

Intervención comunitaria en el dengue como una necesidad social

Community-wide dengue intervention as social intervention

Antulio Hoyos Rivera

Doctor en Medicina. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Infectología. Hospital Clínicoquirúrgico "Dr. Miguel Enríquez". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta un estudio sobre los determinantes sociales que influyen en la propagación del dengue, se exponen las principales diferencias de su comportamiento en los distintos sistemas sociales, se destacan los elementos básicos para su control y los componentes de la estrategia comunitaria para la prevención de la afección. La voluntad política de los gobiernos y los factores que intervienen en el desarrollo de la acción intersectorial de salud, son las bases indispensables para la realización de una intervención comunitaria para el control de la enfermedad.

Palabras clave: Dengue, intervención comunitaria.

ABSTRACT

A study on the social determinants having an impact on the dengue spread was presented. It covered the main differences in their behaviour in the various social systems, underlined the basic elements for the control of these determinants and the components of the community-wide strategy for the prevention of this disease. The political willingness of the governments and the factors involved in the development of the intersectoral action in health are the indispensable factors to carry out community intervention for the control of dengue.

Key words: Dengue, community intervention.

INTRODUCCIÓN

El dengue es actualmente la más importante arbovirosis que afecta al hombre. Su nombre proviene de la palabra *dinga* o *dyenga*, homónimo del Swahili Ki *denga pepo*, que significa ataque repentino (calambre o estremecimiento) provocado por un espíritu malo.¹

El término "dengue" se originó en América entre 1827 y 1828, a raíz de una epidemia en el Caribe que cursaba con fiebre, artralgias y exantema.^{1,2} Su agente etiológico son los cuatro serotipos del virus del dengue (D1-4). Se transmite entre humanos mediante la picadura del mosquito *Aedes aegypti*.³ Se estima que el 40 % de la población mundial vive en áreas de riesgo de esta entidad. En Las Américas el número de casos se ha incrementado de 393 260 en 1984 hasta 1 019 196 en el año 2002. La enfermedad ha mantenido una tendencia ascendente en los últimos 7 años, con un incremento del número de casos en 3,5 veces de 1996 al 2002 (Maestría Enfermedades Infecciosas. CD-ROM; 2004).

El dengue ha venido extendiendo sus dominios por muchas naciones latinoamericanas y del Caribe. *Eric Martínez Torres*, que ha prestado asesoramiento en 12 países de la región, alerta que "desde el sur de los Estados Unidos, donde han notificado dengue autóctono, hasta el norte de Argentina, esta enfermedad ha estado presente en los últimos años en todos los países de América, excepto en Chile y Uruguay y 26 países del área lo han notificado". La primera epidemia de dengue clásico en Las Américas, documentada por laboratorio, estuvo asociada con el serotipo dengue-3 y afectó a casi toda la cuenca del Caribe.^{4,5}

En Cuba se han registrado cinco epidemias y muestra al mundo resultados concretos en el control y disminución de la enfermedad con aportes indiscutibles a las ciencias médicas.

Esta enfermedad en Venezuela es endemoepidémica provocando brotes importantes. En el año 2002, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) notifica un total de 34 701 casos de dengue clásico y 2 979 hemorrágicos; en el 2003, 24 751 casos y 2 245 casos de hemorrágicos; en el 2004, 24 626 casos con 1 886 hemorrágicos y en el 2005, 42 198 casos con 2 681 hemorrágicos con una razón de 15:1.

En el 2006 según los reportes del Ministerio de Salud el acumulado de casos es de 42 029, de los cuales el 6,4 % fueron hemorrágicos (2 690 casos), con una razón fiebre dengue/dengue hemorrágico de 15:1. La tasa de Morbilidad Acumulada fue de 158,1 por 100 000 habitantes. Los serotipos circulantes son el 1, 2, 3 y 4.⁶

Los 77 269 casos registrados por MinSalud hasta la semana epidemiológica 50 (del 9 al 15 de diciembre) de 2007 representan un incremento de 94 % sobre los registrados hasta la misma semana de 2006 (39 860) y los 6 154 casos de dengue hemorrágico casi triplican la cifra de ese mismo año (2 476).

La proyección de los números oficiales aportados por la Dirección de Epidemiología de MinSalud para completar las 2 semanas restantes mostró que el dengue rebasó los 83 mil casos en 2007. La situación es alarmante cuando se toma en cuenta que una importante cantidad de casos de dengue no se refleja en los informes epidemiológicos del país.

El dengue es un problema complejo tanto por su magnitud como por los elementos que hay que tener presentes para su control, con condicionantes establecidos a través de los siglos por políticas excluyentes, cambios sociales, económicos y culturales.

Demostrar la necesidad de realizar intervenciones comunitarias para control del dengue y reflexionar sobre la voluntad política necesaria de los gobiernos, es el principal objetivo de este trabajo

LAS PREMISAS

La situación alarmante actual relacionada con el dengue, es resultado de múltiples factores históricos sociales, de hecho, la revolución tecnológica a fines de la década de los 90, sobre la base del desarrollo de las comunicaciones y la informática en los países ricos, permitió múltiples aplicaciones para las investigaciones en todas las esferas, así surge lo que se conoce como la Era del Conocimiento. Este fenómeno tuvo influencia en el desarrollo social en general, y en particular, sobre la medicina.

Sin embargo, a las puertas de finalizar el milenio encontramos con que los adelantos científicos y tecnológicos no han tenido el éxito que alguna vez se les atribuyó en relación con las enfermedades infecciosas.

Las desigualdades sociales presentes a nivel global influyen en la distribución geográfica de las enfermedades. En general en los países subdesarrollados, los niveles de salud decrecen vertiginosamente, con un incremento en el número de padecimientos, sobre todo en los sectores más vulnerables de la sociedad. En América Latina, África, el Caribe y el Sureste Asiático, las enfermedades infecciosas transmitidas por vectores como el dengue, se elevan en comparación con los países ricos. África acumula una cuarta parte de la carga de enfermedades del planeta, que causan 4 millones de muerte al año.^{7,8}

En el hemisferio occidental el acceso a los servicios de salud a finales del siglo pasado era menor del 30 %.⁹

En muchos de estos países se incrementa la atención privada, pero solo con posibilidades para los sectores de más altos ingresos. En el primer mundo crece la demanda asistencial, los pacientes exigen que se les realicen las últimas técnicas y la prescripción de fármacos de última generación.

La ciencia se centraliza en los países ricos, como parte del injusto orden económico mundial, en estos se concreta la mayor capacidad de investigación. Las pesquisas con fines médicos generalmente no persiguen un objetivo social ya que la mayor parte se realizan por encargo privado, su fin primario es el beneficio económico, muchas veces en detrimento de la propia salud humana. El Norte invierte entre el 2-5 % de su producto interno bruto en investigación y desarrollo, mientras que el Sur destina entre el 0,3-0,5 %.^{10,11}

Se produjeron cambios en la estructura social, en los países desarrollados hay mayor cantidad de científicos e investigadores así como un aumento de los centros dedicados a estos fines, ello a su vez originó gran número de publicaciones, que hoy se caracterizan por una creciente coautoría internacional y colaboración interacadémicas, fundamentalmente entre los países de la jerarquía científica; la información se difunde, sobre todo desde EE. UU. y Europa, lo que expresa una

realidad desigual, que además se manipula como forma sutil de dominación. Los países pobres no disponen de infraestructura ni masa crítica de científicos capaces de impulsar las investigaciones al no existir financiamiento, sufren el robo de cerebros y emigraciones de sus hombres de ciencia.

El derecho a la salud en la sociedad capitalista, pese a constar en la Declaración de los Derechos Humanos, es tratado como una mercancía que se compra y vende en el mercado y al que solo se tiene acceso dependiendo del bolsillo de la gente. Las clínicas y hospitales privados son verdaderas unidades de negocios de carácter gerencial, en donde el *marketing* consiste en vender servicios de salud al cliente.

El capitalismo ha dispuesto leyes para que el Estado no invierta en salud al igual que en educación, para que estos servicios sean privatizados y se compren en el mercado o también que sean administrados por los municipios, o por "lástima" en entidades de beneficencia y de caridad. Así se cultiva para los explotadores una cultura de la vida y para los explotados la cultura de la muerte, se disponen grandes cantidades de recursos para otros fines y cada vez menos para la realización de campañas de salud y educación.

En 1983, *Fidel*, en el discurso a la VII Cumbre de Países No Alineados, plantea que:

Luchar sin tregua por el cese del intercambio desigual... Luchar para que la deuda externa sea cancelada... Luchar con urgencia por enfrentar la crítica situación actual de la salud en el Tercer Mundo... Luchar con firmeza, y con la indispensable ayuda internacional, por desarrollar programas contra el analfabetismo, por la escolarización de todos los niños, por la elevación de los niveles de enseñanza, por la formación masiva de técnicos y personal calificado, por el acceso de nuestros pueblos a la enseñanza universitaria y por el desarrollo de las ricas y centenarias potencialidades de las culturas de nuestros pueblos...¹²

Aplicar el enfoque marxista al análisis de los determinantes de la salud, implica reconocer y asumir la pertinencia del pensamiento de los creadores del marxismo en este análisis, aspecto que puede ser explicado a través de la relación salud-condicionamiento social; si se considera que los determinantes de la salud tienen, en gran medida, un carácter más social que biológico, y que están más asociados a la desigual distribución de la riqueza que a su producción, o a los logros y avances de la ciencia de un país en particular.

Ver a la salud y su determinación como un producto social, significa estudiar a la población interconectada a la realidad social en que vive, a los diferenciales, desigualdades e inequidades en salud que se encuentran presentes en ese contexto y que se hacen visibles a partir de la caracterización de los determinantes de la salud y de las premisas para su estudio. No hay dudas del impacto que ejercen el ingreso y el nivel social, las redes de apoyo social, la escolaridad, la cultura y la organización de los servicios de salud sobre los niveles de salud de la población, basta observar los cambios que dejaron en el estado de salud de la población de la región los procesos de reforma sectorial basados en la privatización y mercantilización neoliberal, donde el incremento de la desigualdad y la exclusión de la sociedad son algunas de sus consecuencias.

Marx dejó claro esta relación en el "Prólogo de la Contribución a la Crítica de la Economía Política" en 1859, al señalar que:

En la producción social de su vida, los hombres contraen determinadas relaciones necesarias e independientes de su voluntad, relaciones de producción que corresponden a una determinada fase del desarrollo de sus fuerzas productivas materiales... El modo de producción de la vida material condiciona el proceso de la vida social, política y espiritual en general. No es la conciencia del hombre la que determina su ser, sino por el contrario, el ser social es lo que determina su conciencia.¹³

Guevara, lamentando la triste situación de salud en la región latinoamericana, durante sus viajes por América Latina, antes de participar en el proceso revolucionario cubano, dijo: ...entonces, me di cuenta de una cosa fundamental, para ser médico revolucionario, o para ser revolucionario, lo primero que hay que tener es revolución.¹⁴

Solo con ella se materializan, como lo muestra la experiencia cubana, una real participación social, una fecunda acción intersectorial y una permanente voluntad política de mejorar la salud y el bienestar humano de las poblaciones.

En el socialismo la salud es una política de Estado que cubre a toda la población, la atención de salud no es objeto de lucro y es gratuita, de calidad, eficiente, y suficiente. Toda persona tiene derecho al acceso permanente e ininterrumpido a la protección de su salud y a recibir un trato humano y de calidez.

LA INTERVENCIÓN

El fracaso de las campañas preventivas tradicionales, basadas en el control del *Aedes aegypti* mediante la aspersión de insecticidas de efecto adulticida, ha obligado a plantear nuevas perspectivas de posible solución para el problema. La participación comunitaria ha surgido como una alternativa de control. Esta se concibe como el proceso por el cual los habitantes de las comunidades, individual o colectivamente, asumen responsabilidades para identificar necesidades, perfilar potenciales soluciones y planificar las estrategias de resolución ante los problemas de salud.

La participación comunitaria teóricamente no solo garantiza la sostenibilidad de los logros en términos de prevención, sino que desde una perspectiva económica, posibilita el ahorro de recursos institucionales o gubernamentales, ya que gran parte de los costos de las acciones recaen sobre la propia comunidad.¹⁵

El dengue es una de las enfermedades más relacionadas con las comunidades por que depende del desarrollo social y educativo además de patrones socioculturales y ambientales. Para su control se destacan cuatro elementos básicos: la voluntad política, la coordinación intersectorial, la participación activa de la comunidad y el fortalecimiento de las leyes sanitarias.¹⁶

La participación comunitaria es un proceso complejo que puede ser influenciado por las diferencias ecológicas, culturales, y sociales de las localidades.¹⁷ Esta diversidad se ha utilizado como excusa para que las estrategias participativas en la prevención del dengue no pasen de ser experiencias piloto. A esto también ha contribuido que el proceso de contextualización de estas estrategias no ha sido suficientemente documentado.¹⁸

La contextualización es el proceso dinámico mediante el cual las estrategias propuestas son reelaboradas, rediseñadas, enriquecidas con la participación de los actores claves, organizaciones comunitarias, estructuras de salud y de gobierno, teniendo en cuenta el análisis de la situación de partida y el contexto social. Este proceso requiere de una propuesta lo suficiente flexible y adaptable y de una metodología que facilite la expresión de la diversidad local.¹⁹

Marta Castro y otros proponen una descripción de la estrategia comunitaria para la prevención del dengue.²⁰ Los componentes de esta estrategia se definen de manera independiente pero en la práctica se desarrollan de manera cíclica e interactiva y pueden ocurrir simultáneamente, ellos son:

- *Organización*: se definen los niveles de acción y la formación de grupos de trabajo, se identifican instituciones, estructuras y organizaciones del territorio y se definen roles, responsabilidades e interacciones entre los actores que participan.
- *Capacitación*: se identifican necesidades de aprendizaje de los actores claves en la implementación de la estrategia; se fortalecen las capacidades de gestión, integración y análisis de información para la toma de decisiones y para la conducción de procesos participativos al nivel local; se realizan talleres temáticos para el perfeccionamiento del trabajo comunitario en la prevención del dengue, y se ofrece asesoría y adiestramiento durante la introducción en la práctica de los aprendizajes.
- *Vigilancia integrada*: se realiza la identificación y el mapeo de los macrodeterminantes del dengue, sitios de cría del vector, síndromes febriles inespecíficos y viajeros procedentes de áreas endémicas de dengue; se determinan los sitios de mayor vulnerabilidad a la transmisión de la enfermedad y se fortalece la capacidad de detección de situaciones de alerta ambiental, entomológica y epidemiológica.
- *Trabajo comunitario*: se realizan diagnósticos participativos, se elaboran y ejecutan planes de acción, se diseñan e implementan estrategias locales de comunicación y movilización social, se establece la vigilancia comunitaria del dengue y la evaluación participativa de las acciones efectuadas.
- *Evaluación*: se evalúa el proceso de implementación, los cambios de comportamiento, la evolución de la infestación por *Aedes aegypti* y el impacto en la transmisión del dengue.

Las intervenciones comunitarias son el método más efectivo de control de la enfermedad, no es totalmente suficiente aunque si efectiva. Un estudio realizado en el municipio del Cotorro, Cuba, informa que aunque la población tiene conocimientos sobre el dengue y conoce las medidas para evitar los criaderos del mosquito, mantienen comportamientos y prácticas inadecuadas, fundamentalmente en los exteriores de la vivienda.²¹

Entre las causas fundamentales de la ruptura entre el conocimiento y la práctica están:

- La población no valora el riesgo de enfermar de dengue y le restan importancia a las medidas para eliminar los criaderos.
- No han modificado los hábitos, costumbres y actitudes asociados a las prácticas de prevención y eliminación de los criaderos del *Aedes aegypti*.
- No tienen conciencia de la magnitud del problema.
- No tienen sentido de permanencia comunitaria.

Todo lo anterior da la medida de cuanto hay que hacer, y de cuanto hay que modificar en métodos de trabajo y enseñanzas, y que deben particularizarse a cada población específica, según sus patrones culturales, hábitos y costumbres.

Para aplicar la educación para la salud es necesario usar una metodología adecuada que incorpore métodos de aprendizaje activos, que vayan dirigidos hacia las influencias sociales y la de los medios de comunicación de masas, que refuerce los valores individuales y las normas grupales, que promueva, fundamentalmente, el desarrollo de habilidades sociales.²²

Las estrategias de intervención consisten en identificar y organizar un conjunto de medidas sanitarias aplicadas a una persona, grupo o comunidad, que implican acciones de promoción, mantenimiento y restauración de la salud, que deben tener como base la intersectorialidad, indispensable para su realización.²³ Sin lugar a dudas, la solución para transitar de la enfermedad al bienestar, menos costosa y más segura, a la vez es en sí un problema, porque no siempre es valorada de esta forma por todos los que tienen que ver con su ejecución y porque cuando es concebida de manera clara, aún en su forma de materialización, encuentra diversos obstáculos derivados de formas de pensar que no se han modificado a la misma velocidad que requiere la transformación.

La intersectorialidad conceptualizada, no es más que la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a abordar problemas vinculados con la salud. La intersectorialidad, indudablemente constituye la forma de abordaje adecuada para estrategias donde se requiere la participación de todos los sectores de la sociedad y es la forma de plasmar en la realidad las políticas públicas al respecto.

Así, la intersectorialidad se presenta como solución y problema y por consiguiente, la primera tarea del sector de la salud consiste en preparar a las fuerzas de poder y las fuerzas sociales para asumirla, pues solamente de esta forma podrá lograr las transformaciones que se requieren.²³

Los factores que intervienen en el desarrollo de la acción intersectorial de salud, han sido identificados y clasificados en tres grandes grupos:

- factores que demandan la acción intersectorial,
- factores que caracterizan la respuesta intersectorial, y
- factores que condicionan la respuesta intersectorial.

Al primer grupo pertenecen los problemas de salud cuya naturaleza demanda una solución que va más allá de las posibilidades del sector por sí solo y están relacionados con las condiciones naturales y epidemiológicas del trabajo y sociales en general.

El segundo agrupa a factores presentes en la respuesta de la sociedad como un todo y del sistema de salud en particular ante los problemas. Incluye estrategias, planes, programas y proyectos de salud, con objetivos de salud, mecanismos de coordinación y comunicación entre sectores, sistemas de información para la gestión y la participación social en las acciones de salud, y están en dependencia de la voluntad y capacidad de la sociedad para responder a los problemas, las relaciones históricas entre los sectores que mediatizan la respuesta actual.

Al tercer grupo pertenece la voluntad política. Es el lugar en que tiene su ejecución la acción intersectorial y expresa las relaciones entre lo que se prevé y la capacidad de respuesta estructural. Es precisamente la brecha entre los problemas y las respuestas, pues aunque conceptualmente se llegue a la forma de pensar requerida, si el sistema no dispone de los mecanismos estructurales para enfrentarlos, no se puede obtener el resultado requerido.

La voluntad política en salud se define como la disposición plena y real de los estados y gobiernos a cualquier nivel, de actuar consecuentemente con su discurso, para convertir en realidad lo que tanto se preconiza en materia de políticas públicas saludables, en materia de salud, bienestar, calidad de vida de la población y desarrollo humano.

La participación social en salud, según la definición de la OPS, es la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada.

La voluntad política, el trabajo intersectorial y la participación comunitaria, son los requisitos básicos para el desarrollo de la salud a nivel local, la unión de estos elementos permite la identificación de problemas, planificar acciones y evaluar los resultados. Y es en las enfermedades transmisibles, en este caso en el dengue, donde se convierten en determinantes para su control.

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud adoptada por 212 participantes de 38 países, representa una síntesis de los enfoques orientados tanto a las causas generales como a las específicas, para la promoción de la salud. La Carta declara que: "Las condiciones fundamentales y los recursos para la salud son la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, la conservación de los recursos, justicia social y la equidad. El mejoramiento de la salud requiere un fundamento asegurado en estas premisas básicas."²⁴

Por otro lado, la Carta también enfatiza la necesidad de mejorar las oportunidades para que la gente pueda tomar decisiones sanas respecto a los factores específicos al suministrar información, educación para la salud y el reforzamiento de las propias capacidades. La carta afirma que: "La política de la promoción de la salud combina diversos enfoques pero complementarios entre sí, los cuales incluyen legislación, medidas fiscales, impuestos y cambios organizacionales."

Otra característica central de la estrategia de la Carta de Ottawa es su llamado al reforzamiento de la acción comunitaria: "Promoción de salud funciona por medio de acción comunitaria concreta y efectiva para establecer prioridades, tomar decisiones, planear estrategias y desarrollarlas para obtener mejor salud. La esencia misma de ese proceso es darle el poder a la comunidad, rescatar el control y propiedad de su propio comportamiento y destino."²⁴

Cuba constituye un buen ejemplo de lo que algunos autores denominan "la producción social de salud", el soporte y prioridad que la sociedad cubana recibe en los aspectos de trabajo intersectorial y participación social vinculados a un sólido sistema de salud, le ha permitido mostrar excelentes indicadores de resultados en salud, comparables solamente con los que exhiben los países más desarrollados del mundo. La experiencia cubana en materia de cohesión social, la acción

intersectorial y el trabajo coordinado sobre los determinantes no médicos de la salud, han hecho posible el beneficio de toda la población por igual, más allá de su lugar de residencia, condiciones de vida, sexo, color de la piel, nivel intelectual y salarial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gubler DJ. Dengue and dengue hemorrhagic fever. Clin Microbiol Rev. 1998;11(3):480-96.
2. Halstead SB. Dengue hemorrhagic fever-a public health problem and a field for research. Bull World Health Org. 1980;58:1-21.
3. Yabar Varas C. Caracterización Molecular de la Secuencia parcial del Gen de la Glicoproteína NS1 del Virus Dengue 1 proveniente de Máncora, Perú. Rev Perú Med Exp Salud Publica [Internet]. 2000 [citado 8 Ago 2011];17(1-4). Disponible en : http://hinarigw.who.int/whalecomwww.scielo.org.pe/whalecom0/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342000000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Ehrankramz N, Ventura R. Pandemic dengue in Caribbean countries and the southern United States: past, present and potential problems. N Engl J Med. 2001;285:1460.
5. Schmunic GA. Dengue en Las Américas. Rev Salud Pública. 1998;(14):14.
6. World Health Organization. Preventing dengue and dengue haemorrhagic fever. Geneva: OMS; 2005.
7. Balleza de Paris V. Medicamentos, salud y seguridad social. En Acosta JR, editor científico. Bioética para la sustentabilidad. La Habana: Centro Félix Varela; 2002. p. 111-214.
8. Correa R. Pandemias en África: de vida o muerte. Bohemia. 2006;98(11):49-50.
9. Romero AF, Henríquez RD. Los medicamentos, las empresas transnacionales y los derechos de propiedad intelectual. En: Acosta JR, editor científico. Bioética para la sustentabilidad. La Habana: Centro Félix Varela; 2002. p. 563-82.
10. Parenti RF. Bioética y bipolítica desde América Latina. En: Acosta JR, editor científico. Bioética para la sustentabilidad. La Habana: Centro Félix Varela; 2002. p. 172-84.
11. Castro Díaz Balar F. Ciencia, tecnología y sociedad. Hacia un desarrollo sustentable en la Era de la globalización. 2da ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2004.
12. Castro Ruz F. Discurso pronunciado en la VII conferencia cumbre del Movimiento de Países no Alineados, en el palacio de la cultura de Nueva Delhi, India, el 7 de marzo de 1983 [Internet]. 1983 [citado 7 Ago 2011]. Disponible en: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos/1983/esp/f070383e.html>
13. Marx C. Prólogo de la Contribución a la Crítica de la Economía Política. En: Marx C, Engels F, editores. Obras escogidas. Moscú: Editorial Progreso; 1973. p. 516-20.
14. Guevara E. Discurso inauguración de un ciclo de charlas para trabajadores del Ministerio de Salud Pública (19.08.60). En: Guevara habla a la juventud. La Habana: Casa Editora Abril; 2001. p. 43-56.

15. Calderón Arguedas O, Solano ME, Troyo A. La participación comunitaria como recurso para la prevención del dengue en una comunidad urbana de San José, Costa Rica. Rev Costarric Salud Pública. 2005;14(27).
16. Kourí G. El dengue, un problema creciente de salud en las Américas. Rev Panam Salud Pública. 2006;19:143-5.
17. Toledo ME, Vanlerberghe V, Baly A, Ceballos E, Valdes L, Searret M, et al. Towards active community participation in dengue vector control: results from action research in Santiago de Cuba. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2007;101:56-63.
18. Heintze C, Velasco Garrido M, Kroeger A. What do community-based control programmes achieve? A systematic review of published evaluations. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2007;101:317-25.
19. Pérez D, Lefevre P, Sánchez L, Sánchez LM, Boalert M, Kourí G, et al. Community participation in *Aedes aegypti* control: a sociological perspective on five years of research in the health area "26 de Julio", Havana. Trop Med Int Health. 2007;10:664-72.
20. Castro M, Pérez D, Pérez K, Polo V, López M, Sánchez L Contextualización de una estrategia comunitaria integrada para la prevención del dengue. Rev Cubana Med Trop [Internet]. 2008 Abr [citado 2011 Ago 06];60(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602008000100013&lng=es
21. Bombino Companioni Y. Evaluación rápida sobre el nivel de información para evitar los focos de *Aedes aegypti* y la percepción de riesgo de enfermar de dengue en la población del municipio Cotorro. Año 2002. Reporte Técnico de Vigilancia [Internet]. 2006 [citado 10 Abr 2010];11(4). Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/vigilancia/bombinoago2006.pdf>
22. Larrauri Choque R. Comunicación y educación para la promoción de la salud. Lima-Perú Diciembre 2005. Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/comyedusalud.pdf>
23. Castel-Florit Serrate P. Intersectorialidad y sistemas de salud. La experiencia cubana. La Habana: ENSAP; 2003.
24. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Promoción de salud: una antología. Publicación Científica No 557. Washington: OPS/OMS; 1999.

Recibido: 9 de mayo de 2009.
Aprobado: 5 de agosto de 2011.

Antulio Hoyos Rivera. Calle Cuba No. 162, e/ Tejadillo y Empedrado, municipio Habana Vieja. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: hoyosrivera@infomed.sld.cu