 16% no conoce o no responde.
4. De quienes son los más propensos a adquirir la enfermedad el 16% responde que son los niños y mujeres, y un 84% no conoce o no responde.
5. Sobre qué experiencia tiene de la enfermedad un 80% responde: fiebre malestar, dolor de cabeza, chusjchuj, el 20% no conoce o no recuerda.
6. El 23% conoce o identifica como similar a fiebre tifoidea y amarilla y el 77% no conoce.
7. En relación a las personas que tienen malaria presentan: 71%, entre fiebre, malestar, dolor de cabeza, el 29%, no conoce o no responde.
8. Solo el 36% conoce los cuidados o medidas de prevención para no enfermar de malaria, el 64% no conoce.
9. El 87% sabe o conoce donde viven los que transmiten la malaria (masetas, aguas estancadas, llantas)
10. El 74% acudiría o acude a un centro de salud, el 19% a un médico tradicional, el 6% a una farmacia y un 1% a otros, (técnico de malaria, colaborador voluntario).
11. El 84% conoce el tratamiento para curar la malaria entre ello pastillas, medicina de campo, yerbas entre otras, esto en su mayoría debido a una experiencia pasada., y el 16% no conoce o no sabe.
12. Sobre el conocimiento y o utilización de alguna medicina alternativa o casera, los entrevistados conocen ya sea por experiencia o referencia, en especial la utilización de la quina en un 63%, el quebracho 29%, otras en un 8%(alta misa, cuatro canto), y el 26% no conoce.

13. Respecto al conocimiento con otros nombres a la enfermedad de malaria el 74% si conoce como: tembladera (31%), paludismo (16%), chusjchuj (11%), otras (16%), y un 26% no sabe o no responde.

14. Sobre si participaría de un programa de control y lucha contra la enfermedad de malaria y como apoyaría, un 91% responde que participaría (apoyaría al programa sugieren o demandan en su mayoría capacitación, sobre medidas preventivas, otros apoyando las campañas de fumigación, limpiando y manteniendo limpios sus hogares), y un 9% no responde, o argumentan que es responsabilidad de las autoridades que trabajan en salud.

Los resultados del estudio demuestra el comportamiento de la población, la misma que a pesar de haber manifestado que en casos de enfermedades recurren como primera opción a los centros de salud, por razones culturales también conocen y saben cómo tratar la enfermedad a partir de sus propios usos y costumbres.

Por otro lado, es significativo el resultado que pone de manifiesto el hecho de que existe la necesidad de armonizar la medicina tradicional basada en los saberes guaraníes con la medicina científica u occidental; el nivel de conocimiento de las medidas de cuidado o preventivo es bajo debido a la falta de información, capacitación adecuada, lo cual influye en el aumento de la incidencia de malaria.

Se ha visto pertinente recomendar la investigación participativa y aplicada al tema de la prevención de la malaria con un enfoque intercultural.

También se recomienda el uso de técnicas horizontales de educación popular para la elaboración de materiales educativos, en los que participen tanto el personal de salud como los beneficiarios en el diseño de los mensajes, el lenguaje y los dibujos apropiados a las cartillas e instrumentos educativos de acuerdo a los propios usos y costumbres de la población guaraní de Saladillo.

1. INTRODUCCIÓN

La malaria o paludismo, es una enfermedad parasitaria (*Plasmodium vivax*) de las zonas tropicales y sub-tropicales, implica a 7 de los 11 Municipios del Departamento de Tarija, en especial al Municipio de Carapari, transmitida por un vector (*Anopheles pseudopunctipennis*) con características endemo-epidémicas, de transmisión estacional y cíclica. Es una de las causas de morbilidad que afecta a gran parte de nuestra población¹.

En los últimos años el aumento de la pobreza, la desocupación, poco apoyo al agro, la migración interna norte-sur, con cambios demográficos considerables, la insuficiente cantidad de personal técnico de malaria para cubrir todas las comunidades endémicas, han recrudecido la enfermedad, reflejándose en el aumento del número de casos y del Índice Parasitario Anual (IPA), así como del Índice de Láminas Positivas (ILP), por esta razón se determina el grado de conocimiento de prácticas preventivas con un enfoque intercultural y, en base a ello se diseñaron estrategias de, **Prevención y Control de la Malaria en el Municipio de Carapari**, que permita intervenir operativa y eficazmente para disminuir la morbilidad y controlar al vector transmisor, con actividades de Promoción, Prevención, Control y Vigilancia Epidemiológica y Entomológica con participación e inclusión social sostenible.

El bienestar y la salud de la poblaciones es el producto del esfuerzo, trabajo y la cooperación de todos, por lo que los entes sociales son parte esencial y dinámica de la solución de sus propios problemas, así como todos los que estamos comprometidos con el servicio a la salud de nuestra población.

El propósito fundamental de este programa es conocer las prácticas preventivas promocionales y en base a ello diseñar estrategias sostenibles, con la participación de todos los actores respetando sus costumbres y tradiciones, con el

fin de disminuir la enfermedad de malaria y contribuir a mejorar la calidad de vida de los habitantes del municipio de Carapari.

2. JUSTIFICACIÓN

La red de salud Carapari tiene el índice más alto del departamento de Tarija (Bolivia) en relación a las otras redes de salud. Además al ser un área endémica de malaria esta enfermedad constituye un problema de salud pública, lo que pone en riesgo de salud a gran parte de la población de nuestra red.

A pesar de los programas existentes en el país es necesario implementar y crear un programa preventivo promocional y un sistema de vigilancia real y específico que contemple o tome en cuenta las condiciones físicas, financieras, geográficas de la comunidad de saladillo, y del municipio, y a partir de esto diseñar intervenciones para disminuir los riesgos con el fin de reducir el avance de la transmisión a través de estrategias locales por ser una enfermedad prevalente de nuestra sección de provincia.

Si bien existen diferentes estudios y publicaciones referentes a la enfermedad de la malaria su agente causal ,zonas donde se presenta, como se diagnostica y todo lo referente a la enfermedad en nuestro país, actualmente el Municipio de Carapari ,no cuenta con un documento que refleje la realidad de nuestra región, además si bien existen son artículos que reflejan y explican sobre la administración y dosificación de medicamentos a personas que padecen de la enfermedad de MALARIA, por diferentes sepas, no existiendo programas preventivos promocionales contemplando nuestra realidad geográfica ya que al ser una zona endémica tropical con alta predisposición de sus habitantes a contraer la enfermedad o si bien existe no han sido implementados ni socializados debido a que no se lo toma mucha importancia tanto por las autoridades y personal que trabaja en nuestra red de salud, además no existe un estudio que refleje y contemple la realidad de nuestro Municipio en cuanto a la enfermedad de malaria, de cómo influye el comportamiento de la población y a partir de ello diseñar

estrategias dirigidas a su control, tomando como lugar de estudio a la comunidad de Saladillo por ser esta parte del municipio, con altos casos de infestación.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- La ausencia de implementación y puesta en marcha de un programa preventivo promocional de la enfermedad de malaria, será un factor pre disponente para el aumento del IPA., en la comunidad de saladillo y en el Municipio de Carapari.
- La ausencia de formación de líderes comunitarios y capacitación a la población aumentan el riesgo a enfermarse.
- La inasistencia de comunicación interpersonal y movilización social conlleva a un mayor aumento de casos de enfermedad.
- La ausencia de implementación en la capacitación sobre prevención a los educadores y alumnos aumentan la predisposición a desarrollar enfermedades.
- La ausencia de una cultura organizacional bien definida en cuanto a la prevención permite a los clientes internos de las instituciones de salud prestar servicios menos efectivos, lo que día a día genera un descontento social.
- La falta de cambios de conductas en la población en cuanto a la inducción de acciones que promueven la participación activa de las familias, autoridades, líderes locales y comunidades a partir de sus conocimientos, costumbres y creencias, aumentan el riesgo de susceptibilidad a enfermarse.
- **Se elige el tema**
Cuando se habla de interculturalidad, se hace referencia a las transformaciones que ocurren en nosotros y que compartimos con otros al entrar en contacto permanente con personas y grupos que suelen expresarse, actuar, pensar, o sentir de modo distinto al que acostumbramos.

3.1. Pregunta de investigación

¿Será que el comportamiento cultural de la población contribuye a las altas tasas de incidencia de la enfermedad de malaria en la comunidad de saladillo distrito tres del Municipio de Carapari?

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Semblanza histórica de la malaria

La malaria ha infectado a los humanos por más de 50,000 años, y puede que haya sido un patógeno humano durante la historia entera de nuestra especie. De cierto, especies cercanas a los parásitos humanos de la malaria se han encontrado en los chimpancé, pariente ancestral de los humanos. Se encuentran referencias de las peculiares fiebres periódicas de la malaria a lo largo de la historia, comenzando desde 2700 a. C. en China. El término malaria se origina del italiano de la edad media: mala aria — "mal aire"; y se le llamó también paludismo, del latín "palud" (pantano)².

Estudios científicos sobre malaria hicieron su primer avance de importancia en 1880, cuando el médico militar francés Charles Louis Alphonse Laveran, trabajando en Argelia, observó parásitos dentro de los glóbulos rojos de personas con malaria.

Propuso por ello que la malaria era causada por un protozooario, la primera vez que se identificó a un protozooario como causante de una enfermedad. Por este y otros descubrimientos subsecuentes, se le concedió el Premio Nobel en Fisiología o Medicina en 1907. Al protozooario en cuestión se le llamó Plasmodium, por los científicos italianos Ettore Marchiafava y Angelo Celli. Un año después, Carlos Finlay, un médico cubano tratando pacientes con fiebre amarilla en la Habana, sugirió que también (Al igual que en la fiebre amarilla) en el paludismo eran los mosquitos quienes transmitían la enfermedad de un humano a otro.

Posteriormente, fue el británico Sir Ronald Ross, trabajando en la India, quien finalmente demuestra en 1898 que la malaria es de hecho transmitida por mosquitos. Lo probó al mostrar que ciertas especies del mosquito transmitían

malaria a pájaros y aislando los parásitos de las glándulas salivales de mosquitos que se alimentaban de aves infectadas. Por su aporte investigativo, Ross recibió el premio Nobel de Medicina en 1902. Después de renunciar al Servicio Médico de la India, Ross trabajó en el recién fundado Liverpool School of Tropical Medicine y dirigió los esfuerzos de controlar la malaria en Egipto, Panamá, Grecia y Mauricio. Los hallazgos de Finlay y Ross fueron confirmados luego por un comité médico dirigido por Walter Reed en 1900, y sus recomendaciones implementadas por William C. Gorgas en medidas de salud adoptadas durante la construcción del Canal de Panamá. Este trabajo público le salvó la vida a miles de trabajadores y ayudó a desarrollar los métodos usados en campañas de salud pública en contra de la malaria.

El primer tratamiento eficaz para la malaria fue la corteza del árbol Cinchona, el cual contiene el alcaloide quinina. Este árbol crece en las colinas de los Andes, en particular en Perú. El producto natural se usaba por habitantes del Perú para controlar la malaria, y los Jesuitas introdujeron esta práctica en Europa durante los años 1640 donde fue aceptada con rapidez³. Sin embargo, no fue sino hasta 1820 que el ingrediente activo quinina se extrajo de la corteza y nombrada por los químicos franceses Pierre Joseph Pelletier y Jean Bienaime Caventou.

En el municipio de carapari los pueblos guaraníes han utilizado por mucho tiempo extractos de la corteza de la planta de quina y aun en la actualidad siguen utilizando en las comunidades donde no existen establecimientos de salud para tratar o curar a personas enfermas de malaria.

A comienzos del siglo XX, antes de los antibióticos, los pacientes con sífilis eran intencionalmente infectados con malaria para crear una fiebre, siguiendo las investigaciones de Julius Wagner-Jauregg. Al controlar la fiebre con quinina, los efectos tanto de la sífilis como la malaria podían ser minimizados. Algunos de los pacientes murieron por la malaria, aunque ello era preferido por encima de la casi segura muerte por sífilis.

A pesar de que el estadio sanguíneo y en el mosquito del ciclo de vida de la malaria se estableció en el siglo 19 y a comienzos del siglo 20, no fue sino hasta 1980 que se observó la forma latente hepática del parásito. El descubrimiento de esta forma latente del parásito, finalmente explicó por qué daba la impresión de que algunas personas se curaban de la enfermedad, para luego recaer años después de que el parásito había desaparecido de su circulación sanguínea.

4.2 Definición de epidemiología

La epidemiología con enfoque sociocultural reconoce que los problemas de salud que existen en una comunidad revisten características culturales particulares, que deben considerarse al momento de abordar el proceso salud-enfermedad-atención⁴. Así como la epidemiología clásica aporta información para la acción, la epidemiología con enfoque sociocultural aporta los resultados de investigación para contribuir a la solución de problemas colectivos de salud.

Creemos que en territorios pluriétnicos es crucial que los estudios epidemiológicos incorporen y profundicen este enfoque, como parte del desarrollo de modelos interculturales de salud, en los cuales la epidemiología es un componente fundamental.

Así, entendemos que lo que se ha denominado epidemiología intercultural, en tanto componente de un modelo intercultural de salud, es una estrategia teórico-metodológica de investigación, que se articula a partir de la negociación de significados culturales entre equipos de salud y las comunidades indígenas, en torno a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, la curación y la atención. Se trata, entonces, de un enfoque específico a cada situación y a cada territorio indígena, que surge del diálogo interdisciplinario e intercultural entre la medicina y la antropología, por una parte, y entre personas de distintas culturas, por otra.

Diálogo, además, en que se fijan los límites de cada disciplina, enfoque y cosmovisión⁵.

La epidemiología con enfoque intercultural no sólo reconoce a los pueblos indígenas e intenta describir y comprender su situación de salud, sino que se relaciona con ellos, ampliando sus propios modelos explicativos, para entenderla y buscar conjuntamente las soluciones más pertinentes en términos culturales. Para que este proceso sea exitoso, es necesario que tanto indígenas como no indígenas se abran a las categorías etiológicas y explicativas del otro.

El desarrollo de este enfoque dependerá de las experiencias que los equipos de salud y las comunidades indígenas logren concretar en cada situación particular. Este es un desafío que aún no estamos en condiciones de enfrentar. De allí que en este manual abordamos de manera exclusiva los procedimientos para la realización de diagnósticos epidemiológicos básicos con enfoque sociocultural diferenciados por etnia.

4.3 Definición de enfermedad

La enfermedad es universal en la experiencia humana, y es particular a cada cultura. Es decir, todas las culturas desarrollan actividades teóricas (modelos médicos), técnicas (materia médica) y roles (agentes) para enfrentar y tratar de solucionar los problemas relacionados con la enfermedad y la recuperación de la salud⁶.

Salud y cultura se implican mutuamente, los conceptos de salud y enfermedad nos remiten a la cultura y la cultura nos remite a los conceptos de salud y enfermedad. Por lo tanto lo que se percibe como salud y enfermedad, sus causas, tratamiento y prevención y quién las trata están determinados por cada cultura específica.

En las diversas culturas originarias de Bolivia, y países periféricos existe respecto a la enfermedad una visión que está relacionada con un todo, conformado por el hombre, el medio ambiente y un conjunto de seres y fuerzas con poder que rigen sobre los dos primeros. El modelo médico se deriva de esta forma holística de concebir el mundo; y así la enfermedad presenta un doble aspecto: objetivo y moral. Las etiologías se buscan no sólo en términos éticos o morales, puesto que con seguridad la enfermedad es el producto de un desequilibrio o transgresión. La que no es sólo del individuo enfermo, sino del grupo familiar y, en última instancia de la comunidad⁷.

4.4 Definición de malaria

La malaria o paludismo es una enfermedad transmisible, infecciosa y febril. Es producida por un parásito protozoario del género *Plasmodium*, y transmitida por la picadura de un vector o mosquito hembra del género *Anopheles*, donde el hombre es el principal reservorio, para completar el ciclo evolutivo del *Plasmodium*. Se caracteriza por la manifestación de fiebre intermitente, escalofríos, dolores musculares, cefalea, hepatoesplenomegalia, alteraciones digestivas y neurológicas⁸.

La malaria es por mucho la enfermedad parasitaria tropical más importante en el mundo, y la que ha causado mayor mortalidad. Y en los últimos 10 años la situación de esta endemia se ha agravado, debido a que el 40% de la población mundial vive en una zona de transmisión. En muchos países desarrollados, y en África especialmente, la malaria cobra muchas vidas, costos médicos, y pérdidas en días de trabajo, por lo que representa un gran problema de salud pública.

Existen en Bolivia dos tipos de malaria:

- La Malaria común o Malaria benigna causada por el *Plasmodium vivax*.
- La Malaria maligna causada por el *Plasmodium falciparum*.

A pesar de los esfuerzos que viene realizando el programa nacional de lucha contra la Malaria, hasta hoy, los indicadores de salud, han reportado importantes incrementos en el informe de casos de malaria en la población del departamento de Tarija, que cuenta con extensas áreas endémicas. Lo que afecta de manera significativa a la población generando perjuicios humanos y económicos para el país.

4.5 El modelo de política modelo de atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural “SAFCI”

4.5.1 Alcance del modelo

“El modelo de atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio”⁹.

El modelo es operacionalizado en las redes de servicios de los establecimientos de salud, de manera integral e intercultural, abarcando no sólo la enfermedad, sino a la persona en su ciclo de vida, su alimentación, su espiritualidad y cosmovisión, así como su salud mental y todo lo relacionado con el espacio socioeconómico, cultural y geográfico, de donde provienen el/la usuario/a, la familia y la comunidad.

En la prestación de servicios la relación entre el equipo de salud, el usuario y la familia es horizontal, cuya interacción es de respeto a la cosmovisión, mediante comunicación fluida, preferentemente en el idioma del usuario, y aceptando la decisión de éste en relación a su salud y los procedimientos médicos de

diagnóstico, tratamiento y prevención, académicos o tradicionales. Existe articulación y complementariedad entre culturas.

4.5.2 Características generales del modelo de atención SAFCI

El modelo de atención tiene como características generales las siguientes:

- La atención en salud independientemente de su nivel de complejidad, está organizada en redes de servicios de salud para garantizar continuidad de la atención hasta la resolución de los problemas.
- El establecimiento en su primer nivel de complejidad (atención primaria en salud) es la puerta de ingreso al sistema de salud, y el modelo de atención SAFCI es la respuesta a las necesidades y problemas de salud.
- El trabajo del equipo de salud incluye acciones en el establecimiento y en la comunidad. Estas acciones son de promoción, información - educación - comunicación, prevención, tratamiento y rehabilitación con enfoque integral e intercultural.
- Articula la atención de la medicina biomédica y la tradicional, como un elemento fundamental de calidad de atención.
- Los mecanismos de referencia y contra referencia entre la atención biomédica y tradicional en la red de servicios son el principal vínculo para asegurar la integralidad y la continuidad del servicio.
- Responsabilidad territorial, asegurando la gestión y atención en salud de acuerdo a los principios de la salud familiar comunitaria intercultural.

- El equipo de salud es multidisciplinario, generando un trabajo de desarrollo de su propia formación profesional (intradisciplinariedad), pero además realiza labor coordinada y sistemática con otras profesiones (interdisciplinariedad).

4.5.3 Principios de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural-SAFCI.

Los principios de la **SAFCI** son:

- a) Participación social
- b) Interculturalidad
- c) Integralidad
- d) Intersectorialidad

4.5.3.1 Participación social

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural asume la participación social efectiva en la toma de decisiones, a partir del involucramiento autónomo y organizado de la comunidad urbana y rural en el proceso de Gestión Compartida en Salud, que comprende planificación, ejecución-administración, seguimiento y evaluación-control social.

4.5.3.2 Interculturalidad

Es un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto de las diferencias existente en una y entre varias culturas, en un espacio determinado, indispensable para construir una sociedad justa en el ámbito político, económico, social y cultural¹⁰.

4.5.3.3 Integralidad

La integralidad de la salud, está orientada a que el servicio de salud conciba el proceso de salud-enfermedad de las personas como una totalidad, es decir, desde la persona como ser bio-psico-social, su relación con la familia, la comunidad y el entorno. Aquí la integralidad asume la promoción, prevención, rehabilitación y recuperación del usuario/a de manera completa.

4.5.3.4 Intersectorialidad

Se asume la intersectorialidad como la intervención coordinada entre los diferentes sectores, para tratar y abordar las determinantes socioeconómicas de la salud, en alianzas estratégicas y programáticas con educación, saneamiento básico, producción, vivienda, justicia, organización social y otros, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas identificadas y optimizando recursos.

4.6 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Entre las investigaciones más destacables referidas a la malaria en el mundo se tienen las llevadas a cabo por la misma Organización Mundial de la Salud como ser:

Organización Mundial de la Salud; Aplicación de la estrategia Mundial de la Lucha contra el Paludismo 1.993-2.000; Informe Técnico N° 839; Ginebra Suiza. Conocidos son los esfuerzos realizados por la Organización Mundial de la Salud en lo que a la erradicación de enfermedades como el paludismo o la malaria se refiere, en el presente caso dichas investigación han permitido comprender el impacto que tienen estas enfermedades en varios países, y regiones endémicas.

Organización Mundial de la Salud; PALUDISMO Manual para los agentes de salud comunitaria; Ginebra. 1997.

A través de este documento la Organización Mundial de la Salud, pone a disposición de todas aquellas personas, profesionales involucrados en el trabajo en el ámbito comunitario, una guía para llegar a todo tipo de población.

LÓPEZ ANTUÑANO, Francisco J. La malaria y su sombra: I manejo integrado. Revista Facultad de Medicina UNAM Vol.44 No.1 Enero-Febrero, 2001.

El presente documento tiene especial relevancia para la investigación por cuanto se sugieren un conjunto de pautas para abordar con miras a obtener resultados positivos en el tratamiento de la malaria.

En el ámbito nacional tenemos:

MOLLINEDO R.; Informe actividades Programa Vigilancia y control de la Malaria; 1.993, M.P.S.S.P.; Bolivia.

Esta es una investigación donde se demuestra el impacto epidemiológico que ha tenido la malaria en el país. Es un estudio prolijo, donde se identifican en el ámbito nacional las principales zonas que son afectadas por esta enfermedad, pero lo más importante es su forma de abordamiento.

Universidad Mayor de San Simón Programa de Investigación Área Salud. Cochabamba. Julio 2002.

En esta investigación se pone de manifiesto el análisis del tratamiento de la malaria pero desde una perspectiva intercultural, desde una perspectiva de los pueblos originarios, indígena campesino.

5 POBLACIÓN Y LUGAR

5.1 Ubicación geográfica del municipio de Caraparí

El Municipio de Caraparí se ubica en la Segunda sección de la Región Autónoma del Chaco Tarijeño del departamento de Tarija agrupando a 49 comunidades rurales con el centro poblado más importante Caraparí (Zona Norte y Zona Sur) distante a 275 Kms. de la ciudad capital del departamento Tarija sobre la carretera troncal Tarija – Yacuiba. Asimismo, se encuentra a una distancia de 45 Kms. de la Capital de la Región Autónoma del Chaco Tarijeño, ciudad de Yacuiba¹¹.

Limita al Norte con el Municipio de Villamontes (Tercera Sección de la Región Autónoma del Chaco Tarijeño), al Sur con el Municipio de Padcaya (Primera Sección de la Provincia Arce y la República Argentina), al Oeste con el Municipio de Entre Ríos (Provincia O'Connor) y al Este con el Municipio de Yacuiba (Primera Sección de la Región Autónoma del Chaco Tarijeño) y la República de Argentina.

Con relación a la extensión territorial la Región de Caraparí, cuenta con una superficie aproximada de 3.634,49 km² (calculados sobre la base de la información del Instituto Geográfico Militar e interpretación de imágenes de satélite, respaldados por Sistemas de Información Geográfica (SIG) en los programas especializados ArcView, ArcGis y Erdas); el mapa siguiente muestra el territorio del municipio y sus límites territoriales que dan como resultado la superficie indicada.

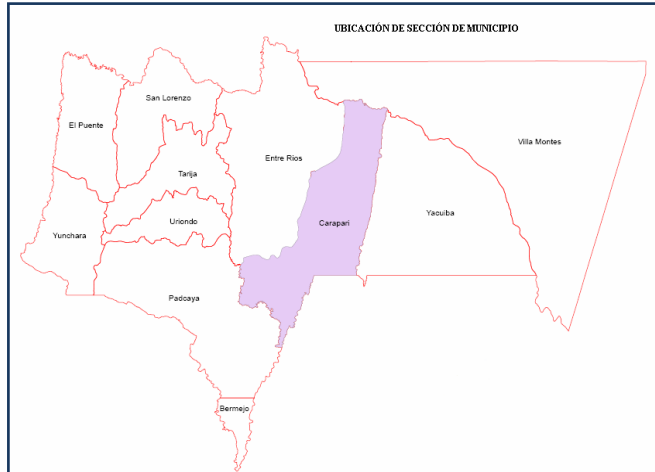
Gráfico Nº 1 Mapa de la división política de Caraparí

5.1.1 División política

La Sección Municipal de Caraparí fue creada por la Mención Legal (ML) del 19 de Octubre de 1.880 constituida por 4 cantones (Caraparí, Saladillo, Zapatera e Itau).

Con la promulgación de la Ley de Participación Popular el territorio de la Región Autónoma del

Chaco Tarijeño- Caraparí se ha reorganizado en 7 distritos



5.1.2 Aspectos Físico – Naturales

5.1.2.1 Fisiografía¹²

La provincia del Gran Chaco sur, tiene un rumbo general noreste y suroeste. Esta unidad fisiográfica se halla formada por serranías paralelas que coinciden con grandes alineamientos anticlinales alargados, asimétricos, con uno de sus flancos más tendidos que los otros, dando lugar a una morfología de “cuestas”. En medio de estos cordones hay valles secos y húmedos sinclinales angostos y anchos con depósitos coluvio – aluviales; en este ámbito fisiográfico se desarrolla todas las actividades económicas existentes del Municipio, además de que ahora en las serranías anticlinales constituyen importantes estructuras petrolíferas como son los bloques: San Alberto, San Antonio e Itaú, todas ubicadas en la jurisdicción del municipio de Caraparí.

5.1.2.2 Altitud

La fluctuación altitudinal del conjunto oscila desde los 2.125 m.s.n.m. En las cumbres más altas del cerro Alto Cauкота hacia el oeste, otro a 1.866 m.s.n.m. en la serranía Aguaragüe hacia el este, hasta menos de 500 m.s.n.m. en las partes más bajas ubicadas en las riberas del río Pilcomayo, hacia el norte. Los asentamientos humanos se encuentran en su mayoría por debajo de los 1.000 m.s.n.m.

5.1.2.3 Relieve

Se distinguen los siguientes Montañas y submontañas; con pendientes medias a fuertes.

Con estratos conformados por rocas sedimentarias pertenecientes a la era terciaria. Las cimas de las montañas son redondeadas y alargadas cuyas laderas forman valles cortos y profundos cañadones con bastante humedad; siendo el sector sur del municipio, el área donde mayormente se presentan las características anteriormente señaladas, situación que nos muestra las restricciones naturales para la interconexión vial, ampliación e incremento de la producción agropecuaria. En definitiva, estas áreas son aptas para la conservación de la fauna y flora silvestre.

5.1.2.4 Topografía

El Municipio de Caraparí se caracteriza por presentar una topografía bastante irregular, especialmente en las comunidades ubicadas al norte, sur y oeste, las que tienen poca extensión de terreno con pendientes suaves y moderadas, reduciendo significativamente el área cultivable. Existen espacios con topografía ondulada a plana, especialmente en la zona meridional.

5.1.3 Manejo Espacial

5.1.3.1 Uso y Ocupación del Espacio

El uso de la tierra en el Municipio Caraparí, la mayor parte de las tierras están ocupadas por áreas forestales de bosque nativo (no hay reposición significativa) y áreas de pastoreo con cobertura vegetal compuesto de pastos y arbustos. La superficie destinada a la actividad agrícola es pequeña (2,5 %) y a la vez tiene pocas posibilidades para expandir la frontera agrícola (1,7%).

Gráfico Nº 2 USO DE LA TIERRA - MUNICIPIO DE CARAPARÍ

Uso de tierra	Superficie (has)	Porcentaje (%)
<i>Pastoreo</i>	102.780	31,4
<i>Cultivable</i>	5.478	1,7
<i>Cultivo a secano</i>	7.595	2,3
<i>Cultivo bajo riego</i>	645	0,2
<i>Forestal nativo</i>	84.092	25,7
<i>Otros</i>	126.850	38,7
Total	327.440	100,0 %
Total	37.243,5	100%

Fuente: Diagnósticos Comunales 2010

5.1.4 Aspectos demográficos

De acuerdo a las Proyecciones de Población realizada por el INE, la 2ª sección de la región autónoma del chaco Tarijeño-Caraparí para el año 2010 cuenta con 10.034 habitantes, aproximadamente.

Gráfico N° 3 Población Estimada 2010 de la Región Autónoma del Chaco Tarijeño-Caraparí

	0 – 4	1328	
	5 – 9	1186	
	10 – 14	1063	
	15 – 19	1131	
	20 – 24	947	
	25 – 29	921	
	30 – 34	785	
Región Autónoma del Chaco Tarijeño- Caraparí	35 – 39	674	
	40 – 44	515	10034
	45 – 49	411	
	50 – 54	322	
	55 – 59	233	
	60 – 64	179	
	65 – 69	135	
	70 – 74	103	
	75 – 79	61	
	80 - mas	40	

Dentro de los resultados obtenidos en el Censo 2001, la tasa de crecimiento intercensal de la población es de 1,57.

La Región Autónoma del Chaco Tarijeño presenta la mayor tasa de crecimiento intercensal de 4,80%, en tanto que la provincia Méndez registra la menor tasa con 0,76%.

El Municipio de Caraparí es el que tiene el más alto Índice de Masculinidad en todo el departamento con un 131,02%, con una tasa global de fecundidad de 5,1 hijos por mujer y una población mayor de 15 años que vive en unión del 56,61%. El Municipio de Caraparí, agrupa a 2.170 unidades familiares y 2.152 viviendas; el promedio de personas por familia en el Municipio es de cinco miembros por familia y una densidad poblacional de 2,8 habitantes por km².

Con relación a la migración del municipio de Caraparí, se puede identificar que el 41% de personas migran hacia la ciudad de Yacuiba, el 28% del total de la migración van a la república Argentina y el 27% hacia la ciudad de Tarija.

Entre los motivos principales de la migración se puede citar que: las ciudades de Yacuiba y Tarija son receptores de población principalmente en edad escolar y/o estudiantes. Finalmente cabe indicar que la migración hacia la Argentina es principalmente por motivos laborales; información del Censo 2001 del INE. Por otra parte, se tiene que dentro de las características de la migración, el 92% de la población migra en forma temporal y el 8% de forma permanente o definitiva.

5.1.5 Aspectos culturales y educación

Según la bibliografía histórica, las poblaciones originarias del municipio de Caraparí pertenecían al territorio de los Chiriguanos, Chanés, Tobas y Matacos que vivían asociados a los naturales de Chururuti, Chimeo e Itaú. El origen de los principales pobladores - los Chiriguanos- es probablemente la etnia “Tupi-Guaraní”, quienes para llegar a estos lugares recorrieron el Paraná Medio por el Río Pilcomayo hasta las tierras de Tarija¹³.

Los Chiriguanos o Abas, provienen del Paraguay, éstos emigraron en busca de mejores tierras para el cultivo de obati, (maíz), calabaza (gindaca), poroto (kumanda). Como consecuencia, del crecimiento poblacional optaron por migrar a tierras sin mal (Yvy imaraa).

Respecto a la religión, la mayor parte de la población es católica, alcanzando un porcentaje superior al 85%. En las últimas dos décadas, los adeptos a religiones protestantes (evangélicos pentecostales, Testigos de Jehová, y otros) han ido incrementando paulatinamente su número en detrimento de la iglesia católica. Sin

embargo una parte de esta población todavía mantiene algunas creencias tradicionales en los aháát (espíritus de los fallecidos).

En el municipio de Caraparí existen seis núcleos educativos, donde funcionan 45 unidades educativas albergando a un total de 3.330 alumnos en 146 aulas existentes. Significa que funcionan un promedio de 7,5 unidades educativas por núcleo. La unidad educativa con menor grado alcanza al 4to de primaria, en tanto que la con mayor grado tiene el 4to de secundaria. En 38 comunidades (84%) y en los 2 barrios existen establecimientos educativos, constituido por una escuela multigrado; es decir, una escuela con varios grados escolares atendidos simultáneamente por un solo profesor.

5.1.6 Índice de pobreza

En el último censo 2001, se empadrono a 391.226 habitantes en el departamento. Para efectos de cálculo de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) solo se considera la población empadronada que vive en viviendas particulares; entonces para el cálculo de la pobreza se considera solo a 371.929 habitantes.

La población del departamento de Tarija que se halla en situación de pobreza moderada alcanza a 35,9%, la que está en el umbral de pobreza en 30,5%, con necesidades básicas satisfechas 18,7% en el nivel de indigencia de 14,6% y en condiciones de marginalidad el 0,3%.

En el área urbana del Departamento el 30,5% de la población es pobre, mientras que en el área rural este porcentaje alcanza 86,6%.

Se puede observar, que todavía existen problemas mayores en el área rural, referidos a los insuficientes espacios en la vivienda, los materiales de construcción, inadecuados servicios de agua y saneamiento, inadecuados

insumos energéticos, el mayor porcentaje de necesidad insatisfecha es el de Educación con 60,5% (46,6% área urbana y 91% en área rural) y el menor porcentaje de necesidad insatisfecha es la de Salud con 9,6% para el área urbana y 23% para área rural.

Tal como se observara en las líneas siguientes en el Municipio de Caraparí la Malaria es endémica y de transmisión estacionaria, afecta a sus 7 distritos, con mayor incidencia en las zonas de más alto riesgo.

5.1.7 Tasa de mortalidad

Con referencia al Municipio de Caraparí las principales causas de Morbilidad y Mortalidad son las siguientes:

Gráfico N° 4 Causas de Morbilidad y Mortalidad en el Municipio de Caraparí Gestión 2010

Municipio	Morbilidad	Mortalidad(Materna/Infantil)
Caraparí	Iras	Shock Hipovolemico
	Edas	Hipertensión Arterial
	Chagas	Hemorragias de la primera mitad del embarazo
	Fiebre Tifoidea	Hidrocefalia
	Parasitosis	Sufrimiento fetal
	Malaria	Neumonía grave
	Tuberculosis	

Fuente: Coordinación de la Red de Salud

Gráfico Nº 5 Tasa de Mortalidad por municipios Departamento de Tarija 2008

MORTALIDAD Y SUBREGISTRO POR MUNICIPIOS, TARIJA 2008

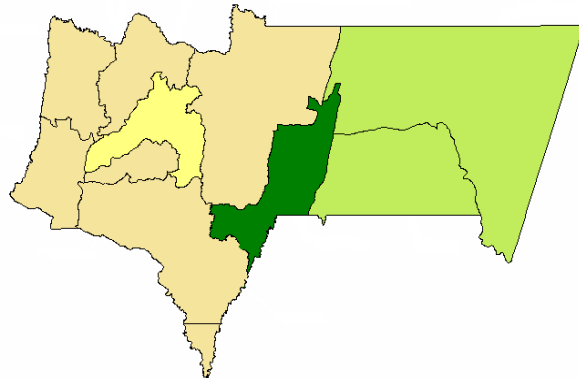
MUNICIPIO DONDE FALLECIÓ	POBLACIÓN	TASA DE MORTALIDAD X 1000 h.	DEFUNCIONES ESPERADAS	DEFUNCIONES REGISTRADAS	SUB REGISTRO
Total	496987	6,6	3280	1352	59,18%
Tarija	199937	5,2	1040	956	8,05%
Bermejo	38847	7	272	72	73,52%
Yacuiba	125848	6,2	780	187	76,03%
Caraparí	9987	6,2	62	13	79,00%
V. Montes	27160	6,2	168	31	81,59%
Yunchara	5462	13	71	12	83,10%
S. Lorenzo	23815	11	262	30	88,55%
El Puente	10353	11	114	11	90,34%
Uriondo	13396	12	161	11	93,16%
Padcaya	21010	7	147	8	94,56%
Entre Ríos	21172	8,5	180	8	95,55%
Padcaya	21010	7	147	8	94,56%
Sin Datos*				13	

FUENTE: Elaboración propia en base a datos de población del INE y Certificados de defunción, del SNIS – VE SEDES Tarija

Gráfico Nº 6 Enfermedades prevalentes

Chagas

En la gestión 2008 y 2009 se realizó un estudio de campo sobre la efectividad de carbamatos y organofosforados en áreas **piretroide resistentes**, que recomienda el rociado con carbamatos, con 3 ciclos por año; el 2009 se empieza a trabajar con el bendiocarb a 250 gr/carga.

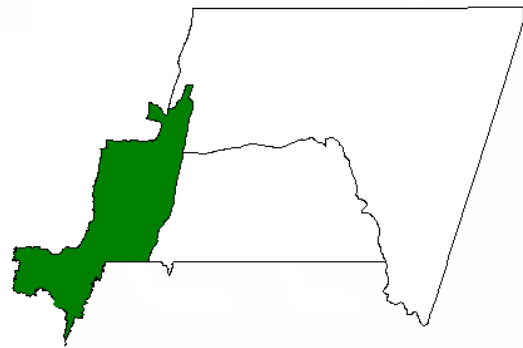


La enfermedad de Chagas, es el daño endémico más importante de Caraparí y el departamento, puesto que 10 de los 11 municipios están infectados por el vector; pese a las medidas de prevención y control que se ejecutan no se ha podido

controlar aun el ciclo de transmisión de la enfermedad, encontrándonos aun lejos de su erradicación. Las viviendas aun infestadas a nivel departamental (6,8%), es decir 2.847 viviendas mantienen el vector al interior del domicilio; de las cuales en 2.071 viviendas el (5%), el vector reside en el peri domicilio. La evaluación entomológica post rociado muestra los siguientes resultados en el municipio de Caraparí:

Gráfico N° 7 Municipio de Caraparí

En el Municipio de Caraparí se rociaron con 2 ciclos 321 viviendas en 16/83 comunidades bajándose el Índice de Infestación de Vivienda del 55,8% al 10,5% caracterizándose particularmente en el Intradomicilio, donde el Índice de Infestación disminuyó de 48,8% a 5% y el peri domicilio de 32% a 6,4%.



5.1.8 La Malaria

La Malaria que se presenta en el departamento es Malaria Benigna, producida por el parásito **Plasmodium vivax** y transmitida por el vector, Anopheles Pseudo Punctipennis (mosquito). La enfermedad se encuentra en las zonas tropicales y subtropicales del departamento es decir en 6 de los 11 municipios (Caraparí, Yacuiba, Villamontes, Entre Ríos, Padcaya y Bermejo), donde habitan 181.895 habitantes que constituyen alrededor del 46% de la población.

Gráfico N° 8 Mapa de ubicación según zona geográfica de la malaria

La transmisión de la enfermedad es estacional y de características endémicas, es así que en el año 2009 se presentaron 158 casos de malaria en la región como muestra el siguiente cuadro.

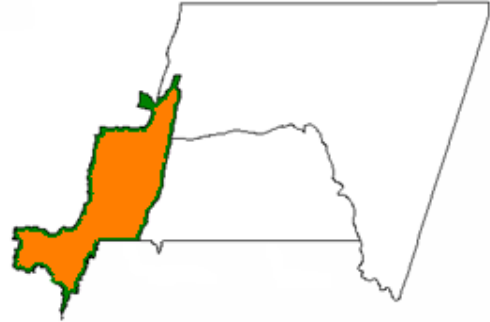


Gráfico N° 9 Casos de Malaria por municipio Departamento Tarija Gestión 2009

MUNICIPIO	Nº DE CASOS
<u>Caraparí</u>	<u>158</u>
Yacuiba	811
Villamontes	56
Padcaya	41
Bermejo	142
Entre Ríos	25
Cercado	0
Yunchara	0
Uriondo	0
San Lorenzo	4
El Puente	0
TOTAL	1237

El Índice Parasitario Anual (IPA) es un indicador métrico que nos señala el número de casos sobre la población en riesgo por mil habitantes y este indicador en el año 2004 fue de 10,7 por mil habitantes hasta el mes de octubre. La distribución del IPA por municipio indica que Caraparí tiene el índice más alto de 27,6 habitantes, Padcaya 15 por mil, Yacuiba 6,2 por mil y Villamontes 5,8 por mil habitantes.

Gráfico N° 10 Casos de malaria por meses municipio de Carapari Gestión 2010

Ene	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Juni	Julio	Agosto	Septi	Oct	Nov.	Dic.
31	36	70	40	22	15	10	3	7	6	9	21



Fuente Coordinación Red de Salud Carapari 2010

Los meses que mayor número de casos se han diagnosticado fueron Enero con 31 casos, Febrero con 36 casos y especialmente Marzo (el mayor pico de la curva) con 70 casos, para luego descender a 40 en Abril, 22 en Mayo y 15 en el mes Junio, hasta llegar al mes de Octubre con 6 casos, y volver a ascender los meses de Noviembre con 9 casos y Diciembre con 21. Como podemos observar el comportamiento de la enfermedad en el Municipio es Estacional, a predominio del verano.

5.1.9 Perfil epidemiológico

El perfil epidemiológico de la región es variada por localidades se detecta un tránsito de perfil epidemiológico de enfermedades llamadas de la pobreza hacia enfermedades del desarrollo.

Vemos que enfermedades como diarreas, gastroenteritis, respiratorias, deficiencias nutricionales, Chagas. **Malaria**, dengue, leishmaniasis tuberculosis, son prevalentes de la región. Un inadecuado saneamiento básico, calidad de vivienda, la falta de asistencia oportuna, ausencia y falta de aplicación de programas preventivos promocionales de apoyo son determinantes del proceso salud enfermedad lo que traducen en una elevada incidencia y prevalencia de enfermedades ligadas a la pobreza como es la Malaria.

El perfil epidemiológico es típico de el primer nivel de atención ya que los casos que requieren mayor nivel de resolución son referidos a la ciudad de Yacuiba siendo en numero aproximado de 48 casos de referencia al año en los diferentes grupos etéreos tomando en cuenta menores de 5 años, mujer embarazada, y pacientes de 5 a 59 años y pacientes de 60 años a mas.

Pese a que Carapari es una de las regiones con el mas alto ingreso per cápita del país esto no se refleja en la realidad, debido a los bajos indicadores de desarrollo humano en comparación a otros regiones del país y del departamento y a la deficiente capacitación continua al recurso humano debido a la mala planificación y a la falta de voluntad política de las autoridades locales. La tendencia histórica de la malaria en el departamento de Tarija, fue la siguiente:

- El año 1990 se reportaron un total de 5714 casos de Malaria
- El año 1995 se reportaron un total de 11549 casos de Malaria

- El año 1996 se reportó un importante pico con un total de 22331 casos de Malaria
- El año 2000 se reportaron un total de 4832 casos de Malaria
- El año 2005 se reportaron un total de 5099 casos de Malaria
- El año 2006 se reportaron un total de 1778 casos de Malaria
- El año 2007 se reportaron un total de 1283 casos de Malaria

El año 2007 se presentó una mayor incidencia de casos en los meses de Enero, Abril y Diciembre. Que corresponden a las semanas epidemiológicas: primera, entre la 17 y 21 semana, y la 49 semana epidemiológica.

La incidencia de casos por municipio Carapari en el año 2010

232 casos positivos

4200 muestras hemáticas

6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 Objetivo General

Establecer las prácticas preventivas promocionales e interculturales para la enfermedad de malaria en la comunidad de saladillo distrito tres del Municipio de Carapari

6.2 Objetivos específicos

- Describir las condiciones ambientales como factor de riesgo para la malaria centrado en la vivienda
- Establecer las prácticas culturales de control de la enfermedad de malaria
- Proponer un proyecto para el control de la malaria con enfoque intercultural

7 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

7.1 Diseño

El estudio de investigación es de tipo Cuantitativo apoyado por un diseño de tipo cualitativo.

Aplicamos una encuesta aleatoria simple semiestructurada, a 70 personas, con un nivel de confianza del 95%.

Marco muestral padre y madres de familia que residen en la comunidad de Saladillo.

Criterios de la muestra, 95% de confianza, error muestral de 5%, probabilidad de encontrar una persona que sepa de malaria 50% tomado como una medida convencional, siendo que no se conoce este indicador y un complemento q^* de 50%.

Con estos criterios resulto 66 el tamaño final de la muestra, sin embargo para dar más consistencia a los resultados encuestamos a 70 personas las mismas que en total se reflejan en el análisis correspondiente.

Para el cálculo utilizamos una base Excel propuesta por el licenciado Pablo Sánchez Villegas considerando los criterios arriba mencionados.

Para el complemento cualitativo utilizamos grupos focales en un numero de 2, para evitar la saturación teórica, considerando que existen 19 personas formamos dos grupos focales de no más de 7 personas.

Los resultados presentamos de forma descriptiva, apoyado con una base de datos con planillas manuales y la construcción de tablas y graficas de salida en una base Excel.

Los instrumentos a utilizarse para obtener la información son encuestas tipo cuestionario, las preguntas son abiertas y cerradas. La población objetivo que fue involucrada en cada uno de los objetivos definidos es de 70 entre padres o jefes de familias líderes comunitarios, promotores de salud.

Para dar consistencia a los resultados de la encuesta aplicamos un batería de preguntas en grupos focales, compuesto de no más de 7 personas, realizamos en total 2 grupos focales compuestos por médicos tradicionales y padres de familias que durante la encuesta los identificamos en un total de 19 personas con experiencia en medicina tradicional.

Las preguntas se refirieron fundamentalmente a reforzar las preguntas abiertas de la encuesta.

Otra técnica utilizada fue la recopilación documental y la observación directa, para ver las condiciones ambientales de la vivienda y su entorno como un factor de riesgo para la aparición de la malaria.

Para su valoración tomamos en cuenta la clasificación que la Gerencia de Red maneja en 3 categorías y es en este sentido que presentamos los resultados.

7.2 Fases de la investigación

Presentación

Orientar dando a conocer la razón de ser la entrevista

Realizar la entrevista

Trascripción de la entrevista
Interpretación y Análisis de las respuestas
Informe final

Las presentes fases serán desarrolladas sistemáticamente en el transcurso de la propia investigación y específicamente en el capítulo correspondiente a los resultados y evaluación de los mismos.

7.3 Descripción de los resultados

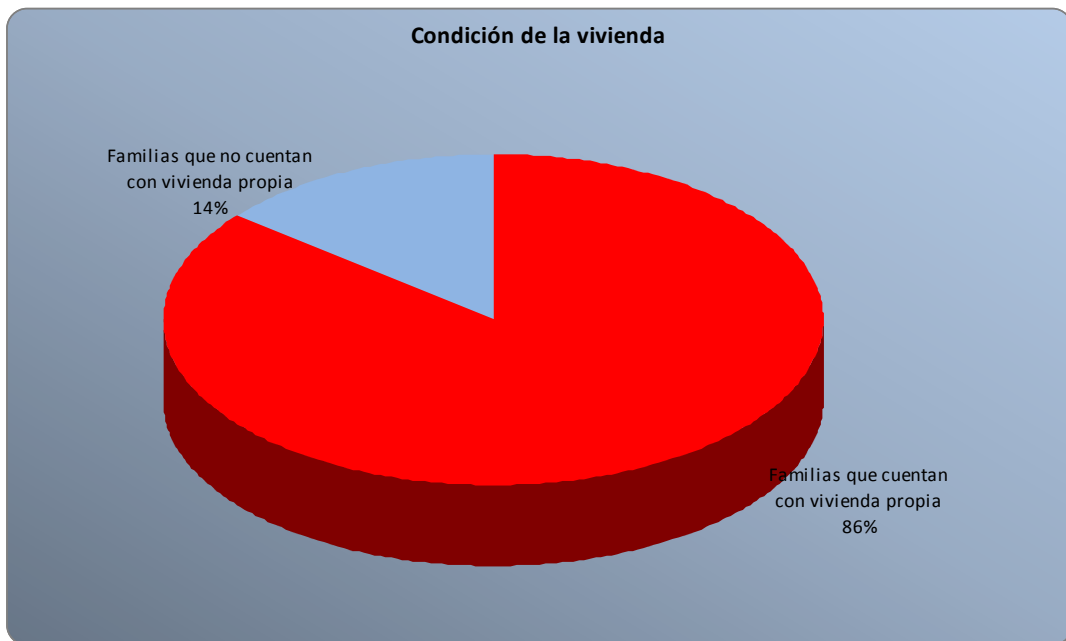
En lo que va de las siguientes líneas se presenta un levantamiento de las condiciones físicas de las viviendas de las familias de la comunidad de Saladillo como una primera parte, y una segunda parte donde se centra el estudio en la percepción intercultural de la enfermedad de la malaria.

Cuadro Nº 1 Condición de la vivienda, 2011

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Familias que cuentan con vivienda propia	60	86
Familias que no cuentan con vivienda propia	10	14
Total	70	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta aplicada a la población de Saladillo durante los días del 18 al 20 de agosto del 2011.

Gráfico Nº 11 Condición de la vivienda comunidad de saladillo agosto 2011



El 86% (60 familias) cuenta con una vivienda propia, mientras que el 14% restante no cuenta con una vivienda; esto refleja en gran medida la calidad de vida de las familias de la comunidad de Saladillo, pues hoy en día en la comunidad por el auge de la explotación de hidrocarburos sus beneficios convierten a esta región del Chaco tarijeño en una zona con un alto índice per cápita en relación a otras secciones.

7.3.1 Materiales de construcción

En los siete distritos, se evidencia características similares.

Respecto a la definición y clasificación de las viviendas se puede indicar:

- Viviendas del tipo I: Tienen techo de calamina o teja, pared de ladrillo y el piso de mosaico.
- Viviendas del tipo II: Tienen techo de chapa o teja, pared de adobe y el piso de cemento o ladrillo.
- Viviendas del tipo III: Tienen de techo de paja o palma, pared de palo apique/madera y el piso de tierra apisonada.

El cuadro 11, muestra los tipos de viviendas de las comunidades que conforman los distritos del municipio y donde se puede apreciar que la mayor parte de las viviendas son de tipo II (79.4%), le sigue en importancia viviendas del tipo III (15.4%), y por último se presenta viviendas del tipo I (5.2%).

Gráfico N° 12 Tipos de viviendas por distritos

DISTRITOS	VIVIENDAS						TOTAL
	TIPO I	%	TIPO II	%	TIPO III	%	
Distrito 1	1	0.2	309	45.7	366	54.1	676
Distrito 2	12	3	362	91.6	21	5.4	395
Distrito 3	<u>25</u>	<u>5.2</u>	<u>382</u>	<u>79.4</u>	<u>74</u>	<u>15.4</u>	<u>481</u>
Distrito 4	17	17	70	70	13	13	100
Distrito 5	3	0.9	319	83.5	60	15.7	382
Distrito 6	5	2.3	96	44.7	114	53	215
Distrito 7	63	2.8	1538	68.4	648	28.8	2249

Fuente: Gerencia de red Carapari gestión 2010

En Saladillo la mayoría de las viviendas tienen las características de las viviendas del tipo II en un 75%, le sigue en importancia el tipo III con 16% y finalmente el tipo I con 9%, a continuación se presenta un cuadro descriptivo de **50 familias carpetizadas** dichas características:

MATERIAL DE CONSTRUCCION DE LA VIVIENDA	ADOBE CON REBOQUE	%	ADOBE SIN REBOQUE	%
50 FAMILIAS CARP.	28	56	22	44
TIPO DE TECHO DE LA VIVIENDA	TECHO DE TEJA		TECHO DE OTROS MATERIALES	
50 FAMILIAS CARP.	43	86	7	14

TABLA 5. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Un 86% de las viviendas dentro del cantón de Saladillo tienen techo de teja y paredes de adobe sin revoque en un 44%, pero el 56% de las viviendas tienen pared de adobe con revoque.

7.3.2 Distribución de los espacios según la ocupación y el uso.

Las viviendas también se caracterizan por el uso que se les da a las habitaciones, las mismas que sirven como depósito, cocina, dormitorio, inclusive en algunos casos sirven para la crianza de animales. Esta disposición de espacios condiciona el hacinamiento, son muy pocas las viviendas que destinan una habitación exclusivamente para dormitorio, generalmente dentro de un espacio se destina un área mínima para dormir, o llega a conformarse espacios múltiples en una sola habitación. En la mayoría de las viviendas se puede identificar básicamente espacios destinados para dormitorio, cocina a leña, depósito de alimentos y letrina. El comedor recepción esta dado por un espacio cubierto por un toldo construido de cañas.

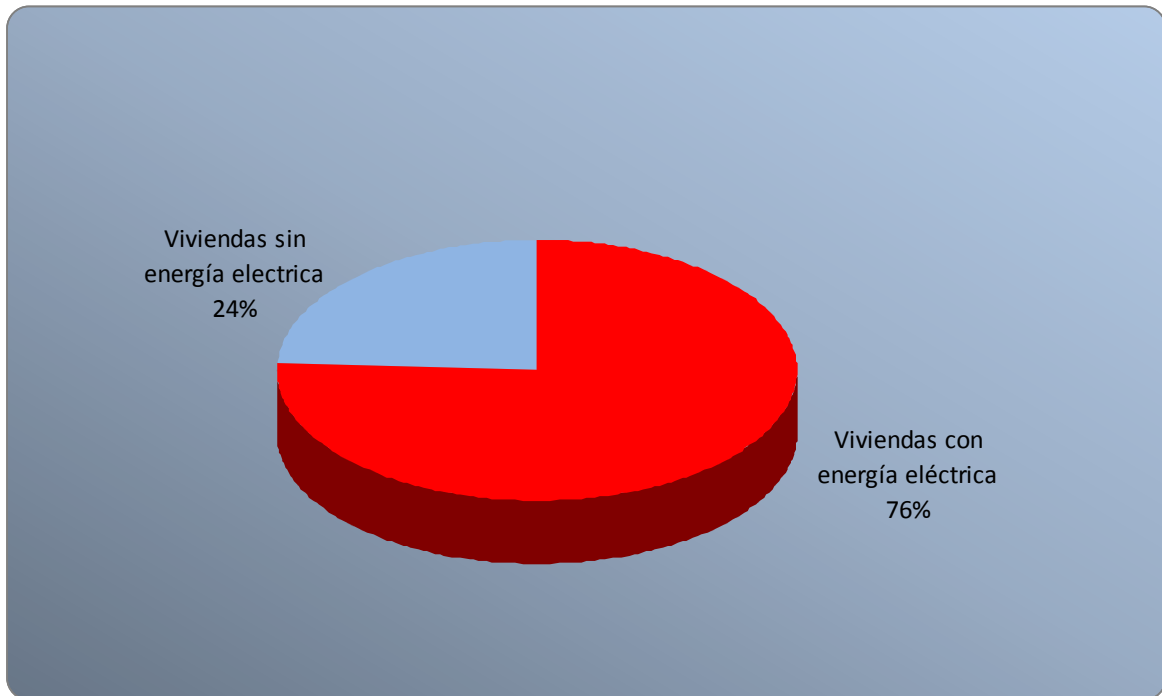
7.3.3 Servicios básicos (luz-agua-disposición de basura y excretas)

Cuadro Nº 2 Servicios de energía eléctrica, 2011

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Viviendas con energía eléctrica	53	76
Viviendas sin energía eléctrica	17	24
Total	70	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta aplicada a la población de saladillo durante los días del 18 al 20 de agosto del 2011.

Gráfico Nº 13 Servicios de energía eléctrica comunidad de saladillo agosto 2011



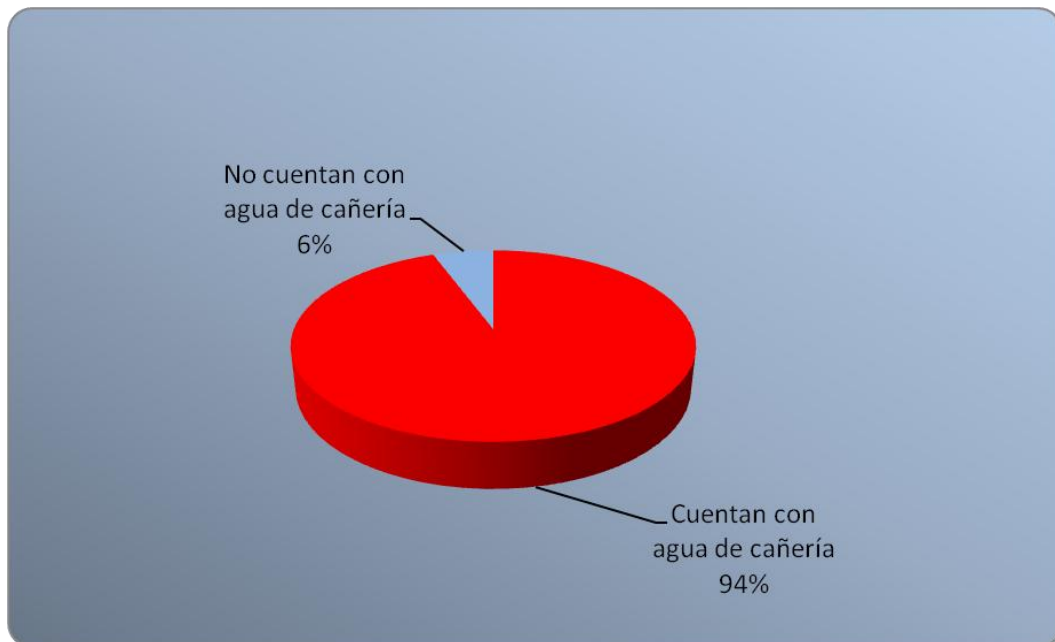
El 76% de las familias cuenta con luz intradomiciliaria especialmente las ubicadas en áreas centrales de las comunidades (53 familias), el 24% de las familias especialmente dispersas no cuentan con luz eléctrica (17 familias). Estas cifras reflejan en cierta medida los beneficios de los que puede llegar a gozar Carapari así como la comunidad de Saladillo, ya que por su condición de provincia hidrocarburífera le permite acceder a regalías y fondos provenientes del IDH, redundando dicha situación en la calidad de vida de sus habitantes.

Cuadro N° 3 Servicios de agua

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Cuenta con agua de cañería	66	94
No cuentan con agua de cañería	4	6
Total	70	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta aplicada a la población de Saladillo durante los días del 18 al 20 de agosto del 2011.

Gráfico N° 14 Servicios de agua comunidad saladillo agosto 2011



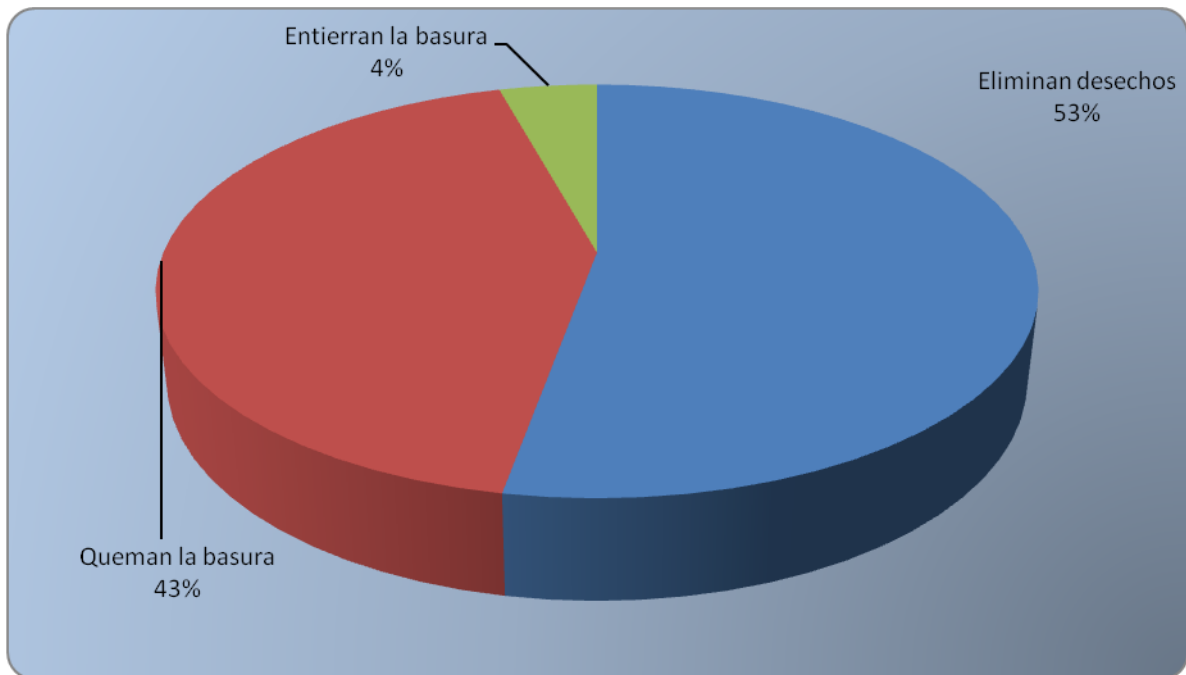
Casi la totalidad de la población cuenta con agua de cañería un 89% (76 familias) la cual llega de la comunidad de Nazareno, solo 11% (4 familias) recogen y consume agua de las quebradas circundantes, o sus caños sufren de desperfecto lo cual les obligan a consumir agua de otras fuentes. Este es otro aspecto más que el Municipio de Carapari y específicamente en la comunidad de Saladillo se está sabiendo aprovechar con miras a mejorar la calidad de vida de sus pobladores, no hay que olvidar que hasta hace una o dos décadas atrás estas poblaciones no contaban con el desarrollo que ahora se evidencia, su fuerte influencia cultural determinaba en cierta medida que sus pobladores asuman la realidad con bastante conformismo.

Cuadro N° 4 Servicios de eliminación de basura

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Eliminan desechos	37	53
Queman la basura	30	43
Entierran la basura	3	4
Total	70	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta aplicada a la población de Saladillo durante los días del 18 al 20 de agosto del 2011.

Gráfico N° 15 Servicios de eliminación de basura comunidad de saladillo agosto 2011



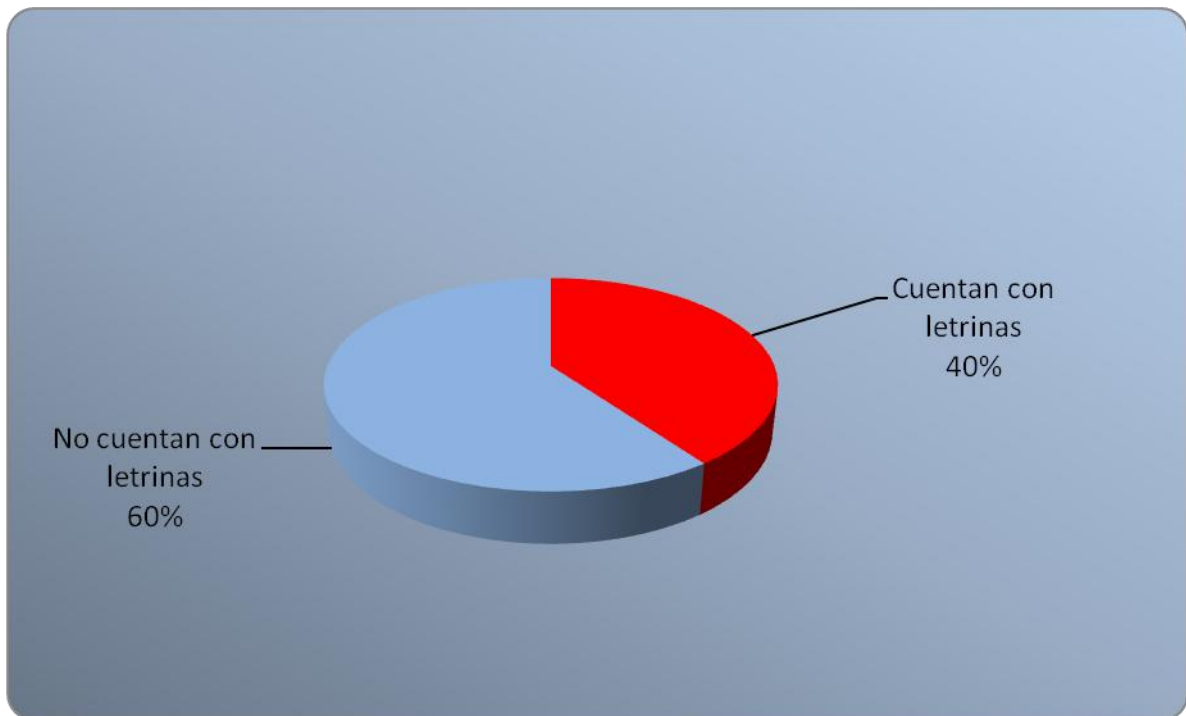
En cuanto a la basura un 53% (37 familias) admite que elimina sus desechos al aire libre, un 43% (30 familias) refieren que lo queman y eliminan al campo abierto, y solo el 4% (3 familias) refieren que lo entierran.

Cuadro Nº 5 Uso de letrinas, 2011

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Cuentan con letrinas	28	40
No cuentan con letrinas	42	60
Total	70	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta aplicada a la población de Saladillo durante los días del 18 al 20 de agosto del 2011.

Gráfico Nº 16 Uso de letrinas comunidad de saladillo agosto 2011



El 40% (28 familias) cuentan con letrinas en sus casas, el resto que corresponde al 60% (42 familias) realiza sus deposiciones al aire libre o campo abierto.

7.3.4 Animales intra-domiciliarios

La mayoría de las familias se dedican a la cría de ganado ovino, caprino, porcino, equino, vacuno, gallinas, pollos, etc., siendo estos últimos quienes se encuentran en cercanías de las viviendas o viviendo intra domiciliariamente correspondiendo al 81% (62 familias) y solo el 9% (15 familias) mantienen a los animales de corral fuera de sus domicilios o prácticamente no se dedican al cuidado de estos animales pero cuentan con gatos y perros como animales domésticos.

Gráfico N° 17 Crianza de animales dentro de la vivienda

Corral lejos de la vivienda	3.5%
Corral cerca de la vivienda	7%
Animales domésticos dentro de la vivienda	81%
Animales de granja en la vivienda	8.5%

TABLA 6. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

En el 81% de las viviendas existen animales domésticos dentro de la misma, le sigue la presencia de animales de granja en un 8.5%. Este resultado refleja la relación que existe entre el hombre de la comunidad de Saladillo que es predominantemente de origen Chiriguano o Tupi Guaraní con la naturaleza, el desarrollo de estos pueblos está íntimamente ligado al medio ambiente, por lo que se explica que no tengan reparos en criar a sus animales domésticos muy cerca o dentro de sus propias casas.

7.3.5 Número de miembros por vivienda y por dormitorio

PERSONAS POR HABITACIÓN

Una a dos	20%
Tres	31.5%
Cuatro	22%
Cinco	24%
Seis o más	2.5%

TABLA 7. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Se observa que el porcentaje de personas que duermen por dormitorio, en 50 carpetizaciones realizadas es de un 31.5% tres personas por habitación, cinco personas por habitación en un 24% y una a dos en un 20%. Estos porcentajes reflejan un elevado hacinamiento que existen en los hogares.

7.3.6 Número de miembros por familia:

NUMERO DE MIEMBROS POR FAMILIA	
2-3 miembros	38 familias
4-5 miembros	49 familias
6-7 miembros	44 familias
8-9 miembros	30 familias
Mas de 10 miembros	39 familias
TOTAL	200

TABLA 8. FUENTE: ESTADÍSTICA U.E. LIDIA GALARZA

Este dato permite complementar y reafirmar que existe elevado número de integrantes por familia y la predisposición a hacinamiento en toda el área de influencia al Establecimiento.

7.4 Segunda parte: aplicación de la investigación en campo

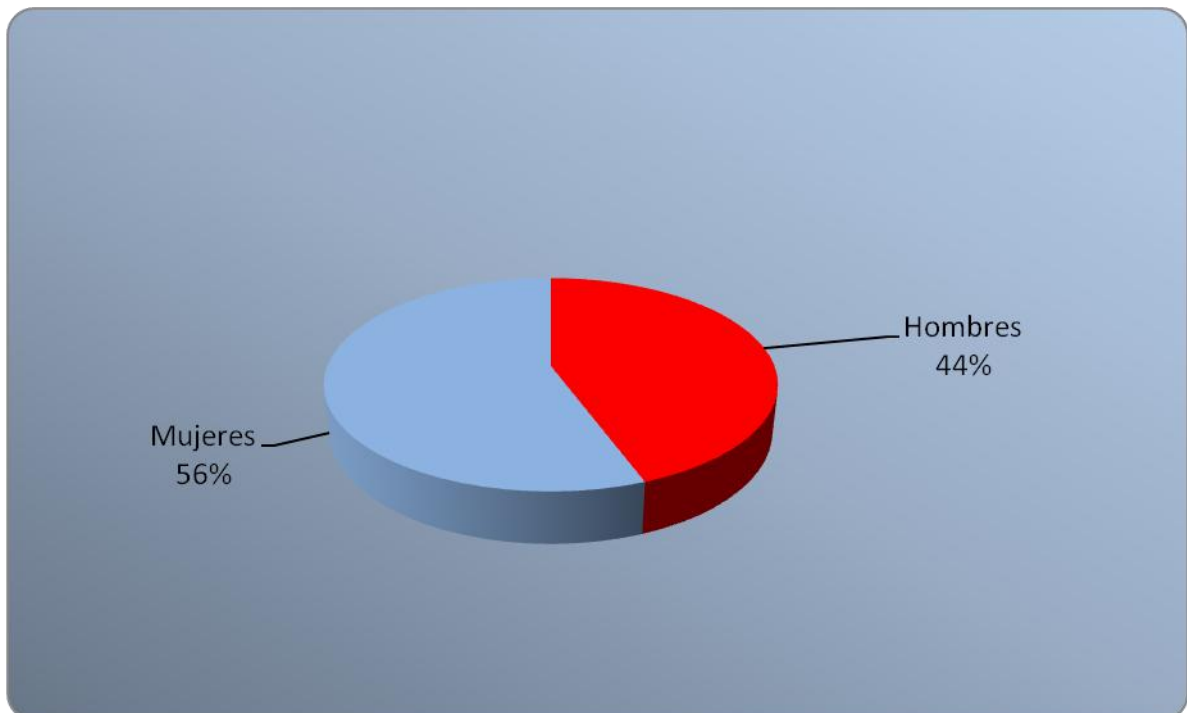
7.4.1 Descripción de los encuestados de la comunidad de saladillo

Cuadro Nº 6 Población de Saladillo según sexo

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	31	44
Mujeres	39	56
Total	70	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta aplicada a la población de Saladillo durante los días del 18 al 20 de agosto del 2011.

Gráfico Nº 18 distribución de la población Según sexo comunidad Saladillo Municipio Carapari, agosto 2011



De las 70 personas encuestadas el 56% son mujeres y el 44% son varones. Este resultado llama la atención desde una perspectiva intercultural, dado que como se sabe por idiosincrasia el componente femenino siempre tuvo mayor presencia entre las poblaciones originarias Tupi Guaraníes y se destacaba en ese sentido el

rol domestico de la mujer, en cierta medida esto aclara el resultado que se observa en el cuadro y gráfico precedentes.

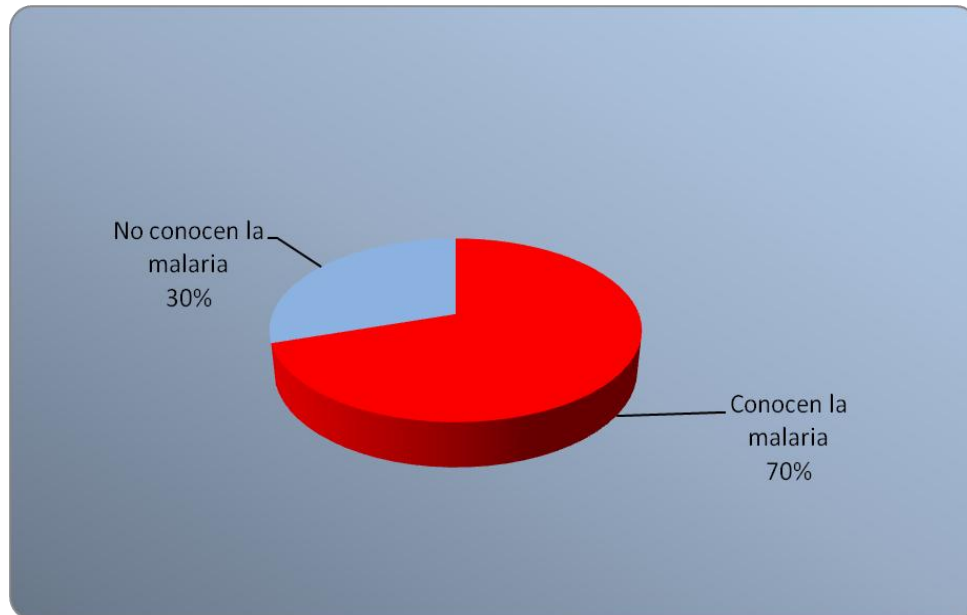
7.4.2 Interpretación de los resultados finales obtenidos según conocimiento de la malaria

Cuadro Nº 7 Conocimiento sobre la enfermedad

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Conocen la malaria	49	70
No conocen	21	30
Total	70	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta aplicada a la población de Saladillo durante los días del 18 al 20 de agosto del 2011.

Gráfico Nº 19 grado de conocimiento de la enfermedad de malaria, comunidad Saladillo Municipio Carapari, agosto 2011



Con relación a los conocimientos sobre la enfermedad de malaria, el estudio muestra que el 70% de los entrevistados conocen la enfermedad, casi en su mayoría por experiencia el 30% no conoce o no responde. Desde una perspectiva intercultural estos saberes y tradiciones hacen que la epidemiología no sólo reconozca a los pueblos indígenas, sino que intenta describir y comprender su

situación de salud, se relaciona con ellos, ampliando sus propios modelos explicativos, para entenderla y buscar conjuntamente las soluciones más pertinentes en términos culturales.

Cuadro Nº 8 Conocimientos sobre la transmisión de la malaria

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Saben como se transmite la malaria	61	87
No saben como se transmite	9	13
Total	70	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta aplicada a la población de Saladillo durante los días del 18 al 20 de agosto del 2011.

Gráfico Nº 20 grado de conocimiento de formas de transmisión de la enfermedad de malaria, comunidad Saladillo Municipio Carapari, agosto 2011



Pese a que la mayoría (87%) sabe sobre el modo o forma de transmisión de malaria, ya sea por la picadura del mosquito o por una persona infectada o enferma, no aplican medidas prácticas del cuidado para evitar la picadura, este paradigma de la gente trae como consecuencia un retraso en el control vectorial, por otra parte no es suficiente “conocer” si este conocimiento no va acompañada

de una práctica cotidiana, es posible que este resultado este reflejando una debilidad del programa de prevención municipal basada en proporcionar información sin llegar a un verdadero cambio de conducta, por otra parte, el 13% no conoce o no responde, reflejando otro indicador de la ineficacia de los programas de control de la malaria que implican mucha gasto económico.

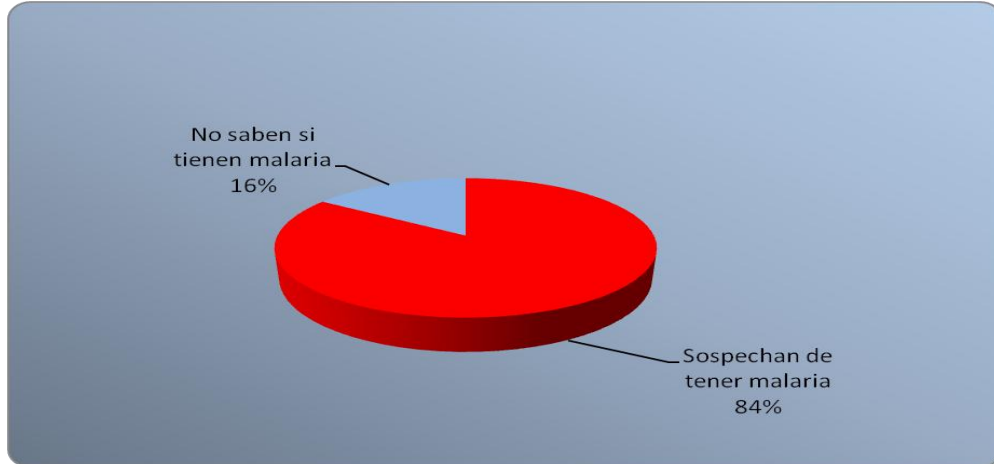
Con base a estos resultados, una propuesta posible es cambiar el modelo de capacitación que se realiza actualmente basada en información, para convertir en cambio de conducta valorando y partiendo de un diagnóstico de sus costumbres y formas de aprender propias de la comunidad guaraní. No debemos olvidar que la cultura implica un modelo mental que no es necesariamente compatible al modelo occidental como han sido concebidos los programas de Información, Educación y Comunicación (I.E.C.), cuando el mejor referente es la promoción de la salud partiendo de conductas saludables.

Cuadro N° 9 Sospecha de tener malaria

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Sospechan de tener malaria	59	84
No saben si tienen	11	16
Total	70	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta aplicada a la población de Saladillo durante los días del 18 al 20 de agosto del 2011.

Gráfico N° 21 grado de conocimiento de sospecha de tener la enfermedad de malaria, comunidad Saladillo Municipio Carapari, agosto 2011



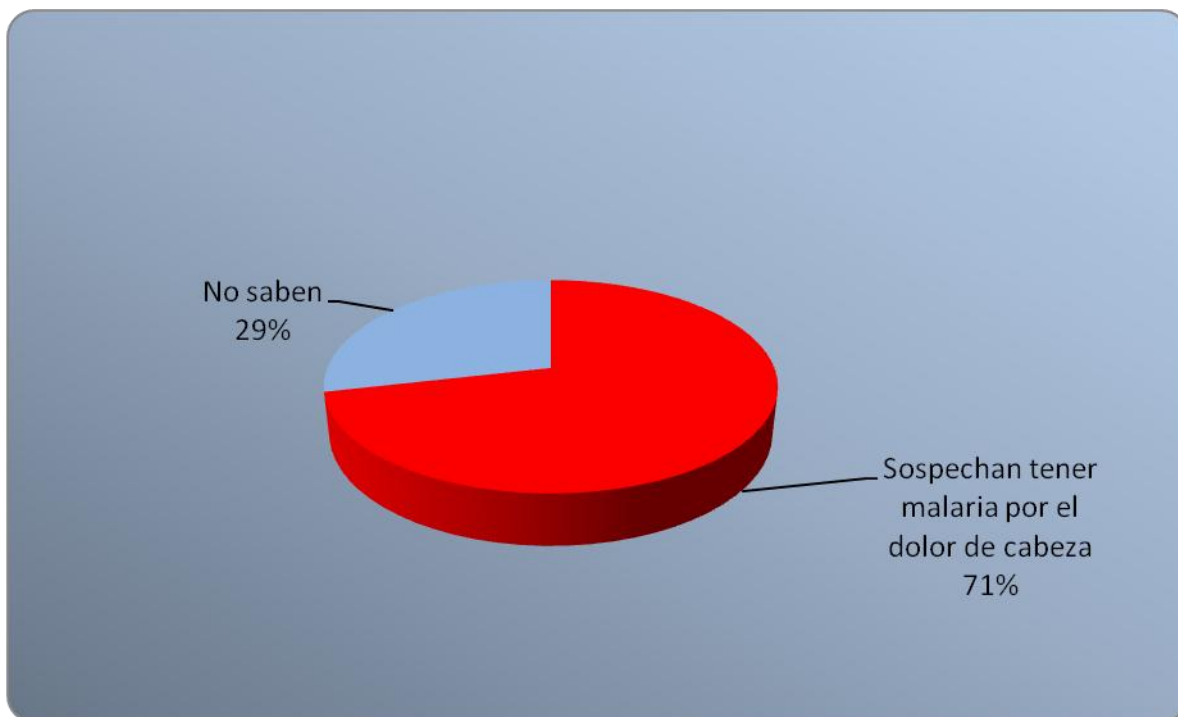
El 84% admite presumir o sospechar que tiene la enfermedad por experiencia, debido a: fiebre intermitente día por medio, malestar, dolor de cabeza, chusjchuj, el 16% no conoce o no responde. Estas respuestas tienen una relación con el carácter intercultural de la comunidad de Saladillo, sabido es que la realización de diagnósticos con enfoque sociocultural, y más aun intercultural, es un largo proceso de construcción de conocimiento colectivo, para el cual no existen caminos únicos. Y esto es lo que sucede en esta población.

Cuadro Nº 10 Según los síntomas sospechan si tienen malaria

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Sospechan tener malaria por el dolor de cabeza	50	71
No saben	20	29
Total	70	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta aplicada a la población de Saladillo durante los días del 18 al 20 de agosto del 2011.

Gráfico Nº 22 grado de conocimiento de la enfermedad de malaria, según sintomatología comunidad Saladillo Municipio Carapari, agosto 2011



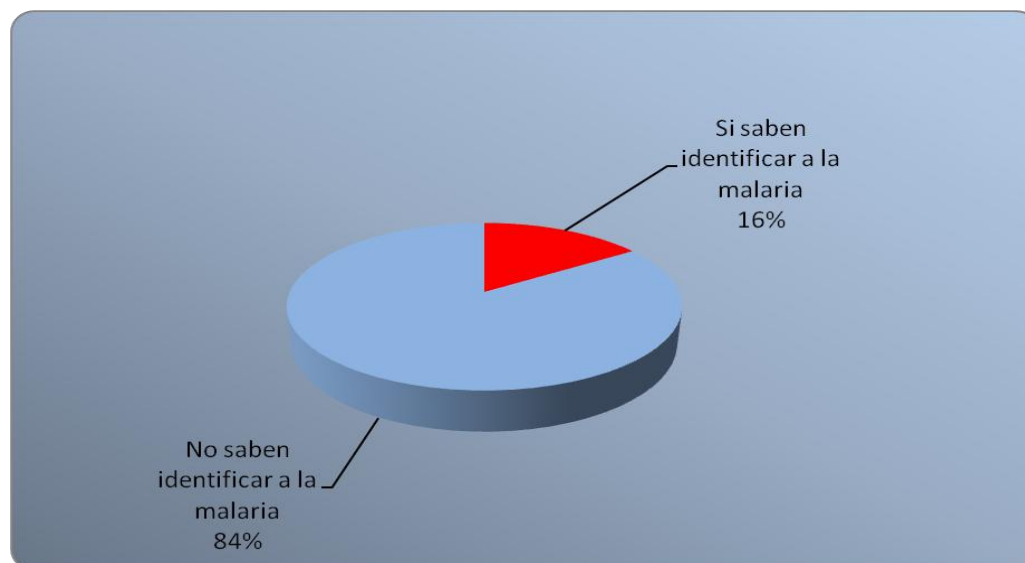
Los guaraníes como muchas otras naciones indígenas a lo largo de su desarrollo, han logrado construir sobre la base de sus usos y costumbres formas de abordar diversas patologías, en el caso concreto que nos ocupa la malaria, saber que un dolor de cabeza es puede ser un síntoma de la enfermedad como lo afirma el 71% de los encuestados refleja que en materia salud tienen sus propios saberes, pero los mismos deben ser armonizados con la medicina científica para lograr mayor efectividad en su tratamiento en el marco precisamente de la Salud Comunitaria Intercultural.

Cuadro N° 11 Saben identificar la malaria

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si saben identificar a la malaria	11	16
No saben como se identifica la malaria	59	84
Total	70	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta aplicada a la población de Saladillo durante los días del 18 al 20 de agosto del 2011.

**Gráfico N° 23 grado de conocimiento de identificación de la malaria, comunidad Saladillo
Municipio Carapari, agosto 2011**



El 84% de los encuestados que respondieron que no sabían cómo identificar la malaria, estos resultados ponen de manifiesto algunas de las deficiencias que tiene la medicina vista desde una perspectiva intercultural, por eso cuando ciertas patologías son impulsadas desde un equipo de salud biomédico, la etapa inicial pero necesaria es la construcción de diagnósticos epidemiológicos diferenciados por etnia. Una vez que se cuente con ellos, será imprescindible desarrollar procesos de diálogo con los comunidades indígenas y los equipos locales de salud que posibiliten contextualizar y validar los resultados obtenidos, buscando en conjunto significados e interpretaciones culturalmente adecuadas e incorporando categorías y unidades de análisis endémicas relacionadas con la salud y la enfermedad, considerando las distintas realidades socioculturales y sanitarias de la etnia Guaraní

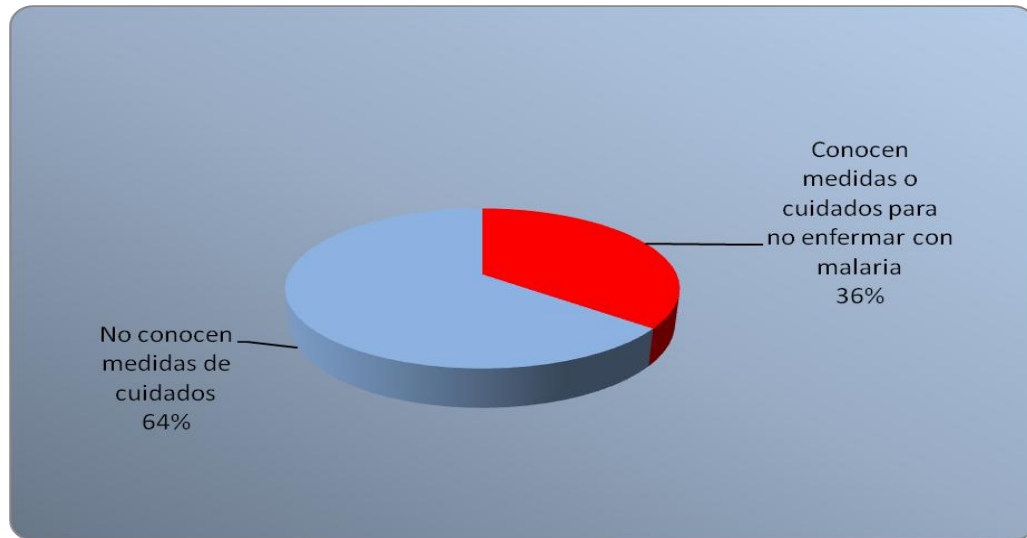
En relación a las personas que tienen malaria presentan:

Cuadro N° 12 Conoce como cuidarse para no enfermarse con malaria

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Conocen medidas o cuidados para no enfermarse con malaria	25	36
No conocen medidas de cuidados	45	64
Total	70	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta aplicada a la población de Saladillo durante los días del 18 al 20 de agosto del 2011.

**Gráfico N° 24 conocimiento de medidas o cuidados preventivos de la malaria Saladillo
Municipio Carapari, agosto 2011**



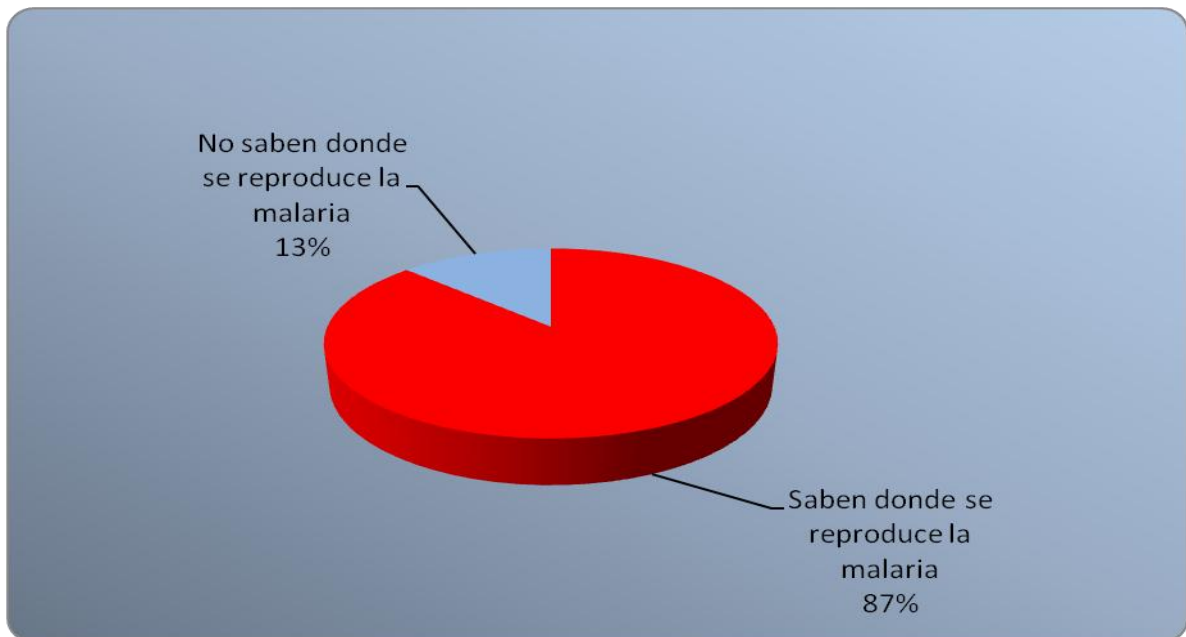
Solo el 36% conoce los cuidados o medidas de prevención para no enfermar de malaria, el 64% no conoce. Justamente es necesario respecto a este punto desarrollar una propuesta que este dirigida a modificar ciertos patrones de conducta, y esto es posible en el marco de la nueva política de Salud Comunitaria Intercultural, dado que en base a estas políticas se trata de revalorar la medicina tradicional complementándola con la medicina científica u occidental. De manera tal que la población pueda llegar a conocer que procedimientos seguir frente a enfermedades como la malaria.

Cuadro N° 13 Saben donde se reproduce la malaria

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Saben donde se reproduce la malaria	61	87
No saben donde se reproduce la malaria	9	13
Total	70	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta aplicada a la población de Saladillo durante los días del 18 al 20 de agosto del 2011.

Gráfico N° 25 conocimiento de sitios de reproducción del vector que transmiten la malaria comunidad Saladillo Municipio Carapari, agosto 2011



Se parte del diagnóstico que señala que los pueblos indígenas guaraníes han desarrollado sus propias prácticas y concepto de salud, en concordancia a su cosmovisión, recursos, valores y estilos de vida sí lo demuestran el 87% de las respuestas dadas por ellos. Sin embargo, paralelamente, han establecido relaciones con los sistemas de la medicina oficial. Esta relación entre prácticas propias y uso de la medicina oficial ha constituido un medio para el ejercicio de la asimetría sociocultural desde la sociedad misma, por cuanto el sistema oficial impone hegemoníamente su visión de cómo la población debe actuar frente a la búsqueda de soluciones a los problemas de salud percibidos en este caso la

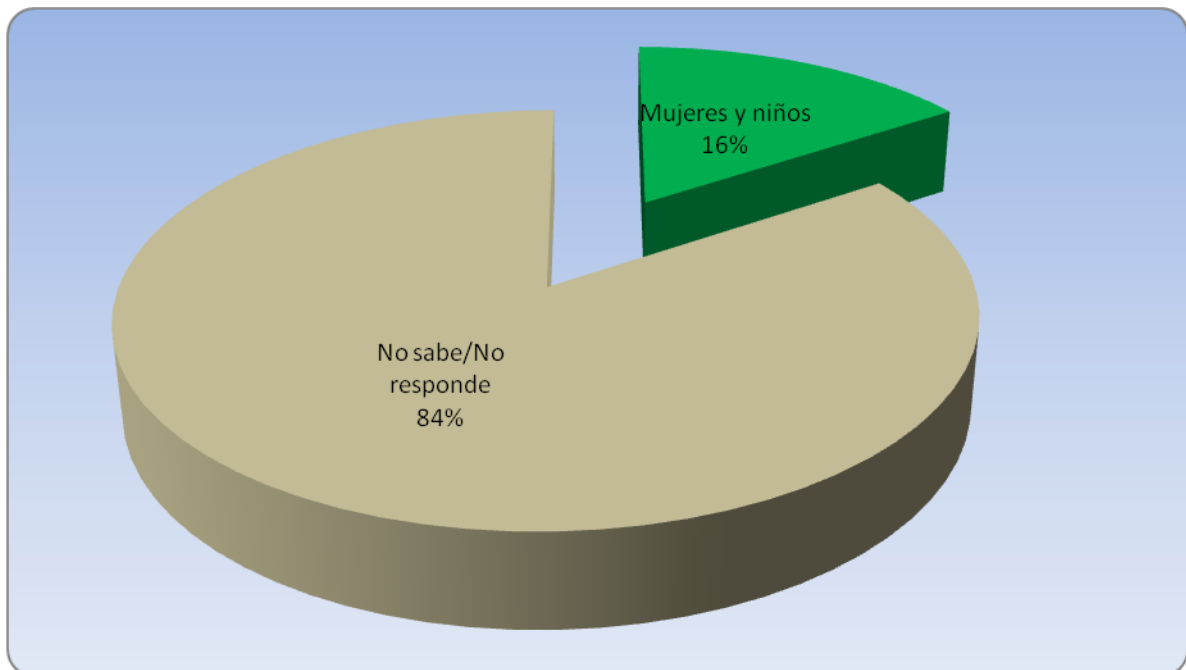
malaria, y que de acuerdo a las nuevas políticas de salud deben romperse para dar paso a una medicina que respete ambas visiones.

Cuadro N° 14 Tiene conocimiento de quienes son los más propensos a adquirir la malaria

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Mujeres y niños	11	16
No conoce/No responde	59	84
Total	70	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta aplicada a la población de Saladillo durante los días del 18 al 20 de agosto del 2011.

Gráfico N° 26 conocimiento de quienes son los más propensos a adquirir la malaria comunidad Saladillo Municipio Carapari agosto 2011



Los resultados del cuadro y gráfico precedentes, muestran cifras que confirman el hecho de que la población no está adquiriendo los suficientes conocimientos sobre la malaria que un 84% de encuestados afirme esto, es preocupante, por lo que es un imperativo que el programa de capacitación apunte sobre todas las cosas a valorar los usos, saberes y costumbres de esta comunidad

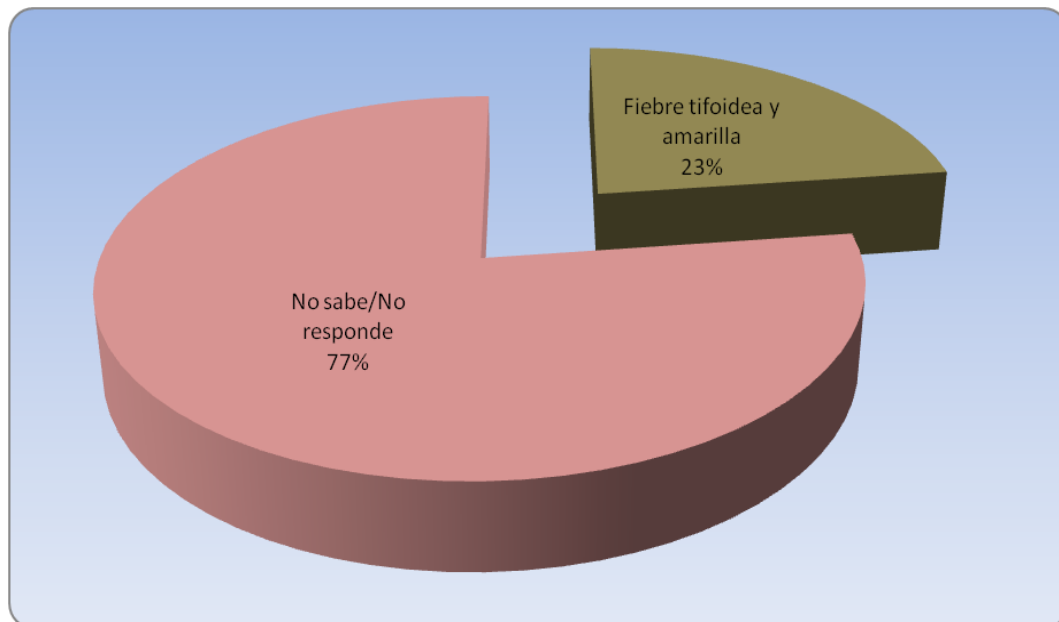
eminentemente guaraní, para que sobre la base de sus propias formas de aprender se profundicen los conocimientos a partir de la promoción de la salud como hábitos saludables en el marco del nuevo modelo de gestión de Salud Comunitaria Intercultural SAFCI.

Cuadro N° 15 Con que otra enfermedad identifica usted a la malaria

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Fiebre tifoidea y amarilla	16	23
No conoce	54	77
Total	70	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta aplicada a la población de Saladillo durante los días del 18 al 20 de agosto del 2011.

Gráfico N° 27 grado de conocimiento de enfermedades similares a la malaria, comunidad Saladillo Municipio Carapari, agosto 2011



El 77% de la población encuestada pone de manifiesto, el desconocimiento que tiene la población similar a la malaria en sí misma, desconocimiento que se evidencia en la confusión sobre la identificación de otras enfermedades, por eso en relación con el resultado del cuadro anterior es posible reiterar la necesidad del cambio al modelo actual, a pesar de que el Decreto Supremo N° 29601 sobre el Nuevo Modelo Sanitario en Bolivia denominado “Modelo de Salud Familiar

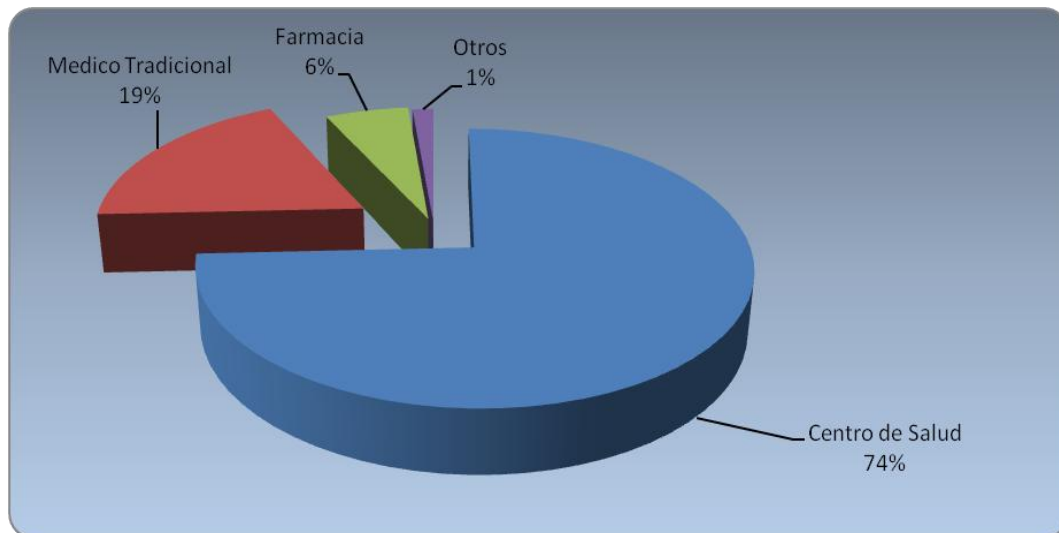
Comunitario Intercultural”, data del año 2008, todavía en su aplicación se observan rezagos del viejo modelo, modelo que no tuvo en cuenta en sus alcances los usos y costumbres de personas como las de la comunidad de Saladillo mismas que idiosincráticamente son mayoritariamente guaraníes.

Cuadro N° 16 A donde acudiría en caso de tener malaria

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Centro de salud	52	74
Medico tradicional	13	19
Farmacia	4	6
Otros	1	1
Total	70	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta aplicada a la población de Saladillo durante los días del 18 al 20 de agosto del 2011.

Gráfico N° 28 conocimiento a dónde acudir a recibir tratamiento de la enfermedad de malaria comunidad Saladillo Municipio Carapari agosto 2011



El itinerario terapéutico no sigue el modelo conocido siendo que la mayoría 74% primero acude a un centro de salud y luego al médico tradicional en 19%, estos dos indicadores nos dan una ventaja, que sumados juntos, 93% está en posibilidad de intervenir cuando tenemos un caso de malaria sin esperar su complicaciones, además de constituirse en una oportunidad para sensibilizar a esta población demandante, y convertirlos en promotores de la salud con base a

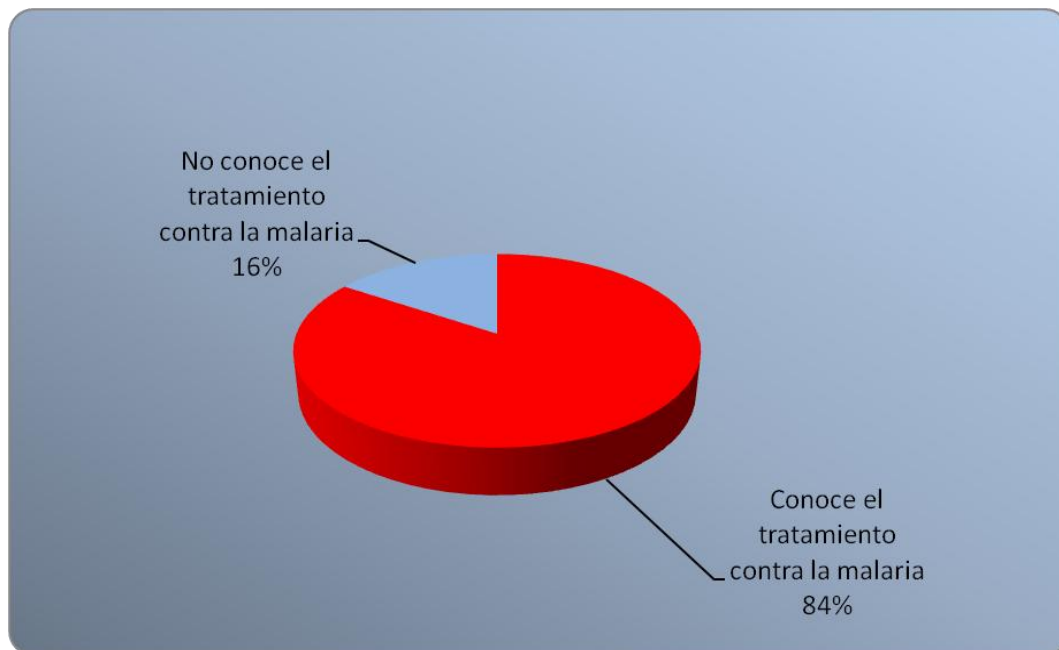
los hábitos saludables para el control de la malaria, quien más que una persona que ha tenido concretamente la experiencia de haber enfermado con malaria, aun más si este pertenece a una comunidad étnica, entonces habrá que reformular nuestra estrategia educacional basada en la cultura de la gente, sus saberes y usos cotidianos.

Cuadro N° 17 Conoce el tratamiento contra la malaria

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Conoce el tratamiento contra la malaria	59	84
No conoce el tratamiento contra la malaria	11	16
Total	70	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta aplicada a la población de Saladillo durante los días del 18 al 20 de agosto del 2011.

Gráfico N° 29 Conocimiento del tratamiento de la enfermedad de malaria comunidad Saladillo Municipio Carapari agosto 2011



La ideología Tupí-guaraní sobre la salud y la enfermedad es un asunto interesante. No hay ninguna definición explícita de ninguno de los dos conceptos. Pero se reconoce que el ser humano puede vivir en un estado de bienestar, en la que está privado del sufrimiento, y que recibe el nombre de aguyje.

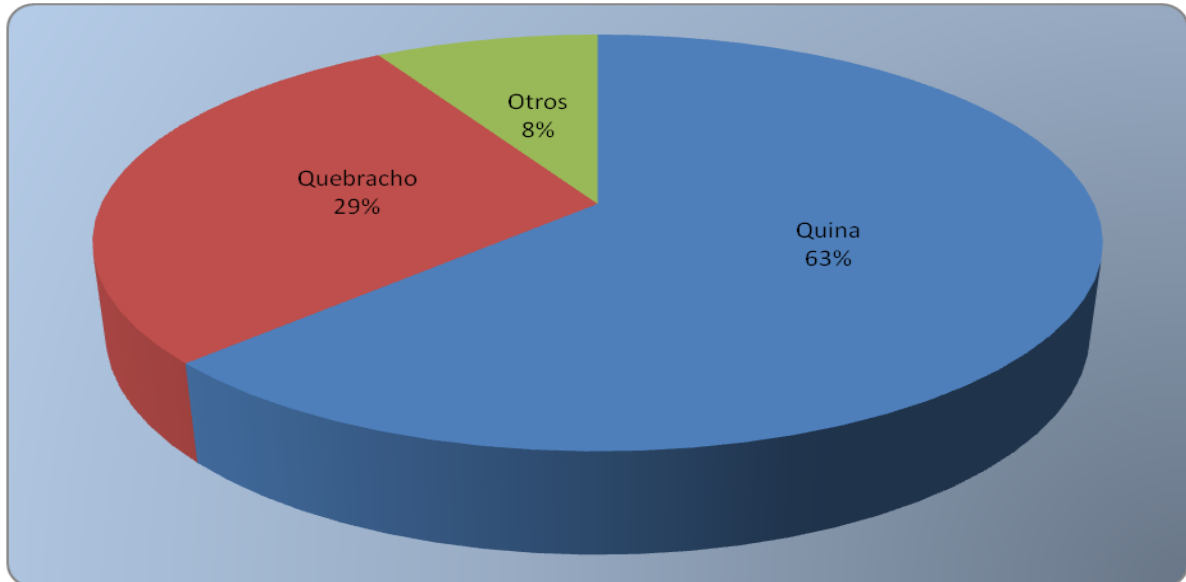
En ese sentido parece ser que la salud en los pueblos guaraníes es el resultado directo de la madurez, por haber alcanzado un modo de vida armónico y equilibrado, que se refleja en el comportamiento social y la relación con sus pares y la naturaleza, por lo menos esto así se explica con las respuestas dadas por el 84% de los encuestados de la comunidad de Saladillo, conozcan como curar la malaria.

Cuadro Nº 18 Curación con medicina casera

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Quina	44	63
Quebracho	20	29
Otros	6	8
Total	70	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta aplicada a la población de Saladillo durante los días del 18 al 20 de agosto del 2011.

Gráfico Nº 30 conocimiento de medicinas naturales o caceras para el tratamiento de la enfermedad de malaria, comunidad Saladillo Municipio Carapari, agosto 2011



En la cosmovisión guaraní, el **paje** (*chaman en la cultura occidental*), conoce y usa un amplio espectro de especies vegetales, así como otras sustancias del mundo natural, a fin de preparar la medicación correcta y eficaz con que restaurar la salud del paciente y derrotar a la enfermedad, por eso sobre el conocimiento y o

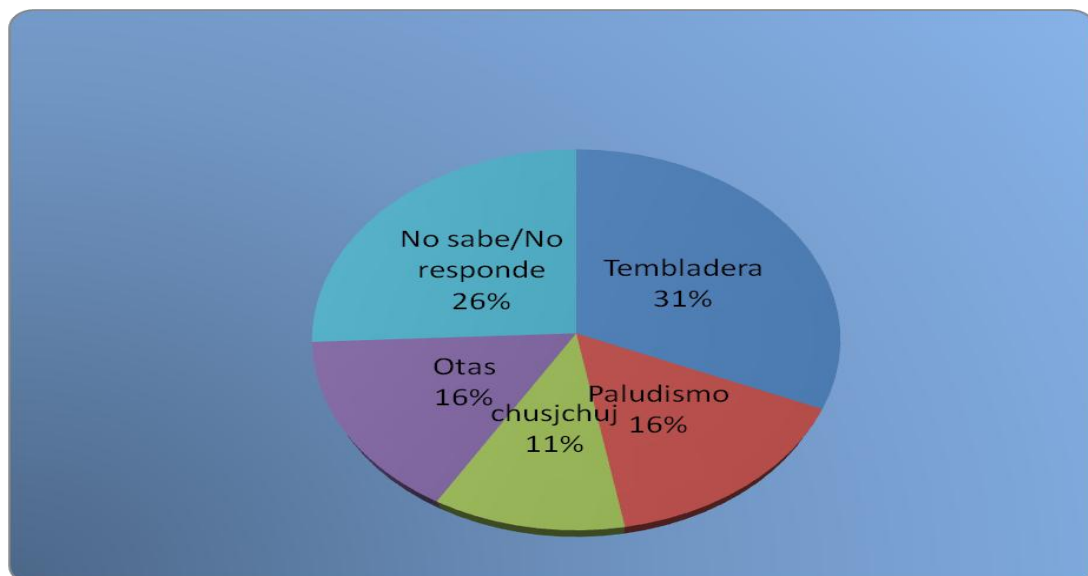
utilización de alguna medicina alternativa o casera, el 100% de los entrevistados conocen como tratar la malaria, pues es casi una tradición velar por la armonía de la salud, y entre las hierbas más comunes para el tratamiento de la malaria afirman utilizar la quina en un 63%, el quebracho 29%, otras en un 8% alta misa, cuatro canto).

Cuadro N° 19 Conocimiento de la malaria con otro nombre

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Tembladera	22	31
Paludismo	11	16
chusjchuj	8	11
Otras	11	16
No sabe no responde	18	26
Total	70	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta aplicada a la población de Saladillo durante los días del 18 al 20 de agosto del 2011.

Gráfico N° 31 Conocimiento de la malaria con otro nombre comunidad saladillo agosto 2011



La construcción de un Nuevo Paradigma de Salud, basado en el pluralismo médico y la diversidad cultural del país, constituye una meta a largo plazo, es importante sin embargo que desde el inicio sea una meta común a todos los/las actores de la salud pública en este caso comunidad en su conjunto y personal médico. La transformación del sistema de salud es un proceso lento y progresivo, que implica estrategias de corto, mediano y largo plazo. Pero, a la vez, es

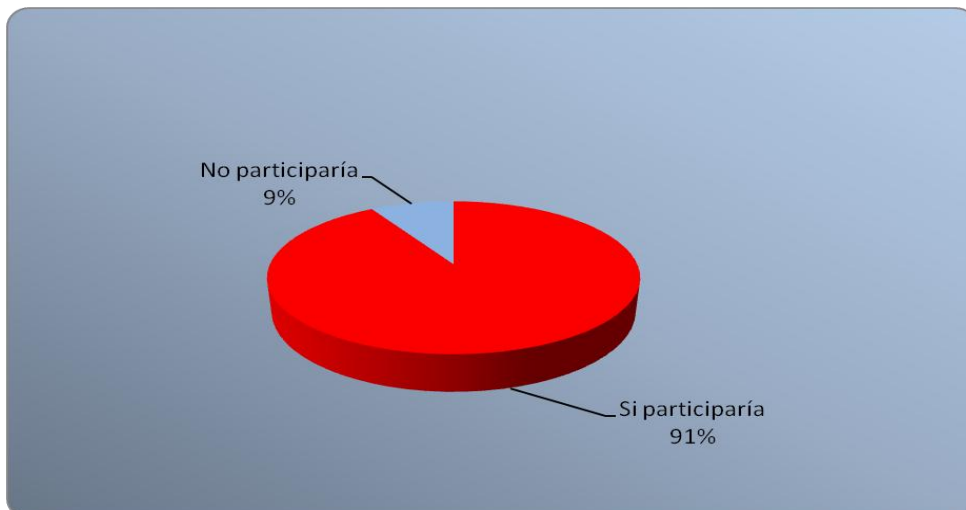
fundamental pensar las partes (componentes) de este nuevo sistema de manera integral, para que cada componente esté relacionado a los demás. Así, el esfuerzo que se pueda realizar respecto a capacitación, información y orientación no debería estar desconectado de la presente reflexión sobre interculturalidad, y más aun de la problemática de la salud respecto a enfermedades como la malaria

Cuadro N° 20 Participaría de un programa de control y lucha contra la enfermedad de malaria

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si participaría	64	91
No participaría	6	9
Total	70	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta aplicada a la población de Saladillo durante los días del 18 al 20 de agosto del 2011.

Gráfico N° 32 Participaría de un programa de control y lucha contra la enfermedad de malaria comunidad saladillo agosto del 2011



Es beneficiosa esta posición para los fines que se persiguen a través de esta investigación, pues demuestran que la comunidad de Saladillo a pesar de estar marcada por un fuerte componente cultural como lo es la nación guaraní, esa misma población está predispuesta a formar parte de un programa de control y lucha contra la enfermedad de malaria, con lo que se rescata el carácter intercultural del actual modelo de salud vigente en Bolivia.

7.5 Análisis de los resultados de los grupos focales

Datos de los participantes: la edad promedio de las personas que participaron en los grupos focales fueron entre los 35 a 65 años, respecto al sexo se tuvo que 9 son masculino y 5 femeninos. Entre estas personas fue posible identificar a 4 médicos tradicionales y 10 padres de familias con conocimiento en plantas medicinales de la región. En primer lugar se realizó la coordinación con todos los entrevistados. Se realizó la sesión con dos grupos de 7 personas cada uno.

PRIMER GRUPO

A la pregunta:

¿Como detectan o saben que es o tienen la enfermedad de malaria?

La mayoría respondieron que detectan la malaria por las manifestaciones que presenta una persona, como ser fiebre intermitente es decir día por medio hoy si mañana no al siguiente día si y así sucesivamente, malestar, dolores musculares, chusjchuj, dolor de cabeza, sudoración, y algo importante que se observó fue el lugar donde estuvo la persona días antes de la presentación de las manifestaciones.

Una expresión referida a la infección es *"... Me ha picau el mosquito en la oreja y como no me ha sangrado pensaba que no me he contagiado de malaria"* (participante de grupo focal)

¿Qué hacen o hacían, cuando una persona tiene malaria?

Actualmente lo que hacen en su mayoría es referir o llevarlo al establecimiento de salud, mas cercano, por motivos como: la efectividad del tratamiento anti-malárico, cero costos, el paciente no debe pagar nada, si se administra yerbas o plantas

medicinales como el quebracho o quina esta es amargo y se rehúsan a tomarlo o no completan el tratamiento establecido, razón de los resultados.

Una expresión referida a la enfermedad...*me dio un chusjchuj que me alzaba, me dolía fuerte la cabeza no aguantaba, entonces fui a sacar, la cascara de la quina la hice hervir tome tres tasas al día y me calmo todo lo que tenia y cuando le dio a mi hijo también le di y le paso la fiebre.* (Participante grupo focal)

¿Cómo trataban sus padres o abuelos la malaria?

Según sus versiones antiguamente lo primero que hacían cuando alguien tenía o sospechaban que era malaria le administraban la cáscara o coraza de la planta de quina y o quebracho, extrayendo parte de la cáscara de esta, lo hacían hervir y daban de tomar tres veces al día durante tres días unos otros durante el tiempo en que la persona presentaba mejoría o se sentía mejor.

¿Qué plantas conocen ustedes, que hay en la zona para tratar la malaria?

En especial unas de las más utilizadas es la quina como también el quebracho, ya que estas plantas la tenemos aquí en la zona, además que es fácil su extracción, como su administración.

¿A cuantos han tratado o curado con plantas medicinales?

En su mayoría dicen haber tratado a todos de su familia que enfermaron con malaria, sin especificar el número exacto de tratados o curados.

Una expresión referida a las plantas;...*yo he caraú a tuitos de mi casa cuando les dio chanca hueso, yo ya sabía que era la tembladera o lo que ustedes dicen paludismo* (medico curandero, participante grupo focal)

¿Por qué no usan o han dejado de usar las hierbas o plantas medicinales?

Uno por que existe tratamiento medicamentoso, a base de pastillas, otro por que es responsabilidad de los establecimientos de salud, además que es gratuito, no nos pagan, la mayoría de los que quisimos tratar en los últimos tiempos se rehúsan a tomar lo administrado por ser amargo e intolerable según ellos.

¿Como detecta o sabe usted que es o tiene malaria?

Se detecta o sospecha que una persona tiene malaria por la fiebre, escalofríos, en el caso propiamente dicho del entrevistado afirma que no tenía valor para hacer nada, era una fiebre bien fuerte e insoportable, ni ganas para comer tenía, se le quito todo el apetito, la fiebre era día por medio fue a hacerse sacar sangre, y le dieron pastillas de dos clases una más pequeña que la otra, tome y la fiebre seguía, al no cortarme la fiebre fue a sacar quebracho blanco la cáscara lo hizo cebado y tomo una tasa por la mañana y otra por la tarde por dos días era bien amargo, y le calmo la fiebre luego desapareció todo el malestar que tenía. decir del entrevistado sus padres se curaban, con la cáscara de quina tomándola por cuatro a cinco días, además tomaban la alta misa la misma quitaba o controlaba la fiebre.

En palabras del entrevistado afirma que se trataba con plantas, como el quebracho y la quina además llevo a aconsejar a otros que también enfermaron y se curaron, pero no recuerda cuantos en verdad.

Ahora ya no utiliza las hierbas por que existen puestos de salud que tratan además es gratis, antes no había y es bien amargo, como también estos árboles son los más duros, y son los más utilizados por nosotros para poste y maderas por lo que se está perdiendo y si hay están muy lejos de nuestra casa.

SEGUNDO GRUPO

¿Cómo detectan o saben que es o tienen la enfermedad de malaria?

Por la sudoración fiebre, malestar, dolor en los riñones en los niños hasta vómitos les da. Además tenía dolor de cintura, decaimiento, no comía todo lo sentía fiero y de mal gusto.

¿Qué hacen o hacían, cuando una persona tiene malaria?

Nosotros los guaraní antes nos curábamos con puras plantas como la quina y el quebracho.

¿Cómo han tratado sus padres o abuelos la malaria?

De la misma manera con plantas por que antes no había puestos de salud y los médicos no nos atendían ni siquiera nos daban mucha pelota, porque no teníamos para pagar y nada era gratis.

¿Qué plantas conocen ustedes, que hay en la zona para tratar la malaria?

Lo que tenemos es la quina, quebracho, y muchos otros mas, como la alta misa, cuatro cantos.

¿A cuantos han tratado o curado con plantas medicinales?

A muchos no recuerdo a cuantos pero una vez en la casa casi todos enfermamos con paludismo y casi todos tomamos la quina y el quebracho, y nos sanamos

¿Por qué no usan o han dejado de usar las hierbas o plantas medicinales?

Nosotros utilizamos hasta hace muy poco, pero ahora hay médicos que son pagados y ellos deben de preocuparse por los enfermos, además muchos de nosotros creemos más en las pastillas o medicamentos.

Una expresión referida al uso de las plantas medicinales....*para que les pagan a los que trabajan en las postas si no es para que curen a la gente en cambio a nosotros nadie nos da ni un centavo.* (Participante grupo focal)

7.6 Comentario a los resultados del grupo focal

Se desprende del análisis de estos grupos de estudio que tienen conocimiento sobre como diagnosticar la malaria, conocen sus síntomas y además su tratamiento, lo que queda pendiente y quizá en eso no abundaron los entrevistados fue en lo que hacen para prevenir la enfermedad.

Muchos de ellos residen en viviendas con barro, con techos de caña, cohabitan con animales domésticos y además viven de manera hacinada y promiscua.

Llama la atención en ese sentido que poco o nada exponen sobre cómo evitar la enfermedad, como acabar con los focos de propagación de la malaria o que hacen para mejorar la condición de sus viviendas.

7.7 Discusión

Los resultados del estudio demuestra el comportamiento de la población, la misma que a pesar de haber manifestado que en casos de enfermedades recurren como primera opción a los centros de salud, por razones culturales también conocen y saben cómo tratar la enfermedad a partir de sus propios usos y costumbres.

Por otro lado, es significativo el resultado que pone de manifiesto el hecho de que existe la necesidad de armonizar la medicina tradicional basada en los saberes

guaraníes con la medicina científica u occidental; el nivel de conocimiento de las medidas de cuidado o preventivo es bajo debido a la falta de información, capacitación adecuada, lo cual influye en el aumento de la incidencia de malaria.

Los resultados finales obtenidos en el test, nos muestra:

15. Respecto si estaban de acuerdo en colaborar con la entrevista el 87% respondió que sí, y el 12% no estaban de acuerdo por diversos motivos, (trabajo, tiempo).
16. El estudio muestra que el 70% de los entrevistados conocen la enfermedad, casi en su mayoría por experiencia. el 30% no conoce o no responde.
17. La mayoría 87% sabe sobre el modo o forma de transmisión de malaria, ya sea por la picadura del mosquito o por una persona infectada o enferma, el 13% no conoce o no responde.
18. El 84% admite presumir o sospechar que tiene la enfermedad por experiencia, debido a: fiebre intermitente día por medio, malestar, dolor de cabeza, chusjchuj, el 16% no conoce o no responde.
19. De quienes son los más propensos a adquirir la enfermedad el 16% responde que son los niños y mujeres, y un 84% no conoce o no responde.
20. Sobre qué experiencia tiene de la enfermedad un 80% responde: fiebre malestar, dolor de cabeza, chusjchuj, el 20% no conoce o no recuerda.
21. El 23% conoce o identifica como similar a fiebre tifoidea y amarilla y el 77% no conoce.
22. En relación a las personas que tienen malaria presentan: 71%, entre fiebre, malestar, dolor de cabeza, el 29%, no conoce o no responde.
23. Solo el 36% conoce los cuidados o medidas de prevención para no enfermar de malaria, el 64% no conoce.
24. El 87% sabe o conoce donde viven los que transmiten la malaria (masetas, aguas estancadas, llantas)

- 25.El 74% acudiría o acude a un centro de salud, el 19% a un medico tradicional, el 6% a una farmacia y un 1% a otros, (técnico de malaria, colaborador voluntario).
- 26.El 84% conoce el tratamiento para curar la malaria entre ello pastillas, medicina de campo, yerbas entre otras, esto en su mayoría debido a una experiencia pasada., y el 16% no conoce o no sabe.
- 27.Sobre el conocimiento y o utilización de alguna medicina alternativa o casera, los entrevistados conocen ya sea por experiencia o referencia, en especial la utilización de la quina en un 63%, el quebracho 29%, otras en un 8%(alta misa, cuatro canto), y el 26% no conoce.
- 28.Respecto al conocimiento con otros nombres a la enfermedad de malaria el 74% si conoce como: tembladera (31%), paludismo (16%), chusjchuj (11%), otras (16%), y un 26% no sabe o no responde.
- 29..Sobre si participaría de un programa de control y lucha contra la enfermedad de malaria y como apoyaría, un 91% responde que participaría (apoyaría al programa sugieren o demandan en su mayoría capacitación, sobre medidas preventivas, otros apoyando las campañas de fumigación, limpiando y manteniendo limpios sus hogares), y un 9% no responde, o argumentan que es responsabilidad de las autoridades que trabajan en salud.

8 PROYECTO DE INTERVENCION

8.1 Justificación

La selección de las medidas de intervención utilizadas en la lucha antimalárica son el resultado de un proceso de análisis y comprensión de la dinámica específica y patrones de transmisión de la enfermedad en los focos de transmisión prioritarios de las áreas endémicas de alta transmisión. Desde esta perspectiva, se pueden realizar intervenciones permanentes con énfasis en la prevención y control regular de las causas inmediatas, o factores de riesgo que determinan la transmisión focal endémica del paludismo, y el control oportuno de contingencias ante la aparición de eventos epidémicos cíclicos o estacionales.

Se debe tener en cuenta que todas las medidas de promoción, prevención, vigilancia y control de malaria que se planeen implementar deben ser sensibles a las necesidades percibidas por la población, aceptadas social e interculturalmente, con mínimo impacto en el ambiente, costos efectivas, sostenibles, planeadas y ejecutadas con la participación de la población afectada y los diferentes sectores responsables del problema.

La implementación del programa de capacitación, implica la participación activa de todos/as, actores, haciendo de que la salud sea interés de todos.

La epidemiología del Paludismo consiste esencialmente en un ciclo de transmisión hombre-anopheles-hombre. La transmisión se produce generalmente en el interior de las viviendas, donde el vector entra por la noche para alimentarse de las personas, pero también puede tener lugar fuera de las viviendas¹⁴, en los lugares donde la gente duerme o pasa las últimas horas de la tarde en el exterior. La epidemiología del paludismo depende de factores ambientales (clima, topografía, hidrología y vivienda), de factores humanos (profesión y utilización del

suelo, actividades cotidianas y hábitos de la población, migraciones), y de factores entomológicos (densidad, radio de vuelo, reproducción y hábitos de alimentación y de reposo de los mosquitos, índice de infección). Todas las larvas de los mosquitos necesitan agua para desarrollarse. Hay especies extremadamente selectivas para elegir sus criaderos, pero otras no demuestran apenas preferencia alguna y sus larvas se encuentran en acumulaciones de agua de lo más diverso.

El comportamiento de la población respecto a la enfermedad de malaria según el estudio de la línea base, el conocimiento y aplicación de cuidados y/o prácticas preventivas es deficiente o si bien lo tienen pero no lo aplican.

Esto nos lleva a tomar acciones a través de procesos educativos para la adquisición, recuperación y/o transformaciones de conocimientos, actitudes, valores y prácticas respecto a la enfermedad.

La prevención y la educación son y seguirá siendo, aún cuando se cuente con una vacuna y un tratamiento al alcance de todos, la mejor estrategia para la prevención de esta y otras enfermedades.

Desde el punto de vista operativo el proceso de investigación realizado para la implementación de este proyecto ha contribuido a clarificar los siguientes aspectos:

- ❖ Se ha evidenciado que sobre la base de sus propios saberes, usos y costumbres la comunidad guaraní de Saladillo perteneciente al Municipio de Caraparí de la Segunda sección de la Región Autónoma del Chaco Tarijeño del departamento de Tarija, mayoritariamente conocen la enfermedad de la malaria, 87% de los encuestados así lo demuestran.

- ❖ En lo que respecta a las posibles formas de identificar si se está o no con la enfermedad queda claro que si tienen los conocimientos necesarios para identificar su sintomatología.
- ❖ Se han identificado las plantas medicinales más utilizadas para combatir la enfermedad de la malaria en la región en ese sentido usan la quina, el quebracho y la alta misa o cuatro cantos, estas hierbas serán la base para poder efectuar la validación de su eficacia terapéutica e inocuidad.
- ❖ El 81% admite presumir o sospechar que tiene la enfermedad por experiencia, debido a: fiebre intermitente día por medio, malestar, dolor de cabeza, chusjchuj, el 19% no conoce o no responde.
- ❖ Finalmente, los habitantes de Saladillo, confirman que estarán dispuestos a participar de un programa de control, prevención y lucha contra la malaria, demandando ellos mismos capacitación sobre medidas dirigidas a prevenir la enfermedad, además de colaborar en tareas como fumigación y limpieza de sus viviendas.

8.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL DE INTERVENCIÓN

Contribuir a reducir la incidencia de malaria en la comunidad de Saladillo Distrito 3 municipio de Carapari gestión 2011.

A través de la implementación de un programa de capacitación continua en aplicación de prácticas preventivas de la enfermedad de malaria, con enfoque intercultural, para mejorar los niveles de conocimiento en los padres o jefes de familia de la comunidad de saladillo, distrito tres municipio de carapari

Los resultados nos permiten conocer que los/las entrevistados tienen un grado deficiente de conocimientos sobre prevención de la enfermedad de malaria, por falta de capacitación o educación dando lugar a conductas que predisponen a un riesgo mayor de contraer esta enfermedad o si lo tienen no la aplican.

8.3 OBJETIVO ESPECÍFICO DE INTERVENCIÓN

Diseñar, implementar, cursos de capacitación y adiestramiento en la población a través del C.C.C.,(conocimiento para el cambio de conducta) con enfoque intercultural

8.4 DISEÑO METODOLOGICO DEL PROYECTO (METODICA DEL PROYECTO)

Este trabajo de intervención a realizarse será prospectivo, longitudinal, cuasi-experimental, porque se realizará por primera vez en los padres o jefes de familias de la comunidad de saladillo del Distrito tres del Municipio de Carapari, donde se implementará un programa de capacitación con enfoque intercultural en aplicación de prácticas preventivas sobre la enfermedad de malaria.

8.5 INSTRUMENTOS:

El estudio de la línea base Conocimientos de prácticas o cuidados Preventivos, se convierte en instrumento para el diseño de presente estrategia.

8.6.

1. ANALISIS DE PARTICIPACION

Beneficiarios Directos	Beneficiarios indirectos	Excluidos/Neutrales	Perjudicados/Oponentes Potenciales
<p>Padres o jefes de familias de la comunidad de saladillo distrito tres municipio carapari.</p>	<p>1. familias de los Padres o jefes. 2. comunarios o residentes de la comunidad de saladillo. 3. Entorno o comunidades del distrito tres del municipio de carapari. 4. Organizaciones de la comunidad 5.lideres comunitarios</p>	<p>1.padres de familias de comunidades de otros distritos 2.empresas que operan temporalmente en la comunidad</p>	<p>1.farmacias particulares</p>

8.7. ANALISIS DE FACTIBILIDAD:

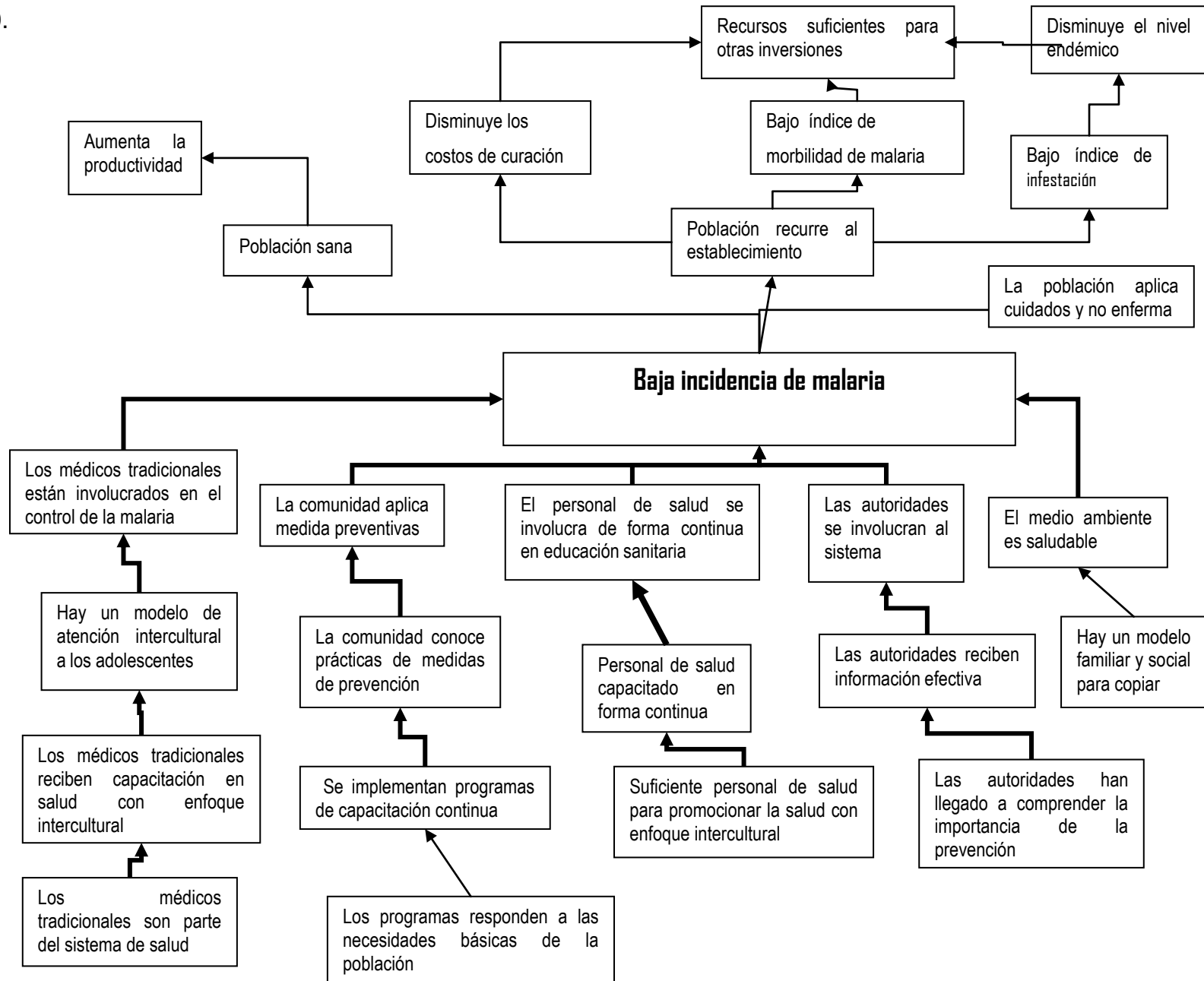
El presente proyecto de intervención es factible económicamente ya que existe presupuesto inserto en el POA., Municipal de la red de Salud Carapari, gestión 2011.

Actualmente la Red de Salud cuenta con RRHH., Municipales en apoyo a la ejecución de programas, además del personal de salud del establecimiento quienes serán los actores principales en los procesos de sensibilización, socialización y capacitación hacia los líderes, padres de familias y la comunidad con base a su responsabilidad de extensión comunitaria.

Por otra parte las políticas nacionales en salud SAFCI brindan un clima propicio para la ejecución de este proyecto, a través de actividades multiprogramaticas con proyección a la persona, familia, y comunidad.

8.8. Árbol de problemas

8.9.



8.10. MARCO LOGICO

Estructura de Objetivos	Indicadores	Fuentes de Verificación	Supuestos
<p>Objetivo General</p> <p>Contribuir a reducir la incidencia de malaria en la comunidad de Saladillo Distrito 3 de Carapari.</p>	40% de ha reducido la tasa de morbilidad por malaria	Reporte del SNIS del servicio, libro de reportes, Actas de actividades multi programáticas	
<p>Objetivo Especifico</p> <p>Diseñar, implementar, cursos de capacitación y adiestramiento en la población a través del C.C.C.,(conocimiento para el cambio de conducta) con enfoque intercultural</p>	<p>En 80% se ha reducido el índice de infestación</p> <p>El 70% de la población aplica medidas preventivas en su domicilio</p> <p>80% de la comunidad ha recibido alguna forma de capacitación para la promoción de la salud.</p>	<p>Libros y cronogramas de actividades multiprogramaticas</p> <p>Fotografías.</p> <p>Certificados de capacitación</p>	Las políticas de salud familiar y comunitaria se implementan en el Municipio de carapari con apoyo institucional
<p>Resultados</p> <p>R.1. Los médicos tradicionales están involucrados en el control de la malaria</p> <p>R.2- La comunidad aplica medida preventivas</p> <p>R.3. El personal de salud se involucra de</p>	<p>4 médicos tradicionales han recibido capacitación</p> <p>4 médicos tradicionales están refiriendo los casos de malaria al centro de salud</p> <p>80% de los que recibieron capacitación aplican medidas preventivas.</p> <p>90% del personal de salud se</p>	<p>Libros de registros, fichas de control, certificados de capacitación.</p> <p>Notas de referencias, fichas epidemiológicas.</p> <p>Notas de difusión</p> <p>Actas de reunión</p> <p>Libro de actividades educativas</p>	<p>Las autoridades locales fomentan los procesos de educación y promoción de la salud integral y los medios de comunicación.</p> <p>Comunidad motivada en promoción y prevención de enfermedades</p>

forma continua en educación sanitaria	involucra en la capacitación y educación sanitaria	dentro y fuera del establecimiento Actas, libros de registro, fichas de registro, SNIS.	
Actividades			
R.1 .	80% de médicos tradicionales capacitados	Actas de capacitación, registro de participantes, fotografías	Predisposición de médicos tradicionales
A.1.1 realizar 4 cursos de capacitación para médicos tradicionales sobre enfermedad de la malaria con enfoque intercultural	90% de participación de los médicos tradicionales involucrados	Registro de participantes y actas de participación, fotografías, videos	Participación activa de los médicos tradicionales
A.1.2 realizar 1 feria educativa con participación de médicos tradicionales	Participación de un 90% de los médicos tradicionales sobre aplicación de medicina tradicional	Registro de participantes, fotografías	Existen fuentes de financiamiento
A.1.3 realizar 1 feria educativa con participación de médicos tradicionales y padres de familias, sobre usos y aplicación de plantas medicinales.	80% de participación de los médicos tradicionales	Certificados, actas , fotografías	interesados en el proyecto tanto Municipal, la Sub Gobernación.
A.1.4. realizar concursos de médicos tradicionales sobre la preparación y aplicación de plantas medicinales para curar la malaria			
R.2-			
A.2.1 realizar 2 cursos de capacitación a la población en general con enfoque intercultural	80% de la población capacitado sobre cuidados o medidas preventivas de la enfermedad de malaria	Registro de participantes, actas de participación	Interés comunitario en participación activa
A.2.2. realizar 1 feria educativa con participación de la comunidad con enfoque intercultural	Participación de un 80% de la población de la feria educativa		Apoyo, e incentivos de autoridades.
A.2.3 . realizar concursos de la población sobre prevención y aplicación de medicinas caseras para tratar la malaria	El 75 de la población participa de concursos sobre aplicación de medicinas caseras para tratar la malaria	Actas de participación. Libros de registros	Participación comunitaria motivada
R 3.-			
A.3.1 .realizar 2 cursos de capacitación			

8.11 Cronograma

ACTIVIDADES	MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
Elaborar programa de capacitación	x	x	x	x																												
Elaborar materiales de capacitación					x	x	x																									
Capacitación y sensibilización a la población en general de la comunidad de Saladillo, medios de comunicación e instituciones de salud, respecto a la interculturalidad y la prevención de la enfermedad de la malaria									X	X	x	x	x	X	X																	
Promoción de la salud a través de ferias educativas de la malaria con un enfoque intercultural y capacitación a la población, educadores															x	x	x															
Captar a terapeutas tradicionales para desarrollar un herbario de plantas medicinales de la región para el tratamiento de la malaria																			x	x	x	x										
Elaboración del Manual de normas y procedimientos																							x	x								
Elaboración de nuevos protocolos y aplicación.																											x	x	x			

8.12. Presupuesto

El presente presupuesto está diseñado para cubrir los primeros seis meses de esta experiencia en capacitación.

Actividad	Costo unitario	Costo total
RECURSOS HUMANOS	250	1500
1 Médico	150	900
1 enfermera	150	900
1 Trabajador social	200	1200
1 Médico tradicional		
TRABAJO DE GABINETE		
Elaboración del programa de capacitación	100	100
5 Textos de capacitación	40	200
6 cursos de capacitación	140	840
Asistencia técnica	500	500
EQUIPAMIENTO		
1 computadora	1.500	1.500
1 impresora	200	200
1 scanner	100	100
1 Data show	3.000	3.000
1 Proyector diapositivas	500	500
1 Proyector acetatos	500	500
1 Filmadora	1.000	1.000
1 VHS	300	300
1 maquina fotográfica	200	200
1 pizarra acrílica	20	20
1 radio grabadora	100	100
MATERIAL DE ESCRITORIO		
6 Manuales de Normas y Procedimientos	500	500
Elaboración de protocolos	100	600
Cursos continuos para población saladillo	400	400
	1.000	1.000
TOTAL	10.950	16.060

El presente presupuesto es viable, dado los ingresos que por IDH recibe el distrito tres de Municipio de Carapari donde pertenece la comunidad de saladillo, sino por que incluso desde la gobernación misma del departamento se puede disponer recursos para cubrir estas expectativas.

8.13. CONCLUSIONES

Fue posible constatar que en lo que se refiere al carácter intercultural epidemiológico de la población de la comunidad de Saladillo distrito tres del Municipio de Carapari, este es un componente que contribuye de manera determinante a las altas tasas de incidencia de la enfermedad de malaria, el choque entre la medicina tradicional con la científica o académica rebelan esta situación.

Respecto al establecimiento de las prácticas culturales de control de la enfermedad de malaria en la comunidad de saladillo distrito tres del Municipio de Carapari se obtuvieron datos importantes sobre las características del sistema médico tradicional y popular, así como sobre sus tipos de actores, sus técnicas de diagnóstico, su provisión de medicamentos, su preparación y sus formas de administración, datos que permitieron elaborar una Propuesta de Intervención coherente; rescatando lo que por muchos años ha demostrado ser eficaz e inocuo en la práctica, tratando de encontrar complementariedad con las prácticas de la medicina convencional para así mejorar la cobertura de atención médica en los servicios de salud e impactar definitivamente en una mejora del nivel de salud, mejorando los indicadores de morbimortalidad tan alarmantes que se mantienen vigentes hasta la actualidad.

En lo que a las condiciones ambientales como factor de riesgo para la malaria centrado en la vivienda se refiere, es necesario advertir que por influencia de la propia cultura Guaraní en la población de Saladillo existen costumbres que hacen a su propio modo de vida, como ser la crianza de animales, el tipo de construcción de las casas, el uso de los servicios básicos como las letrinas, y la convivencia casi hacinada de las diversas familias son expresiones propias de esta cultura.

Al culminar la presente investigación ha sido posible dar una respuesta al desconocimiento que refleja gran parte de la población respecto a la malaria, en ese sentido a través del proyecto de intervención se pudo consolidar una estrategia específica para el control de la malaria con enfoque intercultural

8.14. RECOMENDACIONES

Se recomienda, ante todo, que la Antropología médica sea incorporada en nuestras universidades, como el instrumento que nos permita el conocimiento de las culturas y medicinas diferentes y las mejores maneras de relacionarnos con ellas para aprovechar todos los recursos humanos y materiales en beneficio de la salud.

Es necesario que todo el sistema de salud incorpore la interculturalidad desde las cátedras universitarias de las carreras de ciencias de la salud hasta los hospitales y postas para consolidar políticas nacionales permanentes que ayuden a la solución de la problemática actual mediante la articulación de los sistemas médicos.

Bolivia tiene una tradición muy importante en el tema que nos ocupa y una historia muy triste de mutuo desconocimiento y rechazos en esta materia. Esta exclusión de ambos sistemas médicos ya no puede seguir perjudicando a Bolivia convertida en el País de médicos y de medicinas propias de sus pueblos originarios e indígenas, en el último país de América en salud.

Se ha visto pertinente recomendar la investigación participativa y aplicada al tema de la prevención de la malaria con un enfoque intercultural.

También se recomienda el uso de técnicas horizontales de educación popular para la elaboración de materiales educativos, en los que participen tanto el personal de salud como los beneficiarios en el diseño de los mensajes, el lenguaje y los dibujos apropiados a las cartillas e instrumentos educativos de acuerdo a los propios usos y costumbres de la población guaraní de Saladillo.

ANEXO Nº 1 GUÍA DE ENCUESTA

1. Respecto si estaban de acuerdo en colaborar con la encuesta

- () Si están de acuerdo
- () No están de acuerdo

2. Conocimiento sobre la enfermedad

- () Conocen la malaria
- () No conocen

3. Conocimientos sobre la transmisión de la malaria

- () Saben como se transmite la malaria
- () No saben como se transmite

4. Sospecha de tener malaria

- () Sospechan de tener malaria
- () No saben si tienen

5. Según los síntomas sospechan si tienen malaria

- () Sospechan tener malaria por el dolor de cabeza
- () No saben

6. Saben identificar la malaria

- () Si saben identificar a la malaria
- () No saben como se identifica la malaria

7. Conoce como cuidarse para no enfermarse con malaria

- () Conocen medidas o cuidados para no enfermarse con malaria
- () No conocen medidas de cuidados

8. Saben donde se reproduce la malaria

- () Saben donde se reproduce la malaria
- () No saben donde se reproduce la malaria

9. Tiene conocimiento de quienes son los más propensos a adquirir la malaria

- () Mujeres y niños
- () No conoce/No responde

10. Con que otra enfermedad identifica usted a la malaria

- () Fiebre tifoidea y amarilla
- () No conoce

11. A donde acudiría en caso de tener malaria

- () Centro de salud
- () Medico tradicional
- () Farmacia
- () Otros

12. Conoce el tratamiento contra la malaria

- () Conoce el tratamiento contra la malaria
- () No conoce el tratamiento contra la malaria

13. Curación con medicina casera

- () Quina
- () Quebracho
- () Otros

14. Conocimiento de la malaria con otro nombre

- () Tembladera
- () Paludismo
- () chusjchuj
- () Otras
- () No sabe no responde

15. Participaría de un programa de control y lucha contra la enfermedad de malaria

- () Si participaría
- () No participaría

Muchas gracias por su colaboración...

ANEXO Nº 2 GUÍA DE ENTREVISTA

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES FACULTAD DE MEDICINA
NUTRICION Y TECNOLOGIA
UNIDAD POST GRADO EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD

ENTREVISTA

Datos generales

Edad -----
Sexo Masculino----- Femenino-----

Provincia..... Idioma.....
Comunidad----- fecha.....

Objetivo.- Saber que opina usted sobre las prácticas de cuidados de la enfermedad de malaria Municipio de Carapari.

Consentimiento informado:

La finalidad de esta entrevista es realizar un estudio de investigación, es confidencial no necesita colocar su nombre y se garantiza su absoluta seguridad, por lo que solicito su colaboración.

1. Como detectan o saben que es o tienen la enfermedad de malaria.
2. ¿Qué hacen cuando una persona tiene malaria?
3. Como han tratado sus padres o abuelos la malaria

4. Que plantas conocen ustedes, que hay en la zona para tratar la malaria.
5. A cuantos han tratado o curado con plantas medicinales.
6. Por que no usan o han dejado de usar las hierbas o plantas medicinales.

ANEXO Nº 3 CARTA DE COORDINACION

Saladillo febrero del 2011

Sr. Milton Rivera.

PRESIDENTE O.T.B. COMUNIDAD DE SALADILLO

De mi mayor consideración y respeto.

A través de la presente saludo a su autoridad y por su intermedio a toda la población de saladillo, deseándoles salud, y un buen bienestar social. Como personal de salud del establecimiento, y comprometido con la salud de la población, actualmente me encuentro cursando una especialidad en INTERCULTURALIDAD Y SALUD, gracias a la oportunidad que me brinda el Ministerio de Salud y Deportes., cuyo compromiso es introducir el nuevo modelo de salud (SAFCl) Salud Familiar Comunitaria Intercultural, en nuestro Municipio. Por lo expuesto solicito por intermedio de su autoridad, coordinar con los padres de familias, para trabajar en forma coordinada en programas de salud con enfoque Intercultural, que irán a mejorar la salud de la población. Esperando una respuesta favorable y coordinada me despido reiterándoles mis saludos

ATTE:


Dr. Jaime Pizarro Torrez
ODONTOLOGO C.S.SALADILLO



Recibido
Bo. Pizarro
O.T.B.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ SEDES, Programa departamental malaria Tarija. Secretaria de Desarrollo Humano. 2010
- ² BENENSON. El control de las enfermedades transmitidas por el hombre. Publicación científica N° 507 OPS/OMS. Decimacuarta edición. 1992.
- ³ Historia de la Malaria o el Paludismo. Tomado de http://www.medicinam.com/index.php?option=com_content&view=article&id=345:historia-de-la-malaria-o-el-paludismo&catid=18:historia-de-la-medicina&Itemid=7 Acceso el 24.20.2011.
- ⁴ Agar, M. (1996) Fundamentos de etno epidemiología en medicina antropológica Volumen 16. EE. UU. P. 391-403.
- ⁵ OYARCE, A. et.al. 1996 *Epidemiología con enfoque intercultural*. Documento de trabajo. Inédito. Chile.
- ⁶ PEDERSEN, D. 1989. Elementos para el análisis de los sistemas médicos. Enfoques en APS. Paesmi. Año 3 . N°2. Stgo. Chile
- ⁷ Oyarce, A. Ibacache J y Neira J. 1996. Reflexiones para una Política Intercultural en Salud. Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas. Puerto Saavedra 4 al 8 de Noviembre de 1996.
- ⁸ http://www.desarrollo.tarija.gob.bo/index.php?option=com_content&view=article&id=6&Itemid=7 – 22.08.2011. 11.00 a.m.
- ⁹ D.S. 29601, Título II, Cap. I, Artículo 5.
- ¹⁰ Saez - Margarita. Ministerio de salud Chile, 2001
- ¹¹ PDM. Carapari 2010
- ¹² PDM. Municipio Carapari 2010
- ¹³ Wilman Peñ. libro historia de carapari 1º edición prof. año 1995 pagina 27
- ¹⁴ Programa departamental de enfermedades endémicas Tarija 2006