



Revista Cubana de Salud Pública

ISSN: 0864-3466

ecimed@infomed.sld.cu

Sociedad Cubana de Administración de Salud  
Cuba

Magdalena Mirabal, Jean-Claude; Noriega Bravo, Vivian  
Criterios del personal de apoyo en el trabajo contra el Aedes aegypti en Ciudad de La Habana. 2006  
Revista Cubana de Salud Pública, vol. 34, núm. 4, diciembre, 2008, pp. 1-10  
Sociedad Cubana de Administración de Salud  
La Habana, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21419854004>

- 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

## Criterios del personal de apoyo en el trabajo contra el *Aedes aegypti* en Ciudad de La Habana. 2006

### Criteria of the supporting staff that participated in the campaign against *Aedes aegypti* in Havana City

Magdalena Mirabal Jean-Claude<sup>I</sup>; Vivian Noriega Bravo<sup>II</sup>

<sup>I</sup>Máster en Salud Pública. Especialista de II Grado en Higiene Escolar. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

<sup>II</sup>Máster en Salud Pública. Especialista de II Grado en Epidemiología. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

---

## RESUMEN

**Introducción** En la lucha contra el *Aedes aegypti* han trabajado diferentes sectores y la población en todo el país de forma intensiva y organizada.

**Objetivos** Identificar criterios del personal de apoyo involucrados en la campaña y complementar la información obtenida de una investigación realizada para caracterizar el sistema organizacional de las unidades de vigilancia y lucha antivectorial en Ciudad de La Habana, a partir de la pesquisa entre operarios, supervisores, jefes de brigadas y de áreas. Este estudio se llevó a cabo en las mismas áreas de salud de esta investigación, en el año 2006.

**Métodos** Se realizó un estudio descriptivo en una muestra no probabilística, por criterio de autoridad, en 13 áreas de salud, correspondientes a 12 municipios de Ciudad de La Habana. La muestra quedó conformada por 175 personas: 104 movilizados por el Partido Comunista de Cuba y 71 movilizados por el Gobierno en representación de diferentes sectores. La técnica de recolección de información empleada fue la entrevista a profundidad, realizadas por residentes de segundo año de Higiene y Epidemiología previamente entrenados. Se obtuvo el consentimiento de los participantes.

**Resultados** La mayoría de los planteamientos fueron clasificados como "desfavorables" en todas las categorías y tipologías que surgieron de las entrevistas realizadas en los dos grupos estudiados, relacionados con la organización y funcionamiento, la atención al hombre, idoneidad del personal, el trabajo con la comunidad y el apoyo de los sectores.

**Conclusiones** La solución de los problemas detectados a partir de los criterios del

personal de apoyo es necesaria e importante para lograr mayor efectividad y eficiencia con sostenibilidad en el trabajo diario con los diferentes actores sociales que participan en el control del *Aedes aegypti*. Los resultados encontrados reafirman y complementan los del estudio realizado en el año 2006. Se recomienda comunicar los resultados a las autoridades pertinentes.

**Palabras clave:** Participación social, participación comunitaria, lucha antivectorial.

---

## ABSTRACT

**Introduction** In the fight against *Aedes aegypti* several sectors as well as the population throughout the country have participated in an intensive and organized way.

**Objectives** To identify criteria of the staff that has worked in support of this fight against the mosquito and to supplement the information collected from a research work aimed at characterizing the organizational system of surveillance and anti-vector control units in City of Havana province, taking as a basis a survey among operators, supervisors, heads of brigades and of areas. This study was conducted in the same health areas of the previous research work in 2006.

**Methods** A descriptive study was conducted on a non- probabilistic sample, following the authority criteria, in 13 health care areas from 12 municipalities in Havana City. The sample was finally composed of 175 persons: 104 who had been mobilized by the Communist Party of Cuba and 71 by the Cuban government on behalf of several economic sectors. Data gathering technique was the in-depth interview made by previously trained Hygiene and Epidemiology second-year residents. The participants accepted to take part in this study.

**Results** Most of the statements by the interviewed people were classified into "unfavourable" for all categories and typologies from the interviews of the two studied groups, in terms of organization and functioning, care to the workers, suitable qualification of the staff, work with the community and support by the different sectors.

**Conclusions** The solution to detected problems based on the criteria of the supporting staff is necessary and important to achieve higher effectiveness and efficiency and sustainability in daily work by different social actors involved in *Aedes aegypti* control. The achieved results confirmed and supplemented those of the research work in 2006. It was recommended to communicate the results of this study to the relevant authorities.

**Key words:** Social involvement, community participation, anti-vector fighting program.

---

## INTRODUCCIÓN

La participación social en salud, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1994, es la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. Las acciones

colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada, están comprendidas en la participación.<sup>1</sup>

Debe destacarse que la participación social no sólo toma en cuenta la participación de la comunidad organizada, sino la de toda la sociedad vista en su conjunto y su estudio constituye un pilar esencial para cualquier estrategia de salud.<sup>2</sup>

Ha habido diferentes formas de participación en diferentes épocas y contextos con el decursar del tiempo.

Alrededor de 1940 existió en Estados Unidos de Norteamérica un movimiento de lucha contra la pobreza que estimulaba el desarrollo de las acciones comunitarias. Este movimiento tuvo antecedentes en Inglaterra, donde se trató de estimular su desarrollo en las localidades.<sup>3</sup> Esto mismo siguió ocurriendo en este período y a partir de 1950 hubo intentos de animación y desarrollo rural que para esa época tenía un enfoque de naturaleza científica y se proponía la introducción o la transferencia de nuevas tecnologías para mejorar las condiciones de vida de la población.<sup>4</sup> Se trataba de que la población debía asimilar acciones y programas que se decidían en otros ámbitos.

A partir de la década de 1960 hubo diferentes proyectos de participación en diferentes países: en la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas surgieron los llamados Consejos Sociales donde se incorporaba a la población en la solución de problemas de salud (Torres N. Participación popular en el sector de la salud. Evolución histórica. Tesis disponible en la Hemeroteca Nacional de Medicina. Cuba, 1978).

Se crearon las "Campañas Patrióticas Sanitarias" en la República Popular China, en Tanzania las "Actividades de Auto ayuda" y en Indonesia los "Comités Coordinadores Mixtos". Los programas federales en Estados Unidos incorporaron leyes de participación ciudadana, en Colombia se crearon los Comités de Salud, que dieron paso a los Consejos Locales de Salud.

Por esta misma etapa se comenzó a imponer la estrategia de organización para el desarrollo integral de la comunidad, donde se planteaba la necesidad de colaboración entre gobiernos y la población.<sup>5</sup>

A partir de la Declaración de Alma-Atá en 1978, es que se constituyó una estrategia principal para alcanzar el propósito de "Salud para Todos en el año 2000" y se determinó que la participación comunitaria era clave para hacer llegar los servicios de salud a toda la población.

Al consolidarse la atención primaria de salud como estrategia mundial aprobada en Alma-Atá, hubo experiencias que fueron muy reconocidas y apoyadas en Centro América y específicamente en México y Costa Rica.<sup>6</sup>

En Cuba, en el año 1961, se crearon las Comisiones de Salud del Pueblo respaldadas por el principio para la salud pública de que "las acciones de salud deben desarrollarse con la participación activa de la comunidad organizada."

Diferentes países desarrollaron sus formas de asumir la participación social, pero cada vez más se ha reconocido al "apoderamiento" vinculado a la participación social, a partir de la Cuarta Conferencia Mundial de Promoción de Salud y en su Declaración Final conocida como Declaración de Jakarta.<sup>7</sup>

El apoderamiento (*empowerment*) consiste en la capacidad de las personas de llevar a cabo acciones de forma individual o colectiva, con acceso y control de los recursos necesarios. Según el Glosario de Términos de Promoción de Salud publicado por la Organización Mundial de la Salud, se establece que este término (apoderamiento) para la salud, puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a las necesidades identificadas.<sup>8</sup> En lo individual implica condiciones que favorecen la auto estima y auto control para el logro de las metas propuestas; en cuanto a lo colectivo, reconoce la necesidad de contactos entre las diferentes organizaciones, las alianzas, el diálogo y la posibilidad de influencia en las estructuras del poder. Se mantuvo esta importancia en la Quinta Conferencia de México, 2000.<sup>9</sup>

Los Sistemas Locales constituyen ámbitos territoriales delimitados, en los que se combinan recursos sectoriales, extrasectoriales y locales, en interacción con la población en ellos asentadas, para promover y atender a la salud apoyándose en la estrategia de atención primaria.

En Cuba el Sistema Local de Salud está representado por el espacio municipal, que alcanzó un alto grado de organización y funcionalidad desde 1976 con la nueva estructura político administrativa, por lo que constituye un espacio idóneo para abordar los problemas de salud y teniendo como base que la sociedad está organizada y se facilita la participación de los diferentes sectores y grupos de población.

Los problemas de salud a tratar con la participación social pueden ser diversos y uno de ellos puede ser abordar el dengue mediante el control del vector que interviene en la producción y propagación de esta enfermedad. Por las características biológicas y sociales de esta entidad, se debe asumir la participación social de forma integral, ya que se requiere cambios tanto del medio ambiente como del comportamiento de los individuos. Esta entidad es considerada en la actualidad la enfermedad viral transmitida por artrópodos más importante que afecta al hombre.

La voluntad política, el trabajo intersectorial y la participación comunitaria son los requisitos básicos para el desarrollo de la salud en el ámbito local; la unión de estos elementos permite la identificación de problemas, planificar acciones y evaluar los resultados. Otro pilar importante, que sustenta el nivel de participación social alcanzado es el propio desarrollo e incremento de diferentes organizaciones no gubernamentales, nacionales e internacionales, que tienen como misión trabajar por la salud de los individuos y el ambiente.

En Cuba la sociedad está organizada y se facilita la participación de los diferentes sectores y grupos de población en la solución de los problemas de salud.

En el país no existe un programa específico de prevención y control del dengue, por lo que se hace su abordaje mediante acciones enmarcadas en el Programa de Control Sanitario Internacional y en el denominado de erradicación del *Aedes aegypti*.

En los últimos meses de 2006, se ha estado produciendo en el país un incremento significativo en la incidencia de casos de dengue, asociado a un aumento en la infestación por *Aedes aegypti*, fundamentalmente en Ciudad de La Habana. Estos comportamientos inducen a pensar que existen dificultades para el sostenimiento

de las estrategias sanitarias que se siguen para la prevención y control de esta enfermedad.

El dengue por sus características biológicas y sociales se enmarca en un problema de salud pública, que no puede resolverse más que en términos de sistema social, pues requiere cambios tanto del medio ambiente como del comportamiento de los individuos. Se considera en la actualidad la enfermedad viral transmitida por artrópodos más importante que afecta al hombre (en 1997 se reportaron 50 000,000 casos y 25 000 fallecidos por dengue y dengue hemorrágico en el mundo), constituye la primera causa de hospitalización y muerte en los niños del sudeste de Asia.

En Cuba se trabaja en la lucha contra el *Aedes aegypti* por parte del sector de la salud, las organizaciones de masas y la población en general. Además de estas fuerzas, también han participado personas movilizadas por organizaciones políticas de otras localidades que se organizan en Destacamentos Especiales para Tratamiento Técnico, y movilizadas por los gobiernos de diferentes niveles en representación de sus sectores. Todos son *personal de apoyo* en la lucha contra el *Aedes aegypti*.

En octubre de 2006 se hizo una investigación para caracterizar el sistema organizacional de las unidades de vigilancia y lucha antivectorial, (UVLA), en Ciudad de La Habana a partir de la información obtenida de operarios, supervisores y jefes de brigadas y de áreas. En dicha investigación se emitieron conclusiones relacionadas con este sistema organizacional, pero ¿se tienen identificados los criterios que tiene el *personal de apoyo* que está involucrado en ese trabajo?

No se tienen antecedentes de algún estudio que responda esta interrogante, por lo que el presente artículo aborda este problema y para ello se plantea identificar criterios del *personal de apoyo* sobre aspectos organizacionales del trabajo de vigilancia y lucha contra el *Aedes aegypti* en áreas de salud seleccionadas de la provincia Ciudad de La Habana.

## MÉTODOS

Se trabajó con una muestra no probabilística, por criterio de autoridad, conformada por 175 personas de 13 áreas de salud correspondiente a 12 municipios de la capital. En todas las áreas, excepto en Robert M. Zulueta se seleccionaron para el estudio, teniendo en cuenta las fuentes de información existente, 104 movilizadas por el Partido Comunista de Cuba (Destacamento Especial para Tratamiento Técnico) y 71 compañeros, por el gobierno en representación de diferentes sectores.

Las áreas de salud estudiadas fueron: Abel Santamaría, Moncada, Ana Betancourt, Robert. M Zulueta, Reina, Luis Pasteur, Párraga, Gregorio Valdés, Ramón González Coro, Carlos J. Finlay, Pedro Fonseca, California, Julio Antonio Mella, las mismas en las que se desarrolló la investigación para caracterizar el sistema organizacional, citado arriba.

La técnica de recolección de información empleada fue la entrevista a profundidad, las que se realizaron por residentes de segundo año de Higiene y Epidemiología previamente entrenados.

Las entrevistas se realizaron directamente con los compañeros seleccionados en ambientes apropiados. A todos se les explicó con anterioridad todo lo relacionado con esta actividad. Se realizó una validación previa de la ejecución en el policlínico Antonio Maceo del municipio Cerro. Los participantes dieron su consentimiento para participar en el estudio.

Para el procesamiento de la información obtenida se hizo un análisis de contenidos que permitió agrupar los planteamientos emanados en categorías. En cada una de ellas se establecieron tipologías o grupos, los cuales se obtuvieron a partir de criterios de percepción *favorables* o *desfavorables* en relación con el trabajo de vigilancia y lucha contra el *Aedes aegypti*. Los resultados se ofrecen en forma textual.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis por contenidos reveló cinco categorías:

1. Organización y funcionamiento.
2. Atención al hombre.
3. Idoneidad del personal.
4. Trabajo con la comunidad.
5. Apoyo de los sectores.

A continuación se ofrecen los resultados que se obtuvieron en cada categoría.

### Organización y funcionamiento

En esta categoría la mayoría de los criterios emitidos por los entrevistados en ambos grupos de estudio resultaron desfavorables. Las principales razones fueron:

*Calidad del trabajo.* Aparecían "Vistos" firmados sin realizarse el trabajo tanto Focal Técnico como Adulticida. No hubo un enfoque preventivo, ni percepción de riesgo por parte del personal. Coinciden en afirmar que las actividades del focal no fueron realizadas a tiempo, antes de la emergencia, por falta de recursos.

Se plantea que si verdaderamente se hubiera hecho un trabajo con un enfoque preventivo y contado con los recursos en función del focal destructivo, no se hubiese producido el aumento de los focos de *Aedes aegypti*.

*Sistematicidad en el control.* Los jefes no realizaban el control necesario para poder detectar la mala calidad del trabajo. También se refirieron criterios desfavorables en relación con el Pase de Revista diario como elemento de control.

*Integración de las estructuras de Vigilancia y Lucha Antivectorial a la Dirección de Salud.* Declararon que hay desintegración en el trabajo de la Dirección Municipal de Salud, debido a la falta de preocupación y atención de esta hacia el trabajo y el personal de "Vectores."

*Coordinación entre los diferentes grupos de trabajo.* No había coordinación de trabajo entre los diferentes grupos y coincidían en manzanas y cuadras los que realizaban el Focal Técnico y Adulticidas para realizar la misma actividad. Por ejemplo, los del Ejército Juvenil del Trabajo realizaban Focal Técnico y minutos después llegaban los operarios de la Campaña a realizar la misma actividad en una misma vivienda.

*Confiabilidad en las estadísticas.* Se pudo comprobar por el personal de apoyo que no coincidían los datos reportados a partir de las viviendas visitadas, tanto para el Focal como para el Adulticida.

*Flujo de la información.* El personal no es informado adecuadamente en relación con el trabajo que realiza, por lo que no existe retroalimentación de los resultados y su utilidad, como forma de mejorar su desempeño.

*Completamiento de la plantilla.* Esto afectó de forma directa el cumplimiento cabal del trabajo que debió desarrollarse antes de la emergencia, especialmente en operarios "A".

*Recursos.* Refieren que hay lugares muy distantes que requieren un transporte, pues deben cargar la bazuca en el viaje de ida y vuelta y para almorzar. Además se plantea la carencia de medios de protección al trabajador atendiendo al manejo de productos tóxicos. Este elemento se esbozó también en relación con la protección que debe darse al personal de apoyo.

*Apoyo de organizaciones y sectores.* Coinciden en afirmar que las organizaciones de masas Comité de Defensa de la Revolución (CDR) y Federación de Mujeres Cubanas (FMC), deben apoyar más al trabajo de la campaña, por ejemplo, persuadir y educar a la población para lograr su cooperación, avisar los días de fumigación y organizar jornadas de saneamiento.

## **Atención al hombre**

También en esta categoría la mayoría de los criterios emitidos por los entrevistados en ambos grupos de estudio resultaron desfavorables. Las opiniones estuvieron relacionadas con:

*Alimentación.* Se plantea que la elaboración, manipulación y variedad de los alimentos es mala, así mismo las condiciones en que esta se efectúa. Refirieron irregularidades en el cumplimiento de los horarios de merienda y el almuerzo, lo que trae como consecuencia que los trabajadores continúen las jornadas de trabajo sin consumir alimentos o esperan en los lugares destinados hasta que estos lleguen, con la consiguiente pérdida de tiempo.

*Vestuario.* Refieren que el personal tiene necesidad de ropa y zapatos puesto que se deterioran con el propio trabajo.

*Estimulación al trabajador.* Se han producido irregularidades en el pago de la estimulación durante la emergencia, ya que este fue suspendido en el mes de septiembre.

*Días de descansos.* Manifiestan que actualmente el personal tiene agotamiento físico y mental, ya que no han tenido descanso en varios meses y trabajan horas extras, así como sábados y domingos.



## **Idoneidad del personal**

En general también fueron desfavorables las opiniones emanadas de las entrevistas y las razones estuvieron a expensas de las causas siguientes:

*Selección.* Existen grupos de trabajo integrados por personas desvinculadas laboralmente, con procedencia social diversa y ex reclusos, lo que conspira con la confiabilidad del personal para esta actividad.

*Profesionalidad.* En general se plantea poca comunicación, falta de educación formal y de ética, que impacta en la calidad del trabajo.

## **Trabajo con la comunidad**

En sentido general se ha experimentado una mejoría en esta categoría en relación con el inicio de la etapa de emergencia. Aún persiste en una pequeña parte de la población comportamientos no adecuados que obstaculizan el trabajo como son:

- No aceptación de la fumigación expresando que produce daños a la salud y en otros casos, no se espera el tiempo adecuado para abrir la vivienda una vez fumigada y elimina el abate de los recipientes.
- Manifestaciones de inconformidad por las visitas reiteradas a las viviendas por parte de diferentes compañeros en un mismo día.
- Ausencia de realización del autofocal en las viviendas.
- Deficiente trabajo de los CDR y la FMC, ya que se deben programar y avisar los días de fumigación o de tareas de higienización en las cuadras.
- Mala calidad del auto focal en las viviendas y centros de trabajos, ya que no hay percepción del riesgo en los centros laborales y las brigadas de auto focales no funcionan adecuadamente.
- Falta de trabajo educativo a la población por parte de los operarios, la población plantea que se hace el trabajo muy mecánico y sin explicaciones, como por ejemplo reconocer las diferentes etapas del ciclo de los mosquitos.
- Falta de trabajo con grupos religiosos para lograr su cooperación, ya que existen otros aspectos relacionados con estos grupos, además de la presencia de vasos espirituales con agua. (Centro Habana).
- Aumentar la información a la comunidad de las manzanas con mayor riesgo para aumentar la cooperación en el trabajo.

## **Apoyo de los sectores**

En relación con esta categoría se emitieron criterios tales como:

- No sistematicidad del autofocal y el mal funcionamiento de las brigadas en los centros de trabajo, para eliminar el riesgo.
- Necesidad de realizar de forma sistemática jornadas de saneamiento ( plan tareco) para eliminar los escombros en viviendas, barrios y empresas.

- Continuar trabajando con los problemas de higiene ambiental, especialmente salideros, desbordamientos de albañales y recogida de residuales sólidos, que limitan el trabajo de la campaña.

Es de destacar que casi todos los planteamientos que se obtuvieron según las categorías y las tipologías o grupos que emanaron de las entrevistas realizadas fueron desfavorables y tuvieron similar comportamiento en los dos grupos de personal de apoyo, es decir, los provenientes de las organizaciones políticas y los provenientes del gobierno. Esta situación pudiera estar dada, entre otros factores, por el hecho de que la mayoría de las personas que conforman la brigada del PCC han trabajado con anterioridad en la brigada de apoyo, lo que les permite tener una visión directa y evolutiva del proceso.

Se puede concluir que la mayoría de los planteamientos fueron clasificados como *desfavorables* en todas las categorías y tipologías que surgieron de las entrevistas realizadas en los dos grupos estudiados y que están relacionados con la atención al hombre, idoneidad del personal, trabajo con la comunidad y el apoyo de los sectores. Los resultados encontrados reafirman y complementan los del estudio realizado en el 2006 de caracterización del sistema organizacional de las unidades de vigilancia y lucha antivectorial. Se recomienda comunicar los resultados de este estudio a las autoridades pertinentes para la solución de los problemas planteados y tener mayor efectividad y eficiencia con sostenibilidad en el trabajo diario con los diferentes actores sociales que participan en el control del *Aedes aegypti*.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud en los Sistemas Locales de Salud. Washington D.C.: OPS, OMS; 1994.
2. Sanabria G. Participación social en el campo de la salud. Rev Cubana Salud Pública. 2004; 30(3): 214-24.
3. Cerqueira MT. La participación social y la educación para la salud. Washington, D. C.: OPS, OMS; 1993.
4. OPS. Temas para la capacitación de avanzada en desarrollo de recursos humanos. Educ Med Salud. 1993; 27(1): 1-15.
5. Oukley P. Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario. Examen de los aspectos esenciales. Ginebra: OMS; 1990.
6. Cabrera M. Reformas de la salud en Centroamérica, vistas desde la perspectiva de la salud comunitaria. Managua: Impresiones CARQUI; 1999.
7. Declaración de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI siecle. Jakarta, Republique de L´Indonésie: OMS, Ministere de la Santé; 1997.
8. Promoción de Salud. Glosario. Ginebra: OMS; 1998.
9. Declaración Ministerial de México para la Promoción de Salud. México: OMS, OPS; 2000.

Recibido: 23 de octubre de 2007.  
Aprobado: 3 de mayo de 2008.

*Magdalena Mirabal Jean-Claude*. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle Linea esq.  
I. El Vedado 10400. La Habana, Cuba.  
E-mail: [mmjc@infomed.sld.cu](mailto:mmjc@infomed.sld.cu)