

Estrategia de participación comunitaria e intersectorial en la prevención del dengue

Strategy of community and intersector participation in the prevention of dengue

Dra. María Rubán Alfaro¹

Dra. C. Rebeca Lahera Cabrales²

Dra. Maritza Berenguer Goarnaluses^{2*} <https://orcid.org/0000-0001-6096-1434>

Dra. Isolina Sánchez Jacas² <https://orcid.org/0000-0002-8257-2875>

Dr. Neysi Sandó Antomarchi¹

¹Policlínico Docente Frank País García, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

²Facultad de Medicina No. 1, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: maritza.berenguer@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El dengue constituye la enfermedad viral de transmisión por vectores con mayor importancia en la salud pública a nivel mundial.

Objetivo: Diseñar una estrategia de participación comunitaria para la integración de los componentes involucrados en la lucha antivectorial y la consiguiente prevención de la propagación del dengue.

Métodos: Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud de acción participativa en 2 sectores del área de salud del Policlínico Docente Frank País García en Santiago de Cuba, durante el bienio 2014-2015, para lo cual se establecieron 2 etapas que incluyeron diferentes acciones. La población de estudio estuvo conformada por las 8

manzanas reiterativas en criaderos de mosquitos, y las técnicas utilizadas para obtener la información fueron las encuestas y las entrevistas en profundidad.

Resultados: Al inicio del estudio, 69,4 % del grupo gestor desconocía los factores de riesgo asociados a la infección por dengue y en qué consistía la cooperación con los trabajadores de la campaña, mientras que 61,8 % conocía la técnica adecuada y la frecuencia de realización del autofocal familiar. En cuanto a los conocimientos acerca del dengue, en 73,8 % eran adecuados; sin embargo, solo 63,3 % conocía cómo evitar los criaderos del vector y 60,8 % poseía conocimientos acerca del mosquito *Aedes aegypti* y su ciclo de vida. A medida que fue avanzando la estrategia todos los conocimientos se elevaron en más de 90,0 %.

Conclusiones: La estrategia garantizó la participación activa de la comunidad, donde se desarrollaron acciones de prevención y control oportunas e integradas, que disminuyeron los riesgos para la proliferación del vector y la transmisión local de la enfermedad.

Palabras clave: dengue; *Aedes aegypti*; participación de la comunidad; colaboración intersectorial; control de enfermedades transmisibles.

ABSTRACT

Introduction: Dengue constitutes the transmission viral disease by vectors of more importance in the public health worldwide.

Objective: To design a strategy of community participation for the integration of the components involved in the vector control and the consequent prevention of dengue transmission.

Methods: An investigation in systems and health services of participative action in 2 sectors of the health area of Frank País García Teaching Polyclinic was carried out in Santiago de Cuba, during the biennium 2014-2015, for which 2 stages that included different actions were established. The study population was conformed by the 8 iterative blocks in mosquito breeding sites, and the techniques used to obtain the information were surveys and interviews in depth.

Results: At the beginning of the study, 69.4 % of the agent group ignored the risk factors associated to the infection of dengue and how was the cooperation with the campaign

workers, while 61.8 % knew the appropriate technique and the frequency of the focus family detection. As for the knowledge about dengue, in 73.8 % were appropriate; however, just 63.3 % knew how to avoid the mosquito breeding sites and 60.8 % possessed knowledge about the vector and its cycle of life. As the strategy was advancing there was more than 90.0 % increase of all the knowledge.

Conclusions: Strategy guaranteed the active participation of the community, where opportune and integrated actions of prevention and control were developed that diminished the risks for vector proliferation and local transmission of the disease.

Key words: dengue; participation of the community; intersectoral collaboration; control of communicable diseases.

Recibido: 12/05/2019

Aprobado: 05/07/2019

Introducción

El dengue constituye la enfermedad viral de transmisión por vectores con mayor importancia en la salud pública; de hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que casi la mitad de la población del orbe está en riesgo de contraerlo, debido a un incremento de 110 millones de personas en las áreas urbanas donde existe una elevada propagación.⁽¹⁾

Anualmente se producen cerca de 50 millones de infecciones por dengue, con 500 000 personas afectadas por dengue hemorrágico que requieren hospitalización, lo cual equivale aproximadamente a un nuevo caso por minuto —esto ha aumentado cinco veces durante la última década en la región del Caribe—. Alrededor de 24 000 defunciones ocurren cada año por esta causa, principalmente entre los niños, lo que equivale a una vida joven perdida casi cada 20 minutos.^(2,3)

Cuba sufrió una extensa epidemia de dengue clásico en 1977, causada por el serotipo 1 del virus del dengue (DENV-1), seguida, en 1981, por la primera epidemia de dengue

hemorrágico notificada en las Américas, ocasionada por el serotipo DENV-2. Resulta oportuno señalar, como dato de interés, que durante esta última epidemia surgieron las salas de terapia intensiva y se creó la Campaña Nacional de Erradicación del *Aedes aegypti*, cuyas acciones organizadas por etapas permitieron, en unos pocos meses, la reducción drástica de los índices de infestación. Entre 1986 y 1997 no se registró actividad viral; fecha en que solo se detectó un brote localizado en la ciudad de Santiago de Cuba, generado también por el serotipo DENV-2.^(3,4)

A pesar del intenso programa para controlar al principal vector (el *Aedes aegypti*), el cual se aplica en este país desde hace más de 20 años, con una organización vertical y la voluntad política del Gobierno de apoyar prioritariamente los programas de salud, el país no ha estado exento de la transmisión local y en la pasada década se produjeron brotes infecciosos en varias provincias (2000 y 2001 del serotipo DENV-3 y en 2006 de los serotipos DENV-3 y DENV-4). No obstante, la vigilancia activa y las medidas de control establecidas han permitido detectar tempranamente la presencia del virus, lo que ha posibilitado generar acciones oportunas para el enfrentamiento a epidemias.^(3,4)

En investigaciones^(5,6) sobre el dengue se enfatiza cada vez más en la necesidad de implementar, en gran escala, los resultados de estudios pilotos que incluyan la participación comunitaria como parte de las medidas de control; de ahí la necesidad de considerar la colaboración de la comunidad como componente esencial en la implementación y sostenibilidad de los métodos para controlar al mosquito *Aedes aegypti*. Experiencias recientes en México y Cuba demuestran que sin la incorporación de la comunidad el control del *Aedes aegypti* es insostenible; por tanto, la colaboración comunitaria para el cambio de la conducta, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS,⁽⁷⁾ no solo es recomendable, sino necesaria e indispensable para el éxito de todas las acciones. También es necesario que otros sectores o ministerios, departamentos u organizaciones de la sociedad civil, con roles importantes tanto en la investigación como en el trabajo comunitario, se responsabilicen con estas acciones. Al respecto, se ha planteado, en un sentido básico, que toda intervención supone un cuestionamiento de la realidad y un imperativo de actuar para cambiarla.^(8,9)

Tomando como punto de partida la morbilidad y mortalidad por dengue debido al índice de infestación por mosquitos en el municipio y la provincia de Santiago de Cuba, además

de que en el período de 2014 a 2015 se colectaron 1 804 focos de *Aedes aegypti* en el área de salud del Policlínico Docente “Frank País García”, para un índice de focalidad de 0,97; surgió la motivación para realizar este estudio, con el cual fundamentalmente se persiguió disminuir los índices vectoriales, entre otros aspectos relacionados con el tema.

Debe destacarse que de las 152 manzanas en dicha área de salud, 31 mostraron reiteración de los criaderos de mosquito una vez, para 54,4 %, 15 fueron reiterativas 2 o 3 veces, para 26,3 %, 8 lo fueron 4 o 5 veces, para 14,0 %, y 3 lo estuvieron 6 o más veces, para 5,7 %. De los focos detectados, 97,3 % fueron larvarios y 48 de captura de mosquitos en reposo (2,6 %). Las larvas fueron colectadas en 1 915 depósitos, lo que conformó un índice de Breteau de 10,3 y un índice de depósitos con positividad de 0,11. En la tipificación de los recipientes con focos, el tanque bajo intradomiciliario fue donde mayormente se colectó el mosquito *Aedes aegypti*, seguido de los recipientes artificiales y los tanques elevados. Todo lo anterior hizo enfatizar aún más en la importancia de la participación comunitaria para la solución del problema.

Métodos

Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud de acción participativa en 2 sectores del área de salud del Policlínico Docente “Frank País García” en Santiago de Cuba, durante el bienio 2014–2015, con el objetivo de diseñar una estrategia de participación comunitaria para la integración de los componentes involucrados en la lucha antivectorial y la consiguiente prevención de la transmisión del dengue. La población de estudio estuvo conformada por las 8 manzanas reiterativas en vigilancia y en transmisión.

Etapas de la investigación

- Preparación: formación del grupo ejecutor, organización de la comunidad, caracterización del área de estudio y capacitación.

- Diseño: elaboración del flujo de información de la vigilancia, desarrollo del sistema de trabajo para el espacio seleccionado, integración.

Entre las variables analizadas figuraron la edad, el sexo, la ocupación, la cooperación con la campaña, la percepción del riesgo, el autofocal familiar y los conocimientos acerca del dengue y cómo evitar los criaderos del vector, además de los aspectos sobre el mosquito y su ciclo de vida.

Para poder desarrollar la estrategia, se tomó como guía la metodología empleada en un estudio efectuado por investigadores del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí.⁽¹⁰⁾ Como técnicas para obtener la información se aplicaron encuestas y entrevistas en profundidad; asimismo, se analizaron las estadísticas básicas del sector de la salud relacionadas con este problema, antes y después del estudio.

Los datos fueron procesados estadísticamente mediante el programa Epi-Info y como medida de resumen se empleó el porcentaje. Para evaluar el nivel de significación se emplearon la frecuencia absoluta y la relativa en la etapa de preparación de los gestores.

Resultados

Al distribuir el grupo gestor según liderazgo y categorías ocupacionales, se observó que el mayor número de los integrantes eran trabajadores, con 19 (35,2 %), seguido de las amas de casa, con 14 (25,9 %). En menor cuantía figuraron los estudiantes y los desocupados. De forma general, en la mayoría de las categorías ocupacionales predominaron los líderes informales.

En el análisis del conocimiento del grupo gestor sobre factores de riesgo para contraer el dengue, se obtuvo que, antes del estudio, 69,4 % desconocía en qué consistía la cooperación con los trabajadores de la campaña; solo 28,7 % poseía percepción del riesgo de los factores condicionantes en la aparición del vector transmisor del dengue y 61,8 % conocía la técnica adecuada y la frecuencia de realización del autofocal familiar. En cuanto a los conocimientos acerca del dengue, en 73,8 % eran adecuados; sin embargo, solo 63,3 % conocía cómo evitar los criaderos del vector y 60,8 % presentaba

conocimientos acerca del vector y su ciclo de vida. Después de la investigación, los conocimientos sobre todas las variables se elevaron en más de 90,0 % y se fueron profundizando a medida que fue avanzando la estrategia.

En la tabla se muestra que el mayor porcentaje del grupo gestor (55,6) alcanzó de forma general conocimientos adecuados, con 16 líderes formales (29,6 %) y 14 informales (25,9 %); de esta manera quedó conformado el grupo ejecutor que, conjuntamente con el equipo de investigación, pasó a liderar la estrategia. El resto de los participantes pasaron a formar parte activa de la estrategia.

Tabla. Nivel de conocimiento general del grupo gestor según liderazgo

Nivel de conocimientos	Líderes formales		Líderes informales		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Adecuados	16	29,6	14	25,9	30	55,6
Inadecuados	8	14,8	16	29,6	24	44,4
Total	24	44,4	30	55,6	54	100,0

Durante la implementación de la participación comunitaria, como elemento clave en la intersectorialidad para la prevención del dengue, el grupo ejecutor, nombrado PROCOLAV (promotores comunitarios de lucha antivectorial), conformado mayormente por el sexo femenino, se transformó en un equipo transdisciplinario impulsado por la capacitación, la realización conjunta de las tareas y el intercambio entre unos y otros.

Sistema de trabajo del Consejo de Salud

Se trabajó en organizar la participación activa de la comunidad en el proceso y la instrumentación del sistema de trabajo del Consejo de Salud, que fue el espacio seleccionado para la concertación de todos los involucrados.

En las reuniones del Consejo de Salud ejecutadas durante la estrategia, se analizaban a profundidad todas las actividades programadas en el plan de acción. El grupo ejecutor, los investigadores y los representantes de los grupos vecinales, en conjunto con los miembros del Gobierno y de los diferentes sectores involucrados, pasaron a formar parte de dicho Consejo. Este nuevo sistema de trabajo permitió un mejor control de los

riesgos asociados a la proliferación del mosquito, identificados por los grupos vecinales (fig. 1).

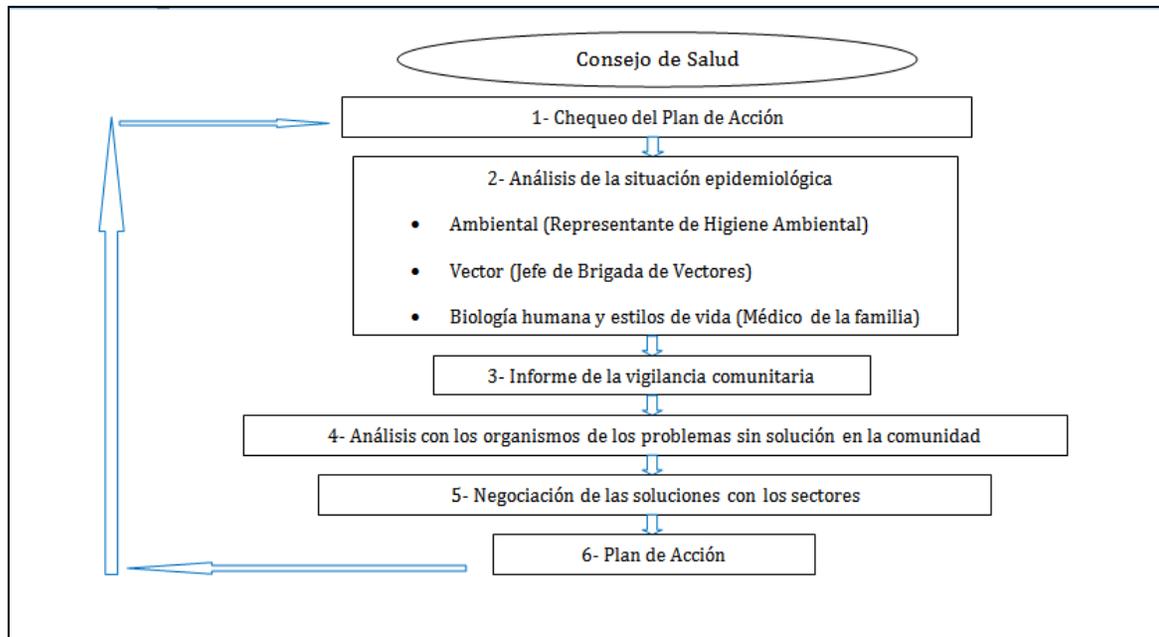


Fig. 1. Nuevo sistema de trabajo

Una vez reunido el Consejo de Salud, era chequeado el plan de acción por el presidente de cada grupo vecinal y se profundizaba en el análisis del cumplimiento de las acciones que se habían convenido por los consejos de salud anteriores. Luego se incluían los nuevos informes de la situación epidemiológica del área: ambiental, aportado por el Representante de Higiene Ambiental, vectorial, aportado por el Jefe de Brigada Antivectorial, y del determinante biología humana y estilos de vida, comunicado por el médico de familia; y se recogían los registros del sistema de vigilancia comunitaria, tomados por los presidentes de los grupos vecinales. También se analizaban, con los organismos involucrados, los problemas presentados por la comunidad, para acordar posibles soluciones. Este proceso culminaba con la generación de un nuevo plan de acción.

La incorporación del miembro del grupo vecinal al Consejo de Salud creó el nexo directo entre los integrantes de este espacio y la comunidad, lo que le permitió contar con otra voz que expresara de manera independiente sus intereses y facilitara la negociación,

gestión y resolución de los problemas con su activa participación. Ello generó acciones que fueron desde la identificación de los problemas hasta su solución total o parcial; proceso que resultó, según fuera evaluado por la población beneficiada, en una gestión más coordinada y eficaz del ecosistema.

El liderazgo para el desarrollo de las acciones intersectoriales de la salud discurrió desde uno predominante, dirigido por el sector sanitario, hacia uno compartido entre los grupos vecinales y el Gobierno.

La ruta de la información que fluía hacia dicho Consejo de Salud se presenta en la figura 2. Esta se realizaba de forma bidireccional: por un lado, se analizaba la información llevada tanto por los grupos vecinales y los gobiernos y sectores involucrados, la cual era valorada en el sector de la salud, y, por otro, el representante del sector de la salud llevaba la información clínico-epidemiológica y de laboratorio, la ambiental y la entomológica del área, registrada en la base de datos del SVLA (Sistema de Vigilancia y Lucha Antivectorial) de la Vicedirección de Higiene y Epidemiología (VDHE), y viceversa. En ambos sentidos, se realizaba el análisis y la interpretación de los datos, se seguían a través de indicadores, se identificaban los riesgos y, de ahí, surgían las posibles alertas epidemiológicas, lo cual convergía también a la base de datos de la VDHE antes mencionada.

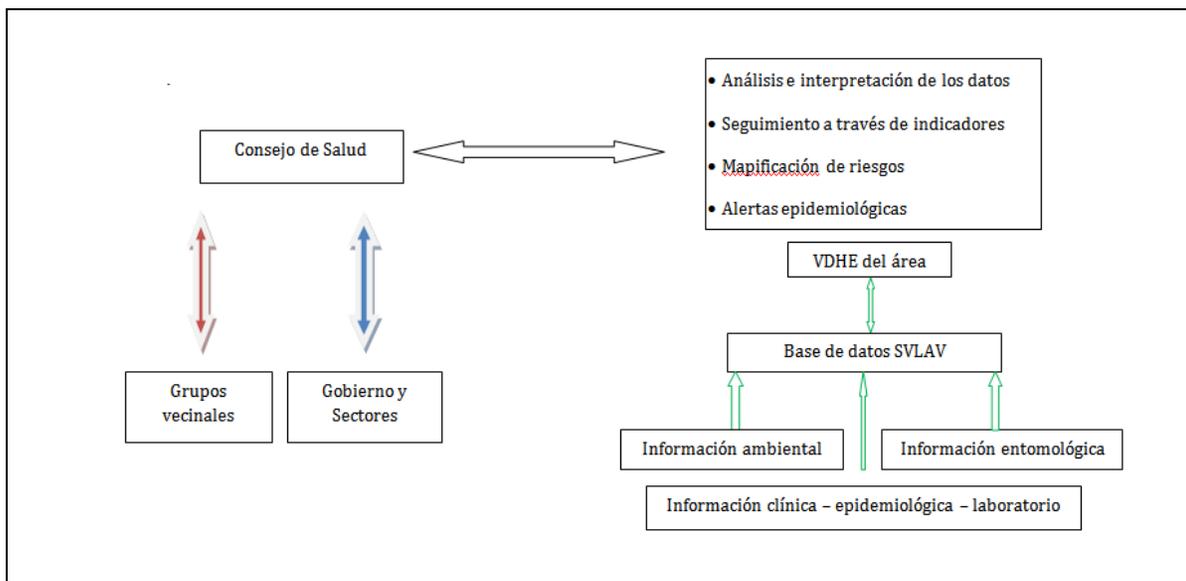


Fig. 2. Flujo de la información hacia el Consejo de Salud

Discusión

La comunidad constituye un espacio social concreto de existencia, actividad y formación integral; sin embargo, para hacer eficiente su función sociocultural es preciso revalorizarla. Toda intervención comunitaria presupone un trabajo comunitario, que debe interpretarse como una configuración de elementos que se integran recíprocamente a lo largo del tiempo y del espacio para lograr un propósito común, una meta, un resultado; es un proceso integrador, sistémico, sistemático y progresivo de transformación social, el cual es conducido, planificado, organizado, ejecutado y evaluado por la propia comunidad.

En investigaciones^(8,9,10) sobre participación comunitaria en relación con este problema de salud u otros acontecimientos similares, se demuestra que el sexo femenino, independientemente de la edad, posee gran influencia positiva en las intervenciones.

Llama la atención que más de 50 % de los desocupados que dieron su consentimiento y se motivaron a participar en el estudio, constituían líderes informales dentro de la comunidad; hecho que evidencia que este grupo poblacional puede lograr que la masa de vecinos lo sigan hacia la realización de las labores, lo que en ocasiones no se logra con los líderes formales de los barrios. Al comparar los resultados de este estudio con los hallazgos de Sánchez Cabrera,⁽¹¹⁾ en Colombia, se obtuvo similitud en cuanto a la ocupación, pues este último refiere que los desempleados constituyeron 2,6 % de los participantes. A pesar de que este grupo tiene tendencia a la delincuencia y a la desorganización familiar y del barrio, cuando se determinan a realizar acciones por mejorar su calidad de vida son capaces de arrastrar a la masa.

Algunos autores^(12,13) afirman que la transmisión de la mayoría de las enfermedades infecciosas y la ecología de sus vectores están estrechamente relacionadas con el inadecuado uso de los recursos medioambientales. La protección ambiental y la reducción de los efectos nocivos del ambiente en la salud se han convertido en requisitos inseparables de los esfuerzos para construir un proceso efectivo y sostenido de desarrollo económico y social, de la interacción social y los modelos de

comportamiento; factores que se evidencian en las epidemias de dengue y que deben tenerse en cuenta para lograr un enfrentamiento más eficaz, que involucre a la comunidad, los especialistas y decisores en un trabajo conjunto hacia un fin común, aunque lograrlo en la práctica social no es fácil.

La OPS en la 70ª Sesión del Comité Regional para las Américas, celebrada en septiembre del 2018, promulgó un Plan de Acción donde se plantea la necesidad de involucrar y movilizar a los gobiernos y comunidades para que haya un compromiso sostenible con la entomología, la prevención de enfermedades y el control de vectores.⁽¹⁴⁾

Antes existían creencias y actitudes muy generalizadas acerca de que el mosquito se cría fuera de las casas, lo que además se reforzaba si las casas se encontraban limpias; esto concuerda con que en los primeros diagnósticos se concentraba la búsqueda fuera de las viviendas, en los alrededores y en terrenos baldíos. Luego, como resultado de las capacitaciones, se empezó a mirar hacia dentro de los domicilios. Resultó más fácil ver lo externo primero y solo después lo que ocurría dentro de los hogares. Posteriormente, la conducta que más enfatizaron fue la de evitar cualquier lugar donde se pueda mantener el agua depositada (recipientes descubiertos, tanques mal tapados o con huecos, charcos, entre otros) fuera o dentro de las viviendas.

Lo anterior evidencia que la participación de la comunidad debe poseer un carácter masivo, consciente y activo, pues la población es objeto y sujeto de trabajo del sistema de salud; para ello requiere un nivel elevado de comprensión de los problemas sanitarios que la atañen, así como formar parte de la toma de decisiones para solucionar dichos problemas.⁽¹⁵⁾

Este estudio promovió una participación innovadora y activa en el diagnóstico y la búsqueda de soluciones de los problemas medioambientales y en la negociación y el intercambio con otros sectores. La intervención más deseada fue la de los grupos comunitarios, lo que facilita un proceso a través del cual las comunidades identifican las causas principales de los problemas y elaboran los enfoques para abordarlas.

Se ha planteado que "(...) los enfoques de participación de grupos comunitarios pueden ofrecer a los grupos marginales una voz colectiva más fuerte y un medio para influenciar el cambio social y de salud por sí mismos, dentro de sus familias y en la comunidad en general".⁽¹⁶⁾ Por ello se fortaleció a la comunidad, se le empoderó, con la creación de

grupos vecinales que desarrollaron habilidades comunicativas para trabajar en su medio.

Primeramente, los involucrados (grupo ejecutor), especialmente los de la comunidad (grupos vecinales) y los sectores (consejo de salud), fueron capacitados, pero luego se generó en ellos un proceso de búsqueda de conocimientos que les permitió desarrollar una perspectiva común en la que participaban, en correspondencia con lo que se ha referido de que “(...) no solo los científicos, sino también los representantes de la comunidad y otros actores”⁽¹⁷⁾ tienen también un papel y un interés en la solución.

La organización y el mantenimiento de los grupos vecinales fue esencial; ellos trabajaron tanto de forma independiente como en conjunto, en grupos, a nivel de casa o de barrio, en la solución de las dificultades identificadas, y además pudieron incorporar a su representante en el Consejo de Salud. Estos consejos de salud, según lo afirmado en la nueva Constitución de la República de Cuba del año 2019, son espacios de relación en contextos locales que se pueden aprovechar como marcos privilegiados para la participación de la ciudadanía en los temas que les afectan y para llevar adelante sus propuestas e iniciativas de mejora.⁽¹⁷⁾ En este Consejo podían negociar directamente con los representantes de los distintos sectores y del gobierno local, lo cual les permitió mejorar su ecosistema y contribuyó al empoderamiento de la comunidad, de los grupos vecinales, de los sectores y los decisores, lo que facilitó que se rompieran las barreras a la participación, debidas a la práctica médica; este resultado coincidió con lo expuesto por Fonseca Peso y Maiztegui-Oñate.⁽¹⁸⁾

Todo lo anterior indujo a que esta comunidad pasara de una participación colaborativa con las políticas sanitarias a una forma más activa, en la que diagnostican, buscan soluciones a su alcance y negocian su ejecución con los sectores y el gobierno local; este último, a su vez, lo hace en otros niveles.

En Cuba, aun cuando existen las condiciones sociopolítico-institucionales para una acción integrada y las bases legales que la respaldan, “no se logran acciones intersectoriales efectivas, ya que hay insuficiente capacitación de los directivos y un trabajo débil en cuanto a gestión del conocimiento, siendo el nivel local el más afectado”, conforme lo argumentado por Gastel-Florir Serrate.⁽¹⁹⁾

El trabajo de los grupos vecinales con los sectores y el delegado del Poder Popular, vinculados desde el nivel de la circunscripción hasta el del consejo popular, incrementaron la equidad en el acceso a las soluciones y desarrollaron acciones no solo para la prevención de dengue, sino también de otros problemas de salud. Las relaciones establecidas con cada sector de forma independiente imperaron sobre las desarrolladas entre dos o más sectores a la vez.

Cada sector se vinculó a la comunidad y a sus representantes para dar solución a los problemas que así lo requirieron, primó el punto de contacto de la comunidad con cada sector y el intercambio entre sectores se produjo a partir de la gestión junto con sus miembros, por lo que se consideró que se debe orientar el trabajo a incrementar las acciones intersectoriales, puesto que prevalecieron las intrasectoriales.

Asimismo, hubo dificultades para incorporar sistemáticamente a los sectores de la construcción y los viales, que son indispensables para solucionar algunos problemas extradomiciliarios, pues para la prevención y el control del dengue las asociaciones estratégicas constituyen una fuente de apoyo importante a los programas de control y para ello es esencial "(...) la coordinación de acciones entre el gobierno, el sector salud, otros sectores sociales y económicos, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, iglesias, autoridades locales, industria y medios masivos".⁽²⁰⁾

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. La mitad de la población de las Américas, en riesgo de contraer enfermedades transmitidas por pequeños insectos. Washington: OPS; 2014 [citado 01/05/2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9436:2014-half-population-americas-at-risk-diseases-carried-small-insects&Itemid=1926&lang=es

2. Massón López AC, González Valladares GJ, Espinosa Álvarez RF. Comportamiento clínico y epidemiológico del dengue en el municipio 10 de Octubre. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2015 [citado 01/05/2018];31(1):5-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000100003&lng=es
3. Al Día. Noticias de salud. Dengue en el Caribe aumentó cinco veces en la última década. La Habana: Infomed-Centro Nacional de Información Ciencias Médicas; 1999-2014 [citado 20/01/2018]. Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2014/06/10/dengue-en-el-caribe-aumento-cinco-veces-en-la-ultima-decada/>
4. Noriega Bravo VM. Propuesta metodológica para evaluar los departamentos de vigilancia y lucha antivectorial, en procesos para el control del *Aedes aegypti* [tesis doctoral]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2013 [citado 05/01/2018]. Disponible en: <http://files.sld.cu/vigilancia/files/2015/07/vivian-noriega.pdf>
5. Barrera-Pérez MA, Pavía-Ruz N, Mendoza-Mezquita JE, Torres-Arcila N, Hernández-Hernández R, Castro-Gamboa F, et al. Control de criaderos de *Aedes aegypti* con el programa *Recicla por tu bienestar* en Mérida, México. *Salud Pública Méx.* 2015 [citado 01/02/2018];57(3):201-10. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000300008
6. Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud. Prácticas de participación comunitaria que han demostrado resultados y son replicables en el control de vectores en la prevención del dengue, Chikungunya y Zika. Octubre 2016 [citado 04/02/2018]. Disponible en: https://www.zikacommunicationnetwork.org/sites/default/files/resource_files/Briefing_UNICEF_Zika1_Espanol_0.pdf
7. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control del dengue en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2017 [citado 04/02/2018]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34859/OPSCHA17039_spa.pdf?sequence=8&isAllowed=y

8. Escudero-Támara E, Villareal-Amaris G. Intervención educativa para el control del dengue en entornos familiares en una comunidad de Colombia. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2015 [citado 02/02/2018];32(1):19-25. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000100004&lng=es
9. Morales Mayo MJ, Rodríguez Hernández CZ, Casanova Moreno MC, Trasancos Delgado M, Corvea Collazo Y, Martínez Porras M. Estrategia educativa sobre dengue en estudiantes de la Universidad de Ciencias Pedagógicas de Pinar del Río. *AMC*. 2015 [citado 02/02/2018];19(4):331-40. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000400004&lng=es
10. Díaz C, Torres Y, de la Cruz AM, Álvarez AM, Piquero ME, Valero A, et al. Estrategia intersectorial y participativa con enfoque de ecosalud para la prevención de la transmisión de dengue en el nivel local. *Cad Saúde Pública*. 2009 [citado 04/02/2018];25(1). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001300006&lng=en&nrm=iso&tlng=es
11. Sánchez Cabrera JA. Análisis de las actividades de prevención y control del dengue según conocimientos, actitudes y prácticas en los barrios la Florida y las Palmas II del municipio de Neiva durante el segundo semestre del 2014 [tesis de maestría]. Bogotá: Universidad Santo Tomás; 2015 [citado 04/04/2018]. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/9501/S%C3%A1nchezJaime2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Tapia-López E, Bardach A, Ciapponi A, Alcaraz A, García-Perdomo HA, Ruvinsky S, et al. Experiencias, barreras y facilitadores en la implementación de intervenciones de control del *Aedes aegypti* en América Latina y Caribe: estudio cualitativo. *Cad Saúde Pública*. 2019 [citado 03/04/2019];35(5). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000605002

13. García Torres DS, Díaz Suárez R, Aleaga Jardín Z. La prevención de enfermedades transmitidas por vectores: una necesidad educativa para el estudiante de medicina. MEDISAN. 2017 [citado 02/04/2018];21(10):3104-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001000016&lng=es
14. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. 56 Consejo Directivo. 70ª Sesión del Comité Regional de la OPS para las Américas. Plan de acción sobre entomología y control de vectores 2018–2023. Washington, D.C.: OPS; 2018 [citado 02/05/2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=56-directing-council-spanish-9965&alias=45777-cd56-11-s-pda-entomologia-777&Itemid=270&lang=en
15. George Quintero RS, Laborí Ruiz R, Noa Legrá M, Nicot Martínez N. Intersectorialidad y participación comunitaria: paradigma de la Salud Pública en Cuba. Rev Inf Cient. 2017 [citado 03/04/2018];96(3):181-92. Disponible en: <http://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/297/642>
16. Family Planning. High impact practices. Participación de grupos comunitarios: Cambiando las normas a fin de mejorar la salud sexual y reproductiva. Baltimore: Johns Hopking University; 2019 [citado 03/04/2019]. Disponible en: <https://www.fphighimpactpractices.org/es/briefs/participacion-de-grupos-comunitarios/>
17. Constitución de la República de Cuba. Capítulo II. Órganos municipales del Poder Popular. Sección Quinta. Garantías a los derechos de petición y participación popular local [citado 03/04/2019]. Disponible en: <http://media.cubadebate.cu/wp-content/uploads/2019/01/Constitucion-Cuba-2019.pdf>
18. Fonseca Peso J, Maiztegui-Oñate C. Elementos facilitadores y barreras para la participación en proyectos comunitarios: un estudio de caso con población adolescente. Pedagogía Social. 2017 [citado 03/04/2018];29:157-70. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/psrPSR/article/download>

19. Gastel-Florir Serrate P. La intersectorialidad en la práctica social del sistema cubano de salud pública [tesis doctoral]. La Habana: MINSAP; 2004 [citado 03/04/2018].

Disponible en: <http://files.sld.cu/digitalizacion-bmn/files/2018/01/454-05-La-Intersectorialidad.pdf>

20. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones para la intersectorialidad. Bogotá, D.C.: MINSALUD; 2016 [citado 03/04/2018]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/orientaciones-intersectorialidad.pdf>



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).