



Biomédica

ISSN: 0120-4157

biomedica@ins.gov.co

Instituto Nacional de Salud

Colombia

González, Angela

Epidemia de malaria en La Guajira: una muestra lamentable de la situación de salud publica en el país

Biomédica, vol. 20, núm. 2, junio, 2000, pp. 151-152

Instituto Nacional de Salud

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84320209>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

SELECCIONES DEL IQEN

Inf Quinc Epidemiol Nac 2000;5(2):17-8

Epidemia de malaria en La Guajira: una muestra lamentable de la situación de salud pública en el país

Angela González

Subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia, Instituto Nacional de Salud, Santa Fe de Bogotá, D.C., Colombia

El departamento de La Guajira ha presentado en el último quinquenio -y de forma persistente- brotes de diferentes enfermedades que han comprometido la población urbana y rural, principalmente la población Wayúu en nuestra frontera colombovenezolana. Se han visto afectados todos los grupos de edad y ha causado complicaciones y muertes; todos ellos, brotes de enfermedades infecciosas evitables, objeto de programas de control de salud pública del país.

En 1995, se presentó un brote de encefalitis equina venezolana que afectó 75.000 personas, con 3.000 complicaciones neurológicas y 300 muertes. Durante los años de 1996 y 1997, se notificaron 1.294 casos de cólera, con un pico epidémico en julio de 1997. Desde noviembre de 1999 hasta la fecha, se han registrado 3.771 casos de malaria con 12 muertes.

El departamento de La Guajira había aportado menos de 500 casos anuales de malaria durante los últimos 40 años, un número reducido de los casos anuales. La actual epidemia ha comprometido cuatro municipios: Dibulla, Riohacha, Manaure y Maicao, con tasas de transmisión significativamente mayores en el área rural que en el área urbana y donde el grupo de edad más comprometido ha sido el de los menores de 10 años.

El análisis realizado para explicar la epidemia actual plantea que la presencia del foco endémico de Dibulla, asociado con el incremento inesperado en el régimen de lluvias, el desbordamiento de los ríos Tapia y Ranchería que generaron inundaciones de grandes extensiones en la zona y que favorecieron la reproducción del vector, y el tránsito de enfermos e infectados en este trayecto, hicieron

propicias las condiciones para mantener y propagar el ciclo de la enfermedad.

En junio de 1999, el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud realizaron una visita debido al aumento del número de casos; además, se verificó la presencia del vector, se dio la voz de alerta y se impartieron las recomendaciones para que se tomaran acciones de control por parte del departamento de La Guajira. Nada de esto ocurrió.

La atención de la actual epidemia se ha caracterizado por:

- falta de toma de acciones oportunas ante una situación previamente descrita;
- inadecuada y débil red de servicios sin cobertura total, que no ha garantizado la atención oportuna para el diagnóstico y tratamiento; hasta la fecha, y 4 meses después de iniciada la epidemia; para la atención de los pacientes, existe la red hospitalaria (dos hospitales en Riohacha y los hospitales de Maicao y Manaure) y dos grupos extramurales de agentes de salud, que prestan atención a pacientes sintomáticos febriles sin capacidad de resolución inmediata; el tratamiento definitivo llega entre 24 y 36 horas después de la primera visita;
- inexistencia de una red departamental de laboratorios para el diagnóstico, vigilancia y control de calidad en el diagnóstico de malaria; el diagnóstico se realiza primordialmente a través del Laboratorio de Salud Pública;
- inexistencia de un sistema de vigilancia en malaria; el escaso personal es muy competente pero sólo existe a nivel departamental, sin que exista una organización municipal del sistema;

- inexistencia de participación organizada de la comunidad para la promoción o la prevención en salud; ya no existe el componente comunitario de la red de mujeres Wayúu que demostró su fortaleza para la intervención del cólera hace dos años;
- ninguna participación de alcaldes y secretarios municipales de salud, y
- escasa participación de las EPS y las ARS para la atención de su población afiliada ante la epidemia y la prevención de la no afectada, sin coordinación con el nivel departamental y municipal.

La atención de la epidemia ha estado bajo responsabilidad completa de la Dirección Departamental de Salud, desde la dirección hasta la atención individual, con acciones muy centralizadas de baja cobertura y oportunidad. Los actores responsables de la salud municipal y de la seguridad social en salud, han estado completamente ausentes. Se maneja la epidemia

con la concepción del Sistema Nacional de Salud y no de la seguridad social, donde los derechos adquiridos por los afiliados al Sistema General de Seguridad Social a las acciones de promoción y prevención han sido vulnerados. En la actualidad, la Dirección Departamental de Salud realiza las acciones individuales y colectivas en prevención y vigilancia, duplicando los esfuerzos y gastando los escasos recursos.

La situación de La Guajira, infortunadamente, no es la única en el país. El deterioro de las acciones preventivas para las enfermedades de interés en salud pública, que tanto esfuerzo y recursos le han costado al país, presentan una situación crítica que nos obliga a replantear las estrategias para la salud pública en el actual sistema de salud, con sus complejidades en sus fuentes de financiación, en la multiplicidad de actores, en la dicotomía de lo individual y lo colectivo para su realización y en la falta de claridad de la responsabilidad de quien responde por la gente.

Inf Quinc Epidemiol Nac 2000;5(2):18-27

Brote de malaria en La Guajira, 1 de diciembre de 1999 a 1 de febrero de 2000

Diana Carolina Cáceres ¹, Fernando de la Hoz ¹, Santiago Nicholls ², Rodrigo DeAntonio ¹,
Martha P. Velandia ¹, Víctor Olano ³, Roberto Montoya ⁴, Enrique Pinzón ⁵, Marisol García ²,
Astrid Carolina Flórez ², Leslie Bruzón ⁶, María Elena Burbano ⁶, José Bonivento ⁶

¹ División Centros de Control de Enfermedades, Instituto Nacional de Salud, Santa Fe Bogotá, D.C., Colombia

² Laboratorio de Parasitología, Red Nacional de Laboratorios, Instituto Nacional de Salud, Santa Fe Bogotá, D.C., Colombia

³ Laboratorio de Entomología, Red Nacional de Laboratorios, Instituto Nacional de Salud, Santa Fe Bogotá, D.C., Colombia

⁴ Oficina de Epidemiología, Ministerio de Salud, Santa Fe Bogotá, D.C., Colombia

⁵ Grupo de Control de Vectores, Ministerio de Salud, Santa Fe Bogotá, D.C., Colombia

⁶ Servicio de Salud del departamento de La Guajira, Riohacha, Colombia

La Guajira es el departamento más septentrional de Colombia. Está constituido por 13 municipios, con una población de 481.242 habitantes. Un tercio de sus habitantes, aproximadamente, pertenece a la etnia Wayúu, una rama de la extensa familia lingüística caribe. Una de las características importantes de la población es que más del 50% vive en zonas rurales dispersas, agrupadas en

pequeños caseríos llamados *rancherías* que, generalmente, están habitados por grupos familiares relacionados. En el territorio guajiro se pueden distinguir claramente dos ecosistemas: el primero es el piedemonte norte-este de la Sierra Nevada de Santa Marta, de características subhúmedas a húmedas, con un índice de pluviosidad medio y alto (entre 3.000 y 5.000 mm),