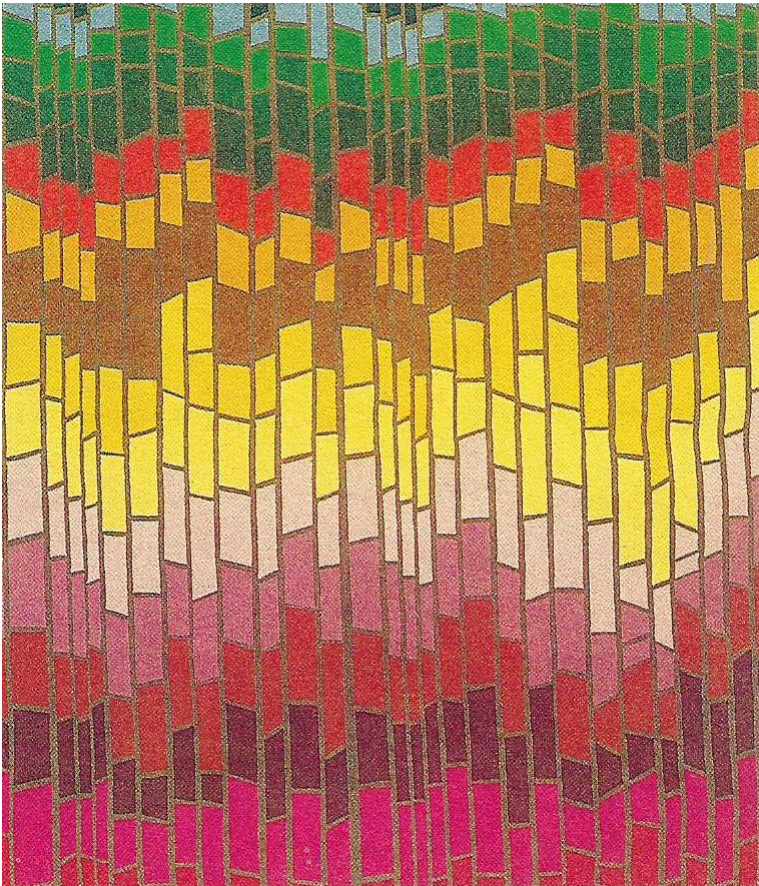




espacio abierto

Cuaderno Venezolano de Sociología



En foco: **Antología sobre Migraciones Internacionales**

Auspiciada por la International Sociological Association (ISA),
la Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS)
y la Asociación Venezolana de Sociología (AVS)

Vol.28
Enero- Marzo
2019

1



Los saberes comunitarios y el control de dengue. Una experiencia en el Municipio Mario Briceño Iragorry. Venezuela

*Milady Guevara, Marco Marruffo, Julia Rattia**

Resumen²

Las limitaciones que han tenido los programas de control de las enfermedades transmitidas por vectores, han estado referidas a su organización vertical, enfoque eminentemente biologicista, a la uniformidad en las actividades dirigidas a controlar el vector, mediante la aplicación de insecticidas, sin considerar las particularidades de las comunidades, entre otras, que no les permiten alcanzar los objetivos. Los saberes comunitarios, son aspectos a considerar para el diseño de estrategias de control de *Aedes aegypti* para ser desarrolladas por la propia comunidad desde sus viviendas. El propósito de esta investigación fue propiciar un intercambio entre los saberes de la comunidad y los servicios de salud con sectores urbanos del municipio Mario Briceño Iragorry, a fin de identificar elementos para construir una estrategia de reducción de criaderos del vector *Aedes aegypti* en el ambiente domiciliario y peridomiciliario,

- 1 Miembros del Equipo y coautores del artículo: **Milena Mazzarri; Angel Castillo; Karen Flores; Ricardo Corneiles; Pedro Alcalá-Afanador; Heldomira Guerrero.**
- 2 Esta investigación, como parte del proyecto Liderazgo Municipal Intersectorial en Salud, recibió financiamiento del *Centro de Investigaciones para el Desarrollo Internacional (IDRC)* de Canadá, a través de la Fundación Santa Fé de Bogotá (Colombia) y el Laboratorio de Investigaciones Sociales LACSO (Venezuela).

Recibido: 28-10-2018 / Aceptado: 05-12-2018

* Universidad de Carabobo/ Dirección General de Salud Ambiental MPPS/ Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon". Maracay, Venezuela

mediante el fomento de una cultura de trabajo colectivo para la prevención de dengue. Para la metodología se utilizó un enfoque cualitativo de tipo hermenéutico-interpretativo, mediante la técnica de grupos focales, quienes revelaron sus experiencias sobre el trabajo comunitario y la prevención del dengue. Fueron identificadas cuatro categorías para el análisis: necesidad de educación, liderazgo, intersectorialidad y medidas de control. Entre los hallazgos destacan la educación como elemento a incluir desde el nivel básico; la falta de liderazgo genuino, la inexistencia de una cultura de trabajo intersectorial y la necesidad de una comunicación permanente entre los diferentes sectores para reconocer las fortalezas que tiene su propia comunidad y garantizar la sostenibilidad de acciones.

Palabras clave: Dengue; saberes comunitarios; control de *Aedes aegypti*; Prevención; Promoción de la salud; educación para la salud.

Community knowledge and control of dengue. An experience in the Mario Briceño Iragorry Municipality. Venezuela

Abstract

The vector-borne diseases control programs have had its limitations, these have been referred to their vertical organization, the eminently biological approach, lack of variation in vector control activities, through the application of insecticides, without considering the particularities of the communities, among others, do not allow reaching the objectives that are directed to eliminate the vector mainly with the application of insecticides. Community knowledge is an aspect to be considered for the design of *Aedes aegypti* control strategies to be developed by the community from their homes. The purpose of this research was to promote an exchange between the community knowledge, health services and urban sectors of Mario Briceño Iragorry municipality, in order to identify elements to build a strategy of reduction of *Aedes aegypti* breeding sites in the home environment and peridomiciliary, through the promotion of a collective work culture for the prevention of dengue. For the methodology a qualitative hermeneutic – interpretive approach was used through the technique of focal groups, focus groups, who revealed their

experiences on community work and the prevention of dengue. For the analysis, four categories were identified: the need for education, leadership, intersectorality and control measures. The findings include education as an element to be included from the basic level, lack of genuine leadership, lack of intersectoral work culture, the need for permanent communication among the different sectors to recognize community strengths and guarantee the sustainability of the action.

Keywords: Dengue; community knowledge; *Aedes aegypti* control; Prevention; health promotion; health education.

Introducción

Los saberes comunitarios pueden ser comprendidos como aquellos conocimientos contruidos, compartidos y transmitidos por los adultos a las nuevas generaciones en un determinado grupo social; básicamente constituyen un proceso de observación, práctica, reproducción y comunicación que la propia comunidad valora, desarrolla, legitima y perfecciona en la medida que los reconoce como parte de su cultura, de su organización social y actividades económicas (Nebot, 2016). Desde el punto de vista filosófico, el saber social y comunitario tiene su origen en la convivencia, es decir en la relación que tienen las personas con el mundo y con otras personas, lo cual significa hacer sus vivencias con la convivencia (López, 1993). Esto nos permite enlazar con el concepto de comunidad como generadora y conductora de proyectos que trasciende el beneficio de compartir un espacio territorial, pues se trata de conllevar intereses básicos surgidos de una historia común, que les ha facilitado la estructuración de un sistema específico de relaciones sociales, donde la vida de cada miembro se articula con la de otro consolidando un sentido de pertenencia y solidaridad (Cardona, 1997). Esto adquiere importancia en el campo de la salud para comprender en una comunidad, sus formas de interpretar los procesos ligados a sus modos de vida, la incorporación de conocimientos y habilidades para resolver problemas y las maneras de relacionarse para incorporar en su ser, experiencias de cuidados a la salud (Perdomo, 2014).

En este sentido, es necesario descubrir el proceso complejo que implica la toma de decisiones que se producen en una comunidad para cambiar el rol de pasiva ejecutante de unas medidas para promover la salud, en cuyo diseño no han sido considerados sus interlocutores, a una comunidad activa que pueda proponer sus propias soluciones. En consecuencia, cuando se trata de promover el trabajo comunitario en salud es válido iniciar con una mirada integral, para comprender la actividad diaria de sus habitantes, particularmente cuando en el sistema de salud, predomina la visión médica curativa con poca participación social.

Esta perspectiva facilitaría alcanzar una explicación de las interacciones que se producen entre los modos de vida, estilos y condiciones de vida de las comunidades, con los distintos niveles del sistema de salud, dimensiones que dan cuenta tanto de los determinantes de salud como de la determinación social de los problemas de salud (Morales y col, 2013;

Cardona, 2016). Esto implica enfatizar en una relación entre lo biológico y lo social, para construir acuerdos, asumir compromisos entre todos los sectores, lograr la incorporación de la salud en todas las políticas (Urbano, 2010) y la ejecución de estas en el ámbito local a través de las formas organizativas que hayan construido dichas comunidades. En tal sentido, el diseño de políticas, no solo debe priorizar la inversión en infraestructura, recursos humanos y tecnologías, sino también en estrategias que lleven a un trabajo efectivo y eficaz con y desde la comunidad para que actúe sobre las determinantes sociales y acerque la salud al hábitat de las personas (Almeida y col, 2018)

Este marco de ideas nos permite hacer referencia a uno de los principales problemas de salud pública identificados, en los últimos treinta años, en América y especialmente en Venezuela como son las arbovirosis cuya prevención y control supera la aplicación de insecticidas para eliminar el insecto vector *Aedes aegypti* y exige cambiar el modelo de satisfacción de necesidades, como respuesta de las autoridades a través de programas, por una perspectiva más amplia de reconocimiento de las potencialidades que tienen los grupos sociales, procurando la vinculación de conocimientos y saberes entre la comunidad-equipo de salud – instituciones.

En Venezuela y especialmente en el estado Aragua, la emergencia de dengue es de larga data y está relacionada con múltiples elementos que incluyen, el aumento del urbanismo ocurrido desde los años 60, que han ampliado la extensión y heterogeneidad de los barrios y las edificaciones que componen el espacio urbano, lo cual ha traído como consecuencia deficiencias en la prestación de servicios públicos, especialmente suministro de agua potable y recolección de residuos sólidos, favoreciendo la presencia de sitios de cría del vector *Aedes aegypti*. (Guevara, Mazzarri, Flores, 2018). Aunado a ello, la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS) señala además factores biológicos como la evolución del virus, la aparición de cepas de mayor virulencia y la co-circulación de los 4 serotipos de virus, que junto al cambio climático constituyen elementos de gran importancia para la reaparición de esta enfermedad (OPS/OMS, 2014). Asimismo, se reconocen dificultades para el control del vector, estrategias de comunicación deficientes para llegar a las comunidades, promuevan cambios o impacto en el comportamiento de individuos-familias-comunidades-instituciones y faciliten la eliminación de los criaderos del vector en el domicilio y peridomicilio de las viviendas.

En este sentido, el comportamiento de las personas y sus condiciones de vida interactúan como determinantes y determinaciones sociales de salud (Cardona, 2016), para mantener el ciclo de vida del vector; ejemplo de ello, es encontrar en forma habitual el almacenamiento de agua para ser utilizada en sus labores diarias, la cual justifican por la baja frecuencia con que reciben el servicio, igualmente el manejo inadecuado de los residuos sólidos, que son recolectados en recipientes o bolsas que ubican a la intemperie donde se coleccionan pequeños volúmenes de agua que facilitan la cría del vector en espacios comunes y cercanos a sus viviendas.

Desde el punto de vista institucional, también se pueden identificar procesos estructurales que influyen en la incidencia de dengue, como el desarrollo de un programa vertical de control del vector *Aedes aegypti* basado en la aplicación de insecticidas como nebulizaciones y larvicidas, actividades que no se ajustan al contexto local y que además

constituyen acciones puntuales ante la presencia de brotes. Asimismo la desmotivación e inestabilidad de los funcionarios del programa, impactan de manera directa en el desarrollo de dichas actividades, lo cual se refleja en las comunidades que muestran poco compromiso para adoptar nuevos comportamientos para la prevención de la enfermedad y continúan otorgando alta valoración al uso de insecticidas como principal medida de eliminación del vector. Esta percepción que tiene la comunidad tiene su origen en primer lugar, en estrategias del control químico que fueron exitosas en las décadas de los años 50 y 60, con poca sostenibilidad, proyectando una actitud paternalista del Estado con escasa o ninguna responsabilidad por parte de la comunidad (Padilla, Pardo y Molina, 2017) y más recientemente en la divulgación de mensajes por diferentes medios comunicacionales (radio, televisión, folletos y poster) que enfatizan en la información sobre el vector y no en procesos de educación a la población para asumir medidas de prevención..

Con base a lo anterior, se plantea la necesidad de diseñar y desarrollar nuevas estrategias que prioricen las áreas urbanas, que están determinadas por una compleja y dinámica conjunción de factores condicionantes biológicos, geográficos y ambientales, donde se desarrollan procesos sociales, económicos, políticos, biológicos y culturales cuya interacción favorece en gran medida la transmisión endémicoepidémica persistente de dengue, evidenciado en la creciente urbanización de la población, la limitación de los servicios básicos de calidad, los comportamientos y las prácticas culturales de la población. (Padilla, Pardo y Molina, 2017). Esto requiere promover la gestión de alianzas y acciones multidisciplinarias e intersectoriales entre el sector salud y los distintos sectores sociales, para el trabajo de cogestión y participación social reconociendo los saberes de la comunidad, con la intención de influenciar cambios o impactos en los comportamientos tanto en lo individual y colectivo (OPS/OMS, 2002).

El propósito de esta investigación fue propiciar un intercambio entre los saberes de la comunidad, servicios de salud y sectores sociales en territorios urbanos del municipio Mario Briceño Iragorry, (MBI) para identificar elementos, a tener en cuenta en la construcción de nuevas estrategias basadas en acciones y mensajes sencillos y concretos orientados a la reducción y eliminación de criaderos, como medida sostenible para disminuir la densidad del vector *Aedes aegypti* y fomentar una cultura de trabajo colectivo y proactivo de la comunidad para la prevención la enfermedad.

Construcción metodológica

Se realizó una investigación cualitativa desde el enfoque hermenéutico-interpretativo en el municipio MBI del estado Aragua, ubicado al norte del estado Aragua en Venezuela y con una extensión de 54 Km²; tiene una densidad de población de 1987,47 hab/Km² (INE, 2014), con características epidemiológicas favorables para la presencia de *Aedes aegypti* y la transmisión de dengue (Figura N° 1). Está rodeado por el Parque Nacional Henri Pittier, que le confiere particularidades climáticas y ambientales con respecto al resto de los municipios de esta entidad federal. Su espacio territorial urbano está organizado en dos parroquias El Limón y Caña de Azúcar, que incluyen territorios habitacionales bien

definidos y diversos, unos con viviendas de interés social al sur y otros al norte integrados por complejos urbanísticos privados.

Figura N° 1: Ubicación geográfica del Municipio Mario Briceño Iragorry, Estado Aragua, Venezuela.



Fuente: Guevara M, Mazzarri M, Flores K. (2018). "Diagnostico entomológico (Díptera Culicidae) en comunidades del Municipio Mario Briceño Iragorry, estado Aragua, Venezuela, 2016".

La información epidemiológica del estado Aragua para el periodo 2010-2015, según el Laboratorio Regional de Diagnóstico e Investigación del Dengue y otras Enfermedades Virales (LARDIDEV), reporta que el municipio MBI alcanzó el porcentaje más alto (6,8%) de los casos confirmados de dengue (Tarazón, 2015) y la mayor incidencia entre 2005-2015 (Vicenti-González, 2017)

Para la investigación se aplicó la técnica de grupos focales (GF) como unidad de análisis, a fin de explorar, entre los participantes que habitan y trabajan en diferentes sectores del municipio, el reconocimiento que tienen sobre los saberes de la comunidad

en cuanto a la prevención de dengue y el control del mosquito *Aedes aegypti*, facilitando la discusión en un ambiente favorable para recibir las diferentes opiniones sobre el tema.

Este proceso llevo implícito una labor sociopolítica, comunicacional, epidemiológica y entomológica previa, para recabar información sobre los indicadores de salud y la creación de espacios de encuentro, como base para impulsar el trabajo Intersectorial y promover el diseño de políticas públicas que respondan a su realidad.

En un primer momento, los aspectos sociopolíticos se orientaron a explorar y comprender las percepciones, tanto en actores políticos de la comunidad como instituciones, sobre la proliferación del vector *Aedes aegypti* en distintos ambientes del municipio. En un segundo momento, fueron identificadas las formas de comunicación más eficaces para promover un intercambio, sobre sus actitudes, conocimientos y prácticas e interpretar sus modos de vida y, en un tercer momento, motivar a estos grupos de población para su participación en actividades de eliminación de criaderos para el control del vector y prevenir la incidencia de dengue, atendiendo a sus potencialidades.

Los GF fueron integrados por diferentes actores del ámbito público, privado, sociedad civil y representantes del poder popular en la figura de consejos comunales, como parte de la comunidad. El poder popular legalmente entendido, como el ejercicio de la soberanía por parte del pueblo en lo político, económico, social, cultural, ambiental, internacional, y en todo ámbito del desenvolvimiento y desarrollo de la sociedad, a través de sus diversas formas de organización, que edifican el estado comunal. (Ley Orgánica del Poder Popular, 2010)

Para su selección, los perfiles de los actores fueron identificados con el aporte de informantes clave, quienes teniendo residencia por más de 25 años en esta localidad, haber trabajado en diferentes ámbitos de la vida municipal, y ser reconocidos por las comunidades, se constituyeron en interlocutores atendiendo a su conocimiento del municipio y la valoración de la problemática del estudio.

En este sentido fueron organizados cinco (5) grupos focales:

- a) Tres (3) GF con integrantes de las tres Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC), instituciones de salud establecidas en el municipio, dos de ellas ubicadas en sentido centro sur, en la parroquia Caña de Azúcar y una al norte en la parroquia El Limón. Dichas ASIC constituyen una unidad de integración social de la Misión Barrio Adentro, que tiene como base los territorios sociales que le han sido asignados por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) y que articulan instituciones comunales o comunitarias, asistenciales, docentes, tecnológicas, entre otras (MPPS, 2017). Se caracterizan, según su normativa, por desarrollar un modelo de atención y un modo de gestión en salud, atendiendo a las condiciones existentes en cada lugar mediante un enfoque integral con la participación activa de la comunidad (MPPS, 2016). Están conformadas por un colectivo social de dirección, cuyos integrantes, en su mayoría mujeres que residen en el municipio, gestionan todos los procesos de salud y son conocedoras del territorio social. Dicho colectivo incluye 01 director profesional de la salud, 01 coordinador de docencia e investigación, 01 coordinador de estadística e información en salud, 01 coordinador de aseguramiento y gestión

administrativa, 03 voceros del Consejo de Trabajadores y voceros del poder popular. Todos asistentes a las reuniones convocadas.

- b) Un (1) GF conformado por actores de la comunidad residentes del municipio que forman parte de un movimiento social por la Salud y la Vida, fundado en el año 2016 para contribuir en la búsqueda de soluciones ante el estado de insalubridad existente. Asistieron sus seis fundadores: 01 Concejal suplente en el Concejo Municipal, 01 comunicador social del sector, 02 comerciantes del sector privado, 01 maestro de Escuela Pública, 01 profesor universitario y se incorporaron 02 amas de casa con oficios del hogar
- c) Un (1) GF integrado por actores del Poder Popular del sector La Candelaria, en su mayoría mujeres, residentes en dicho sector. Asistieron: 01 vocera del Poder Presidencial destacada en el municipio, 03 miembros del consejo comunal, 01 camarera vocera de los trabajadores, 01 supervisora de las ASIC que asisten en el sector; 02 amas de casa voluntarias del consejo comunal de dicho sector.

Cada GF estuvo integrado por un promedio de 5 a 10 participantes, quienes fueron invitados, con una semana de anticipación, previa información y aceptación voluntaria de participar en el estudio y de asistir a una reunión del grupo y para los efectos de la investigación, fueron identificados con un número y el nombre de la institución o sector a la que pertenecen, atendiendo al orden de realización de las reuniones: 1º GF Movimiento por la Salud y la Vida; 2º GF ASIC Caña de Azúcar; 3º GF Sector la Candelaria; 4º GF ASIC La Candelaria; 5º GF ASIC Valle Verde.

Las reuniones con los GF fueron desarrolladas en los escenarios propios donde laboran y/o habitan los actores, tomando en cuenta que los integrantes de las ASIC tienen doble rol en el municipio, como funcionarios públicos y miembros de la comunidad. Mediante una guía de 20 preguntas sobre el tema, un moderador orientó la discusión desde los participantes. Las preguntas versaron sobre el conocimiento que tienen acerca de los saberes de la comunidad en cuanto al dengue, sobre sus prácticas en sus viviendas, sobre el trabajo que realizan con las comunidades y sobre la organización social del municipio.

El punto de partida, como actividad motivadora, fue la presentación libre de cada participante para relatar sus vivencias sobre la labor que realiza en su comunidad, creando un clima de confianza entre los asistentes. Luego fue desarrollado un proceso de socialización de los resultados obtenidos de un diagnóstico sociodemográfico y entomológico, donde los investigadores participaron como facilitadores intermediarios entre los GF y lo expresado por la comunidad para compartir los saberes sobre la enfermedad y confrontar las barreras de cambio que deben enfrentar.

Ambos diagnósticos fueron realizados previo al estudio cualitativo, con el propósito de obtener información de base sobre el municipio y la comunidad. El procedimiento consistió en dividir el área de estudio, mediante un sistema de información geográfica, en una grilla con 75 conglomerados integrados por 50 viviendas cada uno, de los cuales se eligieron al azar 40 para conformar una muestra total de 2000 viviendas. Para recabar la información entomológica, en cada una de estas viviendas se hizo una búsqueda domiciliaria y peridomiciliaria de criaderos del vector *Aedes aegypti*. Para la información

sociodemográfica, se elaboró una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) como herramienta de análisis que facilita la comprensión de los estilos de vida de las comunidades, para generar cambios en sus prácticas, incrementar sus conocimientos, fomentar el desarrollo de actitudes favorables, prevenir el dengue y otras arbovirosis transmitidas por *Aedes aegypti* mediante la eliminación de los criaderos en sus viviendas (Morazán et al, 2017), y apreciar la dinámica de los mecanismos de enseñanza aprendizaje en la prevención del dengue (Martínez et al, 2015). Dicha encuesta CAP una vez validada, se aplicó a los jefes de hogar o persona responsable del grupo familiar presente en las viviendas seleccionadas, previo consentimiento informado. Las preguntas de la encuesta fueron dirigidas a explorar en las familias, las fuentes de las cuales habían recibido información sobre dengue y su transmisión, el reconocimiento del vector *Aedes aegypti*, en cuanto al nombre, proceso evolutivo y criaderos; sobre las prácticas que realiza la familia para reducir la población del vector dentro y fuera de su vivienda y acerca de sus percepciones sobre las actividades de control de la enfermedad que desarrolla el programa nacional de control de *Aedes aegypti*, en el municipio. Las encuestas CAP fueron aplicadas por 6 de los investigadores integrantes del estudio y para el diagnóstico entomológico se contó con la participación de 2 entomólogos también investigadores y el apoyo de personal de campo de la Dirección de Salud Ambiental del MPPS.

Durante el desarrollo de los GF, los observadores se encargaron de registrar, mediante notas y grabaciones, los testimonios, las actitudes y el ambiente compartido por los participantes.

Los relatos fueron transcritos y revisados para seleccionar aquellos contenidos pertinentes y relevantes, proceder al proceso de descripción y el posterior análisis mediante triangulación de la información, de manera de identificar aquellos asuntos del tema en discusión, a los cuales se les dio mayor énfasis, visualizar el problema desde diferentes ángulos (grupos focales, encuestados e investigadores) para aumentar la consistencia de los hallazgos surgidos de la propia indagación desde los cuales emergieron los referenciales significativos.

Interpretación de los hallazgos

A partir de la información obtenida del diagnóstico socio demográfico y entomológico, se evidenció, la presencia mayoritaria de la mujer en las viviendas, en condición de jubiladas, en 69% de las familias, 32% y 28% de los entrevistados con estudios de educación secundaria y universitarios respectivamente. Sobre sus conocimientos, 95% de los encuestados había recibido información sobre dengue, su forma de transmisión, y sobre las actividades de prevención, a través de familiares, vecinos y medios de comunicación y poco desde los servicios de salud. Se destacó que la fiebre es el principal síntoma, cuya aparición en algún miembro de la familia requiere asistencia médica; 97% reconoció que la enfermedad se transmite por medio del vector *Aedes aegypti*, conocido como patas blancas y que la eliminación de criaderos en las viviendas permite interrumpir la transmisión.

Sobre el proceso evolutivo del vector reconocen su fase adulta y larvaria cuya reproducción domiciliaria es debida principalmente al almacenamiento de agua en

depósitos mal tapados, mantenimiento de recipientes inservibles y acumulación de basura tanto en patios de las viviendas como en sitios públicos (plazas y parques) que se constituyen en criaderos. La eliminación de estos, es una medida que permite evitar la picadura del mosquito. Para la prevención requieren protección individual mediante el uso de mosquiteros y como práctica utilizan repelentes de diferentes tipos ya sea comerciales u otros que han ido adoptando en la comunidad, como quemar cartones de huevos, ramas de eucalipto y uso de la planta citronela. No obstante, se observó que no mencionaron otros tipos de criaderos de mosquitos que se encontraron en las viviendas a nivel del suelo como floreros, materos, botellas, plantas y comederos y bebederos de sus animales). Por otra parte aceptaron que la prevención es una responsabilidad básicamente individual y familiar, aún cuando la siguen considerando como de obligatoriedad del gobierno mediante la fumigación en el interior de las casas, la aplicación de larvicidas y la limpieza de espacios públicos, quebradas y terrenos baldíos. Todo ello demuestra que tienen conocimientos, para evitar la transmisión, pero no lo aplican en su vivienda, encontrando barreras que le impiden tener mejores resultados y entre ellas, los servicios públicos de dotación de agua potable y de recolección de residuos sólidos son deficientes en el municipio, lo cual limita el desarrollo de buenas prácticas para la prevención. Asimismo manifestaron poco interés de participar en las actividades que desarrolla el sector salud.

En cuanto a la información entomológica, los indicadores indicaron riesgo de transmisión en el municipio, con intensa reproducción del vector y aumento de su densidad en criaderos no considerados de interés.

Al compartir estos resultados con los GF, se evidencio en sus reflexiones que reconocen que las comunidades conocen y manejan buena información; no obstante, en su mayoría no desarrollan buenas prácticas de prevención y coinciden en que tienen poca actitud a la participación. Destacaron reiteradamente como aspectos de interés a) Necesidad de Educación; b) la falta del trabajo Intersectorial, c) debilidad en el Liderazgo y d) la importancia del trabajo permanente con las comunidades sobre las medidas de control de *Aedes aegypti*. Estos señalamientos constituyeron las categorías de análisis.

Necesidad de educación

la educación fue uno de los elementos más señalado; los GF quienes enfatizaron en la necesidad de educar a la comunidad en general, para asumir las medidas de prevención de la enfermedad desde sus viviendas. Esto se evidencia cuando manifiestan:

“Hay que darles educación a los niños, para que la lleven a sus hogares; los niños son tremendos educadores de sus padres” (3º GF)

“La primera misión es la cultura y esta comienza por la escuela. Hay que comenzar desde las instituciones escolares, desde el preescolar” (1ºGF; 5º GF)

“Hay que trabajar con los colegios; es decir con la triada sector salud maestros y alumnos y por otro lado con los médicos en las comunidades” (2ºGF)

“Hay algo que hay que destacar, con el 100 por ciento de cobertura de Barrio Adentro hay muchas cosas por hacer pues no tenemos cultura sanitaria. Se debe hacer promoción y dedicarle tiempo a la educación para la salud. Trabajar con los niños desde el nivel educativo más bajo, pues si trabajamos su formación con ellos desde allí, este niño se hace investigador. Hay que trabajar” (2ºGF)

Con estos primeros testimonios los GF coinciden en destacar la necesidad de educar a la población, para promover la salud desde la primera infancia en las escuelas, tomando en cuenta que aprendemos con nuestras experiencias, también de las acciones de otros y de los resultados de dichas acciones. Este aprendizaje social que ocurre a diario, en todos los ambientes donde se desenvuelven las personas, con las relaciones interpersonales y colectivas y de acuerdo al contexto que les rodea, se refiere a conductas como a la adopción de hábitos. (Sánchez, 2017). En su narración una de las voceras del Consejo Comunal del Sector La Candelaria, (3º GF) comentó que durante su experiencia de más de 40 años de trabajo comunitario había logrado conformar brigadas de niños, que estaban recibiendo la información en sus escuelas, para ir casa por casa como multiplicadores de mensajes educativos que eran bien recibidos por la comunidad.

En esta perspectiva, es importante destacar que el proceso educativo en su primera fase, orienta al educando a la necesidad de un aprendizaje progresivo, tal como lo plantea Bruner, los estudiantes van aprendiendo a través de un descubrimiento guiado que tiene lugar durante una exploración motivada por la curiosidad. Por tanto, la labor del maestro-educador no puede quedarse en explicar contenidos acabados, con un principio y un final muy claros, sino que debe proporcionar el material adecuado para estimular a sus estudiantes, a discernir entre las semejanzas y diferencias a través de estrategias de observación, comparación y análisis (Universidad Internacional de Valencia, 2015). En este sentido el aprendizaje en salud será significativo en la medida en que los estudiantes, lleguen a descubrir cómo funcionan las entidades de un modo activo y constructivo.

Este reconocimiento que le otorgan al proceso educativo, para fomentar una reflexión crítica y colectiva, es la verdadera contribución que pueden hacer las instituciones educativas a la formación de la sociedad; promoviendo un aprendizaje dinámico, donde los niños, niñas y jóvenes participen diariamente en los temas de interés que se planteen en sus escuelas, aprendan a tomar decisiones y asuman responsabilidades (Torres, 2015).

Llamó la atención el planteamiento en cuanto a las formas de aprender de los adultos; al respecto manifestaron que:

“Las personas adultas por sus patrones culturales no asumen cambios de comportamientos, mientras que con los niños en las escuelas afrontar un problema de dengue, pudiera ser la vía...” (4º GF)

Indudablemente el adulto aprende, atendiendo a sus diferentes necesidades e intereses, según las condiciones que afectan su vida y por las cuales toma la decisión de aprender, entre ellas: por necesidad de empleo, ingresos económicos o utilización del tiempo libre. El adulto requiere de estímulos especiales, los métodos de aprendizaje y los mensajes comunicacionales deben mostrarse más abiertos, flexibles y pertinentes, que

sean motivadores para darle sentido a la información que recibe y le permita visualizar su utilidad y beneficio en la vida diaria para que pueda reemplazar la idea previa de un determinado aspecto, por la nueva experiencia.

En el caso del dengue, el adulto suele confundir la enfermedad (virus) con el mosquito (vector que transmite el virus), por tanto es necesario dejar claro al enunciar o generar mensajes al respecto, que el mosquito no es el dengue, y que éste transmite la enfermedad solamente en fases de circulación viral o si pica a una persona previamente enferma, esto los llevaría a cambiar su actitud. Los GF pertenecientes a las ASIC, cuyo rango territorial de trabajo incluye 8 escuelas, insistieron en la importancia que tiene la educación básica y coinciden en expresar:

“Hay que hablar con ellos, hay que enseñarles que hagan prácticas donde sea posible, pues el niño que vive en la comunidad, va a la escuela” (2ºGF)

“Tenemos que ver como armonizamos las estrategias, hay un aprendizaje de vida con los médicos en las escuelas, los niños pueden ir a dar charlas en su calle, casa por casa” (4º GF)

Con estas expresiones reconocen que, si bien el personal de salud visita las escuelas, es necesario fortalecer el trabajo y unir esfuerzos entre escuelas-comunidad-equipo de salud para concientizar sobre la importancia de reducir la presencia de criaderos en las viviendas y en las escuelas. Las personas y las familias tienen información; sin embargo, persiste una ruptura entre lo que conoce, como lo valora y lo que hace realmente en su práctica. Ante esta disyuntiva, estos GF afianzan su procedimiento en la verticalidad del programa, cuando aceptan como conocimiento verdadero aquel que difunden las instituciones de salud.

Por otra parte desde el 1ª GF se plantea la existencia de un sentimiento de no activación que permita relacionar a las comunidades con los diferentes sectores y con las instituciones de salud para conformar un equipo de prevención para fortalecer las prácticas que tienen las personas y las familias frente al dengue. Al respecto consideran:

“Estamos desactivados, no hay sentido por el que luchar en función de algo... siempre hablamos de problemas pero no de bienestar. Para lograr el trabajo entre los sectores hay que capacitar a la población, educar y promover, para que la gente se integre” (1º GF).

Si bien se presentan coincidencias en cuanto a la necesidad de educación y capacitación para fomentar el sentido de pertenencia de la población con el municipio y favorecer la interrelación entre sectores. Igualmente se observan divergencias entre ellos, en cuanto a las formas de realizar el trabajo de prevención; por una parte los GF de las ASIC refieren un proceso educativo formal mientras que el 1º GF alude al aprendizaje informal que se produce en la cotidianidad de la comunidad, como estímulo a la motivación y se evidencie la posibilidad cierta de proponer respuestas adecuadas que sean incorporadas al trabajo

comunitario del programa y permita que los resultados obtenidos coincidan con la meta fijada.

Derivados de estos testimonios surgieron algunas interrogantes, entre ellas: ¿Cómo se relacionan los sectores en el municipio? ¿Cuáles son las apreciaciones de los sectores? Surgió el tema de la Intersectorialidad como categoría.

Intersectorialidad

Partimos de la importancia que reviste para la comunidad el trabajo conjunto en el ámbito municipal, con el fin de incluir la salud como meta de las políticas sectoriales. La propuesta es superar la tradicional actividad colaborativa entre sectores gubernamentales y no gubernamentales, con enfoque de acción multisectorial, como respuesta a los problemas de salud desde los ministerios u organismos funcionales o sectoriales, sin considerar el concepto de integración, que se sustenta principalmente en aspectos políticos (OPS/OMS, 2015). Es relevante destacar la coincidencia entre los GF de las ASIC y del 1º GF del Movimiento por la Salud y la Vida, al manifestar que los problemas de salud no pueden ser resueltos por la acción del sector salud de una manera aislada, es necesario la participación social. En efecto, en el municipio MBI, la Intersectorialidad hay que construirla y así lo reconocen cuando expresan:

“Estamos desvinculados con el estado y, dentro del estado los municipios también están desvinculados. La Intersectorialidad para el control de esta enfermedad hay que construirla. Los programas de gobierno deben discutirse con las comunidades para que tengan éxito” (1º GF)

“Desde la comunidad no podemos esperar a que vengan a resolvernos los problemas, si no hacemos los enlaces pertinentes. Nosotros somos quienes conocemos nuestras necesidades”. (5º GF)

“Cada comunidad tiene sus experiencias pero necesidades diferentes. Necesitamos hacer enlaces para limpiar el monte que es el refugio de los mosquitos.” (5º GF)

Igualmente se reporta coincidencias entre los diferentes GF, en cuanto a la inexistencia de una cultura de trabajo intersectorial y se evidencia que las relaciones con las instituciones que prestan los servicios públicos responden principalmente a acciones de colaboración en demanda de situaciones especiales o en casos muy puntuales. Esto se demuestra cuando expresan:

“Hemos tenido acercamiento con HIDROCENTRO, quienes nos han asesorado en cuanto al sistema de tuberías de aguas blancas y han sugerido tuberías aéreas”.(4º GF)

“Con la Alcaldía, por el incumplimiento del suministro de agua y gas doméstico”. (5° GF)

“Con la comunidad se ha logrado un trabajo conjunto cuando hay necesidades sentidas” (3° GF)

“El Ministerio del Ambiente nos han apoyado en la limpieza de quebradas. Hay que hacer enlaces con las instituciones”. (5° GF)

“Con CORPOSALUD hemos recibido formación de la Dirección de Salud Ambiental” (5° GF)

La relación que tienen con los servicios públicos se ha dado básicamente para recibir información y poca cooperación. Las acciones no son continuas entre el sector salud y otros sectores gubernamentales o privados, lo que indica que probablemente no hay un liderazgo que permita establecer relaciones más avanzadas de Coordinación e Integración del trabajo local en forma permanente.

Si bien es cierto que la **Información**, implica la construcción de un lenguaje común que facilite el diálogo y el entendimiento, respecto a la lógica de trabajo de cada uno de los sectores, para compartir aspectos comunes y/o complementarios y acordar una labor entre todos, cuando la relación es de **cooperación** nos referimos a la ejecución o implementación de actividades para alcanzar un nivel de **coordinación** del trabajo conjunto que propicie el ajuste de los programas de cada sector en la búsqueda de una mayor eficiencia, y alcanzar a mediano plazo una integración (FLACSO, 2014), para permitir la definición en conjunto, de políticas que sean eficaces y respondan a las necesidades y aspiraciones de las comunidades. Por lo tanto, motivar el trabajo intersectorial requiere la identificación de los liderazgos que requiere el municipio.

Liderazgo

Los participantes del 1° GF fueron los más activos al tratar este tema y coinciden en expresar que tienen necesidad de un liderazgo en las comunidades, para generar esperanzas y desarrollar acciones entre aquellos que pertenecen al colectivo y, que la presencia de este líder puede ayudar a superar la exclusión social. Por su parte los GF de las ASIC frente a este tema, se centraron en destacar que ese rol lo tienen los consejos comunales, que constituyen parte de la estrategia política gubernamental. Ahora bien, identificar los liderazgos implica reconocer aquellos actores que potencian la dinámica de la comunidad, para que se produzcan lazos de apoyo entre los ciudadanos e incentiven la participación en las distintas organizaciones para la toma de decisiones. De los testimonios se rescatan los siguientes enunciados:

“Debemos definir qué tipo de liderazgo estamos buscando para el municipio” (1º GF)

“Todas las instituciones deben tener un liderazgo que debe ser reconocido en el municipio, pues hay diferentes tipos de liderazgo, institucionales de carácter nacional, consejos comunales, asociación de conductores, ONGs, Iglesias y liderazgos sociales. Se deben integrar los liderazgos institucionales y personales o individuales” (1º GF)

“Desde el punto de vista de la comunidad hay liderazgos que se identifican con el trabajo. Los genuinos que emergen de la masa de los ciudadanos nunca son los que transitan o llegan a convertirse en los que aspiran las masas que lleguen a funciones de gobierno”.(1º GF)

“El problema de la salud es el mismo para ellos y para el ciudadano y hay que unirse. Las instituciones no le han explicado a los ciudadanos lo que está pasando. Estos liderazgos deben tener identificación con el trabajo” (5º GF)

“El liderazgo comunitario es muy importante y estar pendiente de la comunidad” En salud debería haber un líder en el municipio ya que la comunidad no está informada”. (3º GF)

En efecto, hay un reconocimiento a la necesidad de un liderazgo enfatizando en que cuando este surge desde la propia comunidad ejerce influencia en las personas que tiene alrededor y se va fortaleciendo en la medida que establece un canal de comunicación afectivo-práctico con toda su comunidad o con parte de ella. A este respecto, Moreno (1993) plantea que el sujeto que ejerce un liderazgo verdadero no siempre está consciente de ejercerlo y ésta inconsciencia puede constituirse en una condición necesaria para alcanzar eficacia. Por tanto, “el agente de salud abocado a un programa de verdadera participación comunitaria debe respetar el liderazgo tal como funciona en una comunidad determinada” (Moreno, 1993: 94) y no necesariamente de carácter político.

Cuando se pretende promover cambios o impactos en el comportamiento de la comunidad sobre un problema de salud, como es el dengue, debemos considerar que hay un saber construido que trasciende y que puede entrar en conflicto con nuevas estrategias, por tanto obliga al diálogo entre comunidades y sectores de la vida pública, para relacionar lo institucional con lo cultural, vinculando a diferentes actores sociales a partir de un liderazgo. De allí la importancia de la comunicación para promover la generación de un proceso de participación de los integrantes de las familias con la comunidad e ir progresando, hasta alcanzar niveles de cooperación e integración y lograr el inicio de los cambios esperados, tanto en las familias como en los programas.

En este contexto se plantearon nuevas interrogantes a los GF ¿Cómo podemos construir e implementar algunas medidas de control del vector de dengue en el municipio?, que permitan incorporar los saberes de la comunidad? Esto permitió identificar una nueva categoría:

Medidas de prevención y control de dengue

Las medidas tradicionales que aplica el programa de control de *Aedes Aegypti* que desarrolla el sector salud a nivel nacional y local, por su ejecución vertical e igualitaria en todos los espacios geográficos, no toma en cuenta el saber comunitario como parte de su cultura y se evidencia por el comportamiento que muestran las familias y las comunidades en su quehacer diario. Hay una desarticulación entre lo que conoce y practica la comunidad y las actividades de prevención, las cuales priorizan lo biológico y no dan respuestas a lo social, en cuanto a sus condiciones de vida, estilos de vida y más globalmente los modos de vida de las poblaciones en las cuales se aplican (Cardona, 1997; Cardona, 2016; Mosquera, 2006). De allí que la mirada desde las determinaciones sociales implica el análisis de sus prácticas sociales superando las necesidades de almacenamiento de agua que tiene la población a nivel local, para seleccionar medidas integradas de eliminación de criaderos tanto en el ambiente doméstico, peridoméstico como en las áreas comunes del municipio, en forma permanente, independientemente de la época del año, sea invierno o época de sequía.

Existe una descontextualización del programa con respecto al significado psicosocial que tienen las familias sobre el hábito de almacenar agua, ante lo cual surgen nuevas interrogantes: ¿Cómo responder a la comunidad? ¿Cómo reconocer los conocimientos y prácticas de las familias para que sean útiles en la prevención? Los participantes de los GF pertenecientes a las ASIC se pronunciaron sobre la base del trabajo institucional:

“Trabajemos con los consejos comunales y con la gente de la comunidad” (4° GF)

“No tenemos cultura sanitaria, se debe hacer promoción y dedicarle tiempo a la educación para la salud” (2° GF)

En este sentido es fundamental comprender los procesos comunicativos con el propósito de seleccionar estrategias que se ajusten a las dinámicas sociales, ya que las familias no identifican como fuentes de información sobre dengue, a las instituciones de salud ni en el ámbito nacional ni local; destacan en cambio, en primer lugar los mensajes de las familias y vecinos, en segundo lugar a los medios de comunicación y en tercer lugar es cuando aparecen las instituciones de salud. Esto nos permite evidenciar que hay coincidencias en cuanto a que no hay información desde las instituciones y la falta de trabajo intersectorial permanente. .

De hecho, las medidas de prevención discutidas principalmente por los GF de las ASIC y del 3° GF Sector La Candelaria estuvieron dirigidas a:

“Reducir la propagación de la enfermedad usando mosquiteros. Sin embargo nadie está pendiente de las áreas comunes para evitar la reproducción del mosquito”(3° GF)

“Hay que ir casa por casa. Eso es bueno. ¿Pero qué pasa con los espacios como las lagunas y quebradas? Se ha acabado la limpieza y mantenimiento de los canales” (2º GF)

En la encuesta previa, se demuestra que las familias tienen buen conocimiento sobre la enfermedad, 94% de ellos manifiestan que la enfermedad es grave pero se puede prevenir y 70% de ellos elimina recipientes inservibles como medida para evitar la picadura del mosquito que lo transmite, tal como lo había reportado Martínez et al, 2015; no obstante, manifestaron que necesitan apoyo del gobierno y enfatizan en la necesidad de fumigar, verificar depósitos y educar a las personas, igualmente reconocen que la responsabilidad de la prevención debe ser compartida entre la familia, el gobierno regional y CORPOSALUD-Aragua. Estas actitudes coinciden con lo expresado por el 2º GF al manifestar que:

“No podemos esperar a que vengan a resolvernos los problemas si no hacemos los enlaces pertinentes. Nosotros somos los que conocemos nuestras necesidades” (2º GF)

Ante la información de base, los participantes de los GF de las ASIC reconocen que tienen que activarse; no obstante, se observa la poca cooperación entre los sectores. Por ello demandan atención para tratar las áreas comunes en el municipio cuyo mantenimiento depende de la Alcaldía; en este sentido manifiestan:

“Hay medidas que las podemos aplicar desde nuestras casas, otras dependen de la alcaldía y otros organismos del Estado, tales como cumplir con las Ordenanzas. Pero la palabra clave está en la comunidad”.(5º GF)

“Hay necesidad de establecer compromisos y ante ello comentan tenemos que decir: vamos a hacer y cuando lo vamos hacer” (4º GF)

Los integrantes de los GF asumen más su rol desde lo institucional y destacan poco su sentido de pertenencia con las comunidades en las cuales residen, lo que les permitiría fortalecer y poner en práctica sus saberes.

Por otra parte en la información de base se evidenció que 53% de las familias recogen la basura y la mantienen bien tapada pero el servicio de aseo urbano domiciliario no es permanente, lo cual surge como una limitante para mantener la limpieza de las viviendas.

Ante la interrogante: ¿porqué se ha mantenido la transmisión de dengue en el municipio?, manifiestan:

“Las acciones de los organismos encargados ocurre cuando hay repunte de la enfermedad, no hay continuidad en el programa de prevención y control” (2º GF)

“Por almacenar el agua y no estar pendiente” (5º GF)

“Por culpa de uno mismo, no estamos pendientes de los criaderos y de los bebederos de los animales. Nos sentamos a esperar la fumigación y la abatización. Por falta de toma de conciencia”(4º GF)

“Por la acumulación de agua que no eliminamos. Hay que buscar químicos que no sean dañinos” (4º GF)

“Por falta de mantenimiento de quebradas y ríos por parte del gobierno. Falta de limpieza”. (3º GF)

“No hay prevención, vigilancia permanente. Las comunidades no participan y no tomamos las medidas apropiadas. Hacemos caso omiso a las pautas” (4º GF)

“Depende de la cultura de las personas; hace falta crear conciencia, mientras más conocimiento se tiene, mejor. Vemos que no voltean las botellas boca abajo”.(2º GF)

Es evidente que hay algunas coincidencias entre lo expresado por las familias encuestadas durante el diagnóstico previo, en cuanto a las limitaciones del servicio público de aseo urbano aunado a la poca o ninguna participación en el trabajo comunitario. Si bien es cierto que las personas mantienen los recipientes con agua tapados (tanques aéreos y subterráneos), mantienen recipientes con agua a nivel del suelo que constituyen criaderos del mosquito, los cuales no son tomados en cuenta, tal como lo manifiesta el 4º GF. La eliminación de objetos inservibles (botellas, cauchos, latas, materos) fue mencionada en 94% de los encuestados y manifestaron que los colocaban en el camión de la basura pero contrasta con lo expresado con el 2º GF.

Planteamos a todos los integrantes de los GF, ¿ante esta situación que podemos hacer, para que haya un cambio en cuanto a la prevención de estas enfermedades y el control del vector?, argumentaron lo siguiente:

“Utilizar el vocero de calle para detectar criaderos e informar oportunamente para que se tomen las medidas con los dirigentes comunitarios” (3º GF)

“Educación sobre el vector y de las enfermedades que transmite, desde el nivel preescolar en adelante” (2º GF)

“Charlas y mensajes educativos calle por calle. Esta metodología ha dado buenos resultados cuando se ha empleado” (1ºGF)

“Hay medidas que las podemos aplicar desde nuestras casas, otras dependen de la alcaldía y otros organismos del estado”. (2º GF)

Se observan coincidencias entre el 1ºGF y el 3º GF que se acercan más al trabajo con las comunidades, quizás hay mayor sentido de pertenencia por cuanto no tienen el rol institucional. No obstante, los testimonios orientan a la necesidad de promover un proceso de participación para diseñar una estrategia generada desde la propia comunidad lo cual implica que ella debe asumir la responsabilidad de impulsar, desarrollar y modificar las acciones y reconocer que todo agente externo a la comunidad, constituye un recurso de apoyo para alcanzar resultados, y que la presentación de ordenanzas, normas, acuerdos y métodos deben surgir durante el proceso de participación lo cual requiere un mínimo de integración y reconocimiento de los liderazgos para lograr la movilización y organización, con el propósito de considerar el dengue como problema prioritario de salud y sea incluido en la agenda de todos los sectores. De esta manera se lograría que los organismos oficiales puedan servir de apoyo a las iniciativas comunitarias y se establezca una cooperación entre instituciones

A manera de ejemplo, con esta experiencia de intercambio con los GF a partir de saberes comunitarios explorados en la comunidad en general y con la participación de maestros, médicos, líderes comunitarios, voceros y miembros de otros sectores sociales, diseñamos en forma conjunta una propuesta, como un proyecto piloto, que incluyó los determinantes de dengue y sus determinaciones sociales. Se discutieron las estrategias y se acordó desarrollar un trabajo en cuatro espacios sociales, en forma progresiva, tratando de abarcar geográficamente todo el municipio: a) Seis (06) escuelas públicas con matrícula mayoritaria, en las cuales trabajamos con a) directivos y maestros de aula con el propósito de actualizar sus conocimientos, compartiendo información sobre dengue, mediante interpretación de indicadores entomológicos y epidemiológicos; b) En los salones de clase, con los niños de 3º a 6º grado con actividades teórico-prácticas, para fortalecer sus competencias en cuanto al reconocimiento del ciclo de vida del vector, mediante la presentación de formas evolutivas criadas en laboratorio y luego con la búsqueda de criaderos en distintos ambientes de cada escuela para la identificación de las formas biológicas existentes del vector *Aedes aegypti*. c) Con el personal de salud, intercambiando ideas sobre la prevención de dengue, a partir de información entomológica y epidemiológica de base y d) con la comunidad en sectores convocados por sus líderes, no necesariamente políticos, para igualmente hacer la búsqueda de formas biológicas en criaderos potenciales en las viviendas.

Este trabajo permitió reactivar el contacto de las escuelas con las ASIC, con las comunidades, con la Alcaldía y en menor proporción con otros sectores del municipio, siguiendo los planteamientos de Perdomo (2014), es decir habilitando mecanismos de participación ciudadana en aquellos espacios donde se toman decisiones y se realiza la rectoría del programa de control de *Aedes aegypti*, en el ámbito local. Los resultados fueron satisfactorios dejando a la comunidad motivada a la participación

Finalmente el trabajo entre los diferentes GF, evidencia la destacada presencia de la mujer en los espacios sociales, quienes ejercen diferentes roles en su comunidad, 60% de los integrantes de los GF son mujeres, unas actuando como funcionarios públicos, otras se involucran en los comités de salud y algunas son protagonistas de movilizaciones convocadas por distintos grupos políticos todas para satisfacer necesidades de la comunidad

aunque no tomen decisiones. Los GF de las ASIC responden a una programación vertical establecida desde niveles superiores de la institucionalidad, y desarrollan las actividades según programación. Por su parte, el 1ºGF que tiene una estructura más horizontal, con un ámbito de acción más reducido, destaca que la promoción de la salud debe considerar a la comunidad con sus fortalezas y debilidades; mientras que el 3º GF plantean sus apreciaciones desde las experiencias que tienen del trabajo comunitario. Todos coinciden en la necesidad de educación, para llevar a cabo la prevención de la enfermedad y el control del vector. Se reconoce que las familias tienen buenos conocimientos sobre la enfermedad y desarrollan prácticas en sus viviendas, aunque incompletas, para reducir los criaderos del vector dando menor importancia al lavado de los recipientes a nivel del suelo con la periodicidad adecuada, por lo cual se mantienen el riesgo de transmisión.

Se observa una actitud pasiva de participación y plantean la definición de un liderazgo genuino que reciba una preparación adecuada y no responda a fines políticos para iniciar un trabajo de interrelación entre los sectores y la comunidad, con el fin de construir alianzas para responder a la demanda sobre la atención a la salud, los servicios básicos y los cuidados de espacios públicos para prevenir el dengue.

Consideraciones finales

La investigación desarrollada en el municipio MBI, ofrece algunos resultados referenciales para el diseño de estrategias a nivel municipal por parte de la comunidad y las autoridades, para buscar respuestas efectivas y eficaces centradas en procesos participativos.

En este sentido, hemos intentado reflejar, a manera de conclusión, las lecciones aprendidas teniendo presentes dos grandes aspectos: **lo político técnico y la investigación propiamente dicha.**

En el aspecto **político técnico**, es importante resaltar que la comunidad y sus dirigentes son activos en sus espacios; no obstante, el surgimiento y la organización de los liderazgos ha venido sucediendo en la medida que se han establecido políticas cuyo desarrollo se realiza mediante estructuras locales que aparentemente potencian el llamado poder popular y que son más una noción de gobierno que una expresión de la comunidad, ejemplo de ello son los consejos comunales, integrados en su mayoría por mujeres que, si bien es cierto, tienen un rol fundamental en las familias, no han logrado movilizar a la colectividad para buscar respuestas a las necesidades sentidas sobre la salud, además que este tema tiene implicaciones políticas y culturales, que no han sido consideradas para el diseño de estrategias para la prevención de la enfermedad.

Desde el punto de vista estructural priva en primer lugar el funcionamiento paralelo de dos sistemas de salud, uno tradicional representado a nivel regional por la Corporación de Salud (CORPOSALUD) y otro la Misión Barrio Adentro mediante las ASIC, ambas desarrollan actividades de control en forma paralela y sin vigilancia epidemiológica permanente. El sistema tradicional de salud ha utilizado, históricamente como medidas fundamentales para el control de vectores, la aplicación de larvicidas y nebulizaciones con insecticidas, realizadas en forma focalizada ante la aparición de un caso. Las ASIC,

que reciben lineamientos directamente del MPPS, realizan operativos de salud y a través de sus voceros de calle promueven la limpieza de patios y solares para la reducción de criaderos del vector; en ambos casos los resultados han sido poco satisfactorios. Esta dualidad en el sistema de prestación de servicios de salud afianza en las comunidades, la percepción que tiene sobre la prevención, considerándola como obligatoriedad del gobierno y desmotivando su participación.

La inestabilidad política reinante en los últimos años (2013-2018) en el municipio ha tenido un impacto negativo para la sostenibilidad de acciones que permitan consolidar el liderazgo de las instituciones de salud en su relación con los otros sectores, para tratar de integrar todas las políticas locales, particularmente en lo que se refiere a servicios públicos (agua, recolección de desechos sólidos, luz).

La educación, reconocida como una prioridad por los participantes es una necesidad para la comunidad tanto desde el sistema educativo formal como no formal. Para el sistema formal, destacan que el trabajo en salud debe empezar desde el primer nivel de escolaridad, lo cual llama la atención, por cuanto en las escuelas se han puesto en marcha diversos programas para lograr el cambio de conducta en niños y jóvenes en relación con la salud. Esta programación que descansa en los docentes, no ha logrado hacer contrapeso al entorno informativo y valorativo que reciben los educandos en el espacio extra escolar.

Las políticas educativas, no han tenido continuidad, y desde el año 1989 cuando se presentó la primera epidemia de dengue en Venezuela, particularmente en el estado Aragua, en el plan de estudios de la educación básica nacional fue incorporado el tema sobre la prevención de dengue (Vivas, 2003). Posteriormente en el periodo 2012-2013 fue incorporado en los contenidos del programa de computadoras Canaimitas, entregadas a los estudiantes de educación básica el tema dengue y, más recientemente en 2016 se planteó como política educativa nacional una transformación curricular, mediante la conformación de circuitos educativos a nivel local, para incorporar nuevas formas de comunicación entre los centros educativos, sus comunidades y las familias para adecuar los mensajes al contexto de cada lugar. Se enfatiza en temáticas curriculares relacionadas con situaciones de la vida diaria e incorporando a directores, personal docente, dirigentes sociales, voceros de consejos comunales, otras organizaciones comunitarias y todos los que viven o trabajan en la comunidad (MPPE, 2016).

Este propósito aún no se ha alcanzado y en los docentes permanece la responsabilidad de las actividades, quienes básicamente las asumen como requisitos administrativos o directrices educativas y han continuado con su trabajo regular de aula; interrelacionando con el sector salud, fundamentalmente con las ASIC, cuando hay alguna demanda particular. Probablemente no han recibido una actualización que les permita diseñar estrategias de aprendizaje novedosas en los espacios escolares y extraescolares, que tengan interés para los niños en el desarrollo de nuevas conductas aplicables en sus espacios de vida para cuidar su salud.

En cuanto a los procesos de educación no formal, los GF de las ASIC los consideran como actividad política a desarrollar desde el sector salud, para promover actividades que dinamicen los cambios de comportamientos deseados, reconociendo que las familias

tienen buenos conocimientos y prácticas sobre la prevención de la enfermedad; mientras que el 1º GF plantea que estos procesos emergen de la comprensión que tienen de lo vivido, en este caso de sus saberes y tradiciones, que influyen en la incorporación de prácticas saludables.

Ante esta divergencia, es necesario revisar el trabajo que desarrollan los servicios y como nuevas estrategias facilitarían la incorporación de la comunidad. El uso masivo que tienen las redes sociales, puede ser una de ellas, como instrumentos que permiten no solo la interacción entre individuos para la transmisión de mensajes y el intercambio de información inmediata, también la organización en redes de la comunidad permiten fortalecer vínculos para satisfacer necesidades materiales y simbólicas. Desde esta perspectiva, se facilita la comunicación entre sectores, tal como lo plantea el 1º GF, para superar el enfoque efectista e individualista de los mensajes que ha venido utilizando el sector salud, en el control de *Aedes aegypti*, y promover el establecimiento de relaciones sociales y de participación social, a sabiendas que esta última se desarrolla a medida que los liderazgos, las personas, familias y grupos se involucran en las acciones que les permitan comprender los procesos que afectan su salud (Perdomo, 2014). Por tanto, compartimos con Mosquera y colaboradores (2006) que la comunicación, en el tema que nos ocupa, debe estar basada en socializar la información entomológica y epidemiológica, consolidada y sistematizada por el sector salud hacia las comunidades y todas sus instituciones, para obtener mayor precisión en la promoción de comportamientos y prácticas.

Luego el programa de control vectorial debe flexibilizar sus directrices para trabajar con la comunidad y desplegar procesos de integración y de discusión en colectivo, para que surjan herramientas teórico-prácticas que brinden opciones concretas para la acción en el contexto específico.

Igualmente es relevante que la evaluación del programa, reconsidere su enfoque a partir del concepto de determinaciones sociales para que el diseño e implementación de políticas de salud, incluya en su agenda la acción intersectorial y transdisciplinaria, la participación y el empoderamiento social.

En cuanto a la investigación propiamente dicha, la misma forma parte de un proyecto de Liderazgo Municipal Intersectorial en Salud, lo cual facilitó conformar un equipo de investigación interinstitucional y multidisciplinario estando algunos de sus miembros residenciados en el municipio, esto permitió el reconocimiento de sus liderazgos para tener contacto con las personas, las familias y las comunidades e identificar en sus conocimientos y saberes sobre dengue, la importancia de asumir su prevención. Durante estos contactos experimentamos una transferencia de conocimientos que ampliaron nuestra comprensión de los procesos locales y nos permitió valorarlos como parte de su cultura, como espacio productor del pensar, sentir, actuar y de expresión de la subjetividad de la comunidad, e igualmente como lugar objetivo donde descansa el peso de lo cotidiano por donde pasan y cobran color los procesos políticos y económicos, sistemas simbólicos y el imaginario social. (Minayo, 2015).

Sin embargo; las actividades que definen el programa están centrados principalmente en actuar sobre el vector y con poca participación de las personas en los operativos

que desarrollan los servicios de salud, los cuales están desconectados de las prácticas comunitarias. De esta forma, llegamos a las instituciones públicas para promover un acercamiento entre quienes trabajan desde el programa basado en un conocimiento científico con aquellos que desde su cultura tienen un manejo práctico de entender la enfermedad, interrelación colectiva como praxis para activar la participación en salud. En este sentido, compartimos con Briceño-León y Avila (2014) su planteamiento sobre la limitación de la participación cuando se delega en el sistema de salud el control y la prevención de enfermedades, sin considerar lo intersectorial y la incorporación de los actores desde el principio del trabajo en salud, esto es, reconocer el problema, el diseño y la implementación de estrategias, para facilitar la toma de decisiones y asumir sus responsabilidades en cuanto a los cambios que se esperan en las comunidades.

Finalmente, consideramos de importancia enfatizar en la utilización que se hace de los indicadores entomológicos para el análisis de la situación de dengue, los cuales reportan directamente el comportamiento del vector; mas no reflejan la conducta humana. Desde esta perspectiva surge la necesidad de diseñar, institucionalizar y utilizar otros indicadores que permitan comprender las determinaciones sociales y el comportamiento de las familias en cuanto a sus prácticas para controlar los criaderos del vector *Aedes aegypti* en sus viviendas y prevenir la enfermedad.

Referencias bibliográficas

- ALMEIDA G, ARTAZA O, DONOSO N, FÁBREGA R. (2018). "La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de Alma-Ata". **Rev Panam Salud Pública**. Volumen 42: 1-6. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104> Consulta: 30 /03/ 2019.
- BRICEÑO-LEON R, AVILA FUENMAYOR O. (2014). "De la participación comunitaria a la participación social: un enfoque de Ecosalud". **Espacio Abierto**. Volumen 23 Nro. 2, 191-218.
- CARDONA SALDARRIAGA A. (1997) "Participación ciudadana y Salud" en BLANCO RESTREPO JH, MAYA MEJÍA JM. **Fundamentos de Salud Pública**. Medellín Corporación para Investigaciones Biológicas.
- CARDONA ARIAS JA. (2016). "Determinantes y Determinación Social de la Salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica". **Archivos de Medicina**. Volumen 16, Nro 1, 183-191
- GUEVARA M, MAZZARRI M, FLORES K. (2018). "Diagnostico entomológico (Diptera Culicidae) en comunidades del Municipio Mario Briceño Iragorry, estado Aragua, Venezuela, 2016". **Saber**, Universidad de Oriente, Venezuela. Volumen 3, 446.451
- LÓPEZ A. (1993). "La codificación del saber cómo ideología". **Anthropos**. Volumen 14 Nro.1, 1-24

MINAYO MCS (20/06/2008) "El desafío del conocimiento: investigación cualitativa en salud" Disponible en

https://www.researchgate.net/publication/31673891_El_desafio_del_conocimiento_investigacion_cualitativa_en_salud_MC_de_Souza_Minayo Consultado el 04/04/2019

MARTINEZ M, ESPINO C, MORENO N, ROJAS E, MAZZARRI M, MIJARES V, HERRERA F. (2015). "Conocimientos, Actitudes y prácticas sobre dengue y su relación con hábitats del vector en Aragua, Venezuela. **Boletín de Malariología y Salud Ambiental** Volumen 55 Nro1, 86-93

MORALES-BORRERO C, BORDE E, ESLAVA CASTAÑEDA JC y CONCHA SÁNCHEZ SC. (2013). "Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas". **Salud Pública** Volumen15 Nro. 6, 787-808

MORAZAN AD, BATCHYARAFF EB, GONZALEZ CH, ANDRADE SB (2017). "Conocimientos, Actitudes y Practicas sobre las Arbovirosis". **Archivos de Medicina** Volumen 13 Nro. 1, 5

MORENO A. (1993). "La participación comunitaria en salud". **Anthropos**. Volumen14 Nro. 1, 75-97

MOSQUERA M, OBREGÓN R, LLOYD SL, OROZCO M, PEÑA A. (2006). "Comunicación, Movilización y Participación: Lecciones aprendidas en la prevención y control de la fiebre dengue (FD)". **Investigación y Desarrollo**. Volumen14, Nro.1, 120-151.

NEBOT ADELL C, PASARÍN RÚA M, CANELA SOLER J, SALA ÁLVAREZ C, ESCOSA FARGA A. (2016). "La salud comunitaria en los equipos de atención primaria: objetivo de dirección". **Atención Primaria**. Volumen 48 Nro.10, 642-648. Disponible en www.elsevier.es/ap Consultado 15/09/2018

PADILLA JC, PARDOR, MOLINA JA (2017) "Manejo Integrado de los riesgos ambientales y el control de vectores: una nueva propuesta para la prevención sostenible y el control oportuno de las enfermedades transmitidas por vectores". **Biomédica**. Instituto Nacional de Salud Volumen 37 Suplemento No. 2. Editorial. Entomología Médica – Bogotá DC

PERDOMO G. (2014) "Participación en la perspectiva de Ecosalud". **Espacio Abierto**. Volumen 23 Nro.2, 349-375

SANCHEZ SEISDEDOS P (25/09/2017). "Albert Bandura y su Teoría del Aprendizaje Social. Implicaciones educativas". Disponible en: <https://blog.cognifit.com/es/albert-bandura-teoria-de-aprendizaje-social-implicaciones-educativas/> Consultado el 02/04/2019.

TARAZON A. (2015) "Diagnóstico Inmunológico, virológico y molecular del virus dengue: vigilancia epidemiológica en el estado Aragua 2005-2010". Trabajo de grado de Maestría. Universidad de Carabobo. Núcleo Aragua.

- TORRES VIRGILI ME. (16/09/2016) Metodologías alternativas en educación. Definición, objetivos y principales escuelas. Universidad Internacional de Valencia, España. Disponible en: http://www.educacionalternativa.net/wp-content/uploads/2016/09/Metodologias-Alternativas-en-Educacion_Univ-Internacional-Valencia.pdf Consultado 30/09/2018
- URBANO R. (2010) “La salud en todas las políticas. Tiempo de crisis. ¿tiempo de oportunidades?” Informe SEPAS. **Gaceta Sanitaria**. Volumen 24, Suplemento 1,7-11.
- VICENTI-GONZALEZ M, GRILLET ME; VELASCO-SALAS Z, LIZARAZO F, AMARISTA M SIERRA M, COMACH G, TAMI A. (24/01/2017) Spatial analysis of dengue seroprevalence and modeling of transmission risk factors in a dengue hiperendemic city of Venezuela. Plos Neglected Tropical Diseases Disponible en: <http://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005317>. Consultado el 3/4/2019
- VIVAS E y GUEVARA DE SEQUEDA M. (2003). “Un juego como estrategia educativa para el control de *Aedes aegypti* en escolares venezolanos”. **Rev Panam Salud Pública**. Volumen 14 Nro.6, 394-401

Documentos oficiales y otras fuentes institucionales:

- FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES (FLACSO) (2014) “Informe Técnico para el Diseño de Plan de Trabajo para reorientación de Programas de Salud Pública, en OPS/OMS”. Documento conceptual: Intersectorialidad concurso de experiencias significativas de promoción de la salud en la región de las Américas. Ámbitos: municipios, escuelas, universidades e instituciones de educación superior. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017.pdf> Consultado el 10/10/2018
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). XIV Censo Nacional de Población y Vivienda Año 2011 (2014). Resultados por Entidad federal y Municipios del estado Aragua. Disponible en: <http://www.ine.gov.ve/documentos/Demografia/CensodePoblacionyVivienda/pdf/aragua.pdf> Consultado el 28/10/2018
- MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACIÓN.(2016).“Orientaciones pedagógicas Año escolar 2016-2017” Caracas, Venezuela pp 42 Disponible en: <https://observatorioeducativo.files.wordpress.com/2015/09/orientaciones-pedagogicas-2015-2016.pdf> Consultado 15/10/2018
- MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD. (2017)“Lineamientos rectores para la gestión de la Red de Atención Comunal de Salud en el Área de Salud Integral Comunitaria”. Universidad de Ciencias de la Salud “Hugo Chavez Frias” Caracas, Venezuela. pp 95

- MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD. (2016) “Modelo de Atención Integral y criterios para su gestión dentro de la red comunal de atención de salud” Caracas, Venezuela pp 72 Disponible en: <https://studylib.es/doc/4851599/sistema-p%C3%BAblico-nacional-de-salud-red-de-atencion-comunal-de> Consultado el 15/10/2018
- OMS/OPS. (2014). “Fiebre por chikungunya y dengue en las Américas”. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/chik-dengue-29-ago-2014-cha-alerta-epi-americas.pdf> Consultado el 15/09/2018
- OMS/OPS. (2002). “Desafíos futuros para la comunicación social en programas de prevención y control de dengue y de la FHD”. Reunión Técnica de Comunicación social. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsair/e/repindex/rep78/pagina/text/e/redengue/comu/comu.pdf> Consultado el 15/09/2018
- OPS/OMS. (2015) “Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica” Programa especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud. Washington, D.C.pp27
- REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. (2010). “Ley Orgánica del Poder Popular” publicada el 21 de diciembre de 2010 en Gaceta Oficial N° 6011. Caracas, Venezuela.
- UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE VALENCIA (22/03/2018)“El Aprendizaje por Descubrimiento de Bruner” España. Disponible en: <https://www.universidadviu.es/el-aprendizaje-por-descubrimiento-de-bruner/> Consultado el 30/09/2018



UNIVERSIDAD
DEL ZULIA



espacio
abierto

Cuaderno Venezolano de Sociología

Vol 28, N°1 _____

Esta revista fue editada en formato digital en marzo de 2019 por su editorial; publicada por el Fondo Editorial Serbiluz, Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela

www.luz.edu.ve
www.serbi.luz.edu.ve
produccioncientifica.luz.edu.ve