



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública

México

Toledo Romani, María Eugenia; Baly Gil, Alberto; Ceballos Ursula, Enrique; Boelaert, Marleen; Van der Stuyft, Patrick

Participación comunitaria en la prevención del dengue: un abordaje desde la perspectiva de los diferentes actores sociales

Salud Pública de México, vol. 48, núm. 1, enero-febrero, 2006, pp. 39-44

Instituto Nacional de Salud Pública

Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10648106>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Participación comunitaria en la prevención del dengue: un abordaje desde la perspectiva de los diferentes actores sociales

María Eugenia Toledo-Romaní, MD, MSc,⁽¹⁾ Alberto Baly-Gil, BSc, MA,⁽¹⁾ Enrique Ceballos-Ursula, Tec,⁽²⁾ Marleen Boelaert, MD, PhD,⁽³⁾ Patrick Van der Stuyft, MD, PhD.⁽³⁾

Toledo-Romaní ME, Baly-Gil A, Ceballos-Ursula E, Boelaert M, Van der Stuyft P.
Participación comunitaria en la prevención del dengue: un abordaje desde la perspectiva de los diferentes actores sociales.
Salud Publica Mex 2006;48:39-44.

Resumen

Objetivo. explorar las percepciones sobre la participación comunitaria en la prevención del dengue durante la investigación formativa de un proyecto comunitario. **Material y métodos.** Estudio conducido en tres áreas de salud de Santiago de Cuba durante el año 2000. Se combinan técnicas cualitativas y cuantitativas para explorar opiniones de los profesionales de salud, líderes comunitarios y una muestra aleatoria de población. **Resultados.** Los profesionales identifican la no participación de la comunidad y sus propias limitaciones para involucrarla activamente en la prevención. Los líderes refieren falta de motivación, y la población vincula la eliminación del vector con el uso de tecnologías. Se perciben barreras en la aceptación de las actividades del programa de control y en general la "participación" es interpretada como "colaboración". **Conclusiones.** La población ha transferido responsabilidad del control del *Aedes aegypti* al sector salud. Se evidencia la necesidad de unificar conceptos sobre la participación comunitaria y conciliar intereses entre usuarios y proveedores de los servicios para lograr una real movilización social.

Palabras clave: participación comunitaria; dengue; *Aedes aegypti*; actores sociales; Cuba

Toledo-Romaní ME, Baly-Gil A, Ceballos-Ursula E, Boelaert M, Van der Stuyft P.
Community participation in Dengue prevention: An approach from the perspective of different social actors.
Salud Publica Mex 2006;48:39-44.

Abstract

Objective. To explore the perceptions about community participation in dengue fever control during formative research for a community project. **Material and Methods.** This study was conducted in three health areas of the Santiago de Cuba municipality during the year 2000. Qualitative and quantitative techniques were used to explore the opinions of health professionals, community leaders and a random sample of 200 people living in the community. **Results.** The health professionals who were interviewed judged that difficulties in *Aedes aegypti* control were due to lack of participation of the community and to limited knowledge of prevention methods. Community leaders considered that the population was poorly motivated. The randomly selected subjects who were interviewed did associate *Aedes* control with technological intervention. The authors identified barriers to acceptance of control program activities. In general, the concept of "participation" was interpreted as "collaboration". **Conclusions.** Our findings show that the community has transferred the responsibility for *Aedes aegypti* control to the health sector. There is an evident need for unifying the concepts of community participation, as well as for matching the interests of users and health care providers, in order to attain a significant social mobilization.

Key words: community participation; dengue fever; *Aedes aegypti*; social actors; Cuba

(1) Departamento de epidemiología. Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí, Habana, Cuba.

(2) Unidad Provincial de Vigilancia y Lucha Antivectorial, Santiago de Cuba, Cuba.

(3) Epidemiology and Disease Control Unit, Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium.

Fecha de recibido: 12 de mayo de 2005 • Fecha de aprobado: 3 de noviembre de 2005
Solicitud de sobretiros: Dra. María Eugenia Toledo Romaní, Departamento de Epidemiología.
Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí, La Lisa, Ciudad de La Habana, Cuba.
Correo electrónico: mariaeugenia@ipk.sid.cu

El dengue constituye una de las enfermedades emergentes más importantes en América Latina.¹ En 1977 se produjo en Cuba la mayor epidemia de dengue clásico de las Américas, en la que se registró más de medio millón de personas afectadas y aproximadamente 4.5 millones de infectados. Cuatro años más tarde, en 1981, se produjo la primera epidemia de fiebre hemorrágica/síndrome de *shock* por dengue de la región.² Mediante un gran esfuerzo del gobierno y una movilización general se logró abortar la epidemia con un costo estimado de 43 millones de dólares; posteriormente se mantuvo la vigilancia y el control del vector a través de un programa vertical. En 1997, después de más de 15 años sin circulación viral en el país, se detectó una epidemia producida por el virus del dengue 2 en Santiago de Cuba.³ Entre los factores que favorecieron la reinfestación por *Aedes aegypti* y la circulación del dengue en esta ciudad se encuentran el insuficiente abasto de agua, que obliga a almacenarla en las viviendas, habitualmente en recipientes deteriorados que sirven de criadero a los mosquitos, un saneamiento ambiental deficiente, el aumento de la densidad poblacional, el deterioro de los programas de lucha y erradicación del vector por la escasez de recursos financieros y una disminución de la percepción del riesgo, lo cual ha influido negativamente en la participación de la comunidad para eliminar los criaderos reales y potenciales del vector.⁴

Conseguir la participación efectiva de la población es uno de los grandes problemas en el control de las enfermedades transmitidas por vectores, y esta cuestión se torna vital para la eficacia de las medidas de control en el caso específico del dengue, pues la gran mayoría de los criaderos se encuentran en las residencias o sus inmediaciones.⁵ Además constituye una piedra angular en el sostenimiento de los programas. En la literatura se ha abordado el concepto de participación de múltiples formas, así como su integración al control de vectores. Rifkin⁶ refiere que la participación comunitaria es un proceso social inherente a los grupos humanos que comparten necesidades, que participan en la identificación de las mismas y en la implementación y evaluación de estrategias para solucionarlas. Gubler y Clark⁷ relatan cómo muchas intervenciones de movilización social para el control del dengue en las Américas no han funcionado debido a que involucran a la comunidad solamente en casos de epidemias y se han enfocado en campañas masivas de “descacharización”, en la distribución masiva de materiales impresos y en campañas de radio y televisión para diseminar información sobre el vector, sus criaderos y la enfermedad. Ha sido práctica tradicional informar al público sobre la enfermedad y el vector; sin embargo,

comúnmente no se explora el conocimiento previo de las personas acerca del tema. Además, informar no se traduce necesariamente en un cambio de conducta. La comprensión del comportamiento y de los ambientes conductuales requiere investigación, pues no sólo se trata de realizar estudios aislados, sino de entablar un diálogo continuo con los actores clave.⁸

En 1999, en Santiago de Cuba se mantenían elevados índices de infestación por *Aedes aegypti* y la comunidad asumía una posición pasiva. Se propuso la realización de investigaciones destinadas a buscar alternativas para lograr la participación activa en el control del vector del dengue y hacer efectivo y sustentable el programa, sin que esto representara transferir por completo la responsabilidad a las comunidades. En el presente trabajo se exponen los resultados del proceso de investigación formativa al inicio de un proyecto de intervención comunitaria dirigido a este objetivo.

Material y métodos

Áreas de estudio

La investigación se realizó durante el segundo semestre de 2000 en tres áreas de salud de la zona urbana del municipio Santiago de Cuba (Policlínico José Martí, Julián Grimau y 28 de Septiembre), seleccionadas por la gran densidad vectorial informada por el sistema de vigilancia de rutina. Se incluyeron de manera aleatoria como zonas de intervención del proyecto 20 de los 50 consultorios médicos de familia que tienen estas tres áreas.

Muestreo

La muestra de profesionales de la salud estudiada incorporó todos los médicos de familia, las enfermeras, los operarios de vectores y los promotores de salud vinculados con la atención primaria de salud de los 20 consultorios seleccionados. Además, se entrevistó a 60 líderes comunitarios formales e informales (tres por cada consultorio) identificados durante las visitas de acercamiento a dichas comunidades según opiniones de la población. Para investigar sobre las percepciones de la población, se seleccionaron por muestreo simple aleatorio un total de 200 viviendas, utilizando el censo disponible en cada área de salud. En cada uno de los hogares se entrevistó a la primera persona que apareció en el momento de la visita y que cumplía las condiciones de: ser mayor de 15 años, poseer facultades mentales para cooperar con la entrevista y brindar su consentimiento para la misma.

Definiciones operacionales

Definimos el concepto de participación activa, según Rifkin, como “la incorporación de la comunidad desde la identificación de los problemas hasta la evaluación de los programas”, y el de participación pasiva, como “la cooperación con instrucciones dadas” o “el cumplimiento de lo establecido”.⁶

Recopilación de datos

Se utilizó un conjunto de técnicas cualitativas y cuantitativas para explorar la visión de la participación comunitaria desde la perspectiva de los diferentes actores sociales.

Profesionales de la salud

Se aplicó un cuestionario cerrado a los médicos de la familia (n=20) para explorar sus conocimientos en técnicas participativas y en conceptos y formas de participación comunitaria. Se utilizó también la metodología de grupos de discusión,^{9,10} organizados por área de salud, con una incorporación de 24 profesionales como promedio en cada uno de ellos.

Con el fin de permitir la expresión del discurso de los diferentes participantes, se trabajó en subgrupos de ocho y 10 personas con una composición heterogénea. Durante las sesiones, una persona del equipo de investigación, ajena al ámbito de la provincia, actuó como moderador y otra como observador. Las conversaciones se grabaron en cintas magnetofónicas y posteriormente se transcribieron.

Líderes formales e informales

Para ahondar en profundidad sobre los conceptos de participación social y las principales dificultades para involucrar a la comunidad, se realizaron un total de 60 entrevistas semiestructuradas (con guía de entrevista). La duración de las entrevistas fue de entre 30 y 60 minutos. Las mismas fueron grabadas y posteriormente transcritas.

Población

Por tratarse del primer acercamiento, y para cuantificar las opiniones de la población sobre los determinantes de los comportamientos de riesgo acorde con las dimensiones del Modelo de Creencias en Salud,¹¹ se utilizó un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas, el cual contenía 17 ítems agrupados según las siguientes dimensiones: susceptibilidad

y gravedad percibida de la enfermedad, barreras y beneficios de las acciones, señales para la acción y autoeficacia percibida. Se aplicó el cuestionario a 15 personas y a partir de los resultados se adaptó la formulación de los ítems. Los 20 médicos de familia fueron capacitados para aplicar el cuestionario a la población seleccionada en su área. Todas las entrevistas se realizaron durante una semana de octubre de 2000.

El protocolo de la investigación fue aprobado por el Comité de Evaluación Ética del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí. En todos los casos se obtuvo el consentimiento informado de los participantes en el estudio.

Análisis de datos

Para el análisis del cuestionario de conocimientos de los médicos se construyeron índices acumulativos con el fin de medir cuatro dimensiones del conocimiento: la participación comunitaria, las formas de participación, las técnicas de trabajo en grupo y las técnicas de solución de problemas. Se calculó el *test* Cronbach's alfa para averiguar la unidimensionalidad de los ítems.

Se realizó un análisis de contenido cualitativo de las discusiones grupales con profesionales de salud y de las entrevistas a los líderes, para lo cual se seleccionaron los *verbatim*s más frecuentes. Los resultados de las entrevistas se presentan según las principales temáticas exploradas. Los *verbatim*s referidos en letras cursivas coinciden con las opiniones más frecuentes.

Asimismo, se analizó cuantitativamente el contenido del cuestionario aplicado a la población. Los ítems se agruparon según las seis dimensiones del Modelo de Creencias de Salud.¹¹ Se calculó el *test* Cronbach's alfa para averiguar la unidimensionalidad de los ítems. Se obtuvieron salidas dicotómicas para cada dimensión.

Para asegurar la validez en el análisis de los datos cualitativos y explicar posibles contrastes entre las opiniones de los diferentes actores y entre las diferentes técnicas utilizadas se trianguló la información mediante comparaciones entre los grupos de informantes y la intervención de varios investigadores en el análisis. Posteriormente los resultados fueron discutidos con informantes claves.

Resultados

Profesionales de la salud

Los resultados de la encuesta de conocimientos aplicada a los 20 médicos de familia permitieron identificar que sólo 30% (IC 11.9-54.3) de los encuestados maneja-

ban adecuadamente el concepto de participación activa y 15% (IC 3.2-37.9) conocían formas de involucrar a la comunidad en la identificación y priorización de los problemas de salud. Solamente 20% (IC 5.7-43.7) había recibido entrenamiento sobre técnicas de trabajo en grupo para movilizar a la comunidad.

En cuanto al discurso de los principales actores sociales, en todos ellos se encontraron estructuras semánticas que permiten identificar los principales problemas para el control de *Aedes aegypti* y las barreras para lograr la participación comunitaria. Todos los grupos coinciden en plantear que no se logra el control porque la comunidad no participa, y asocian el hecho a una reducción de la percepción del riesgo de enfermar por dengue. "El problema es que después de la epidemia del 97, donde todo el mundo se movilizó, se ha reducido mucho la percepción del riesgo de enfermar por dengue." En muchas ocasiones, los trabajadores de vectores se enfrentan a la oposición de los moradores para la revisión de las viviendas porque no perciben los beneficios de las acciones que realizan. "Muchas personas sienten desconfianza del trabajo de los operarios, porque les revisan los tanques de abajo y se van." "En ocasiones no les abren la puerta de las casas, porque dicen que vienen a molestar a cualquier hora." "Como el abate le da mal sabor al agua, cuando los operarios salen, la cambian inmediatamente, refiriendo que es agua para 15 días". Finalmente, concluyen que la comunidad ha transferido completamente la responsabilidad de la eliminación de los criaderos al sector salud. "Aquí la gente piensa que los responsables del *Aedes aegypti* somos los de salud pública y se sientan tranquilamente a esperar y a veces hasta rechazan las cosas que se hacen."

Los trabajadores de la salud identificaron entre las barreras para lograr la participación comunitaria, su falta de habilidades para involucrar a la comunidad en las acciones. "Nosotros tenemos que ganar habilidades para trabajar con la comunidad y que esta planifique y haga suyo también el problema." Pero además señalan la necesidad de realizar cambios en la infraestructura de la ciudad, como la reparación de tuberías, el drenaje de sótanos y la reducción del ciclo de abasto de agua; lo cual, junto a medidas como la venta de tanques y tapas para los mismos, pueden constituir incentivos para motivar la participación. "Para que la población participe también necesita incentivos; que se mejore (*sic*) el problema del agua o que se facilite la compra de tapas para los tanques." "Imagínese que aquí hay viviendas que tienen hasta 21 recipientes para almacenar agua."

Líderes formales e informales

Ninguno de los entrevistados refirió un concepto activo de la participación. Todos la describieron no como la "colaboración o cooperación" con las acciones para eliminar el *Aedes aegypti*, sino como el "actuar colectivo en el cumplimiento de orientaciones". "Es que todos los vecinos colaboren y entiendan la necesidad de eliminar el mosquito." "Es cuando 100% de los vecinos siguen las recomendaciones que se les brindan." "Es apoyar al médico de la familia en los programas de salud, divulgarlos y tratar que todos se incorporen." Los líderes comunitarios refirieron falta de conciencia ciudadana. "La comunidad no participa porque no está conciente del problema que representa el *Aedes aegypti*." "La población no participa porque no esta motivada, tiene otras prioridades mas apremiantes." También se señalaron diferencias de intereses entre proveedores y usuarios de los servicios: "los problemas identificados por el personal de salud no siempre coinciden con los que identifica la población", así como falta de iniciativa para implementar canales de participación y romper las barreras existentes.

Población

En el cuadro I se reflejan los resultados de la encuesta aplicada a la población para explorar los determinantes de los comportamientos de riesgo para el control del dengue según el Modelo de Creencias de Salud. La susceptibilidad de enfermarse fue percibida por 97.7% de la población y la gravedad por 99%; sin embargo, 46% percibe como innecesarias las acciones realizadas por el programa de control de vectores, sobre todo por la aplicación de productos químicos o la abatización del agua. En cuanto a la eficacia percibida, solamente

Cuadro I
PERCEPCIÓN DEL DENGUE Y SU CONTROL
SEGÚN MODELO DE CREENCIAS DE SALUD.
SANTIAGO DE CUBA, 2000 (N=200)

Dimensión	No	%	IC 95%
Susceptibilidad percibida	195	97.5	94.3-99.1
Gravedad percibida	198	99.0	96.4-99.8
Beneficios percibidos	104	52.0	44.8-59.1
Barreras percibidas	92	46.0	38.9-53.2
Señales para la acción	77	38.5	31.7-45.6
Autoeficacia percibida	74	37.0	30.0-43.9

37% de los encuestados consideran que sus acciones son importantes para eliminar el *Aedes aegypti*.

Discusión

Este estudio muestra que la participación activa de la comunidad en el control del dengue, que se promulga ahora internacionalmente como una de las estrategias principales, en Santiago de Cuba presenta importantes obstáculos relacionados con la historia de los programas de control. La comunidad ha transferido la responsabilidad del control de *Aedes aegypti* al sector salud, mientras que los profesionales identifican la necesidad de movilizar a la comunidad para planear acciones conjuntas. Los líderes comunitarios no identifican el concepto de participación activa y las formas para lograrla. La población, a pesar de percibir la susceptibilidad y la gravedad de enfermarse por dengue, rechaza varias de las acciones del programa de control existente.

La combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas y su triangulación constituyen los puntos clave de este estudio, así como el hecho que se hace posible confrontar las percepciones de los tres actores principales: la comunidad, los profesionales de la salud y las autoridades locales. Los datos poblacionales se obtuvieron en una muestra aleatoria de tres áreas escogidas a propósito debido a sus altas tasas de infestación. Sin embargo, las limitaciones del estudio se encuentran en el momento en que éste se desarrolló (año 2000), tres años después de la epidemia de 1997, lo cual debe guardar relación con el hecho de que la población santiaguera tenga un elevado conocimiento sobre el dengue y su vector. Las entrevistas fueron realizadas por los propios médicos de la familia de los encuestados; y ello pudo constituir un sesgo, al afectar la veracidad de las respuestas. De todas maneras, esto significaría que el problema de baja aceptabilidad de algunas intervenciones puede ser aún mayor.

Varios autores han realizado estudios sobre las causas por las que no se logra la participación comunitaria en el control de *Aedes aegypti*. En México, la poca aceptabilidad del programa fue registrada por Winch y col. en 1994.¹² Las mujeres percibían las actividades de fumigación como una intromisión en el espacio doméstico por parte del personal de control de vectores, debido a la reorganización de ese espacio que ocurre durante las visitas y la idea, difícil de aceptar, de que las enfermedades se originan dentro de este dominio. Nathan¹³ señala la confianza exagerada de la población en las autoridades gubernamentales, la aplicación rutinaria de insecticidas y el papel pasivo de la comunidad en la conducción de esta actividad. Para Clark,¹⁴ la falta de

interés en participar en las actividades de control está relacionada con cierta desconfianza por parte de la población en tales actividades, la existencia de creencias que colocan al dengue como un acontecimiento inevitable, así como con la apatía de las comunidades.

Sin embargo, el problema central de la no participación comunitaria en el control del vector del dengue en Santiago de Cuba es la total transferencia de responsabilidad al sector salud. Los profesionales de la salud del estudio consideran importante la incorporación de la comunidad en las acciones, pero asocian las dificultades con una baja percepción del riesgo de enfermar por el espacio de tiempo que media entre la ocurrencia de brotes en Cuba; y al mismo tiempo refieren que la población ha identificado al médico de familia como el protagonista de las acciones de salud, como el responsable de “ofrecer servicios” y “brindar salud a la población” y han delegado a un segundo plano la responsabilidad individual. Por su parte, los líderes formales e informales definen la participación como la realización de acciones en la etapa de la implementación de las estrategias, pero no incorporan la negociación y concertación desde la identificación de los problemas y la planificación misma para involucrar a la comunidad. En Cuba, el programa de control de vectores se ha basado en acciones centralizadas fundamentalmente por parte de los organismos de salud, y las comunidades, aun al colaborar, han sentido poca responsabilidad respecto al control y a los programas de educación sanitaria. Esto coincide con otras referencias encontradas en la literatura de estrategias puestas en práctica en Honduras, México, Panamá, República Dominicana, Singapur y Tailandia, las cuales tampoco logran involucrar realmente a la comunidad desde la planificación, implementación y evaluación de sus actividades, sino en el soporte de las acciones programadas por los gobiernos.¹⁵ Entre los conceptos de participación social en salud aparece con mucha frecuencia la idea de que participar es colaborar con los servicios de salud, porque se suele convocar a la población para participar en situaciones de emergencia o en intervenciones prioritarias definidas por las instituciones.¹⁴ Esta noción, que puede ser común en los diferentes países, sugiere una respuesta estándar de la comunidad a la convocatoria histórica para desarrollar políticas sociales con participación popular.¹⁶⁻¹⁸

Sin embargo, la simple colaboración de la comunidad no basta para controlar el *Aedes aegypti*. Para lograr el sostenimiento de los programas y controlar el dengue, se requiere que la comunidad misma se sensibilice con esta tarea, que sea posible el uso de recursos locales, ideas, y que la propia comunidad asuma el liderazgo en el diseño y la implementación de planes

de acción.⁷ Esto todavía constituye un desafío mayor en América Latina.

El Modelo de Creencias de Salud constituyó un instrumento útil para explorar los determinantes de los comportamientos. La forma en que se diseñaron los ítems permitió explorar conocimientos sobre el dengue y su vector; además de las barreras y beneficios percibidos con las acciones desarrolladas por el programa de control y las dificultades percibidas por la población para incorporar sus acciones. Se demostró que aunque entre la población ha aumentado el nivel de conocimiento acerca del dengue, no se ha desarrollado una estrategia integral de cambio de comportamiento. Se han limitado los procesos de reflexión conjunta, y por tanto la modificación de actitudes y prácticas.

Autores como Valla¹⁶ han señalado que el conocimiento incorporado por la población, pero no necesariamente corresponderá con un cambio de comportamiento, o sea, no ocurrirá, por lo menos con la intensidad deseada, una disminución del número de criaderos a punto de evitar la transmisión del dengue. Para lograr esto es preciso que el personal de salud e incluso los líderes comunitarios se entrenen en técnicas de movilización social y se creen espacios para la reflexión conjunta sobre las necesidades reales de salud que se han observado.

Estudios como éste, donde como parte de la investigación formativa se exploran las percepciones de los diferentes actores sobre la participación comunitaria, "qué piensan y cómo se ven dentro del proceso", constituyen etapas que generalmente se pasan por alto por falta de tiempo, de recursos o de la necesidad de dar respuestas o soluciones de emergencia.

Los hallazgos de esta investigación pueden incluso no repetirse en otras provincias del país, por lo que resulta difícil elaborar programas nacionales generalizables a un país o región. El reto está en el diseño de estrategias para involucrar a la comunidad donde se parta de la exploración de los determinantes de los comportamientos, se identifiquen las necesidades que percibe la población y se elaboren planes de acción con objetivos conductuales bien definidos.

Agradecimientos

A la población de Santiago Cuba, al personal de Atención Primaria de Salud y a los líderes comunitarios que permitieron la realización de este estudio. La investigación fue parcialmente financiada por el acuerdo marco entre el Instituto de Medicina Tropical de Am-

beres y el Directorado General para el desarrollo de Cooperación de Bélgica (Belgium Directorate-General for Development Cooperation).

Referencias

1. Service MW. Community participation in vector-borne disease control. *Ann Trop Med Parasitol* 1993; 87(3):223-234.
2. Guzmán MG, Kouri G, Bravo J, Soler M, Vázquez S, Mourier L. Dengue hemorrhagic fever in Cuba, 1981: a retrospective seroepidemiologic study. *Am J Trop Med Hyg* 1990; 42(2):179-184.
3. Valdés L, Vila-Mizrahi J, Guzmán MG. Impacto económico de la epidemia de dengue 2 en Santiago de Cuba, 1997. *Rev Cubana Med Trop* 2002; 54(3):220-227.
4. Kouri GP, Guzmán MG, Valdés L, Carbonel I, Rosario D, Vázquez S et al. Reemergence of dengue in Cuba: a 1997 epidemic in Santiago de Cuba. *Emerg Infect Dis* 1998; 4: 89-92.
5. Chiaravalloti-Neto F, de Moraes MS, Aparecida-Fernández M. Results of activities encouraging community participation in dengue control in an outlying neighborhood of Sao Jose de Rio Preto, Sao Paulo, and the relationship between the population's knowledge and habits. *Cad Saude Publica* 1998; 14 supl 2:101-109.
6. Rifkin SB. Paradigms lost: Toward a new understanding of community participation in health programmes. *Acta Trop* 1996; 61(2):79-92.
7. Gubler D, Clark G. Community involvement in the control of *Aedes aegypti*. *Acta Trop* 1996; 61(2):169-179.
8. Vázquez M, Ferreira da Silva M, Siquirria E. Visión de los diferentes agentes sociales sobre la participación social en el sistema de salud en el nordeste de Brasil. Una aproximación cualitativa. *Rev Esp Sal Pub* 2002; 76(5):585-594.
9. Delgado JM, Gutiérrez J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Ed. Síntesis, 1994.
10. Pérez-Andrés C. ¿Deben estar las técnicas de consenso incluidas entre las técnicas de investigación cualitativa? *Rev Esp Salud Pública* 2000; 71(4):319-321.
11. Soto F, Lacoste JA, Papenfuss RL. El Modelo de Creencias de Salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Rev Esp Salud Pública* 2000; 71(4):335-341.
12. Winch P, Lloyd L, Hoemeke L, Leonisinis E. Vector control at the household level: An analysis of its impact on women. *Acta Trop* 1994; 56(4):327-339.
13. Nathan M. Critical review of *Aedes aegypti* control programs in the Caribbean and selected neighboring countries. *Journal of the American Mosquito Control Association*; 1993; 9:1-7.
14. Clark G. Situación epidemiológica del dengue en América. Desafíos para su vigilancia y control. *Salud Publica Mex* 1995; 37supl S5-S11.
15. Brieger W. Health education to promote community involvement in the control of tropical diseases. *Acta Trop* 1996; 61(2):93-106.
16. Valla V. Sobre participação popular. Uma questão de perspectiva. *Cad Saude Publica* 1998; 14 supl 2:7-18.
17. Cortazzo I, Cuenca A. Nuevas desigualdades sociales. Participación social ¿para qué? En: Globalización, reformas y equidad en Salud. Libro de ponencias del VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y XI Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud. ALAMES/IAHP; 2000 julio 3-7; La Habana.
18. Pinto-Dias JC. Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias no Brasil. *Cad Saude Publica* 1998; 14 supl 2:19-37.