

EL CONTROL DE *Aedes aegypti*, CON ENFOQUE DE ECOSALUD MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE INTERSECTORIALIDAD EN UN MUNICIPIO DE VENEZUELA.

Karen Flores^{1,2}, Milady Guevara³, Milena Mazzarri³, Julia Rattia⁴, Marco Marruffo^{2,5}, Pedro Alcalá⁴, Ángel Castillo⁴Heldomira Guerrero⁶, Ricardo Cornieles⁷.

¹Universidad de Carabobo-Núcleo Aragua. Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Bioanálisis. Departamento Clínico Integral. Maracay, estado Aragua. Venezuela. ²Ministerio del Poder Popular para la Salud. Dirección General de Salud Ambiental. Dirección de Control de Vectores y Reservorios. Maracay, Venezuela. floresk@hotmail.com.

³Universidad de Carabobo-Núcleo Aragua. Facultad de Ciencias de la Salud, Unidad de Investigación y Estudios en Salud Pública. Maracay, Venezuela. miladymguevarap@hotmail.com. ³Universidad de Carabobo-Núcleo Aragua. Facultad de Ciencias de la Salud, Unidad de Investigación y Estudios en Salud Pública. Maracay, Venezuela.

mazzarri.milena@gmail.com. ⁴Ministerio del Poder Popular para la Salud. Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón". Maracay, Venezuela. mazzarri.milena@gmail.com. angel_castillo.r@hotmail.com. ⁵Universidad Centro Occidental "Lisandro Alvarado". Decanato de Ciencias de la Salud. Barquisimeto, Venezuela.

marcomarruffo@gmail.com. ⁶Asociación Civil Portachuelos. CESAP, estado Aragua. helda68@hotmail.com.

⁷Ministerio del Poder Popular para las Comunas. Aragua. rcornieles@hotmail.com.

Resumen

Objetivo: Describir el diseño e implementación de una estrategia intersectorial con enfoque de ecosalud en el municipio Mario Briceño Iragorry, estado Aragua-Venezuela, aplicando una intervención educativa para la eliminación de criaderos de *Aedes aegypti* para la prevención de dengue y otras arbovirosis en el municipio Mario Briceño Iragorry en el estado Aragua, Venezuela. Metodología: Se realizó una investigación descriptiva, con diseño de campo, con tres fases: 1. Preparatoria, para constituir un comité intersectorial. 2. Diagnóstico, mediante la aplicación de una encuesta de Conocimientos, Aptitudes y Prácticas sobre Dengue, Chikungunya and Zika, en familias seleccionadas y la identificación de criaderos de *Aedes aegypti* en sus viviendas. 3. Intervención educativa en escuelas. Resultados: Se encuestaron 2000 familias de estratos socioeconómicos altos, medios y bajos; 80% manifestaron tener conocimiento sobre dengue y desarrollar actividades preventivas en sus viviendas; los indicadores entomológicos reportaron la presencia del vector *Aedes aegypti*. La intervención permitió capacitar 95 escolares de 3° a 6° grado de educación básica, con edades entre 9 y 12 años de edad quienes generaron jornadas de intercambio con sus comunidades. Conclusiones: Una gestión participativa desde las familias, integrando a diferentes sectores, con el liderazgo del sector educativo, hace factible promover modificaciones de conductas para asumir la corresponsabilidad de ejecución de acciones de prevención de las arbovirosis sostenibles en el tiempo.

Palabras Clave: *Aedes aegypti*, intersectorialidad, ecosalud, promoción de la salud, control de vectores,

Abstract

Control of *Aedes aegypti*, with ecohealth approach, through an intersectorial strategy in a municipality of Venezuela.

Objective: To describe the development of an intersectoral strategy using an ecohealth approach for an educational intervention to eliminate *Aedes aegypti* breeding sites to prevent dengue and other arbovirosis, conducted in Mario Briceño Iragorry municipality, in the state of Aragua, Venezuela. Methodology: A descriptive research project was carried out, using a field study design and organized in three phases: 1. Preparatory, organization of an intersectoral committee. 2. Diagnostic, including georeferencing of sectors, application of a Knowledge, Skills and Practices survey on Dengue, Chikungunya and Zika, with selected families and identification of *Aedes aegypti* breeding sites in their homes. 3. Educational intervention based in schools. Results: 2000 families were surveyed from high, middle and low socioeconomic strata; 80% of the families reported having knowledge about the diseases under study and carrying out preventive activities in their homes; however, entomological indicators reported the presence of the *Aedes aegypti* vector. The intervention included training 95 primary school students in grades 3 through 6, aged between 9 and 12 years of age, who organized and conducted education and outreach days within their communities. Conclusions: A participatory family-based management process, integrating different sectors and with leadership from the education sector, facilitates the promotion of behavioral modifications that support the assumption of co-responsibility for implementing sustainable actions to prevent arboviral diseases.

Key words: *Aedes aegypti*, intersectorial, ecohealth, health promotion, vector control.

INTRODUCCION.

Desde el año 1989 en Venezuela se han presentado varias epidemias de dengue que han sido controladas con medidas tradicionales contra el vector *Aedes aegypti*. Entre los años 2013 a 2015, se agudizó la situación

epidemiológica con la aparición de las fiebres Chikungunya y Zika (OPS 2016).

La participación de la sociedad civil y otros sectores durante los periodos de epidemias, no ha logrado mantenerse, permaneciendo el riesgo de enfermar en la

población. Desarrollar una gestión participativa en el nivel local, para promover la modificación del comportamiento de la comunidad, sus formas de pensar y entender la salud (Díaz Torres et al. 2009) permite promover la corresponsabilidad a las acciones de prevención y darle sostenibilidad en el tiempo. (Noriega 2010).

Desde el año 1984, el proceso de descentralización del país tenía el propósito de transferir parte de la autoridad y toma de decisiones ejercidas por el gobierno central a las regiones, promoviendo una gestión administrativa más eficiente y efectiva (Peraza 2012), favoreciendo la creación de nuevas instancias para acercar el poder municipal a los ciudadanos (De la Cruz 1989; Pérez Frías et al. 1999) y mejorar la prestación de los servicios públicos. (Pérez Frías et al. 1999).

[Para 2016](#), nuevos lineamientos nacionales plantearon la organización de un sistema de redes que mantuviera operativos dos tipos de servicios de salud: a) aquellos cuya función consiste en articular, gestionar y desarrollar la Red Tradicional de Salud dependiente del nivel regional, en este caso CORPOSALUD en el estado Aragua y b) aquellos que siguen una línea política nacional (Misión Barrio Adentro), que opera mediante Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC) y dependen del nivel central. Las ASIC constituyen prioridad en el Plan Estratégico de Desarrollo Económico y Social de la Nación (Ley del Plan de la Patria 2013) para consolidar la nueva institucionalidad del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) integrando una red única de servicios con rectoría y financiamiento del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS 2017).

La permanencia de estas estructuras locales paralelas dificulta la eliminación de criaderos de *Aedes aegypti* y la participación de otros sectores en el desarrollo de estrategias de prevención e intervención para proteger el ambiente y promover en el nivel local comportamientos saludables en las personas, acordes con el entorno donde se desenvuelven y habitan.

Esta situación requiere un análisis holístico del problema para reconocer el contexto social de la población, lo que ha orientado a seguir el fundamento del enfoque sistémico de ecosalud, que busca entender los complejos vínculos existentes entre la sociedad, el ambiente, la salud, la articulación entre diversos sistemas de conocimiento y su relación con el desarrollo sustentable (Santandreu 2016). Este es un campo emergente, que se apoya en seis principios (pensamiento sistémico, investigación transdisciplinaria, participación, sustentabilidad, equidad social y de género, y gestión del conocimiento a la acción) y ha sido aplicado en investigaciones sobre enfermedades transmitidas por vectores (ETV) (Charrón 2014). Este enfoque incluye factores relacionados con la presencia del vector *Aedes aegypti*: el urbanismo, el saneamiento inadecuado, el

suministro deficitario de agua lo que conlleva a su conservación en depósitos desprotegidos y los diferentes niveles de vulnerabilidad que tiene la población para la presencia de la enfermedad (Díaz Torres et al. 2009; Feola 2001).

Esta investigación, enmarcada en el proyecto de Liderazgo Municipal Intersectorial para la Salud, se planteó como objetivo, describir el diseño e implementación de una estrategia intersectorial con enfoque de ecosalud en el municipio Mario Briceño Iragorry del estado Aragua, Venezuela, aplicando una intervención educativa en diferentes sectores para la eliminación de criaderos de *A. aegypti*, como medida de prevención de dengue y otras arbovirosis.

METODOLOGÍA.

El estudio municipal de tipo descriptivo, con un diseño de campo, se realizó durante 24 meses (2015-2017). El universo fue constituido por todas las viviendas que componen el área urbana y su población. Fue organizado en tres fases: (1) Preparatoria, que incluyó la organización de un comité intersectorial con actores locales de instituciones académicas, comunitarias, MPPS, organizaciones no gubernamentales y miembros del equipo de investigación; (2) Diagnóstico, que facilitó a) el reconocimiento de liderazgos en instituciones públicas y privadas, en las comunidades y en el ámbito gubernamental local; b) caracterización social de familias, que residen en sectores previamente georreferenciados que

permitió mediante muestreo al azar seleccionar 2000 viviendas; c) levantamiento de indicadores entomológicos en dichas viviendas y d) desarrollo de técnicas de grupos focales y entrevistas a profundidad con actores de la comunidad. (3) Intervención, para compartir los resultados del diagnóstico y el diseño y aplicación de una estrategia de intervención en sectores de la comunidad (Fig. 1). El consentimiento informado fue obtenido de las personas entrevistadas y familias de las viviendas seleccionadas.

Para el diseño de la estrategia de intervención intersectorial se utilizó la metodología de Investigación-Acción Participativa (Usher y Bryant 1997) con el propósito de conocer la realidad en el área de estudio en relación con el dengue y otras arbovirosis, desarrollar acciones para identificar necesidades y promover cambios de comportamiento en la población (Fig. 2).

La intersectorialidad fue entendida como la intervención coordinada de instituciones de diferentes sectores sociales, en acciones destinadas a tratar los problemas vinculados con la salud (Castell Florit 2010), buscando una respuesta social organizada para prevenir dengue y otras arbovirosis mediante la eliminación de criaderos de *A. aegypti* en las viviendas.

El propósito fue revertir la tradicional colaboración prestada a las comunidades por distintos sectores, ante demandas para resolver situaciones específicas, en acciones lideradas por los sectores salud-educación con participación social ante la situación epidemiológica de las arbovirosis, presente en el municipio, como problema identificado y priorizado, donde las actividades de otros sectores pudieran ser determinantes.

Procedimientos:

En la fase preparatoria fueron desarrolladas actividades de capacitación de los actores que integraban el comité intersectorial, incluyendo el equipo de investigación multidisciplinario, en aspectos relacionados con la ecología del vector, epidemiología de dengue, prevención y control, participación-acción; organización comunal, gestión de conocimientos para el aprendizaje, atendiendo al principio de transdisciplinariedad del enfoque de ecosalud. En un mapa de actores, se ubicaron los sectores de pertenencia (academia, público, sociedad civil) de todos los actores involucrados y mediante un seguimiento de seis meses, se analizó la dinámica de acompañamiento al estudio.

La fase de diagnóstico incluyó un estudio cuantitativo y cualitativo. El primero consistió en la georreferenciación y caracterización de sectores seleccionados, la aplicación de una encuesta de Conocimientos, Aptitudes y Prácticas (CAP) sobre dengue, a familias y la identificación de criaderos de *A. aegypti* en sus viviendas. El estudio cualitativo permitió utilizar técnicas de grupos focales y entrevistas a profundidad con actores de la comunidad, autoridades y grupos de la sociedad civil para conocer sus percepciones y metas sobre el desarrollo de las políticas de salud y sus relaciones intersectoriales, proponer acciones para llegar a todas las familias y el diseño colectivo de una estrategia de intervención educativa con el comité intersectorial y grupos específicos de los sectores: educación-salud-comunidad.

La fase de intervención consistió en compartir los resultados del diagnóstico con los grupos de educación-salud-comunidad y desarrollar la estrategia de intervención educativa, con actividades de sensibilización y capacitación, para fortalecer el trabajo intersectorial.

En el sector educativo, la estrategia de intervención se implementó en seis escuelas públicas seleccionadas tomando en cuenta la matrícula, ubicadas en las dos parroquias que integran el municipio. Fueron consideradas las orientaciones pedagógicas emanadas del Ministerio del Poder Popular para la Educación (MPPE 2016), para que las actividades se pudieran insertar en su agenda semanal. El proceso de sensibilización en dichas escuelas fue dirigido a Directivos, maestros y toda la matrícula escolar. Esto permitió la selección, organización y capacitación de grupos voluntarios (*brigadistas de salud*) de niños y niñas de 3° a 6° grado de educación básica, quienes, previa autorización de sus

padres y representantes, fueron orientados para actuar como multiplicadores en sus familias y comunidad donde residen.

La capacitación consistió en el desarrollo de una lluvia de ideas para conceptualizar y comprender la significación de ser *brigadista de salud*, seguido de actividades teórico-prácticas para identificar las formas evolutivas de *A. aegypti* y recoger información entomológica sobre criaderos de este vector, presentes en sus viviendas y de vecinos cercanos. En un seguimiento semanal con cada grupo se fue presentando la información y se discutió la experiencia obtenida en sus comunidades.

En el sector salud, la sensibilización reunió las ASIC y el personal de la Red Tradicional de Salud, para compartir la información obtenida en el diagnóstico y enfatizar en su rol de líderes para agrupar nuevos sectores en el desarrollo de acciones comunitarias orientadas a la eliminación de criaderos de *A. aegypti*.

Con las comunidades y demás entes de la sociedad civil, (voceros comunitarios, consejos comunales y otras organizaciones vecinales, civiles y políticas) igualmente se realizó un proceso de sensibilización mediante la información obtenida en la fase de diagnóstico. Con las autoridades municipales (Alcaldía y Cámara Municipal) se motivó a la actualización y discusión de instrumentos normativos (Ordenanzas), en materia de control de dengue y otras arbovirosis transmitidas por *A. aegypti*.

El análisis se delimitó al contexto local; entendido como un marco de interpretación donde se definen unas funciones de relación entre sectores (Salguero 2007), tratando de identificar espacios para el proceso de construcción de la intersectorialidad a partir de la estructura formal (el deber ser), que rige a la alcaldía municipal. Para la sistematización y seguimiento de las acciones se organizó un sistema de gestión del conocimiento (mapa de actores) con el propósito de valorar los cambios que se fueron produciendo en los actores durante el proyecto (Santandreu 2016).

RESULTADOS

El mapa de actores reflejó la existencia de interacción entre el comité intersectorial y el equipo de investigación; igualmente la incorporación, en número y calidad, de nuevos actores, específicamente en salud y educación del sector público. En salud, resalto que los nuevos actores detectaban cargos de toma de decisiones y en educación, eran directivos y maestros de las escuelas. El sector de la sociedad civil, amplió considerablemente su participación con la incorporación de actores con diferentes roles, quienes demostraron interés por mejorar la situación epidemiológica de las arbovirosis presentes en el municipio.

La Fase de diagnóstico, permitió caracterizar el municipio Mario Briceño Iragorry, desde el punto de

vista geográfico social, epidemiológico y ambiental. Está ubicado al noroeste del estado Aragua, Venezuela, tiene una población de 99,852 habitantes donde el grupo de edad entre 18 a 56 años, representa 75% del total, distribuidos en dos parroquias: El Limón y Caña de Azúcar (INE, 2014).

En cuanto al contexto social, de la evaluación realizada en 2000 viviendas, [se identificó en las](#) familias encuestadas, la pertenencia a los estratos altos, medio y pobreza relativa y crítica, según la escala de Graffar-Méndez Castellanos (1986) cuyos miembros principales, en su mayoría, trabajan fuera del municipio. Se evidenciaron diferencias en el urbanismo y desigualdad en las condiciones de vida entre sectores e intra sector, unos con viviendas bien estructuradas en amplias parcelas ubicadas en urbanismos privados, viviendas de familias con bajos ingresos ubicadas en terrenos invadidos y viviendas de interés social construidas por el Estado.

La sociedad civil está organizada en agrupaciones que demuestran interés por lo público y el bien común; gran parte asociadas a grupos políticos gubernamentales. Entre estas destacan los consejos comunales y otros grupos sociales que ejercen liderazgo en los sectores populares que permea la vida social, con una polarización política, evidenciada en el no reconocimiento oficial de estructuras comunitarias en sectores privados, como las asociaciones de vecinos.

En lo epidemiológico, 80% de las familias manifestaron, a través de las encuestas CAP, que tienen conocimiento sobre dengue, reconoce su gravedad y forma de transmisión, lo considera como un problema de salud que se previene desde los hogares; no obstante, no tienen cultura ni participan en la eliminación de criaderos de *Aedes aegypti* desde su ambiente domiciliario para contribuir en la prevención y control de esta enfermedad. En lo entomológico se observó en las viviendas, la presencia de criaderos con formas larvianas del vector dentro y fuera de las viviendas, específicamente del tipo diversos, toneles/pipotes y materos, con indicadores entomológicos (Índice a Viviendas =29%, Índice a Depósitos=10%, Índice de Breteau=50), que evidencian el riesgo de transmisión. La aplicación de insecticidas mediante nebulizaciones, es utilizada por el programa de control de *A. aegypti* para el control de la fase adulta principalmente para el bloqueo de casos; sin embargo, permanece en el imaginario colectivo como la principal medida de control. Para la fase larvaria se entrega a la población, bolsitas con larvicidas para colocar en los contenedores de agua presentes en las viviendas.

En relación al contexto ambiental, se observó déficit en la prestación de servicios públicos: recolección de residuos sólidos, aguas servidas y dotación de agua para consumo. Durante el desarrollo de la investigación fueron reportados incendios que afectaron la flora, fauna

y fuentes de agua del Parque Nacional Henri Pittier que bordea al municipio, agravando el almacenamiento de agua de consumo de las comunidades, en el periodo de sequía. Existe duplicidad de esfuerzos de grupos ambientalistas y de rescate que compiten por el manejo de recursos provenientes de la Alcaldía, para mitigar situaciones de riesgos que debilitan el ecosistema.

En cuanto a la Intersectorialidad, los voceros, elegidos por los ciudadanos, que coordinan el funcionamiento de los consejos comunales y otras organizaciones, facilitaron el establecimiento de una interrelación entre sus integrantes, para entender un aparente proceso de descentralización que limita el liderazgo municipal en el desarrollo de programas de salud y específicamente el control de *A. aegypti*. No obstante se promovió el acercamiento de los sectores educación y salud, a través de estos voceros comunitarios y del comité intersectorial.

El municipio, en el sector educativo, tiene presencia de todos los niveles educativos, desde educación básica hasta universitaria, con instituciones públicas y privadas. En el sector salud mantiene dos estructuras que siguen líneas programáticas del MPPS mediante la Red Tradicional desde el nivel regional y las ASIC, ambas con directrices verticales que no favorecen el trabajo intersectorial permanente; sin embargo, se observó que las ASIC mediante sus líderes comunitarios, logran más cercanía con algunos sectores de población a través del contacto que tienen por los programas sociales-locales con instancias locales para la toma de decisiones, como la Alcaldía y en oportunidades con autoridades de salud regional.

La estrategia de intervención comenzó con el sector educativo e incluyó la discusión de los resultados del diagnóstico y un video sobre la biología del vector. [La sensibilización alcanzó a 60% del total de la matrícula de niños y niñas de 3° a 6° grado, 32% maestros y 52 % Directivos de las seis escuelas seleccionadas.](#)

Dicha matrícula estudiantil tiene un promedio de 250 de niños y niñas por escuela, de los cuales fueron capacitados un total de 95 brigadistas en salud de 3° a 6° grado de educación básica correspondiendo a 16 brigadistas para cada escuela, con edades comprendidas entre 9 y 12 años de edad, 60% de género femenino y 40% masculino, mayoritariamente de 6to grado (32%).

El concepto de brigadista quedó entendido como: Un grupo de niños y niñas organizados y capacitados para desarrollar actividades de eliminación de criaderos de *A. aegypti*, para la prevención de dengue, Chikungunya y Zika; con disposición a colaborar con la promoción de la salud y la conservación del ambiente, con responsabilidad para visitar las viviendas de su comunidad en compañía de sus padres y/o representantes, identificar tipos de criaderos e informar a

las familias sobre la importancia de eliminarlos. La inspección de criaderos por parte de los brigadistas a sus viviendas, reportó un promedio de 73% de criaderos positivos de distintos tipos (tanques, pipotes, materos y diversos) y en los patios y jardines de las seis escuelas se reportó positividad a larvas y pupas, especialmente en criaderos: diversos, tanquillas de agua, canales, fuentes y pipotes.

La sensibilización del sector salud, especialmente personal médico, incluyó la actualización sobre aspectos clínicos de dengue, virus de Chikungunya y Zika; vigilancia epidemiológica y análisis de la situación epidemiológica del municipio a partir de la información obtenida en el diagnóstico: sobre el conocimiento que tienen las familias acerca de los mosquitos, dengue y otras arbovirosis; la eliminación de criaderos y el mantenimiento de recipientes que coleccionan agua dentro y fuera de la vivienda como medida de prevención desde las viviendas, sobre el diseño de las campañas de información con cuñas publicitarias en radio y televisión que, a pesar de enfatizar en lo entomológico, no han incidido en las familias para asumir la prevención de estas enfermedades como un proceso cotidiano y permanente dentro de sus viviendas.

La sensibilización en la comunidad, a través de los consejos comunales y otras organizaciones comunitarias, permitió el intercambio de información, experiencias y saberes sobre la prevención de dengue para incentivar la participación de las familias en la eliminación de criaderos del vector *A. aegypti* en las viviendas.

Con las autoridades municipales se incentivó la revisión y actualización de Ordenanzas, para fortalecer el trabajo comunitario y la relación intersectorial, tomando en cuenta el riesgo presente en la población. Asimismo, se promovió en la Cámara Municipal, una discusión con participación de concejales, consejos comunales y coordinadores de las ASIC, sobre la organización de un sistema de salud municipal y comunal.

DISCUSION

La estrategia de intervención educativa se orientó sobre dos principios: la integración y la participación. El primero para el establecimiento de un diálogo de saberes que permitiera el reconocimiento de liderazgos en los distintos sectores y niveles considerando las fortalezas y limitaciones de cada uno. El segundo dirigido a la prevención de dengue y otras arbovirosis, con prácticas cotidianas para promover modificaciones en los hábitos de las familias, tomando en cuenta que la participación lleva a la intersectorialidad para organizar acciones en función de evitar el surgimiento de problemas de salud involucrando varios sectores. (OPS, 2015).

Con estos fundamentos, como punto de partida para fortalecer el trabajo intersectorial en el municipio, apoyado en el enfoque de ecosalud, se promovió la discusión sobre la identificación de dos situaciones

reales: a) una observable que funciona de acuerdo a normas legales que responde a una institución que lleva la rectoría y b) una construcción humana no tangible.

Lo observable indica que la autoridad municipal, tiene atribuciones y competencias legales para prestar atención a la salud; no obstante, la Alcaldía carece de una dirección de salud para organizar las acciones y hacer seguimiento para responder a las necesidades de la comunidad. La falta de esta direccionalidad afianza el desarrollo de programas desde las dos organizaciones de salud que trabajan en forma paralela, creando inequidades tanto presupuestarias como operativas para el desarrollo de sus actividades y en sectores cuyas organizaciones por su carácter privado no son reconocidas por el poder local.

Por otra parte, lo construido por la comunidad, no tangible desde lo formal, se evidencia en la visión que se tiene sobre la prestación de servicios del sector salud en relación al dengue. En la muestra de la población evaluada (2000 familias), según lo expresado en las encuestas CAP, la acción gubernamental para el control de *A. aegypti*, se basa en la fumigación como medida de eliminación del mosquito adulto, que la aplica en momentos específicos y la colocación de antilarvarios en depósitos de almacenamiento de agua en las viviendas. Esta acción gubernamental, a través del programa de control del vector, no permanente y poco sostenible, evidencia la visión de los ciudadanos respecto del poder que tiene el municipio, para resolver este problemas (OPS, 2015); sin embargo, ante la presencia del vector *A. aegypti*, la comunidad busca más apoyo del sector político que en el social.

La intervención educativa desarrollada en el municipio, fue una práctica efectiva, aunque no suficiente, para promover modificaciones en los hábitos de las familias; no obstante, su sostenibilidad en la comunidad se evidencia, ante el interés demostrado por los estudiantes brigadistas y maestros de las escuelas, ante la posibilidad de aplicar el conocimiento de medidas de prevención que están a su alcance en conjunto con la comunidad (Torres 2014), incentivando la acción intersectorial en la prevención del dengue, a partir de su relación el sector salud, por sus determinaciones sociales, condiciones naturales y epidemiológicas en la sociedad en general. (Hoyos 2011).

Es necesario destacar que el trabajo intersectorial requiere la búsqueda de espacios o instancias donde los sectores puedan expresar sus intereses y solventar las diferencias o conflictos que puedan existir (entre o dentro de ellos) para lograr una integración horizontal progresiva para alcanzar una mancomunidad que les permita asumir compromisos conjuntos de ejecución de acciones con un propósito común, como es la promoción de la salud, compartiendo información y responsabilidades (Cunill-Grau 2014).

El sector educativo tiene capacidad para ejercer un

liderazgo y motivar el acercamiento con otros sectores, facilitando un conocimiento significativo en los niños quienes como brigadistas promuevan modificaciones de conductas en sus familias para la eliminación de criaderos de *A. aegypti* y disminuir en lo posible la aplicación de sustancias químicas que contaminen el ambiente. (Torres 2014; Vences-Velásquez 2015)

El papel que desempeña la mujer en el municipio es un aspecto de importancia para fortalecer el trabajo intersectorial. Ellas desempeñan un liderazgo que se hace presente en diferentes espacios sociales formando parte de diversas organizaciones en forma simultánea, que les permite el manejo de información para actuar sobre las necesidades presentes en su comunidad. En ese trabajo diario establecen bases a los valores inmateriales agregados a sus gestiones vecinales; los cuales a veces invisibles, tal como lo plantean Castillo *et al.* (2017), que les facilita desarrollar procesos actividades comunitarias mediante la demanda de servicios públicos domiciliarios para el mejoramiento de sus condiciones de vida y, especialmente, en las clases populares representan una oportunidad para establecer contactos con diferentes sectores y resolver problemas de su entorno que impactan en las nuevas generaciones.

Finalmente, esta intervención educativa permitió indagar el grado de intersectorialidad tomando como foco de acción, un problema de salud de prioridad local, partiendo de un proceso de información-cooperación para acercarse a una relación de cooperación-coordinación (Solar *et al.* 2009) para promover la salud.

CONCLUSIONES

1. La aplicación de la intervención educativa sembró las bases para desarrollar un trabajo en salud con diversos sectores de la sociedad civil.
2. Reconocer la intersectorialidad como mecanismo para acercar el nivel municipal a la sociedad civil y reivindicar en la práctica los saberes comunitarios para facilitar la participación ciudadana en la promoción de la salud.
3. La educación como sector social puede asumir un liderazgo para llegar a las familias, promover modificaciones de hábitos y conductas en la comunidad y fomentar el trabajo conjunto con el sector salud.
4. La falta de direccionalidad en programas de salud desde la Alcaldía dificulta la coordinación institucional para fortalecer las acciones en salud.
5. El enfoque de ecosalud permite involucrar comunidades con actores institucionales para el diseño e implementación de estrategias de prevención que favorezcan el desarrollo de políticas intersectoriales de atención en salud.

Agradecimientos

A las comunidades, líderes comunitarios y personal de

los sectores salud y educación del municipio Mario Briceño Iragorry, estado Aragua, Venezuela, que nos acompañaron en el desarrollo de las actividades.

Financiamiento

Este proyecto recibió financiamiento del IDRC- Canadá a través de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Colombia y del Laboratorio de Ciencias Sociales (LACSO) de la Universidad Central de Venezuela. Acuerdo de Subvención N° 107843-001. Coordinado por la Unidad de Investigación y Estudios en Salud Pública de la Universidad de Carabobo, Núcleo Aragua.

Conflicto de intereses.

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS.

- Castell-Florit, S. E. 2010. Intersectorialidad en salud. Fundamentos y aplicaciones. Disponible en: www.gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?c=d. Revisado 18 de abril, 2017.
- Castillo, A., Cornieles, R., Guevara, M. *et al.* 2017. Recorrido de participación social desde el enfoque de ecosalud para el control de *Aedes aegypti*. Municipio Mario Briceño Iragorry, Venezuela, 2017. Revista Comunidad y Salud 15 (2): 93-101.
- Charrón, D. F. (ed.). 2014. La investigación de ecosalud en la práctica. Aplicaciones innovadoras de un enfoque ecosistémico para la salud. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC). Plaza y Valdés S. A. de C.V. México.
- Cunill-Grau, N. 2014. La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual. Gestión y política pública 23 (1): 5-46. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13331169001>. Revisado 5 de mayo de 2017.
- De La Cruz, R. 1989. La Descentralización en Venezuela: un reto para la gestión del Estado. Caracas. 1989. Disponible en: <http://produccioncientificaluz.org/index.php/rcs/article/viewFile/13095/13081> Revisado 18 de abril, 2017
- Díaz, C., Torres, Y., De la Cruz, A. M. *et al.* 2009. Estrategia intersectorial y participativa con enfoque de ecosalud para la prevención de la transmisión de dengue en el nivel local. Caderno de Saúde Pública; 25 (Supl. 1): 559-570.
- Feola, G., Bazzani, R. (Eds.). 2001. Challenges and strategies for implementing the ecosystem approach to human health in developing countries: reflections from regional consultations. Ottawa International Development Research Centre, 24-41.
- Hoyos Rivera, A. 2011. Intervención comunitaria en el dengue como una necesidad social. Revista Cubana de Salud Pública 37 (4): 500-509.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). 2014. XIV Censo

- de Población y Vivienda 2011. Resultados por entidad federal y municipios del estado Aragua. Disponible en: <http://www.ine.gov.ve/documentos/Demografia/CensodePoblacionyVivienda/pdf/aragua.pdf>.
- Ley del Plan de la Patria. Segundo Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2013-2019. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 6118 Extraordinario de fecha 4 de diciembre 2013. Caracas.
- Méndez Castellano, H., Méndez, M. C. 1986. Estratificación social y biología humana. Arch. Venez. Puerc. Pediatric., 49 (3/4): 93-104.
- Ministerio del Poder Popular para la Educación. 2016. Orientaciones pedagógicas Año Escolar 2016-2017. Caracas [Documento] Disponible: <https://observatorioeducativo.files.wordpress.com/2016/09/orientaciones-pedagogicas-del-m-e-2016-2017.pdf> Revisado 19 de abril, 2017.
- 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. Disponible en: http://www.ucs.gob.ve/wp-content/uploads/2018/01/lineamientos_ASIC.pdf Revisado el 7 de mayo de 2017.
- Noriega Bravo, V. 2010. La intersectorialidad en el control del dengue y su vector. Libros de autores cubanos Disponible en www.gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?c=d Revisado 18 de abril, 2017.
- Organización Panamericana de la Salud. (OPS). 2015. Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica. Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (SDE) Washington, DC.
- PanamericanHealthOrganization (OPS). 2016. Número de Casos de Chikungunya, Dengue y Zika por semana epidemiológica (SE 41 del 2015 a SE 29 de 2016).
- Peraza, A. 2012. La descentralización y la competencia municipal en el periodo 1999/2011. TELOS Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales, 14 (3):364-381.
- Pérez Frías, A., Useche, M. C., Queipo, B. *et al.* 1999. La descentralización como vía de transformación del sector salud en Venezuela. Revista de Ciencias Sociales LUZ Nueva Época; 5 (2): 95-108.
- Salguero Lamillar, F. J. 2007. Conceptualización y elaboración del contexto. XXII Congreso de la Asociación de Jóvenes Lingüistas. Sevilla, España. [Documento]. Disponible en: [http://cfcul.fc.ul.pt/textos/CONCEPTUA\[1\]...pdf](http://cfcul.fc.ul.pt/textos/CONCEPTUA[1]...pdf) Revisado el 18 de abril, 2017.
- Santandreu, A. 2016. El enfoque de gestión del conocimiento para el aprendizaje y el cambio en proyectos de investigación-acción con enfoque ecosalud. (Capítulo IX). En: Betancourt O., Mertens F., Parra M. (eds.). Enfoques ecosistémicos en salud y ambiente. Aportes teórico-metodológicos de una comunidad de práctica. Ediciones Abya-Yala. Quito, Ecuador.
- Solar, O.; Valentine, N.; Rice, M. *et al.* 2009. Moving forward to equity in health: what kind of intersectoral action is needed? An approach to an intersectoral typology. Prepared for the 7° Global Conference for Health and Development "Closing the Implementation Gap", Nairobi, Kenya.
- Torres, J. L., Ordoñez, J.G., Vásquez-Martínez, M. G. 2014. Conocimientos, aptitudes y prácticas sobre el dengue en las escuelas primarias de Tapachula, Chiapas, México. Rev Pan Salud Pública 35(3):214-218.
- Usher R., Bryant, I. 1997. La educación de adultos como teoría, práctica e investigación. El triángulo cautivo. Ediciones Morata, S. L. Madrid.

Fig.1.Construcción Metodológica para la estrategia educativa. Municipio Mario Briceño Iragorry, Venezuela 2017.

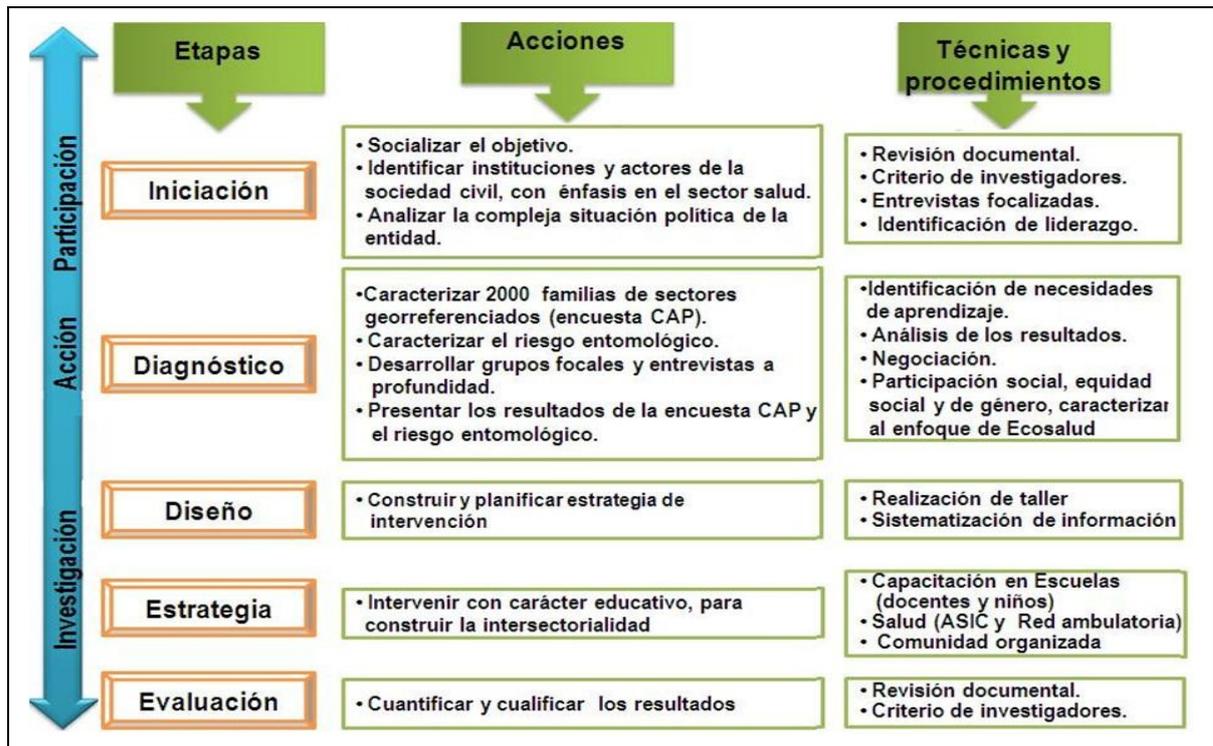


Fig. 2: Estrategia educativa. Municipio Mario Briceño Iragorry, Venezuela. 2017.

