

ARTÍCULO ORIGINAL

La intersectorialidad en la prevención del dengue en un área de salud de Santiago de Cuba

Intersectoral prevention of dengue in a health area of Santiago de Cuba

MsC. Meinardo Zayas Vinent, MsC. Jorge Cruz Llaugert, Lic. Anuvis Torres Sarmiento y Lic. Pura Salinas Duany

Policlínico Docente "Carlos Juan Finlay", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una intervención comunitaria en las 26 manzanas de muy alto riesgo de infestación por *Aedes aegypti* pertenecientes al Policlínico "Carlos J. Finlay" del municipio de Santiago de Cuba, desde abril hasta julio de 2011, con vistas a reducir los factores ambientales presentes en la comunidad que influyen en ello. La estrategia implementada permitió eliminar los riesgos que pudieran constituir posibles focos de mosquitos y brindar educación sanitaria a la población. La sostenibilidad en el control del dengue requiere de la movilización y participación de todos los sectores de la sociedad y la economía, unidos en un esfuerzo conjunto, que sustente las acciones comunitarias.

Palabras clave: *Aedes aegypti*, prevención, dengue, factor ambiental, intersectorialidad, atención primaria de salud.

ABSTRACT

A community intervention was carried out in 26 blocks with very high risk for *Aedes aegypti* infestation, belonging to "Carlos J. Finlay" Polyclinic of Santiago de Cuba municipality from April to July 2011 in order to reduce the environmental factors of the community influencing on this. The implemented strategy eliminated the risks that could be potential mosquito breeding sites and provided health education to the population. Sustainability in dengue control requires the mobilization and participation of all sectors of the society and economics in a joint effort, which supports community actions.

Key words: *Aedes aegypti*, prevention, dengue, environmental factor, intersectoral prevention, primary health care.

INTRODUCCIÓN

El territorio de las Américas presenta una situación compleja. Con excepción de Uruguay, Chile continental y Cuba, los demás países de Latinoamérica y el Caribe son endémicos de dengue y muchos de ellos con el hemorrágico.¹⁻³

Durante el 2010 se notificaron en esta área geográfica más de 1,8 millones de casos, de los cuales 44 656 correspondieron a la forma grave y 1 167 fallecieron por esta causa, con una tasa de letalidad de 2,6 %. En este año, varios países de la región notificaron brotes de dengue, con un número total de casos que sobrepasaron los datos históricos registrados.⁴

Teniendo en cuenta la colaboración prestada por los profesionales de los diferentes sectores, en el período 2010-2011 hubo en Cuba “dengue importado”, principalmente de los países de la región, de ahí la importancia de vigilar activamente, desde el punto de vista epidemiológico, a todo viajero que proceda de zonas con riesgo de dengue y detectar en los pobladores, los casos sospechosos de la enfermedad.⁵

La dinámica de transmisión de esta enfermedad es muy compleja, pues en ella se involucran factores sociales, ambientales, conductuales, vectoriales y virales (macrofactores determinantes). Entre los socioeconómicos de emergencia figuran: incremento poblacional, migraciones, urbanización descontrolada, suministro insuficiente de agua potable, inadecuada eliminación de residuales, pobreza e inequidades, desempleo, incultura, bajo nivel educacional, así como falta de una vacuna eficiente y accesible.^{1,2}

Uno de los componentes del programa cubano actual de control de *Aedes aegypti* es la participación de la comunidad en el saneamiento dentro de los domicilios y en las áreas comunes, así como la incorporación de otros sectores sociales a la solución de este problema de salud.⁶

Cuba muestra ejemplos de acción intersectorial en salud, como el quehacer de los integrantes de la campaña contra este vector, donde todos los sectores de la sociedad y la comunidad organizada, así como de las organizaciones políticas y de gobierno del territorio participan en su erradicación.⁷

Motivados por la situación entomológica y epidemiológica durante el primer trimestre del 2011 en el Policlínico “Carlos Juan Finlay”, situado en el centro de la ciudad de Santiago de Cuba, los autores de este trabajo se propusieron reducir los factores ambientales presentes en la comunidad, con vistas a disminuir la alta infestación de *Aedes aegypti*, con la movilización y participación de todos los sectores de la sociedad y la economía.

MÉTODOS

Se realizó una intervención comunitaria en las 26 manzanas de muy alto riesgo de infestación por *Aedes aegypti*, pertenecientes al Policlínico “Carlos J. Finlay” del municipio de Santiago de Cuba, desde abril hasta julio de 2011, con vistas a reducir los factores ambientales presentes en la comunidad que influyen en ello, con la colaboración de organismos, sectores y la comunidad.

Por ser un estudio de intervención fue concebido en 3 etapas: En la primera se evaluaron las 209 manzanas del área de salud, donde se tuvo en cuenta: focalidad, riesgos ambientales, presencia de casos sospechosos de dengue y la llegada de viajeros procedente de Venezuela o Haití. Estas se clasificaron, según criterios de los expertos, de la forma siguiente:

- Muy alto riesgo: Manzanas con índice de focalidad mayor de 4, con altos riesgos ambientales, con casos sospechosos en el año o no, con viajeros procedentes de Venezuela y Haití o sin estos.
- Alto riesgo: Manzanas con índice de focalidad entre 1 y 4, con riesgos ambientales, con casos sospechosos en el año o sin estos, con viajeros procedente de Venezuela y Haití o no.
- Mediano riesgo: Manzanas con índice de focalidad menor de 1, sin riesgo ambiental, con casos en el año o no, con viajeros procedentes de Venezuela y Haití o no.
- Bajo riesgo: Manzana sin focalidad, sin riesgos ambientales, sin casos en el año y si no han recibido viajeros procedente de Venezuela y Haití.

Al aplicar el concepto de la estratificación del riesgo se decidió realizar la intervención en las 26 manzanas de muy alto riesgo.

En la segunda etapa se diseñó e implementó la intervención, que consistió en eliminar los factores ambientales existentes en las manzanas de muy alto riesgo, la educación sanitaria a la población y la puesta en marcha de un movimiento popular llamado "Tanque Boca Abajo", el cual consistía en virar los tanques bajos que no se estaban utilizando en la vivienda o centro de trabajo. Para ello se contó con la colaboración de la Dirección de Salud Pública, del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología, de la Unidad de Higiene y Epidemiología, de la Unidad de Vigilancia y Control de Lucha Antivectorial, dirección del Partido, dirección del Poder Popular, Empresa de Acueducto y Alcantarillado, Empresa de Comunales, de las microbrigadas, de los Comités de Defensa de la Revolución, de la Federación de Mujeres Cubanas y de la Central de Trabajadores de Cuba, todos a instancia de municipio y provincia, además de la Industria Sideromecánica y de la Industria Ligera a nivel provincial.

En la tercera etapa se evaluaron los resultados de la estrategia, teniendo en cuenta los riesgos ambientales eliminados, las actividades de promoción de salud realizadas y el índice de positividad de los focos de *Aedes aegypti*.

La información se obtuvo de los registros de los departamentos de higiene, lucha antivectorial y estadística, así como también de los informes de promoción de salud del mencionado centro hospitalario. Se aplicaron de técnicas cualitativas de observación y participación durante el proceso, lo cual permitió la confección de tablas de 2 entradas, donde se utilizaron la frecuencia absoluta y el porcentaje.

RESULTADOS

En la tabla 1 se aprecia que 12,4 % de las manzanas del área de salud eran de muy alto riesgo, 10 % de alto riesgo y 77, 5 % de mediano y bajo riesgo.

Tabla 1. Clasificación de las manzanas según criterios seleccionados

Manzanas	No.	%
Muy alto riesgo	26	12,4
Alto riesgo	21	10,0
Mediano riesgo	86	41,1
Bajo riesgo	76	36,4
Total	209	100,0

De un total de 72 riesgos detectados (tabla 2) se solucionaron 65 (90,3 %) y quedaron pendientes 7(9,7 %). En el desglose de cada uno de estos primó la solución a todos los microbasurales, a las casas con peligro de derrumbe, a los salideros extradomiciliarios, a los enyerbamientos y a las obstrucciones extradomiciliarias; quedaron pendientes obstrucciones y salideros intradomiciliarios, un drenaje obstruido y una vivienda con fecalismo al aire libre.

Tabla 2. Tratamiento de los riesgos ambientales identificados en las manzanas de muy alto riesgo

Riesgos ambientales	Solucionados No.	Solucionados %	Pendientes No.	Pendientes %	Total
Drenajes obstruidos	13	92,8	1	7,2	14
Obstrucciones extradomiciliarias	10	76,9	3	23,1	13
Microbasurales	12	100,0			12
Salideros intradomiciliarios	6	75,0	2	25,0	8
Fecalismo	6	85,7	1	14,3	7
Casas en peligro de derrumbe	5	100,0			5
Salideros extradomiciliarios	5	100,0			5
Enyerbamiento	5	100,0			5
Obstrucciones extradomiciliarias	3	100,0			3
Total	65	90,3	7	9,7	72

Entre las actividades de promoción de salud efectuadas sobresalieron: 11 audiencias sanitarias, con 214 participantes; 317 charlas educativas, con 27 909 y 63 997 cara a cara.

También se puso en práctica el movimiento "Tanque Boca Abajo", donde se logró poner boca abajo 295 tanques bajos que no se utilizaban en las viviendas (5,4 %), de un total de 5 385.

Con esta intervención se logró reducir el índice de infestación en las manzanas de alto riesgo, de 0,5-0,02.

DISCUSIÓN

La promoción de salud, como una de las funciones de la salud pública, descansa indiscutiblemente en la función que se desempeñe en este el sector, aprendiendo a mirar hacia afuera para solucionar los problemas, pero con un protagonismo conjunto e integrado con la población, lo que es vital para lograr producción de salud y calidad de vida.⁸

Actualmente, el entorno socioeconómico que acompaña a las enfermedades infecciosas es motivo de gran interés y estudio.

El dengue es una de las enfermedades transmitida por vectores que representa un importante problema de salud pública en el mundo y constituye la arbovirosis humana de mayor distribución mundial.⁹

La única alternativa posible para evitar la enfermedad es el control del vector y, de hecho, para que sea sostenible es importante la participación activa de la comunidad y una efectiva coordinación intersectorial.

Castell¹⁰ define a la intersectorialidad como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, donde las acciones destinadas total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida, forman parte importante de esa respuesta social organizada. De esta manera, la intersectorialidad tiene su justificación en la propia naturaleza de los problemas de salud. Estos, por su alta complejidad y origen diverso, propician que el accionar de un solo sector, en este caso el de salud, resulte insuficiente para enfrentarlos y vulnerarlos.

Cuba tiene gran experiencia en el combate que se libra contra el vector transmisor del dengue, pues, desde 1981, con la participación de la comunidad y el desarrollo de acciones de salud coordinadas con otros sectores, se ha logrado controlar las diferentes epidemias y brotes epidémicos que han ocurrido en el territorio nacional.¹¹

Para el desarrollo de la acción intersectorial en el área se tuvieron en cuenta los factores que intervienen en ello: determinantes, condicionantes y desencadenantes.^{8,12,13}

Entre los determinantes se analizaron todos los riesgos ambientales que afectaban las manzanas de más alto riesgo. En relación con los factores condicionantes fue muy importante la voluntad política, la función del gobierno en los niveles local, municipal y provincial, así como la motivación del capital humano y la organización social del país.

Los factores desencadenantes estuvieron dados por el enfoque coordinativo, estratégico, participativo y sistemático-epidemiológico, las técnicas de trabajo en grupo: habilidades y destrezas gerenciales, además de las tecnologías gerenciales y la producción social en salud (análisis de la situación de salud y respuesta social en salud).

El enfoque intersectorial es considerado una forma de trabajo comunitario, donde se requiere de la interacción del sector salud con otros sectores y/o instituciones implicados en el avance de estrategias de promoción y prevención, así como también de intervenciones dirigidas fundamentalmente a la integridad del ecosistema y al fomento de comportamientos saludables en las personas.

La sostenibilidad en el control del dengue requiere de la movilización y participación de todos los sectores de la sociedad y la economía, unidos en un esfuerzo intersectorial que sustente las acciones en la comunidad.^{14,15}

El sector salud no puede actuar solo, pues la mayoría de los factores determinantes están fuera de su competencia, lo cual revela la necesidad del enfoque intersectorial.

La estrategia para el desarrollo de la política de salud de la población contempla, al menos, 3 direcciones:

1. Fortalecer la comprensión de la población sobre los factores determinantes de la salud y promover la participación popular en acciones que la mejoren.
2. Reforzar la comprensión de los factores determinantes de la salud y apoyar el enfoque de salud de la población en otros sectores de gobierno y en organismos de masas y sociales.

3. Promover y desarrollar iniciativas integrales, interdisciplinarias e intersectoriales de salud de la población para prioridades clave, que puedan repercutir potencialmente en la salud de la población.¹⁶

La intersectorialidad, herramienta política y tecnológica fundamental de los sistemas de salud pública y una de las condiciones para su éxito, es un tema sumamente conocido, debatido y generalmente aceptado por autoridades, profesionales de la salud, gobierno y agencias internacionales. Pasar del discurso a la acción es un desafío y este trabajo es un ejemplo del reto a seguir en Santiago de Cuba para el control de este vector, en aras de evitar la transmisión del dengue.

La estrategia implementada, con la participación intersectorial, permitió reducir los riesgos ambientales presentes en las manzanas de muy alto riesgo, así como la infestación por el mosquito *Aedes aegypti*, además de brindar educación sanitaria a la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kourí G, Pelegrino JL, Munster BM, Guzmán MG. Sociedad, economía, inequidades y dengue. Rev Cubana Med Trop. 2007;59(3).
2. Guzmán MG, Halstead SB, Artsob H, Buchy P, Farrar J, Gubler DJ, et al. Dengue: a continuing global threat. Nat Rev Microbiol. 2010;8(12):S7-S16.
3. Kouri G. El dengue un problema creciente de salud en las Américas. Rev Panam Salud Pública. 2006;19(3):143-5.
4. Organización Panamericana de la Salud. Actualización sobre la situación del dengue en las Américas. Situación del dengue 2010-2011. [Internet] [citado 2 Ago 2011]. Disponible en:
http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/alerta_epi_2011_02_febrero_brote_de_dengue.pdf
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2010. [Internet]. La Habana: MINSAP; 2011 [citado 3 de Ago 2011] Disponible en:
<http://files.sld.cu/dne/files/2011/04/anuario-2010-e-sin-graficos1.pdf>
6. ----. Programa de Prevención del dengue y erradicación de *Aedes aegypti*: etapa de sostenibilidad. La Habana: MINSAP; 2007.
7. Álvarez Pérez AG, García Fariñas A, Rodríguez Salvá A, Bonet Gorbea M. Voluntad política y acción intersectorial. Premisas claves para la determinación social de la salud en Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol. [Internet]. 2007[citado 3 Ago 2011];45(3). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol45_3_07/hie07307.htm
8. Castell-Florit Serrate P. Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. Rev Cubana Salud Públ [Internet]. 2007[citado 3 Ago 2011];33(2). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_02_07/spu09207.htm
9. Peláez O, Sánchez L, Mas Bermejo P, Pérez S, Kourí G, Guzmán MG. Prevalencia de síndromes febris en la vigilancia del dengue. Ciudad de La Habana, 2007. Rev

- Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2010 [citado 3 Ago 2011];48(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol_48_1_10/hie02110.htm
10. Castell-Florit Serrate P. Sostenibilidad de la intersectorialidad en Cuba. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.
 11. Guzmán MG, Peláez O, Kouri G, Quintana I, Vázquez S, Penton M y Grupo Multidisciplinario para el Control de la Epidemia de Dengue 2001–2002. Caracterización final y lecciones de la epidemia de dengue 3 en Cuba, 2001–2002. Rev Panam Salud Pública. 2006;19(4):20–35.
 12. Castell-Florit Serrate P. La intersectorialidad en la práctica social del sistema cubano de salud pública [Internet]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2006 [citado 3 Ago 2011]. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/78/1/tesis_doctoral_pastor_castell.pdf
 13. Castell-Florit Serrate P, Carnota O, Mirabal Jean- Claude M, Santana Espinosa C, Cabrera González T, hadad, Hadad J, et al. Intersectorialidad en Cuba. Su expresión a nivel global y local. [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008 [citado 3 Ago 2011]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/intersectorialidad_cuba/indice_p.htm
 14. Castell-Florit Serrate P, Díaz Llanes G, Serrano Patten A, Bayarre Vea HD, Rojas Hernández KI, Figueroa Cruz M, et al. Intersectorialidad en salud. Fundamentos y aplicaciones. [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010 [citado 3 Ago 2011]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/intersectorialidad_salud_fundamentos/indice_p.htm
 15. Díaz C, Torres Y, de la Cruz A. M. Álvarez M, Piquero ME, Fuentes O. Estrategia intersectorial y participativa con enfoque de ecosalud para la prevención de la transmisión del dengue en el nivel local. Cad Saúde Pública. 2009;25(Suppl 1):59–70.
 16. Rojas Ochoa F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2004 [citado 23 Jul 2011];30(3). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=21430308>

Recibido: 9 de octubre de 2011.

Aprobado: 14 de diciembre de 2011.

Meinardo Zayas Vinent. Policlínico Docente “Carlos Juan Finlay”, calle Reloj nr 370, entre Bayamo y Enramadas, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: meinardo.zayas@medired.scu.sld.cu