

Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey “Carlos Juan Finlay”

Facultad de Medicina



Desarrollo socio sanitario de la comunidad rural “El León”.

Camagüey, 2007-2016.

Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias de la Salud



Autor

MCs. José Eduardo Vera Rodríguez

La Habana

2018

Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey “Carlos Juan Finlay”

Facultad de Medicina



Desarrollo socio sanitario de la comunidad rural "El León".

Camagüey, 2007-2016.

Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias de la Salud



Autor

MCs. José Eduardo Vera Rodríguez

Tutores

Dra.C. Nereida Rojo Pérez

Dr.C. Héctor Demetrio BayarreVea

Dra.C. Irene Sofía Quiñones Varela

Asesor

Dr.C. Jorge Pardillo Palomino

La Habana

2018

DEDICATORIA

DEDICATORIA

A la memoria de mi madre y abuela, quienes no pudieron ver terminada esta obra.

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

A:

Escuela Nacional de Salud Pública, tutores, profesores y todas las personas que brindaron apoyo: mi eterno agradecimiento.

SÍNTESIS

Se realizó una investigación de desarrollo tecnológico en el periodo comprendido entre los años 2007-2016 en una comunidad rural de Camagüey con características distintas a las del resto. Su conducción fue liderada por el investigador y profesionales de enfermería como prestadores de servicios. Se utilizó una metodología mixta, un estudio etnográfico y un diseño pre experimental del tipo antes- después sin grupo control. La investigación se estructuró en tres etapas con dos unidades de observación: los profesionales de enfermería y los pobladores del asentamiento. Estas etapas fueron organizadas desde la caracterización que permitió el diagnóstico de los problemas comunitarios y la identificación de las necesidades de aprendizaje de los profesionales de enfermería, los cuales fueron capacitados desde las disciplinas de las ciencias sociales para afrontar la segunda etapa en la que se diseñó e implementó una estrategia de intervención socio sanitaria lo suficientemente desarrolladora para que los pobladores se constituyeran protagonistas del cambio. La tercera etapa evaluativa al asentamiento se realizó a los cinco años y al año como criterio de sostenibilidad. Para el diagnóstico comunitario se utilizó el Análisis de la Situación de Salud, la historia clínica familiar y otras propias de la metodología cualitativa; para la segunda unidad de observación, un cuestionario para evaluarlos y capacitarlos en las disciplinas de las ciencias sociales. La estrategia diseñada, implementada y evaluada, entre 2010 y 2016 se consideró pertinente, efectiva y sostenible. Podrá generalizarse en otros contextos rurales similares que emerjan o emplear elementos metodológicos que se describen para otros estudios.

ÍNDICE

ÍNDICE

CONTENIDO	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS PARA EL TRABAJO COMUNITARIO EN AMBIENTES RURALES.	11
1.1 La producción social de la salud en el desarrollo de la comunidad	11
1.2 Teoría sobre comunidad, trabajo comunitario e intersectorialidad	14
1.3 Teorías y modelos de enfermería. Su aplicación en el trabajo comunitario	18
1.4 Las ciencias sociales en el desarrollo del trabajo comunitario	20
1.5 El enfoque teórico de “lo rural” para el trabajo comunitario	24
1.6 Intervención comunitaria en el ámbito sanitario contemporáneo, la promoción de salud y la planeación estratégica en el trabajo comunitario	27
1.7 Consideraciones finales del capítulo	33
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	34
2.1 Contexto de la investigación	34
2.2 Clasificación de la investigación	34
2.3 Población de estudio, selección de la muestra y métodos empleados.	35
2.4 Esquema metodológico de la investigación.	36
2.4.1 Etapa I: Caracterización de la Comunidad Rural “El León.” Estudio Etnográfico. Descripción y validación de los instrumentos de evaluación. Recolección y procesamiento de la información del estudio etnográfico. Estado de salud de la población a partir del Análisis de la Situación de Salud, la historia clínica familiar y encuesta sobre infecciones de transmisión sexual y enfermedades no transmisibles. Variables y definiciones. (Operacionalización). Procesamiento de la información cuantitativa. Identificación de necesidades de aprendizaje a profesionales de enfermería del área de salud. Validación del cuestionario y plan de capacitación.	36
2.4.2 Etapa II. Diseño e implementación de la estrategia de intervención socio sanitaria. Definición de las líneas de acción y sus componentes. Validación de la estrategia. Elaboración y validación del plan de capacitación. Sensibilización de los principales	46

actores y sectores. Implementación de la estrategia de intervención socio sanitaria.	
2.4.3 Etapa III. Evaluación de la estrategia de intervención socio sanitaria.	51
2.5 Ética de la investigación.	52
2.6 Consideraciones finales del capítulo.	52
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN SOCIO SANITARIA IMPLEMENTADA.	53
3.1 Limitaciones de la investigación	53
3.2 Etapa I: Caracterización del asentamiento y de los pobladores. Resultados de la validación y aplicación de los instrumentos del estudio etnográfico.	53
3.3 Etapa II: Resultados obtenidos del estudio cuantitativo con variables que caracterizan el estado de salud de la población antes de la implementación. (objetivo1). Resultados de la identificación de necesidades de aprendizaje a profesionales de enfermería. Resultados de la validación de la capacitación a profesionales de enfermería. Diseño e implementación de la estrategia de intervención socio sanitaria: componentes, definición de líneas de acción, validación. Elaboración del plan de capacitación. Evaluación de la estrategia de intervención socio sanitaria desde la capacitación a profesionales de enfermería y la definición de líneas de acción a los pobladores.	65
3.4 Etapa III. Resultados de la evaluación de la estrategia de intervención socio sanitaria. Estudio etnográfico después de aplicada la estrategia de intervención socio sanitaria. Resultados de la estrategia de intervención socio sanitaria a partir del ASIS, historia clínica familiar y cuestionario realizado a los profesionales de enfermería.	85
3.5 Consideraciones finales del capítulo.	97
CONCLUSIONES	99
RECOMENDACIONES	100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El 2 de junio de 1987 se creó el programa de desarrollo Plan Turquino-Manatí, por el Consejo de Estado de Cuba, con el propósito de lograr un progreso integral y sostenible de las zonas rurales montañosas de difícil acceso del país.¹ La provincia de Camagüey, por sus características geográficas: extensas planicies y zona de relativo avance socioeconómico no formó parte del mismo.

A pesar de que la afirmación anterior es históricamente cierta, no se puede alegar que la provincia haya tenido un desarrollo homogéneo, pues en su seno subsisten comunidades con marcado retraso o con características especiales por la forma en que se conformó el asentamiento, como es el caso de la comunidad “El León”, objeto de estudio de esta investigación.

Esta comunidad, enclavada en la periferia de la ciudad de Camagüey, a 11 km de distancia aproximadamente, debe su surgimiento y evolución a la profunda lucha de clases que se llevó a cabo en el país durante la década de los sesenta del siglo pasado y que tuvo su máxima expresión armada en la Sierra del Escambray. Una vez obtenida la victoria del Ejército Rebelde, se decidió ubicar a las familias de algún modo comprometidas con el enemigo hacia distintos lugares del país, siendo uno de ellos la comunidad “El León”, desde donde, por razones ajenas a su voluntad, nunca han podido retornar a su lugar de origen, como ha sido el anhelo de la mayoría de ellos, con las consiguientes manifestaciones de descontento entre los pobladores que se profundizaron con el decursar de los años.

Hacia finales de los años 90 y principios de los 2000, este asentamiento exhibía resultados negativos en el cumplimiento de los indicadores de los programas de salud y en la respuesta comunitaria, que la distinguían negativamente del resto de las comunidades rurales aledañas. Y aún cuando existió la voluntad y la acción política del gobierno y de las autoridades sanitarias para enfrentar las dificultades enunciadas, los resultados eran escasos, por lo que la dirección del partido del distrito y las autoridades de salud de la región solicitaron en el año 2006 al Instituto Superior de Ciencias Médicas de Camagüey, en la actualidad Universidad de Ciencias Médicas, una investigación que posibilitara la sensibilización de la comunidad, la ruptura de las barreras existentes y el fomento de un desarrollo autóctono. Desde su inicio, se pensó en que los profesionales de enfermería podrían desempeñar un rol protagónico dada las características de la profesión, muy unida a la población,

considerados agentes naturales de cambio en salud y el personal de servicios más estable en el lugar.

El desarrollo como categoría central de la investigación, se consideró como un proceso cultural, integral, rico en valores que abarca el medio ambiente natural, las relaciones sociales, la educación, y la salud, para coadyuvar a un proceso sostenible, donde las generaciones presentes alcancen los medios que garanticen condiciones de vida dignas a las siguientes.²

En este entramado de relaciones se inserta el trabajo comunitario que se conceptualiza como el conjunto de acciones teóricas y prácticas dirigidas a la comunidad con el fin de estimular, impulsar y lograr su progreso social, a partir de la colaboración activa y consciente de sus pobladores.³

Esta dimensión de desarrollo, se aborda desde la perspectiva rural como un proceso localizado de cambio social y crecimiento económico sostenible.⁴ En salud, es el conjunto de acciones socio sanitarias dirigido a la comunidad rural, por medio del cual se alcanza el progreso social sobre la base de la participación, cohesión y la cooperación entre los habitantes.^{4,5}

La historia de los profesionales de enfermería como artífices de los cuidados en salud, provienen del mundo antiguo. Las primeras evidencias se relacionaron con Febe (60 d. C.) única mujer a la que se cita como diaconisa en el Nuevo Testamento (Romanos, 16, 1-2), quien atendía a los pobres en sus hogares y con el tiempo se convirtió esta labor en parte primordial del trabajo de estas profesionales.⁶

La enfermería comunitaria como una disciplina específica tiene sus antecedentes en Inglaterra y Nueva York.⁶ Entre 1854 y 1856, instituciones de salud en Londres desarrollaron la “Enfermería del Distrito”, la comunidad dividida en espacios geográficos, cada uno atendido por una enfermera y una trabajadora social.⁷

En 1893, Florence Nightingale desarrolló la idea del “Hogar de Ancianos”, formó enfermeras para atender a los enfermos en sus domicilios y su programa contenía temas de prevención, de salud mental, higiene de la familia y comunidad; la enfermera como promotora de la salud en la comunidad.⁷

Las asociaciones de enfermeras de visita surgieron en Búfalo en 1885 y en 1886 Boston y Filadelfia.⁶ En 1912, se estableció el servicio de enfermería rural de la Cruz Roja Americana. (Al año siguiente la

organización adoptó el nombre de Town and Country Nursing Service).⁸

Se destaca además que en el año 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS), organizó el Primer Seminario Internacional "Community Nursing" para intentar una renovación de los enfoques de los problemas de salud a nivel mundial.⁹ En él se analizaron las experiencias de enfermeras y enfermeros en diferentes países del mundo para plantear un enfoque comunitario de los cuidados de enfermería.

En la década de los setenta del siglo pasado se producen dos acontecimientos notables relacionados con el tema, el primero en 1974, la denominación de enfermería comunitaria ¹⁰ y otra en 1978, con la Declaración de Alma Atá, que cambiaría la visión de la Atención Primaria de la Salud ¹¹ donde el papel de la enfermería se acrecienta.

Chang W.H. define la Enfermería de Salud Pública como: "la enfermería general capaz de comunicarse con la población y motivarla, colaborar eficazmente con el personal docente, de asistencia social, y de otra clase en el seno de la comunidad,"¹² elementos que se mantienen para el siglo XXI.

Las referencias encontradas acerca de la enfermería comunitaria en América Latina y el mundo, dejaron patente su evolución según distintas corrientes de pensamiento, al adaptarse a diversas políticas de salud, donde el modelo centrado en la comunidad ha tenido enfoques diferentes según del país que se trate.¹³

Los inicios de la enfermería comunitaria en Cuba, podrían situarse en la época precolombina, donde los behiques, se consideraron los primeros enfermeros y maestros de enfermería.¹⁴ En 1603, aparecieron las primeras órdenes religiosas constituidas por hombres para la labor en los entornos hospitalarios.¹⁵

En 1847 se produce la llegada a Cuba de la orden religiosa Hijas de la Caridad, y su fundación data de 1633, mujeres que se entregaron por completo a los cuidados de salud, y donde su labor en la Isla se desplegó en hospitales de diferentes provincias: Matanzas, Camagüey y Santiago de Cuba,¹⁵ mientras que otros accedían a cuidados empíricos desarrollados por curanderos, parteras o comadronas y barberos,¹⁶ que a juicio del autor se realizaban en espacios comunitarios.

También en la época de la esclavitud se encuentran evidencias de labores puramente de enfermería realizada por esclavas,¹⁵ espacios que pueden ser considerados también comunitarios.

Durante las etapas de lucha por la independencia entre 1868-1878, 1895-1898 y la guerra de liberación nacional en 1959, la enfermería en este periodo fue desempeñada por personas con conocimientos empíricos y académicos en los hospitales ambulantes de la Sierra Maestra, donde muchos se convirtieron en expertos en el conocimiento de plantas medicinales y su aplicación.¹⁷

En el año 1964, surgió el policlínico integral como centro de acciones de atención primaria de salud y en el año 1970 se creó el policlínico comunitario en Cuba que no negaba el anterior modelo, sino que mantenía los principios de este e incorporaba nuevos procedimientos,¹⁸ donde la profesión de enfermería comienza a realizar actividades de terreno a nivel asistencial y de promoción de salud, etapa en la que el investigador considera que se le dio un vuelco al trabajo comunitario.

El incesante avance de la enfermería en todos sus niveles de atención y sobre todo el comunitario, permitió que en los años 1976-1977, se iniciara el plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería, con lo cual se dio un salto cualitativo en la formación profesional y en el desempeño asistencial y en las comunidades, de este personal.¹⁹

En el año 1980, aparece un nuevo modelo de atención primaria, y la enfermería forma parte del equipo básico de salud con una responsabilidad mayor en su trabajo, donde su labor de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación están dentro de su accionar comunitario.²⁰ En el año 1984, surge el consultorio del médico y la enfermera o enfermero de la familia que ejercen su profesión en la comunidad.²¹

En esta etapa se refuerzan los contactos con los pobladores desde un enfoque más efectivo en el ejercicio comunitario (social y cultural); esto permitió que la profesión alcanzara elevados índices de madurez y en los años 2004-2005 se inicia la especialidad de enfermería comunitaria.²²

A partir del año 2010, el Sistema Nacional de Salud se encontró inmerso en profundas transformaciones, encaminadas a continuar la mejoría del estado de salud de la población, con servicios eficientes, sostenibles y de mayor calidad, por lo que se actualizó el Programa del médico y enfermero o enfermera de la familia, como modelo de la Atención Primaria de Salud, ya en 2011

aparece una nueva metodología para la atención primaria, donde los profesionales de enfermería constituyen parte indisoluble.²³

A juicio de este autor, como resultado de los cambios económicos, políticos, sociales y culturales de los últimos tiempos en el país, la noción de trabajo comunitario de enfermería en el área rural ha tenido transformaciones, percibidas como un fenómeno complejo y diverso que requiere de nuevas interpretaciones y acciones por parte de otras ciencias, en especial de las ciencias sociales.

El sector salud, con la creación del consultorio del médico y la enfermera o enfermero de la familia, defiende que los servicios de trabajo comunitario, deben ir orientados al desarrollo de actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud, prevención y curación de enfermedades que incluye la rehabilitación y readaptación social para preservar así la salud del individuo y su entorno, su identidad cultural, su participación, su nivel económico y social.^{23, 24}

La salud de las comunidades se vincula estrechamente al contexto político, económico y social, por lo que Cuba ha desarrollado un sistema sanitario de cobertura universal, acceso amplio y de sólidas bases en la estrategia de Atención Primaria de Salud, que la coloca en la vanguardia de toda la América en lo que respecta a indicadores sanitarios.²⁵

El análisis de los apartados anteriores, permite afirmar que la enfermería comunitaria tiene un auge y protagonismo especial en las intervenciones sobre problemas sociales y de salud pública,²⁶ aunque debe nutrirse fuertemente de las ciencias sociales para lograr así posicionarse de manera exitosa en cualquier tipo de intervención comunitaria.

Todo lo referido armoniza con los fines del desarrollo comunitario y en sus principales características: participativo, educativo, técnico, unitario, de liderazgo y de nivel micro y macro social, lo que coincide con los fines de la investigación.²⁷

En cuanto a la dimensión sociocultural, se comparte la idea de que para el estudio de las poblaciones urbanas y rurales es importante conocer las creencias, costumbres y tradiciones, lo que orienta la vida cotidiana de los pobladores, al servir de guía en las intervenciones a realizar.²⁸

De acuerdo a lo referido, la salud es una resultante de la interacción bio-social, cuya conceptualización es también una construcción cultural, que se aprende y emerge con el bienestar de

la comunidad.²⁸ La cultura, es el tejido sobre el cual convergen los procesos de los seres humanos y el punto donde se articulan la realidad humana y las acciones sanitarias del trabajo comunitario.

Otro aspecto a considerar en el trabajo comunitario de enfermería es la capacidad de ser líder. Según Hoyos, liderazgo es "la capacidad que tiene una persona para influir sobre los demás, con el fin de alcanzar un objetivo valioso, se caracteriza por ser ético y por beneficiar a otros".²⁹

El liderazgo es un proceso que debe estar presente a lo largo del ejercicio profesional, en todos los roles, al brindar cuidado, en la dirección de un servicio de enfermería, programa o institución prestadora de servicios de salud, o simplemente en el diálogo interdisciplinario e intersubjetivo que exige la práctica de enfermería con los sujetos de cuidado.³⁰

Al contextualizar la realidad de la profesión de enfermería a la provincia de Camagüey, con énfasis en el trabajo comunitario, se destaca que en el año 1899 proliferaron los consultorios privados que daban su atención a domicilio, y a partir del año 1935, toman auge las organizaciones mutualistas, entre las que se destaca la Colonia Española, (Hospital Pediátrico Eduardo Agramonte Piña) y en 1944, la clínica Agramonte (Hospital Militar), donde la profesión de enfermería brindaba sus servicios en la institución hospitalaria, pero, también en las viviendas que lo solicitaban, con la particularidad de que eran remuneradas por estas personas,³¹ aspecto que traduce trabajo en la comunidad de forma asistencial.

Los años sucesivos en la historia del trabajo comunitario en la provincia están en consonancia con los planes de salud pública de todo el país desde el triunfo de la revolución, y cabe mencionar que Camagüey fue abanderada en la especialidad de enfermería en trabajo comunitario en el año 2004, sin embargo, solo se encontró una tesis de doctorado en los últimos cinco años que se relaciona con el tema.³²

La Enfermería como ciencia, dedicada a la comunidad, en el contexto actual, pretende abordarse desde una perspectiva integradora y social; esta disciplina en modernización incesante se centra en los determinantes sociales, económicos, culturales y en los paradigmas de cambio profesional.³³

Psicólogos, sociólogos y especialistas en antropología socio cultural y trabajo comunitario han formado parte de esta investigación que incluye la experiencia asistencial, docente e investigativa del

autor en el ámbito rural durante 23 años al interactuar con estos profesionales y las comunidades; se señala además, su participación activa como profesor en la especialidad de trabajo comunitario de enfermería, desde el inicio en el año 2004.

Marco contextual de la investigación y justificación del estudio

El área de salud (Tula Aguilera) a la que pertenece la comunidad objeto de estudio se encuentra ubicada en el distrito Ignacio Agramonte, al oeste de la ciudad de Camagüey, en el Km. 4½ de la carretera central. Limita al norte con el policlínico Norte, al sur con el policlínico Previsora, al este con el policlínico Centro y al oeste con el municipio Florida. Su extensión territorial es de 165 Km², la más extensa del municipio Camagüey. La población estimada es de 44 124 habitantes, con una densidad poblacional de 267,4 habitantes por Km², al cierre del año 2007, distribuida en cinco consejos populares: Agramonte-Simoni, Modelo-Imán, Previsora, el rural Santa Teresa- San Blas y uno especial: la comunidad “El León”.

La comunidad rural “El León”, con ubicación geográfica: camino de Palomino Km 12 ½; limita al norte con la comunidad Algarrobo, al sur con la comunidad Ernesto Lucas, al este con la comunidad Santa Rosa y al oeste con la ciudad de Camagüey. Vinculada con los recursos naturales, basada en la agricultura y la ganadería e impregnada por la cultura campesina con una población de 1 017 habitantes, (inicio del estudio) centrada en núcleos pequeños y dispersos, con un modelo cultural peculiar donde sus miembros no se identifican con este espacio geográfico, ni humano.

La mayoría de estas personas han recibido por tradición familiar un legado de inconformidad hacia la constitución de este asentamiento, por lo que carecían de sentido de pertenencia, actitudes individualistas, desconfianza y poca comunicación, con sentimientos de inferioridad debido al aislamiento y la falta de contactos culturales, escasas expectativas para los jóvenes con mecanismos de participación poco eficaces, deterioro de la convivencia familiar y grupal por pobreza material y social e incremento de las demandas de los servicios, lo que ha traído como consecuencia que la inserción de los programas de salud comunitarios hayan presentado serias dificultades para su ejecución.

Al revisar el Análisis de la Situación de Salud y la historia clínica familiar del consultorio realizado en enero de 2007 (inicio del estudio), se constata: poca información de los pobladores acerca de

infecciones de transmisión sexual y de enfermedades no transmisibles; presencia de factores y conductas de riesgo; indisciplinas sociales, violencia, inconformidad con los servicios de salud, lo que evidenció la necesidad de una intervención a nivel social y sanitario.

Entre febrero y marzo del año señalado se incorporan acciones sociales y de salud a fin de mejorar el asentamiento, pero, en el Análisis de la Situación de Salud realizado en enero del año 2008, los resultados no se corresponden con lo esperado. En consecuencia el autor de la investigación se propuso diseñar, implementar y evaluar una estrategia de intervención socio sanitaria para la población diana, previa capacitación desde las ciencias sociales a los profesionales de enfermería del área de salud que allí laboraban (como parte de la estrategia de intervención socio sanitaria) entre los meses de enero y septiembre de 2009. En 2010 las condiciones creadas permitieron el inicio de la implementación de la estrategia de intervención socio sanitaria como alternativa para la transformación del asentamiento.

Los resultados del estudio permitieron dar respuesta a las interrogantes siguientes:

¿Qué características socio sanitarias tipifican a los pobladores de la comunidad rural “El León”?

¿Qué conocimientos y habilidades deben poseer los profesionales de enfermería para su desempeño en el trabajo comunitario?

¿Qué elementos debe contener una estrategia de intervención socio sanitaria para el trabajo comunitario, realizado por profesionales de enfermería que permita el desarrollo de la comunidad rural “El León”? ¿En qué medida la estrategia de intervención socio-sanitaria implementada mejoró la situación presentada al inicio del estudio y en diferentes horizontes temporales?

Objetivo general:

Desarrollar una estrategia de intervención socio sanitaria en la comunidad rural “El León”, Camagüey, 2010 – 2016, liderada por profesionales de enfermería.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la comunidad objeto de estudio desde las perspectivas social y sanitaria.
2. Identificar los conocimientos y habilidades del profesional de enfermería desde las disciplinas de las ciencias sociales.
3. Diseñar una intervención socio sanitaria destinada al desarrollo de la comunidad de referencia.
4. Evaluar los resultados de la estrategia de intervención socio sanitaria aplicada en la comunidad en diferentes horizontes temporales.

Actualidad: la tesis aborda un problema esencial de la realidad cubana contemporánea, la necesidad de innovaciones que favorezcan el desarrollo socio económico autóctono en zonas rurales vulnerables, en especial en aquellas con escasa base productiva.

La estrategia de intervención socio sanitaria creada para la comunidad rural “El León” de la provincia de Camagüey, fue elaborada sobre la base de las necesidades identificadas, teniendo en cuenta lo sui generis de su origen, las metas y objetivos del milenio y las políticas del sistema nacional de salud cubano dirigidas a hacer sostenibles conocimientos, actitudes y prácticas salutogénicas, como la autorresponsabilidad, el auto cuidado y el cuidado del ambiente. En su aplicación el papel rector correspondió al equipo multidisciplinario de la Universidad Médica de Camagüey y a los profesionales de enfermería que trabajan en el asentamiento.

La validación realizada a los cinco años y al año siguiente como etapa de sostenibilidad, arrojó resultados positivos, en particular por el liderazgo que asumió el personal de enfermería y por los cambios generados en la población.

Novedad: la tesis brinda herramientas teórico prácticas a los profesionales de la salud para realizar estrategias de intervenciones socio sanitarias en el contexto cubano actual. Se presenta el estudio integral de una comunidad rural camagüeyana y la identificación y uso de sus potencialidades para su desarrollo integral en salud. Asimismo, se elaboró un manual que constituye una herramienta para el trabajo metodológico y brinda una guía para la acción práctica.

Aporte teórico: enriquecimiento de las ciencias de la salud en general y en particular de las ciencias de la enfermería, en el componente de promoción, educación para la salud y transformación comunitaria, dada la integración de un conjunto de elementos teóricos (conceptos, categorías,

métodos, procedimientos) de las disciplinas de las ciencias sociales, dentro de las cuales se incluye la psicología y sociología de la salud, antropología sociocultural y trabajo comunitario como herramienta del trabajo social, incluyendo conocimientos salubristas actualizados. A partir de ello, se obtuvo una tecnología (estrategia de intervención socio sanitaria) que propició el mejoramiento de los pobladores en términos de indicadores de salud, mayor información sanitaria y ambiental, una participación y sentido de pertenencia más conscientes en aspectos decisivos para la convivencia en la comunidad, prevención de indisciplinas sociales y mayor intersectorialidad. En síntesis, construcción de líneas de acción para la estrategia de intervención socio sanitaria desde la integración de los saberes que conforman las ciencias sociales y de la salud.

Aporte metodológico: estrategia de intervención socio sanitaria que discurre desde el diagnóstico de la situación hasta la intervención por conducto de un pre experimento, con la posibilidad de replicar en comunidades similares (de forma parcial o total) que puedan emerger durante el decursar histórico, siempre que se respete el entorno sociocultural de los pobladores.

Aporte práctico: la implementación de una estrategia de intervención socio sanitaria que modificó positivamente los conocimientos, percepciones y conductas de los pobladores, además de un programa de capacitación para profesionales de enfermería que les brinda la integración de los saberes de las ciencias sociales.

Aportó evidencias científicas derivadas de la etapa de caracterización, que fueron utilizadas por las autoridades sanitarias y políticas de la provincia para la toma de decisiones, lo que constituyó un valor agregado de la tesis.

En su estructura, la tesis cuenta con un resumen, una introducción y tres capítulos. En el primero se presenta el marco teórico para el trabajo comunitario en ambientes rurales, tanto desde la perspectiva general como del trabajo del personal de enfermería, en el marco contextual de la investigación. En el segundo, se describe el diseño metodológico utilizado para la consecución de la estrategia de intervención socio sanitaria, sus técnicas y procedimientos de trabajo de campo, procesamiento, análisis y discusión y en el tercero, aparecen los resultados y discusión de la investigación y a continuación las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS PARA EL TRABAJO COMUNITARIO EN AMBIENTES RURALES

Este capítulo tiene como objetivo exponer, desde una perspectiva crítica, las bases teóricas esenciales para el abordaje de la problemática que se plantea en la introducción, la comprensión del objeto de estudio, así como los conceptos y las definiciones seguidos en la tesis. Se estructura en epígrafes que discurren con enfoque deductivo. Se inicia con la exposición de consideraciones teóricas sobre la producción social de la salud en el desarrollo de la comunidad, teorías sobre comunidad, trabajo comunitario e intersectorialidad; le siguen las teorías y modelos de enfermería, su aplicación en el trabajo comunitario; se incursiona en las ciencias sociales para el desarrollo del trabajo comunitario y se describen algunos elementos importantes para esta investigación referidos al enfoque teórico de lo rural, y por último se realiza un apartado sobre la intervención en el ámbito sanitario contemporáneo, la promoción de salud y la planeación estratégica de la tesis.

1.1 La producción social de la salud en el desarrollo de la comunidad

El concepto de salud ha experimentado un proceso de revisión constante. Desde mediados del siglo XX, se ha producido un desplazamiento desde la búsqueda de las causas de la enfermedad centradas en el individuo a la aparición de los determinantes sociales y de los principales moduladores del fenómeno salud y enfermedad.

Hoy se sabe que la salud y la calidad de vida son un resultado social directamente relacionado con las condiciones generales de la existencia de las personas y con la forma de existir; en este sentido se han hecho notables esfuerzos en las últimas décadas para comprender cómo interactúan los determinantes sociales y producen los resultados en salud.³⁴

En Cuba y en otras regiones se ha reflexionado críticamente sobre el concepto de salud brindado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o afección”.³²

Para Pérez Lovelle, este concepto ha servido para valorar los aspectos sociales de la salud.³⁵ Por otro lado; Laín Entralgo considera que tal definición ha tenido la virtud operativa de producir una mentalidad que sitúa a la medicina con mayores responsabilidades sociales.³⁶

Ramos y Aldereguía, conciben la salud como un estado natural del hombre, y a la enfermedad como su excepción. Es la necesidad de que el hombre se convierta en productor de su propia salud, es una fuerza básica y dinámica del vivir, en la que influyen las creencias, la cultura, lo social, lo económico y lo físico.³⁷

Para Terris, la salud es un estado de bienestar físico, mental, social y de habilidades para funcionar, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencias.³⁸

La dimensión social constituye la esencia de la salud, y se comparte el criterio de Testa, al referir, que la cuestión no es “incorporar” a las Ciencias Sociales el pensamiento de salud, sino pensar en salud como cuestión social,³⁹ aspecto fundamental del trabajo comunitario, al evaluar la salud desde el conocimiento de la realidad social, económica, política y cultural de los pobladores.

Berlinguer G., en su artículo: Determinantes Sociales de la Enfermedad, expresó que la incidencia de la enfermedad está determinada mayormente por factores económicos y que una baja calidad de vida, han sido siempre las mayores causas de enfermedad.⁴⁰

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, señaló “(...) si la medicina deseaba lograr sus objetivos por completo, debía entrar en la vida política e indicar todos los obstáculos que impedían la consumación normal del ciclo de vida”.⁴¹ Por otra parte Berlinguer enfatizó: “(...) la idea central es que la medicina y los servicios de salud constituyen solo uno de los factores que tiene influencia sobre la salud de la población.”⁴⁰

También desde el foco de interés centrado en la enfermedad, de lo biológico a lo social, hay que citar a un hito en la historia de la Salud Pública, el llamado Informe Lalonde, cuyos resultados ponen de manifiesto el enfoque multicausal del proceso salud-enfermedad.⁴²

En realidad, los factores principales se hallan en el amplio espectro de condiciones sociales y económicas en que vive la gente.⁴⁰ En otras palabras, las acciones deben extrapolar la salud pública, y tomar en cuenta el sector social, económico y sanitario.⁴³

De esta manera la salud es entendida como un proceso de adaptación, a partir del cual, salud y enfermedad son fenómenos relacionados con acontecimientos biológicos, la trayectoria personal, el entorno físico, social y cultural de las personas.³⁴

La salud humana está amenazada en las dimensiones psicológicas y sociales, debido a los ritmos de vida: estrés, relaciones humanas, desarraigo, exclusión social. El escenario social está presidido por los cambios demográficos con una notable presencia del fenómeno del envejecimiento, estos explican la creciente carga de enfermedades crónicas y discapacidad.³⁴

La producción social de la salud y el desarrollo están estrechamente relacionados. La salud es inseparable de la paz y de la amenaza de guerra, de la eliminación de la pobreza y de la marginación, de la conservación del medio ambiente y del desarrollo de las comunidades. La salud y la enfermedad no deben concebirse como conceptos estrictamente biológicos e individuales y se deben formular como procesos condicionados por determinadas circunstancias sociales y económicas.

Al articular el apartado anterior al desarrollo comunitario, se encontró que en las obras de los teóricos más representativos aparece Ander-Egg, prolífero autor en esta temática, el que lo conceptualizó como método y técnica en un proceso integral y armónico que atiende a ciertos aspectos extra-económicos, en particular psicosociales, que intervienen en la promoción de actitudes, aspiraciones y deseos para el progreso,⁴⁴ referentes teóricos en esta investigación, al incorporar la salud como factor de desarrollo.

Al mismo tiempo, se recoge una síntesis de las opiniones de otros teóricos respecto a los conceptos de organización de la comunidad y desarrollo de la comunidad también consultados y valorados en este estudio.

En la obra de Marchioni se analiza la concepción de Zucconi quien consideraba el vocablo “desarrollo comunitario” para las acciones en las zonas rurales pobres o en naciones nuevas que comienzan a construir sus estructuras, mientras que para las zonas urbanas donde ya existían variadas estructuras y estaban consolidadas, aplicaba la expresión “organización de la comunidad”, abarcadora de la coordinación de los servicios existentes en un barrio urbano.^{45, 46}

El desarrollo comunitario es definido por Porzecanski como “el conjunto de acciones destinadas u orientadas a provocar un cambio de conductas a nivel de un microsistema social participativo,⁴⁷ sin embargo, Rezsohazy lo define como “una acción coordinada y sistemática que, en respuesta a las necesidades o demandas sociales, trata de organizar el progreso global de una comunidad territorial”⁴⁸ y Quintana propone una metodología de trabajo, que tiene como objetivo dinamizar la iniciativa de las

comunidades en aspectos relacionados con las dimensiones económica, humana, cultural y social para que por sí mismas solucionen sus problemas,⁴⁹ válido para la realidad cubana actual.

Nogueras hace un resumen de las definiciones enunciadas anteriormente y considera al desarrollo comunitario como una técnica de acción social y un proceso (fundamentalmente de tipo educativo) que se realiza sobre las comunidades que se hallan en situación de subdesarrollo, con el fin de que puedan acceder a niveles óptimos de bienestar social y de calidad de vida.⁵⁰

Las definiciones de Ander Egg, Quintana y Nogueras son las que se adecuan al contenido de este estudio como presupuestos teóricos para el trabajo comunitario y el desarrollo comunitario.

1.2 Teorías sobre comunidad, trabajo comunitario e intersectorialidad

Las profesiones que se vinculan con el trabajo comunitario no pueden entenderse sin el análisis de la comunidad y su perspectiva histórica.

La comunidad puede definirse desde diferentes puntos de vista y las necesidades del investigador para realizar su trabajo: a partir del espacio que ocupa, del volumen de la población que la compone, de la actividad económica que caracteriza la localidad, del nivel de desarrollo que posee un territorio dado, de las tradiciones, hábitos y costumbres existentes.⁵¹

Ander Egg, en 1990, señala que a veces se designa una localidad o área geográfica las que tienen primordialmente en cuenta los límites geográficos o la influencia de los factores físicos sobre los sociales y desde el punto de vista psicológico, se considera como una agregación social o conjunto de personas que desarrollan un sentimiento de pertenencia o identificación con algún símbolo local.^{51, 52}

Díaz Puente et al ⁵³ hace referencia a Porzecanski al extraer de las definiciones existentes una serie de elementos que se repiten: vinculación, estructura acabada, medios y fines comunes que son características de un grupo social organizado y estructurado, aspectos para evaluar a la hora de resumir el término de comunidad.

Fernández de la Rota enfatiza la importancia de las relaciones que se establecen en el marco comunitario y señala que “La “comunidad”... supone un “nosotros”, unas relaciones intragrupalas sólidas y la organización de las mismas”.⁵⁴ Por su parte Ware define la comunidad como “una

agrupación de personas relacionadas entre sí que cuentan con recursos físicos, personales, de conocimientos, de voluntad, institucionales, de tradiciones.⁵⁵

También Marchioni, alude la importancia de definir los rasgos principales de la comunidad, al destacar la presencia en diversos conceptos con elementos geográficos, políticos, económicos, religiosos, culturales e ideológicos entre otros,⁵⁶ coincidiendo con Áreas, al referir los elementos geográficos, sociales, socio psicológicos y direccionales en todo concepto o estudio de la comunidad.⁵ Landini, valora los vínculos interpersonales, el aprendizaje social, los que adquieren un rol fundamental en la comunidad que se estudie.⁵⁷

Rivacoba, define la comunidad “como el agrupamiento de personas, concebida como una unidad social cuyos miembros participan en algún rasgo común (intereses, objetivos, funciones) con sentido de pertenencia, en una determinada área geográfica, en la cual la pluralidad de personas interactúan intensamente entre sí e influyen de forma activa o pasiva en la transformación material y espiritual del entorno”,⁵⁸ concepto valorado por el autor como referente en esta investigación.

Citado por Canela Ramos, Díaz Canel señala que la comunidad es el principal escenario que tiene el trabajo comunitario, que surge de lo que se hace en esta y es en realidad donde se pueden integrar las motivaciones, la cultura de los pobladores con los planes de desarrollo económico y social.⁵⁹

Marchioni considera el trabajo comunitario solo con comunidades pobres como una forma de ayudar a los sectores de menos desarrollo y no se tienen en cuenta estas acciones para otras comunidades;⁶⁰ cabría aquí una reflexión porque ninguna comunidad puede moverse sola hacia los actuales niveles de desarrollo social, si no se actúa sobre ella o se promueve desde dentro su movilización.

Kisnerman añade que un área de trabajo comunitario debe estar definida por tres elementos básicos: una forma histórica de producción, un sistema de estratificación social y un conjunto institucional y valores sociales.⁶¹

Quintana resume que el trabajo comunitario conduce al desarrollo local, referente tomado para la investigación.⁴⁹ Pensar en términos comunitarios supone superar el individualismo, la fragmentación y dicotomías sociales.⁶²

En congruencia con al apartado anterior, el autor considera que el trabajo comunitario es productor de salud al otorgar a las comunidades, instituciones y grupos organizados, las herramientas necesarias para el ejercicio permanente del progreso salubrista, económico, político y social del entorno urbano y rural, contribuyendo a su desarrollo.

Particularizando a los profesionales de enfermería que realizan trabajo comunitario en el contexto urbano o rural permite identificar que sus objetivos están en función de promover la salud y el bienestar de las personas, familias, grupos y comunidades.⁶³

El Consejo Internacional de Enfermería definió, en 1998, la cooperación en salud comunitaria como un proceso por el que las comunidades ejercen su derecho a participar en la adopción de decisiones sobre su propia salud, identificar sus necesidades, planificar y evaluar los servicios para conseguir una mayor autonomía y control social de los recursos destinados a la salud.⁶⁴

La enfermería comunitaria definida por algunos autores, aquella que desarrolla una visión integral de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de salud y la rehabilitación, que tiene como misión extender el sistema sanitario hasta la intimidad de las viviendas, lo que permite conocer la realidad social y sanitaria de la población.^{65, 66} Esto es particularmente importante en las áreas rurales.

Los cuidados de enfermería en la comunidad deben trascender los marcos de la biología y la corporeidad del individuo; requiere la atención y desarrollo de otras dimensiones constitutivas del ser humano, como es la comunicación social, la educación comunitaria, la organización comunitaria, la participación y los proyectos locales, como modalidad del trabajo comunitario en salud.⁶⁷

El autor considera que el trabajo comunitario de los profesionales de enfermería en zonas rurales permite una visión más detallada del asentamiento, familias, el entorno, dificultades y ventajas de los pobladores, recursos disponibles, y esto les permite detectar situaciones de riesgo y necesidades de salud, lo que hace más viable cualquier proyecto de intervención.

El trabajo comunitario, no es solo trabajo para la comunidad y en la comunidad, sino un proceso de transformación desde la comunidad, es uno de los principios en el que se apoyan las teorías del desarrollo humano con pleno dominio de métodos, técnicas y procedimientos,⁶⁸ que solo se podrá

alcanzar con voluntad política, participación y profesionales de la salud bien capacitados, para superar los retos del sigloXXI.^{69, 70}

Debe insistirse de forma educativa, que las personas son responsables de su propia salud y que es un aspecto importante para el desarrollo individual y colectivo, que solo es alcanzado si los miembros de la comunidad son capaces de identificar sus problemas de salud, realizar sus aspiraciones y cambiar.⁷¹

Citado por Rodríguez, Díaz Canel, refiere que el trabajo comunitario tiene que atravesar los procesos ideológicos, económicos y sociales. No se puede ver la labor cultural y educacional por separado, sino hacerlo con enfoques integrales. El ideal revolucionario cubano tiene que ser la base de esa actividad, los símbolos, las costumbres, las tradiciones, a partir de una acción de gobierno, relacionada con la labor de las instituciones, los liderazgos comunitarios, la creatividad, las iniciativas y aspiraciones de los habitantes,⁷² lo que se afirma que los procesos intersectoriales son la base del trabajo comunitario en las zonas urbanas y rurales.

La intersectorialidad se convirtió en una de las ideas centrales desde la Conferencia de Atención Primaria de Salud de Alma-Ata en 1978 y tuvo una gran influencia en América Latina y el Caribe,⁷³ y se concibe como “la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida.”⁷⁴

Todas aquellas situaciones, eventos, necesidades o problemas de salud, bienestar y calidad de vida cuya naturaleza compleja demanda una solución que va más allá de las posibilidades del sector salud por sí solo son los que demandan la acción intersectorial.⁷⁵

Castell-Florit Serrate,⁷⁵ señala que “la salud aparece como un producto social y las acciones trascienden las fronteras del denominado sector de la salud”. El alcance de la intersectorialidad en Cuba no se ha debido a la espontaneidad sino que ha sido una concepción en correspondencia con la voluntad política del estado. El abordaje a los problemas de salud no se puede hacer desde un único sector, de hacerlo así solo cabe esperar soluciones temporales.⁷⁶

Un trabajo comunitario eficiente y transformador se vincula a la intersectorialidad, y esta a su vez, como forma de trabajo participativo el que se presenta como solución ante los problemas de salud de la

comunidad que están vinculados a acciones concretas con la participación de instituciones diversas.⁷⁷

El objetivo principal del trabajo comunitario rural es transformar la comunidad mediante su protagonismo en la toma de decisiones, de acuerdo a sus necesidades, a partir de sus propios recursos y potencialidades, propiciando cambios en los estilos y modos de vida.⁵⁸

El sector de la salud, no puede evitar mirar a otros sectores sociales y gubernamentales para diseñar, planificar y(o) ejecutar políticas, programas o acciones en este ámbito comunitario.⁷⁸ Citado por Gálvez y García,⁷⁹ Snow padre de la epidemiología inglesa ha planteado (...) la salud es un problema social, y por tanto, las acciones tienen que ser sociales. Esto resulta importante en el desarrollo sanitario de las comunidades fundamentalmente en las rurales.

Es preciso tener presente que también inciden en la sustentabilidad del trabajo intersectorial la capacidad y el conocimiento de las partes interesadas. En este sentido, al analizar los contenidos de la estrategia intersectorial es importante conocer cuál es su centro de interés.⁸⁰

Cuba posee un Sistema de Salud basado en la Atención Primaria de Salud, el que tiene como principio la intersectorialidad y la participación comunitaria, lo que forma parte de políticas y estrategias para el desarrollo sostenible.⁸¹ La intersectorialidad se ha convertido en un paradigma esencial para la producción social de la salud y por consiguiente para el progreso de la salud pública,⁸¹ por lo cual su desarrollo redunda en aporte a las tecnologías salubristas y requiere de conocimientos, teorías y modelos, conciencia, compromiso y sostenibilidad.

1.3 Teorías y modelos de enfermería. Su aplicación en el trabajo comunitario

El ilimitado alcance humanista, social, psicológico y científico que caracteriza a la enfermería, hace pensar que para su desarrollo sea imprescindible dominar su basamento filosófico, conceptual y teórico.^{82, 83}

La obra primigenia de Florence Nightingale ha sido englobada en el grupo de filosofías de la enfermería, que define el significado de los fenómenos observados por medio del análisis, el razonamiento y la argumentación lógica.⁸⁴ Los aportes de Henderson y de Abdellah, entre otros, también son considerados filosofías de esta profesión.⁸⁵ En segundo lugar, se encuentran los modelos conceptuales, que comprenden los estudios de las llamadas grandes teóricas o pioneras

en el campo de la enfermería. Se destaca dentro de este grupo la teoría de déficit de auto cuidado de Orem, el modelo de adaptación de Sor Roy, entre otros.⁸⁶

La tercera clase de obras se refiere a las teorías de enfermería llamadas de nivel medio, donde se citan a Peplau con la teoría de enfermería psicodinámica, Orlando con la teoría del proceso de enfermería y Leininger con cuidados culturales, este referenciado exhaustivamente por Clark.⁸⁷

El análisis de estos modelos y teorías enunciadas, permitió al investigador considerar las teorías de Leininger, Orem y Henderson, como referentes para el proceso de caracterización, diseño e implementación de la estrategia de intervención socio sanitaria.

La teoría de Leininger se deriva de la antropología y defiende la idea de la aplicación de los métodos etnológicos cualitativos.^{85, 87} Este se aplicó durante la etapa de caracterización de los pobladores y realización del estudio etnográfico, lo que representó un campo de oportunidades para fundamentar en la investigación lo que las personas dicen, piensan y manifiestan, con el fin de diseñar e implementar las acciones propuestas.

Orem ha descrito lo que llamó teoría general de enfermería, la cual consta de tres tesis, relacionadas entre sí: la del auto cuidado, la del déficit de auto cuidado y la del sistema de enfermería. Esta teoría sugiere que la enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción; formados, diseñados y producidos por enfermeras y enfermeros a través del ejercicio de su actividad profesional y ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella, que plantean problemas de auto cuidado o de cuidado dependiente.⁸⁶

Este modelo es de gran utilidad en la Salud Pública, debido a que en el ámbito de la responsabilidad personal por la salud, sin distinción de profesión, el auto cuidado se define como "la práctica de actividades que los propios individuos, inician y desarrollan en su propio beneficio, en la mantención de su vida, salud y bienestar." Su utilidad se reconoció en los tres momentos: durante la caracterización, (evaluación del Análisis de la Situación de Salud y la historia clínica familiar al descubrir los déficits de auto cuidado), en el diseño e implementación de las acciones donde los pobladores al recibir educación para la salud, se animaron y participaron activamente en las decisiones de su salud.

La teoría de Henderson, define a la persona como un complejo de componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales que posibilitan el desarrollo y el crecimiento.⁸⁶

Parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben ser cubiertas; normalmente estas necesidades son satisfechas por la persona cuando esta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de salud (dependiente). Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, social o por falta de conocimientos.⁸⁶

Su vigencia se identificó desde la caracterización de la comunidad, con una visión holística de los problemas socio sanitarios del asentamiento; durante el diseño de las acciones y en la implementación de estas para contribuir a hacerlos independientes.

1.4 Las ciencias sociales en el desarrollo del trabajo comunitario

La relación entre las ciencias sociales y salud data del siglo XIX en Europa y es entendida desde tres perspectivas: la explicación de lo médico por lo social, la explicación de la enfermedad por lo social y finalmente la estructuración de un nuevo campo teórico entendido como las ciencias sociales de la salud.

La producción teórica de las ciencias sociales en la salud, hizo aportes al hacer frente a temáticas relacionadas con el entendimiento del proceso salud-enfermedad.⁸⁸ La salud se construye y se transforma cultural, social e históricamente como producto de la existencia humana.⁸⁹

Samaja propone que las condiciones y situaciones de salud deben ser entendidas como las condiciones de reproducción social de las poblaciones. Así, su objeto es la descripción, valoración y forma de intervención en los procesos problemáticos presentes en la vida social, es decir, los obstáculos en la reproducción social vivenciados por el sujeto.⁹⁰

Dentro de las ciencias sociales se ubica la psicología de la salud, la sociología y la antropología sociocultural; siendo la psicología la que se desarrolla en la Atención Primaria de Salud en Cuba y demandada por este nivel de atención para el estudio del hombre y su entorno, incluyéndola en el ejercicio del trabajo comunitario.^{91,92}

Se tomó como referente de esta disciplina, el modelo de apoyo social de la psicología comunitaria, la que destaca el significado de las relaciones interpersonales como un mecanismo para elevar la moral y los estados afectivos positivos, la autoestima, estabilidad y sentido de pertenencia, lo que fortalece al individuo y al grupo.⁹³

Se articula a este epígrafe el estudio de los factores sociológicos como fuerzas motrices que actúan en el comportamiento de los problemas de salud, lo que se atestigua en diversas fuentes teóricas, y desde la época antigua.⁹⁴ Virchow, el autor más emblemático de la medicina social alemana dejó su impacto en la medicina social de Latinoamérica,⁹⁵ lo que es un referente para los determinantes sociales de salud en las actuales investigaciones.

En la reunión celebrada en marzo de 1988 en Riga (antigua URSS), se analizaron las perspectivas de “Salud para Todos”, y la estrategia de atención primaria desde la representación social sobre algunos indicadores asociados con la salud;⁹⁶ los conceptos de salud y enfermedad resultan importantes, es un reflejo del desarrollo de los estudios sobre los factores sociales, presentes en los problemas de salud.⁹⁷

Varias son las clasificaciones que se han dado para ordenar los estudios de sociología de la salud y la enfermedad, la más clásica suele ser la distinción efectuada por Strauss en 1957 entre Sociología de la Medicina y Sociología en la Medicina. La primera, agrupa temas relacionados con el origen y formación de los médicos, mientras que la segunda, se ocupa de la etiología social y ecología de la enfermedad, así como las variaciones en las actitudes y conducta respecto a la salud.⁹⁸

Aunque McCord, y sus colaboradores, intentan conseguir un equilibrio entre ellas, realmente se observa en sus obras una preferencia a los temas de la Sociología de la Medicina.^{99, 100}

Autores como Weis señalan que el objeto de la Sociología de la salud se ha ampliado en los últimos años, que incluye un enfoque de salud en el sentido positivo de bienestar tanto social como psicológico, donde la responsabilidad máxima descansa en la comunidad que es el espacio donde interactúa lo biológico, lo social y donde existen los problemas de salud.¹⁰¹

El abordaje sociológico resulta muy útil en la práctica de las acciones de salud para determinar el problema en su carácter multifactorial. El conocimiento sociológico ha sido determinante para

reconocer y explicar los problemas de salud colectiva.¹⁰² El grupo social y la comunidad a la que pertenecen los individuos, inciden en la salud, no solamente a través del tipo de influencia que ejercen las redes sociales y de apoyo, sino a través de la cultura, tradiciones y religión, todos los cuáles están asociados a un estado físico y mental.¹⁰³

La salud es un proceso que se da en los marcos de la socialización, en el entramado social y en su conservación o alteración convergen múltiples causas, las cuales transitan por lo cultural, lo social, lo económico y en ello intervienen diferentes actores e instituciones sociales.¹⁰⁴ Por lo tanto, la Sociología, deberá centrar su objeto de estudio en la sociedad misma, en su relación con los problemas de salud, los que están unidos a factores de tipo social que inciden en su pronóstico, prevención y sus resultados.^{105, 106}

Es conveniente indicar además, que junto a la sociología de la salud, la sociología rural ocupa un lugar en las investigaciones comunitarias, ella se ocupa del estudio científico de la actividad y comportamiento entre personas que viven en lugares distantes e incluye en el análisis, datos estadísticos, entrevistas, teoría social y etnografía, observación, investigación por encuestas lo que el autor toma en consideración durante la investigación y en el proceder metodológico de la selección de instrumentos para su aplicación pre y post intervención.^{107, 108}

Por lo tanto, la aproximación que se produce entre la Sociología y la Antropología alrededor de la década de los 80 del pasado siglo, se traduce en la aparición de trabajos de carácter socio antropológico para el abordaje de los problemas de la enfermedad o la salud de marcado trasfondo cultural como prácticas, costumbres y creencias en individuos, familias y comunidades.¹⁰⁹

La salud se inscribe, en el primer componente antropológico de relación con la corporeidad, la naturaleza y el entorno ecológico.^{110, 111} La cultura, los valores y normas que la sociedad profesa, son a su vez, el aditivo indispensable para el funcionamiento de las anteriores.¹¹²

La dimensión cultural del desarrollo, descrita por Basail y Leininger es una variable crucial para el éxito de cualquier proyecto, por lo que no se debe emprender ninguna investigación de transformación individual, grupal o comunitaria sin tener en cuenta las costumbres, las tradiciones, los valores, las normas, los símbolos y los significados compartidos por los individuos de esa colectividad con la que se va a trabajar".^{113, 114}

El estudio etnográfico es fundamental en la antropología sociocultural, trata de satisfacer sus ansias de conocimiento desde el “mundo interior” de los grupos y de sus miembros, los significados e interpretaciones que tengan, las costumbres y las creencias en salud que los definen.^{115, 116} Se está inmerso en un prisma de sociedades multiculturales,¹¹⁷ por lo que el autor considera que se hace imprescindible replantear las situaciones de atención e incorporar nuevos enfoques, desde la integración de los saberes de otras disciplinas a fin alcanzar un trabajo comunitario consciente, que permita el desarrollo pleno en el sector salud.

Las ciencias sociales han contribuido para que tanto la enfermedad como los enfermos tengan un lugar distinto de acuerdo a las circunstancias sociales que les determinan y a la configuración de espacios para la participación comunitaria en los programas de salud; metodológicamente es lograr que el enfoque cualitativo y sus técnicas sean incorporados a las investigaciones en salud.

No se puede negar el desarrollo que han alcanzado las ideas sociales sobre los problemas de salud, muestra evidente del planteamiento anterior resulta el abordaje a la problemática de la salud o enfermedad desde los fundamentos de Antropología, Sociología, Psicología, la Salud Pública o la Epidemiología Social.¹¹⁷

Un análisis teórico exhaustivo de lo referido, permite hacer una reflexión particular sobre la necesidad de incluir en los planes de estudios de formación de las ciencias médicas en general y de enfermería en específico, las asignaturas de sociología de la salud, antropología sociocultural, psicología de la salud o comunitaria y el trabajo comunitario como herramienta del trabajo social lo que incide en la limitada integración en las prácticas comunitarias.

En el plan de estudio actual de pregrado para la formación técnica y profesional de enfermería,¹¹⁸ revisado por este autor, se identifica la asignatura de psicología en el cuarto y quinto semestre, pero su contenido solo se centra en generalidades de la psicología, sin incluir aspectos de la psicología de la salud o psicología comunitaria, por lo que requiere ser redimensionada para una práctica más enriquecedora que permita darle salida a investigaciones desde la perspectiva social.

Se fortalece este pensamiento cuando a inicios del año 2000 la Organización Panamericana de la Salud identificó la necesidad de aportarles formación profesional a enfermería concreta y herramientas que los preparen para el ejercicio interdisciplinario.¹¹⁹

Lo anteriormente expresado corrobora que esta conexión entre las ciencias sociales y la salud permite no solo agudizar la mirada y la comprensión sobre un asunto complejo, sino también superar las dicotomías de salud/enfermedad e individuo/sociedad, ampliar el campo de conocimientos y retar la necesaria renovación de la praxis que clama por abordajes inter y transdisciplinarios,¹⁰⁸ lejanos a miradas restrictivas que han prevalecido fundamentalmente para las zonas rurales por muchos profesionales.

1.5 El Enfoque teórico de “lo rural” para el trabajo comunitario

A pesar de que en la actualidad existen voces que plantean que no se puede escindir lo urbano de lo rural es pertinente revisar algunos elementos relacionados con las comunidades rurales como una experiencia de comunidad, distinta y diferente, con ritmos y particularidades propias.¹²⁰

La concepción dicotómica o evolucionista de lo rural y lo urbano, de la ciudad y del campo se remontan a Ferdinand Tönnies, el que presenta un esquema conceptual polarizado en una dicotomía comunidad sociedad y que funciona sobre todo, por medio de la concordia, de las costumbres, de las normas populares y de la religión.¹²¹

El sociólogo francés Durkheim, expone también una polarización dicotómica de la sociedad: sociedad primitiva y sociedad moderna.¹²² Según Lezama, J, estos tipos ideales como la sociedad folk no tienen una expresión específica en el mundo real, son categorías analíticas que permiten ordenar, clasificar y encontrar regularidades en los casos de sociedades estudiadas desde la antropología y la sociología”.¹²³

En el caso de Carlos Marx (1818 – 1883), de Federico Engels (1820 – 1895) y de Vladimir I. Lenin (1870 – 1924) el estudio de “lo rural” está estrechamente unido al análisis de las relaciones sociales y sobre todo a la valoración de la estructura social en las zonas rurales,¹²⁴ elemento válido para emprender estrategias de intervenciones socio sanitarias.

Estudios rurales españoles también abordan la ruralidad desde las transformaciones que en ella se operan, se dice de una ruralidad vinculada al espacio geográfico, al tamaño de los asentamientos, a las diferencias entre el hábitat disperso y el concentrado. El campo, a su vez, se concibe como un espacio amplio caracterizado por determinada vegetación y fauna, donde existen asentamientos

cuyos pobladores están fundamentalmente ocupados en las labores agropecuarias y en el cual se desarrolla un modo de vida específico.^{125,126}

Sorokin planteó su concepción de “lo rural” a partir de una serie de rasgos conectados funcional y causalmente: ocupación, diferencia ambiental, volumen de las comunidades, homogeneidad y heterogeneidad, movilidad e interacción social.¹²⁷

Estas reflexiones propias de las realidades de los países europeos no son totalmente ajenas a las del resto del mundo; también en la América Latina ha variado “lo rural”.¹²⁸ Existe cierto mito que las comunidades rurales, se sitúan como tradicionales y retrasadas. Por el contrario, en la actualidad, las comunidades rurales se caracterizan por su diversificación y apuestas hacia la sostenibilidad y sustentabilidad como forma de protección y aseguramiento de los recursos comunitarios de los cuales disponen.¹²⁹

La ruralidad en Latinoamérica fue vigorizada por el surgimiento de movimientos sociales insertos en el tiempo y espacio campesino, como el movimiento zapatista en Chiapas, el movimiento de campesinos coccaleros en Bolivia y el *Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra* en Brasil, y otros de carácter transnacional como La Vía Campesina; a esto se suma el auge de los movimientos indígenas, lo que ha revitalizado el interés por las comunidades rurales y sus procesos.¹²⁸

Las comunidades rurales han vivido y siguen viviendo procesos complejos en cada uno de los rincones de Latinoamérica, los cambios climáticos y la escasez hídrica, componen el panorama de las actuales comunidades rurales.¹³⁰

Los estudios de ruralidad en Cuba según Pérez Rojas, de una u otra forma entrecruzan el análisis de la comunidad y la sociedad con las valoraciones sobre lo rural y lo urbano. En esto ha incidido el carácter macro o micro social del análisis que se realiza, el que le otorga a la comunidad mayor o menor importancia en dependencia de la concepción del mundo que posea el investigador.¹³¹

Los principales estudios sobre las transformaciones que se operan entre las décadas de los sesenta y los ochenta centran la atención en la evaluación de la Reforma agraria, sus impactos en la estructura agraria y social y en las formas organizativas de producción. Las primeras investigaciones son realizadas por destacados intelectuales como Oscar Pino Santos, José Acosta, Fernando

Martínez Heredia, Antonio Núñez Jiménez, Carlos Rafael Rodríguez, entre otros.¹³²

Desde un enfoque también marxista, Mariana Ravenet y Jorge Hernández evaluaron los procesos agrarios, sociales y comunitarios, así como el modo de vida campesino en las primeras etapas de la Revolución,¹³² su trabajo “Estructura social y transformaciones agrarias en Cuba” se centraron en los acercamientos que implicó la movilidad social condicionada por los procesos de cooperativización y urbanización emprendidos desde la segunda mitad de los años setenta.

El abordaje de los estudios rurales desde lo territorial es aún insuficiente en el contexto actual, creado por la crisis y la reforma económica. Sobre los grupos sociales actúan factores propios de las características económicas, sociales, demográficas e históricas de regiones, territorios, espacios y lugares que pautan el horizonte de oportunidades en la movilidad,¹³² por ello, ha de avanzarse en la realización de estudios comparativos interterritoriales que permitan construir una visión más holística de la estructura social rural.

El investigador considera, por su experiencia de trabajo en los asentamientos rurales, que estos trascienden el marco agropecuario y se insertan en la pluriactividad como condición esencial del desarrollo, presupuesto que rompe con la concepción tradicional de lo rural, al complejizar el modelo de desarrollo y valorar que para su estudio se requieren de nuevos planteamientos teóricos que propicien un repensar de las metodologías de intervención en las comunidades rurales desde el sector salud y con los demás sectores.

Insertado a este análisis rural, la profesión de enfermería en este ámbito tiene la capacidad de resolver problemas in situ en forma oportuna y eficiente, dado su encargo social, brindando cuidados integrales y continuos desde una perspectiva cultural, al considerar que el consultorio rural es la puerta de entrada al sistema de mayor complejidad en salud.^{133,134}

En Cuba, se encuentran pocos estudios que profundicen el rol del enfermero o enfermera rural. La imagen que la población campesina ha construido de este profesional está sobre la base de sus acciones, conocimientos y habilidades.

A modo de conclusión de este epígrafe el investigador considera que las estrategias de intervenciones socio sanitarias en las comunidades rurales requieren de procesos analíticos y

reflexivos que permitan articular las realidades dinámicas y complejas de los territorios y de los sujetos. También se aprecia que se han descuidado la funcionalidad de los valores y símbolos de la cultura como indicadores básicos de la sociedad rural, pues se interponen factores diversos que mediatizan los procesos de conciencia de grupo.

Como consideración final de este análisis y en coincidencia con Árias y Leyva se deben dar continuidad a estudios inter y transdisciplinarios capaces de profundizar en la interrelación con la economía, la salud, la relación estado-campesinado, así como el conjunto de nexos sociales y mecanismos reproductivos diversos que se observan en el funcionamiento de la comunidad campesina,¹³² lo que permitiría realizar intervenciones comunitarias de gran valía.

1.6 Intervención comunitaria en el ámbito sanitario contemporáneo, la promoción de salud y la planeación estratégica en el trabajo comunitario

En los momentos actuales el mundo se encuentra en medio de una crisis económica y de valores, en la que se agudiza la degradación del medio ambiente, por lo que resulta alentador que se instrumenten estrategias de intervenciones socio sanitarias en las comunidades que se requieran para prevenir enfermedades y promover adecuados estilos de vida, en función de preservar la salud.

Existe una amplia cantidad de modelos, teorías y métodos que se han ensayado a escala internacional, con mayor o menor éxito, para trabajar aspectos socio sanitarios de comunidades complejas; pero no siempre pueden ser aplicadas de forma inercial y acrítica al contexto cubano, si se parte del hecho de las peculiaridades del nivel primario de atención.

Uno de ellos es el Modelo Ecológico que considera cinco niveles de influencia para los comportamientos y condiciones relacionados con la salud: factores interpersonales, factores institucionales u organizativos, factores comunitarios y factores de política pública.¹³⁵

Otros como el precede–procede y el de mercadeo social, plantean también las necesidades a niveles múltiples, los que comprenden una serie de diagnósticos: del consumidor, ambiental, epidemiológico, educativo, organizativo, administrativo y de políticas. También hay modelos que lo plantean a nivel individual e interpersonal como son los Modelos Cognoscitivos y de Comportamientos Saludables.¹³⁶

Modelo de creencias en salud (Irwin M. Rosentock): da la posibilidad de que el sujeto implemente acciones promocionales, preventivas, de adherencia terapéutica a través de la percepción del riesgo, de la amenaza percibida y de los beneficios por desarrollar una acción de salud.¹³⁷

Modelo Transteórico y los estadios de cambio (James O. Prochaska): es un modelo de la psicología de la salud que trata de explicar el modo en que se produce el cambio en ciertas conductas de los individuos. Hay que tener en cuenta la disposición del individuo al intentar cambiar hacia comportamientos saludables. Es el de mayor difusión en la última década, sobre todo en América del Norte y Europa.¹³⁸

Modelo "Conciencia de la Salud" (Rosentock & Becker): postula que la modificación de la conducta es un proceso de razonamiento y de entendimiento. Se ha utilizado en programas educativos dirigidos a las enfermedades no transmisibles.¹³⁹

Modelo de aprendizaje "Teoría del aprendizaje social" (Bandura): parte de la idea de que los cambios conductuales son el resultado de la interacción entre la persona y su medio ambiente, es un proceso interactivo, reflexivo y crítico, en el cual las personas participantes desarrollan valores, conocimientos y habilidades, a través de su participación activa y de experiencia, para reforzar factores protectores (promoción) y modificar factores de riesgo (prevención).¹⁴⁰

Modelo "Teoría de la organización Comunitaria" (William McGuire): establece la idea de que la identificación de los problemas prioritarios o metas comunes deben hacerse conjuntamente con la comunidad interesada, con el fin de desarrollar en ella un sentido de pertenencia, responsabilidad y autogestión de los problemas de salud.¹⁴¹

Este autor reflexiona que los modelos mencionados tienen puntos de contactos y a la vez diferencias, por lo que considera que lo más importante no es focalizarse en un modelo único, sino valorar lo que representan todos para obtener un modelo agrupado que responda a los intereses de la investigación y el diagnóstico que se realice en el ámbito comunitario.

Por otra parte cabe reflexionar que el devenir histórico modificó profundamente la estructura de la sociedad, sus costumbres, su cultura y entre ellos el concepto de salud; de ahí que se forjaran profesiones sanitarias y aparecieran diversos dispositivos asistenciales.¹⁴² Tales características dieron

origen a modelos de intervención socio sanitarios; como el Liberal, el Socialista y el Mixto.¹⁴³

La percepción generalizada es que tampoco en estos modelos de intervención socio sanitaria hay uno concreto que permita resolver todos los problemas de salud de la población en el entorno. El modelo sanitario ideal no existe, cualquier modelo que se elija tiene defensores y detractores por sus propias características y complejidades.¹⁴⁴

La OMS sostiene que la misión de todo sistema es conseguir incrementar los niveles de salud en todos los aspectos y situaciones de la persona aislada y(o) en sociedad.¹⁴⁵ El estado debe garantizar a sus miembros la protección, promoción y acceso a los servicios de salud de una manera adecuada y oportuna independiente de su clase social, nivel de ingreso, inserción laboral, género, etnia o edad, en todos los niveles de intervención que se requiera.¹⁴⁴

En los países europeos, las intervenciones y la atención de salud son bajo la modalidad del elemento asistencial, sometido directamente al poder del Estado y gestionado por autoridades y organismos que representan a dicho poder, y tiene como objetivo la extensión de las prestaciones a toda la población, para alcanzar su máximo potencial de desarrollo, salud, bienestar y autonomía.^{146, 147}

El enfoque de Cuba orientado a la comunidad en sus estrategias de intervenciones socio sanitarias está focalizado en dar pasos sólidos, donde confluyan métodos y técnicas de las ciencias biológicas y naturales, pero también de las ciencias sociales.¹⁴⁸ Este enfoque prioriza las poblaciones vulnerables y se centra en la promoción de salud y la prevención de enfermedades al proporcionar una atención integrada y universal desde el nivel primario hasta el terciario.

La prevención, que incluye la reducción de factores de riesgo y la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, ha demostrado su eficacia como primera línea de defensa en diferentes regiones ¹⁴⁹, por lo que el autor considera que deben fortalecerse los estudios de la realidad rural.

En congruencia con lo anterior, la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.¹⁵⁰

La literatura revisada aborda diferentes modelos de la promoción de salud para la intervención en

comunidades tanto urbanas como rurales, que incluyen el estudio de necesidades, recursos, prioridades, estructura comunitaria y participación de esta.¹⁵¹ La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud, es un modelo de referencia para las intervenciones en las comunidades y en este estudio realizado, aunque deben considerarse en conjunto todos los modelos para el pleno desarrollo en salud.¹⁵¹

La Carta de Ottawa considera cinco estrategias indispensables para el éxito de la promoción de salud; la elaboración de una política pública favorable a la salud, la creación de espacios y ámbitos propicios, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las actitudes personales y la reorientación de los servicios de salud, siendo el tratamiento integral del desarrollo de la salud más eficaz con la combinación de las cinco estrategias.¹⁵²

Estas estrategias son elementos básicos de la promoción de salud. Por tanto, se necesita de un sector sanitario que comprenda su importancia, la promueva y empodere en todos sus niveles con personal capacitado capaz de multiplicar los recursos humanos y la actividad en todos los sectores.¹⁵²

En la Octava Conferencia Mundial de Promoción de Salud en Helsinki, cuyo lema fue “Salud en todas las políticas”, se planteó, entre sus objetivos, impulsar nuevos enfoques y capacidades de apoyo a la estrategia, y sus participantes evidenciaron la necesidad de integrar la salud en el proceso político, y de influir en factores no sanitarios, pero muy vinculados con la salud.¹⁵³

De hecho, esta Conferencia se destacó por dejar bien esclarecidas las determinantes socioculturales de la salud. Por ello, el debate se centró en cómo lograr insertar la promoción de salud en todas las políticas, ya que puede crear y modificar los estilos de vida y las condiciones sociales, económicas y ambientales determinantes de la salud.¹⁵⁴

Por otra parte la Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud se celebró en Shanghai, China, en noviembre del 2016, donde se planteó como tema central “La promoción de salud en los objetivos de desarrollo sostenibles”, lo que constituye la proyección de trabajo en los próximos años, y fue emitida la Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud, en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.¹⁵⁵

En todos estos espacios se han realizado aproximaciones a la definición de promoción de salud y se

ha coincidido como un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud a nivel comunitario urbano y rural.¹⁵⁶

También resulta importante destacar los cinco componentes de la promoción de salud: la comunicación social, el aprendizaje social, la intersectorialidad, la participación social y los entornos saludables,¹⁵⁷ que a juicio del autor deben emprenderse con un enfoque integrador siendo estos un desafío que deben enfrentar los salubristas y todos los profesionales de la salud ante las intervenciones en la comunidad.

El componente aprendizaje social de la promoción de salud, es congruente con uno de los modelos de intervención comunitaria, referente tomado en el diseño e implementación de la estrategia de intervención socio sanitaria aplicada en la comunidad, aunque el autor parte de la idea que de forma integral se combinan los demás y los resultados son mucho más satisfactorios.

Por otra parte, uno de los aspectos que ha sido analizado con profundidad es la planificación de las intervenciones, elemento que permite definir y alcanzar las metas organizacionales y los mecanismos necesarios para poder evaluar el cumplimiento de lo acordado. Antes de la aplicación de la intervención es necesaria su planificación y se considera la misma, como el “cálculo que precede y preside la acción”.¹⁵⁸

Para la investigadora Jiménez Cangas,¹⁵⁹ “la planificación, es un proceso que parte de la descripción y explicación de una realidad determinada por diferentes actores sociales que pertenecen a ella y que logra, a través de acciones de intervención que tienen en cuenta el conflicto y la incertidumbre que la caracterizan, transformar esa realidad y obtener la visión que los actores involucrados desean alcanzar”.

Jiménez se refiere a cuatro momentos, aunque a dos de ellos los divide en sub-momentos.¹⁵⁹

Momento explicativo: se realiza una evaluación de lo que existe. Incluye dos Sub-momentos: el análisis de la situación de salud, la identificación, priorización y explicación de los problemas.

Momento normativo: se define lo que quiere alcanzar y cómo se pretende hacerlo. Incluye dos Sub-momentos: la identificación de la visión, situaciones, objetivo y construcción de escenarios, el diseño de los planes y proyectos de intervención.

Momento estratégico: se construye la viabilidad a los planes y proyectos diseñados, a partir de la evaluación de las fuerzas actuantes dentro y fuera de la realidad que se desea transformar (matriz DAFO) y que tienen repercusión en el alcance o no de la visión propuesta.

Momento operacional: se ejecuta lo planificado. En la ejecución, toman importancia los ciclos de información, acción que propicie el sistema de monitoreo y evaluación diseñado, que permiten lograr una retroalimentación adecuada sobre la marcha de las intervenciones y, mediante un adecuado proceso de toma de decisiones, perfeccionar continuamente la planificación.

El planteamiento de una estrategia de intervención socio sanitaria es importante porque proporciona una base sólida para tomar decisiones que lo mantendrá enfocado en la dirección adecuada; ayuda a evitar situaciones que podrían tentarlo a alejarlo del camino; garantiza la Misión, la Visión y los Valores; permite obtener el acuerdo común de todas las unidades organizativas, sobre la dirección a seguir, con un enfoque integrador, para contribuir al éxito.¹⁶⁰

En la bibliografía sobre el tema, se han confeccionado guías para llevar a cabo dichas estrategias, tal es el caso de aquellas implementadas en departamentos o servicios de salud, como la de la Cátedra de Medicina General Integral del Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba, las que han contribuido al éxito en las intervenciones.¹⁶¹

El investigador ha considerado para este estudio el diseño de una estrategia de intervención socio sanitaria por las características especiales del asentamiento, apoyado en la integración de referentes que se reseñan a lo largo del documento escrito sobre la base de la planificación estratégica.

Se señala, que lo socio sanitario incluye una concepción social de la salud, que tiene en cuenta el ámbito social en que se producen los fenómenos de salud- enfermedad.¹⁶² El modelo socio sanitario tiene como objetivo intervenir sobre los problemas, ayudándoles a comprender a los pobladores sus necesidades que le lleven a adoptar o cambiar su conducta de salud, por lo que se requiere investigar sobre la cultura, comprender qué factores económicos, sociales modelan el medio

ambiente donde vive la comunidad o el grupo que participa en la intervención.¹⁶³

Esta estrategia de intervención socio sanitaria está en consonancia con la animación sociocultural, que mantiene un carácter motivacional, pleno y complementario al hecho educativo.¹⁶⁴ Se coincide con Pérez Pérez, quien refiere que es importante vincular las tres disciplinas afines en la comunidad: la animación sociocultural, el desarrollo comunitario y la educación para el desarrollo.¹⁶⁵

Se destaca que el término intervención comunitaria se entiende como la actuación consciente y sistemática sobre un proceso comunal en marcha con la finalidad de prevenir, corregir o resolver problemas que afectan el curso normal del desarrollo integral de la comunidad.¹⁶⁶

En los textos especializados también se encuentran con mucha frecuencia la categoría estrategia de intervención socio sanitaria, y aunque el término intervención puede ser cuestionado, puesto que implica cierta direccionalidad de poder, esta apreciación pierde sustento si proviene de la decisión colectiva, consensuada, diseñada por quienes pretenden intervenir en determinado problema.¹⁶⁷

1.7 Consideraciones finales del capítulo

La revisión de la bibliografía especializada y las investigaciones realizadas sobre los aspectos teóricos tratados con anterioridad, ha puesto de manifiesto suficientes elementos de juicio, para efectuar apreciaciones en función de planear una estrategia de intervención socio sanitaria con fines de desarrollo de una comunidad rural con características especiales.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

El capítulo tiene como objetivo exponer la metodología utilizada en esta investigación. Se brinda información sobre la selección del área objeto de estudio, clasificación, universo, muestra, métodos empleados y los criterios de inclusión. Se exhibe un esquema que resume el diseño metodológico de la estrategia de intervención socio sanitaria. Se exponen de manera detallada, las tres etapas por las que discurrió el mismo, acompañado de las sub etapas; finalmente el componente ético.

2.1 Contexto de la investigación

El proceso de investigación se desarrolló entre los años 2007- 2016, en la comunidad rural "El León", y fue registrado como trabajo de investigación en el Centro de Estudios Sociales y Humanísticas de la Universidad Médica de la provincia de Camagüey, por constituir una investigación por encargo de las autoridades sanitarias y políticas de la región. Anexo 1

La estrategia de intervención socio sanitaria se implementó en el año 2010 y en el 2015 se recogen los primeros resultados; se inicia un proceso de sostenibilidad de las acciones a partir de julio del último año mencionado, acompañado de los programas "SALUD PARA TODOS" y "SONRÍE CON SALUD".

2.2 Clasificación de la investigación

La investigación clasifica como trabajo de desarrollo tecnológico, en tanto produce una estrategia de intervención socio sanitaria para el mejoramiento de la comunidad rural objeto de estudio. Discurrió en tres etapas, a través del empleo de un enfoque mixto. Se inició con un estudio descriptivo de corte transversal, que permitió realizar el diagnóstico de la situación; a ello le continuó el diseño de la tecnología que concluyó con su evaluación teórica (por expertos) y empírica. Esta última se realizó mediante un diseño pre-experimental, de tipo antes-después sin grupo control.¹⁶⁸ Se escogió este tipo de diseño por constituir la comunidad investigada, un proyecto de desarrollo local, sin precedente en la provincia, de ahí que resultó imposible la comparación con otro asentamiento poblacional.

2.3 Población de estudio, selección de la muestra y métodos empleados

Se trabajó con dos universos: totalidad de residentes en la comunidad rural “El León” que pertenecía al grupo de 20 a 75 años de edad, estimada a 31 de diciembre de 2006 (N=742), y población de profesionales de enfermería que se desempeñaban en la localidad de referencia en similar momento.

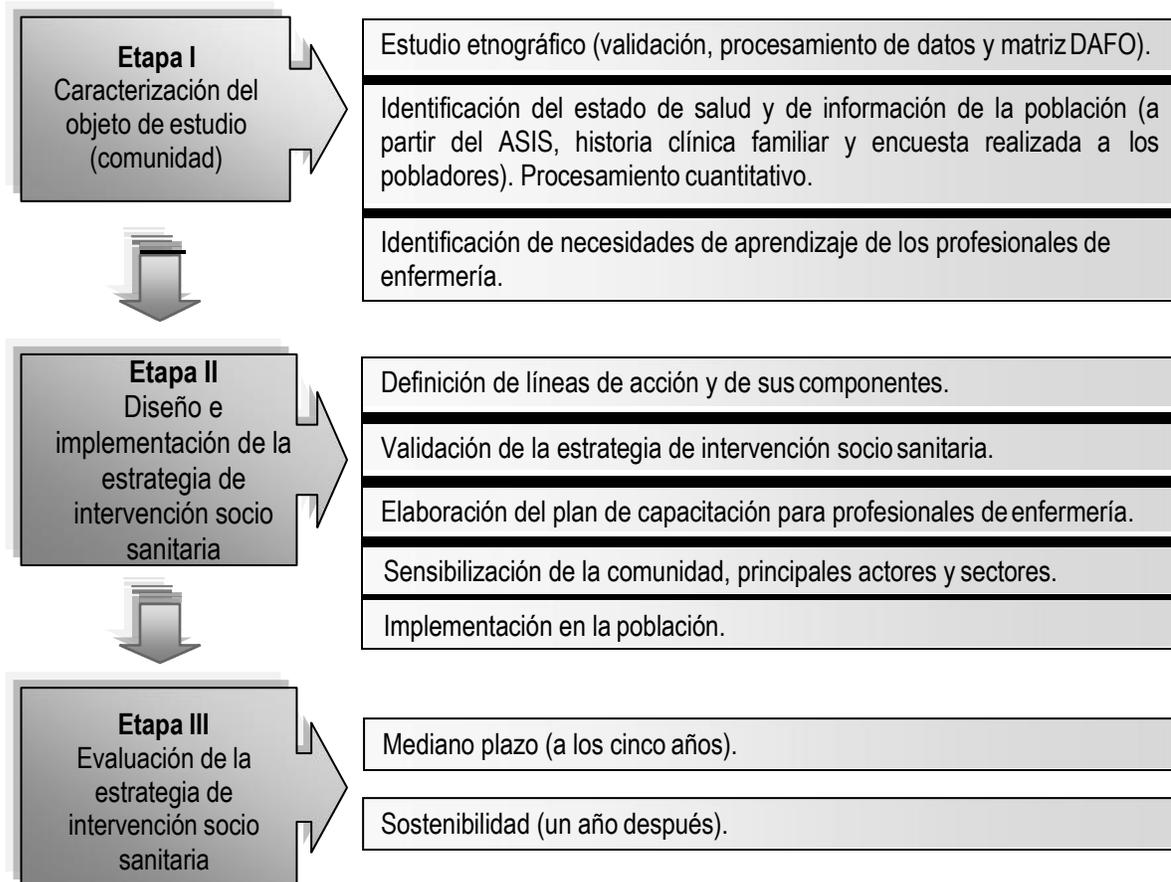
Del primer universo se determinó a través de la fórmula de cálculo en estudios descriptivos en poblaciones finitas ¹⁶⁹ una muestra de 157. Para ello se tomó como proporción esperada la falta de sentido de pertenencia en un 60 por ciento obtenido a través de un estudio piloto y un nivel de confianza en un 95 por ciento. La selección de la muestra se realizó por muestreo simple aleatorio, a partir de la historia clínica familiar del consultorio y se utilizó el programa EPIDAT 4.1. La muestra definitiva estuvo constituida por 150 personas, las siete restantes se perdieron por las siguientes causas: cuatro abandonan la zona, dos fallecen y uno renunció a seguir participando.

El segundo universo estuvo compuesto por los profesionales de enfermería (N-60) que laboraban en el área de salud al que pertenece este asentamiento, los que participaron como prestadores de la investigación.

Se emplearon convenientemente métodos, técnicas y procedimientos cuantitativos y cualitativos, de diferentes disciplinas de las ciencias sociales; ^{170, 171, 172, 173} lo que permitió resolver un problema de la práctica social, en el campo de las Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS).¹⁷⁴

Se realizó un diagnóstico inicial de la comunidad, se identificaron necesidades de aprendizaje a los profesionales de enfermería y se capacitaron sobre disciplinas de las ciencias sociales, posteriormente se implementó la estrategia de intervención socio sanitaria a la muestra seleccionada, luego se evaluó a los cinco años y al año siguiente como sostenibilidad.

2.4 Esquema metodológico de la investigación



Fuente: Diseño del autor.

2.4.1 Etapa I: Caracterización de la Comunidad Rural “El León.”

La comunidad rural “El León”, ubicada en el área geográfica referida en la introducción, limita con otros asentamientos rurales cuyos pobladores, dado su comportamiento social y sanitario se consideró una comunidad con características especiales, por bajo nivel cultural y educacional, elevados factores y conductas de riesgos a la salud e incapacidad para la búsqueda de soluciones en el seno comunitario por carencia de sentido de pertenencia al asentamiento y de acciones intersectoriales.

La selección de los informantes clave para la recogida de la información se realizó a través de un muestreo intencional puro, para ello se establecieron los siguientes requisitos:

1. Ser líder de la comunidad; dentro de esos se seleccionaron: enfermeras y enfermeros del área que trabajando en la comunidad, por un periodo de cuatro o más años, se consideraron

conocedores del asentamiento y los de mayor participación con la comunidad en los problemas de salud.

2. Delegado de circunscripción.
3. Presidentes de CDR activos durante diez años o más.
4. Fundadores de la comunidad, con procedencia de la Sierra de Escambray que han transitado por todos los periodos del asentamiento.

El grupo quedó conformado por 11 personas: cuatro enfermeras, la delegada de la circunscripción, un presidente de CDR, una maestra jubilada, un militante del PCC y tres fundadores de la comunidad, los que fueron consultados en 6 ocasiones por separado y en colectivo, a fin de recoger datos fidedignos y consistentes.

Estudio Etnográfico

Para el desarrollo del estudio comunitario, el diseño etnográfico, según Meneses¹⁷⁵ se presenta como la opción más ajustada, lo que coincide con la consecución de los objetivos de esta investigación.

La etnografía, como metodología cualitativa, es una práctica científica que requirió por parte del investigador un trabajo de campo intensivo y prolongado, de manera que se logró establecer relaciones para la comprensión mutua. En esta fase resultó importante saber lo que la gente hacía, cómo se comportaban, cómo interactuaban para descubrir sus creencias, valores, perspectivas, motivaciones y el modo en que todo eso se desarrolló en la comunidad. ¹⁷⁶ No se trata sólo de saber “qué pasa”, sino sobre todo de saber “qué hacer”.¹⁷⁵

En términos de investigación cualitativa el trabajo de campo se realizó en coordinación con la delegada de la circunscripción y el equipo de estudio constituido por expertos, donde se recogieron las opiniones emitidas por los pobladores en: consultorio médico, escuela, reuniones de padres y en diferentes puntos de la comunidad. A posteriori se diseñó un grupo de instrumentos para ser aplicados.

Descripción de los instrumentos de evaluación

Grupos Focales: En el campo de la salud este instrumento se ha convertido en una técnica para conocer el efecto de los mensajes en educación para la salud, examinar las creencias en diferentes

grupos y comunidades con relación a la enfermedad y los comportamientos en salud, ha probado ser una efectiva técnica para explorar las actitudes y pueden ser usados para examinar no solo lo que la gente piensa, sino, cómo piensa y por qué piensa de determinada manera.¹⁷⁷

Se estructuraron en 6 grupos, compuestos por 25 personas cada uno (aunque en momentos determinados no participaron todos, se exigía un mínimo de diez personas) de diferentes edades según la muestra, (la heterogeneidad, porque facilitó la profundización desde diversas perspectivas del problema); se les explicó la importancia de este intercambio en el proceso de investigación y la necesidad de tomar notas para obtener la mayor cantidad de información posible.

Se seleccionó un moderador habilitado para organizar de manera eficiente estos grupos; se redactó una guía de temáticas y se discutieron hasta agotarla. Se manejaron las emociones cuando estas surgieron y se obtuvieron significados para los participantes en su propio lenguaje, experiencias y conocimientos. Luego se tomaron acuerdos a partir de las notas y se redactó el informe de la sesión. Este proceso transcurrió durante dos horas como máximo. Anexo2

Entrevista a profundidad: la entrevista a profundidad se concibió como una interacción social entre personas en las que van a generarse una comunicación de significados. Es un proceso de entendimiento y confianza mutua entre entrevistador y entrevistado. Lo que se persigue es desarrollar sentimientos de confianza y permitirles hablar sobre temas y aspectos que conoce o ha experimentado sobradamente.¹⁷⁸

Las entrevistas se realizaron en una vivienda del asentamiento, con las condiciones creadas para este fin y realizadas por el autor o profesionales de enfermería, según el momento de la misma, sobre la base del entendimiento y confianza mutua. Los temas a tratar quedaron a la libre discreción del entrevistador. Se previeron los dispositivos electrónicos necesarios para las grabaciones con consentimiento de los entrevistados, las que no reportaron dificultades a la hora de procesar la información. Se realizaron los días lunes y viernes en las tardes, a fin de transcribirlas al siguiente día, lo que permitió recordar comportamientos verbales y no verbales expresados e iniciar algunas reflexiones que maximizaron la oportunidad de descubrir elementos similares en los criterios de los pobladores.

Se realizó a los once informantes clave con el objetivo de obtener información fidedigna de la realidad existente en la comunidad desde su fundación, sus creencias, rituales, cultura, con el propio lenguaje de los sujetos y las formas en que expresan sus vivencias. Anexo 3

Entrevista abierta: como técnica de obtención de información permitió describir e interpretar aspectos de la realidad que no son directamente observables, tales como los sentimientos, impresiones, intenciones o pensamientos, así como acontecimientos del pasado que solo permanecen en la mente de los sujetos.¹⁷⁹

Fue entregada en un material impreso, leída y recogida por el autor y los prestadores o facilitadores de esta investigación (profesionales de enfermería), donde se prepararon dos locales de una cooperativa agropecuaria “Las Delicias”, con condiciones de iluminación y de estructura, donde los participantes pudieron darles respuestas a las interrogantes de la entrevista. Se realizaron en dos sesiones indistintamente, pero, se convocó a otra sesión extraordinaria por ausencias: enfermedad, fuera del asentamiento y por desmotivación. Se recogieron y se analizaron posteriormente. Anexo 4

Observación no participante: la observación es científica cuando se observa de manera intencional y planificada, con un objetivo claro, definido y preciso sin manipularla ni modificarla, tal cual ella discurre por sí misma,¹⁸⁰ por lo que el investigador tomó este referente y se implicó en los acontecimientos y fenómenos al observar la vida social y compartir las actividades fundamentales que realizan las personas e interactuar en diferentes ambientes y facetas como se pudo.

El periodo de observación transcurrió durante cuatro meses con una frecuencia de dos veces a la semana. Se registró en las notas de campo todo lo observable, incluyendo citas escuchadas a los pobladores.

Fueron observadores tres profesionales de enfermería, dos psicólogos especialistas en antropología y el autor, a fin de evitar sesgos personales y tener distintas perspectivas. Se realizó en áreas del consultorio, en la bodega, y en la escuela donde acuden los padres y familiares al llevar y recoger a sus hijos en la mañana y tarde, además de las visitas de terrenos planificadas por enfermería. Para minimizar el efecto del observador, se utilizó la técnica de dos observadores simultáneos de forma independiente. Se reconoce que en semanas de contingencia, dígame por campañas de vacunación, inclemencias del tiempo y actividades del área de salud, los procesos de observación se afectaron

pero se reanudaron sin dificultades. Anexo 5

Validación de los instrumentos confeccionados para el estudio etnográfico

Antes de aplicar los instrumentos creados, se realizó su validación y la propuesta de aplicación para este contexto rural. Se procedió para la misma, la búsqueda de profesionales con trabajos en intervenciones comunitarias y con experiencias en el uso de técnicas etnográficas. También se consideró en la "población de expertos" para esta validación, a los profesionales que reunían algunos de los requisitos relacionados con la calificación, tiempo de trabajo en el sector o vinculados de algún modo a esa área, así como docentes de nivel universitario con experiencias en la formación postgraduada, la asistencia y la investigación relacionada con la actividad.

Se dispusieron de once profesionales como sigue: cuatro doctores en Ciencias Psicológicas, profesores titulares y dedicados a estudios de Antropología Sociocultural; una doctora en Ciencias de la Salud, profesora titular; una doctora en Ciencias Sociológicas, profesora titular; una doctora en Ciencias Filosóficas, profesora titular y cuatro profesionales de enfermería con la especialidad de Enfermería Comunitaria y con competencias demostradas, además activos en la atención primaria de salud y con más de 30 años de experiencia.

Se realizó un taller de expertos de cuatro sesiones en el salón de reuniones de la vice-rectoría docente de la Universidad Médica. En este se analizaron todos los aspectos a evaluar en cada instrumento, los cuales se sometieron a debate y se ajustaron en función de consenso.

El grado de experticia de los especialistas participantes en la evaluación de los instrumentos para su aplicación influyó decisivamente en la exactitud y fiabilidad de los criterios que ellos ofrecieron. Al concluir este proceso se utilizó para la validación de los mismos el método colorimétrico diseñado por el Dr. François Régnier, llamado Ábaco de Régnier.¹⁸¹ Anexo 6

Los resultados de la validación de los instrumentos para el estudio, permitieron la realización de una matriz DAFO y sus campos de fuerza que se exhiben en el capítulo III.

Recolección y procesamiento de la información del estudio etnográfico

La recolección y el análisis de los datos obtenidos de los miembros de la comunidad a través de las diferentes técnicas ocurrió prácticamente en paralelo y se preservó la naturaleza textual de las informaciones referidas por los pobladores en cada una de las técnicas aplicadas y la observación, hasta la saturación (momento en que los datos dejaron de aportar algo nuevo y la información se hizo repetitiva o redundante).

Cabe señalar que las unidades o segmentos de significados se analizaron tal como se recolectaron en el campo (en el lenguaje de los participantes, aunque las expresiones fueran gramaticalmente incorrectas, la estructura incoherente, faltas de ortografía e incluso lenguaje soez).

En este proceso, la acción esencial consistió en la estructuración de la información contenida en los datos recolectados ya que los mismos eran muy variados, además de las anotaciones o grabaciones durante el trabajo de campo, como una fuente de datos importantísima que se agrega al análisis en los grupos focales.

Sin embargo, a pesar de la falta de estructura de los datos tomados, no se encontraron inconsistencias o falta de claridad en el entendimiento del problema planteado, por lo que no fue necesario el retorno al campo o contexto para adquirir más datos o dilucidar la información.

Durante el análisis, válido para todas las técnicas aplicadas, el investigador tomó un segmento de contenido y las notas de la observación, se analizaron exhaustivamente y cuestionó el significado, lo que dice, y a qué se refiere, luego otro segmento y lo comparó en términos de similitudes y diferencias. Si los segmentos eran distintos en términos de significado y concepto de cada uno, indujo una categoría (o bien, consideró que no posee un significado para el planteamiento), al ser similares, promovió una categoría común. Se extrajo un tercer segmento, y se analizó conceptualmente en términos de significado; del mismo modo, lo contrastó con los dos anteriores, se evaluaron similitudes y diferencias, se introdujo una nueva categoría o se agruparon con otros.

Se consideró un cuarto segmento, se repitió el proceso, y así sucesivamente (a este procedimiento se le denomina “comparación constante”).¹⁶⁸

El investigador, al tener constituidas todas las categorías, les asignó un código. El número de categorías se expandió cada vez más cuando este identificó otras unidades. Estas crecieron conforme y se revisaron más unidades de análisis. Desde luego, al principio de la comparación entre unidades se crearon varias categorías; pero al avanzar hacia el final, el ritmo de generación de nuevas categorías descendió al realizarse la síntesis y agrupamiento de estas para su transformación. Cuando la disposición de datos conlleva además un cambio en el lenguaje utilizado para expresarlos, se habla de transformación de los datos.¹⁶⁸

Otro aspecto importante a señalar es que aparecieron con frecuencia categorías, que por su importancia en la investigación fueron cuantificadas, donde el autor coincide con Sampieri y Rodríguez Gómez, al expresar la posibilidad de cuantificar lo cualificable.^{168, 182}

Se establecieron tablas con filas y columnas, ubicando códigos y categorías, lo que permitió arribar a resultados o conclusiones. Anexo 7

También en coincidencia con Rodríguez Gómez, la tarea de extraer conclusiones no puede circunscribirse a ningún momento particular del proceso de análisis.¹⁸² En esta investigación la lectura inicial de los datos hicieron aflorar en el analista impresiones que conformaron los primeros resultados o conclusiones provisionales.

Antes de comenzar las tareas de codificación, la lectura de los resultados de las técnicas aplicadas permitió anotar las ideas fundamentales, los acontecimientos, normas o conductas más relevantes en relación con el tema de estudio. Las interpretaciones tentativas acerca de los mismos quedaron anotadas en forma de comentarios a los datos, fueron modificadas, revisadas a lo largo del análisis y constituyeron un germen primario de los resultados o conclusiones del estudio.

Al obtener los resultados finales de este proceso cualitativo el investigador adoptó medidas para incrementar la “credibilidad” al establecer estancias prolongadas en el campo, lo que ayudó a disminuir distorsiones o efectos provocados por su presencia y demás profesionales. De este modo se dispone de más tiempo para analizar las notas tomadas y profundizar en las reflexiones, así como evaluar los cambios en las percepciones durante su permanencia.

Otro elemento de credibilidad fue la triangulación metodológica (varios observadores y entrevistadores que recolectaron el mismo conjunto de datos), con el fin de obtener mayor riqueza interpretativa, analítica, amplitud y profundidad, basándose en los juicios emitidos sobre su correspondencia entre los hallazgos y la realidad.

La información final recogida e interpretada, permitió organizar una matriz DAFO y sus campos de fuerza, lo que produce evidencia de precisión y objetividad. Se describen los resultados obtenidos por cada una de las técnicas aplicadas y la observación en el Capítulo III, lo que facilitó la fundamentación, el diseño y ejecución de la estrategia de intervención socio sanitaria a través de sus líneas de acción.

Identificación del estado de salud de la población a partir del Análisis de la Situación de Salud, la historia clínica familiar y encuesta realizada sobre información acerca de ITS y de enfermedades no transmisibles

El análisis de la situación de salud (ASIS) es una actividad necesaria en el nivel primario de atención, que tiene como propósito identificar las características socio psicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que inciden en la salud de la población, así como los problemas de salud que presentan los individuos, las familias, los grupos y la comunidad en su conjunto, para desarrollar acciones que contribuyan a su solución,¹⁸³ instrumento que a juicio del autor evidencia la teoría de Leininger, Henderson y Oren.⁸⁶

Para la revisión del ASIS de la comunidad se evaluaron los siguientes componentes de forma integral por parte de los profesionales de enfermería y el autor de la investigación:

1. Descripción de la situación socio histórica y cultural del territorio.
2. Caracterización socio demográfica de la población.
3. Identificación de los riesgos a nivel comunitario, familiar e individual.
4. Descripción de los servicios de salud existentes y análisis de las acciones de salud realizadas.
5. Descripción y análisis de los daños y problemas de salud de la población.
6. Análisis de la participación de la población en la identificación y solución de los problemas de salud.
7. Análisis de la intersectorialidad en la gestión de salud en la comunidad.
8. Tratamiento metodológico de la información.

9. Situación de salud de la comunidad.

10. Elaboración del plan de acción.

Al análisis de la participación de la población en la identificación y solución de los problemas de salud, (sexto componente del ASIS) se le incorporó el sentido de pertenencia hacia la comunidad, al enriquecer este, dado su contenido y de acuerdo con el modo en que se expresó en la población y en el territorio.

Se revisó la historia clínica familiar de forma tal que se consideró esta como unidad de análisis, lo que permitió el cálculo de indicadores familiares para identificar riesgos específicos de interés a dispensarizar en este estudio y para facilitar las acciones propuestas.

Por otra parte, para identificar el nivel de conocimientos de la población diana que no registra el ASIS ni la historia clínica familiar, se hizo necesario para completar el estudio, diseñar por el autor de la investigación y estos profesionales de enfermería, una encuesta sobre información acerca de las ITS y de enfermedades no transmisibles, las que se presentaron al consejo científico de la facultad de medicina de la Universidad Médica de la región y validaron por expertos. Anexo 8

Variables y definiciones. (Operacionalización). Anexo 9

Procesamiento de la información cuantitativa

Los datos obtenidos del ASIS, se incluyeron en una base de datos en Microsoft- Excel, cuya estructura se creó en correspondencia con los objetivos del estudio. Previo al análisis estadístico de los datos se realizó análisis exploratorio a través de métodos de estadística descriptiva. Ello permitió detectar errores de cálculo, omisión u otro, así como la subsanación de estos.

Para la caracterización de la comunidad desde la perspectiva histórico-social y de salud se calcularon frecuencias relativas y absolutas. Los datos se exportaron al paquete de programas SPSS en su versión 21, en el que fue procesado. La información se presenta en tablas.

En todos los casos se empleó la Prueba de Mc Nemar. Para la evaluación a largo plazo se aplicó la Prueba Q de Cochran. Todas las pruebas de significación consideraron un nivel de significación del 5%. La información se presenta en tablas con vistas a mejorar su comprensión.

Identificación de necesidades de aprendizaje a profesionales de enfermería del área de salud al que pertenece la comunidad objeto de estudio

El área de salud a la que pertenece este asentamiento contó con sesenta profesionales de enfermería (N-60) en su totalidad en el momento del estudio, los que prestaban servicios en la comunidad estudiada de forma rotativa, y a los que se les aplicó un cuestionario con el objetivo de identificar necesidades de aprendizaje acerca de las disciplinas de las ciencias sociales, además de conocimientos salubristas importantes a reforzar y actualizar, básicas para el trabajo comunitario, que admitió facultarlos con las preparaciones y habilidades necesarias para aplicar la estrategia de intervención socio sanitaria diseñada, que junto a la clave y normas de calificación aparecen registrados en el Anexo 10.

Los conocimientos de cada disciplina que se indagaron y desarrollaron en los encuestados respondieron al análisis del plan de estudios revisado por el autor y a los criterios de los expertos para la selección de los contenidos que se desarrollaron en el plan de capacitación como componente de la estrategia, además a los objetivos de la investigación, al contexto, a las necesidades de los propios profesionales para ampliar su preparación en los escenarios de la comunidad o nivel primario de atención y para ejecutar la implementación de la estrategia de intervención socio sanitaria.

Validación del cuestionario y del plan de capacitación

Para la validación del cuestionario y el diseño del plan de capacitación se conformó un equipo de doce expertos dada su experiencia laboral, docente e investigativa por más de diez años y su preparación científico-técnica en el tema de las ciencias sociales con aplicación en el sistema de salud, los que se reunieron en el salón de la rectoría y realizaron un taller de cuatro horas de duración en una sesión de trabajo.

El perfil profesional estuvo conformado por tres psicólogos doctores en ciencias y profesores titulares de la Universidad de Camagüey; dos antropólogos doctores en ciencias y profesores auxiliares de la Universidad Médica de Camagüey; un jefe de servicios del nivel primario de atención; un médico especialista en Medicina Interna, profesor auxiliar del municipio de Salud Pública; dos sociólogos doctores en Ciencias Sociológicas, profesores titulares pertenecientes al Centro de Estudios Sociales de la propia Universidad Médica de Camagüey y dos profesionales de Enfermería, una de ellas

doctora en ciencias pedagógicas y profesora titular y la otra aspirante a doctora en Ciencias de la Enfermería, profesora auxiliar y especialista en Trabajo Comunitario, ambas docentes de la propia universidad.

En este proceso interactivo se realizaron diferentes preguntas de intercambio entre los miembros y se indagó desde lo metodológico el contenido propuesto en el cuestionario y la capacitación para obtener información y llegar al objetivo propuesto.

2.4.2 Etapa II. Diseño e implementación de la estrategia de intervención socio sanitaria

Se asume para esta investigación que la estrategia de intervención socio sanitaria es un conjunto de actuaciones o intervenciones destinadas a la atención de las personas que, por sus especiales características o por su situación de vulnerabilidad social necesiten de la atención simultánea de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, independencia, mejorar la calidad de vida y favorecer la práctica social y su bienestar personal.

Una vez realizado el diagnóstico, el autor consideró el desarrollo de una **estrategia de intervención socio sanitaria** a la población objeto de estudio con el desarrollo de doce líneas de acción y una capacitación a los profesionales de enfermería desde las disciplinas de las ciencias sociales, las que se organizaron con una dinámica de interacción holística, apropiada al contexto en el que se realizó el estudio.

Definición de las líneas de acción y sus componentes

Capacitación a profesionales de enfermería desde las ciencias sociales, ejercicio de socialización, educación para la salud, cambios en los estilos de vida, provisión de los servicios de salud y accesibilidad, recreación, ocio y uso del tiempo libre, sentido de pertenencia y participación comunitaria, violencia, indisciplinas sociales, ecología, necesidades sentidas e intersectorialidad.

Componentes:

La estrategia de intervención socio sanitaria contiene objetivos por cada línea de acción, actividades presenciales y de terreno desde la perspectiva metodológica activa-participativa, analítica y explicativa, la que busca el interés y compromiso de los pobladores para el cambio. Se realizaron

acciones intersectoriales planificadas por el autor que implicó a los diferentes sectores del territorio para establecer compromisos con el trabajo comunitario.

La estrategia de intervención socio sanitaria corresponde a un tipo de investigación de desarrollo tecnológico sobre la base de la planeación estratégica, de sus recursos, medios y métodos que corresponden a estos objetivos.

Participaron 150 pobladores obtenidos de la muestra y 60 profesionales de Enfermería. Los criterios de inclusión consignados fueron verificados en esta, previa selección y asignación a los grupos. Se resalta que la capacitación a los profesionales de enfermería fue de forma constante, al tener presente la entrada y salida de otros.

Para la elaboración de la estrategia de intervención socio sanitaria, se tomaron como principales atributos¹⁸⁴ los siguientes:

Integralidad: entendida como la extensión de las actividades formativas a pobladores y profesionales, con énfasis en lo comunitario.

Flexibilidad: vertebrada sobre la base de los resultados del diagnóstico situacional y acorde a las potencialidades de la población objeto de intervención.

Factibilidad: que permita su aplicación en el contexto para el que se diseñó.

Reproducibilidad: que la metodología empleada sea reproducible en otros contextos y aplicable en contextos con similares características, siempre que se respete el entorno sociocultural de los pobladores.

Validación de la estrategia de intervención socio sanitaria

Para la validación de los temas o líneas de acción a los pobladores se utilizó la metodología propuesta por Moriyama,¹⁸⁵ para evaluar la calidad de la construcción de las líneas de acción que integran la estrategia de intervención socio sanitaria. La selección de los jueces expertos, se realizó teniendo como criterios, la experiencia profesional e investigativa en el ejercicio de la enfermería (especialistas en trabajo comunitario), ciencias psicológicas, sociológicas, antropológicas y las ciencias médicas para realizar un análisis integral del problema de estudio y las propuestas de las acciones socio sanitarias.

Se seleccionaron doce jueces expertos al seguir los criterios mencionados anteriormente, quienes respondieron el cuestionario de validación.

La caracterización de los jueces expertos es como sigue: tres profesionales de enfermería con la especialidad de Trabajo Comunitario; dos antropólogos; dos sociólogos con estudios de ruralidad; dos psicólogos especialistas en Psicología de la Salud; dos médicos especialistas en Medicina Interna y un especialista de segundo grado en Dermatología.

Se socializaron las líneas de acción consignadas en la estrategia de intervención socio sanitaria y fueron revertidas además en el manual como instrumento de apoyo. Se sometió a discusión y se consideró que se construyera una tabla con las líneas que la componen para resumir por los expertos su criterio de validación con las categorías evaluativas de Moriyama. Anexo11

Elaboración del plan de capacitación

El plan de capacitación se elaboró a partir de los resultados del cuestionario sobre las necesidades de aprendizaje identificadas en los profesionales de enfermería y de los criterios de los expertos. Se formularon los temas y contenidos de las diferentes disciplinas de las ciencias sociales, se plantearon los objetivos, se seleccionaron los ejecutantes, se planificaron las horas necesarias y puntualizaron las orientaciones metodológicas precisas. Anexo 12

El contenido teórico de la capacitación incluyó habilidades que les permitió a estos profesionales de enfermería interactuar con personas, familias, grupos y organizaciones, para conseguir cambios, promocionar el desarrollo de los mismos y mejorar sus condiciones y estilos de vida por medio de la utilización de los métodos y modelos de Sociología, Psicología, Antropología y Trabajo Comunitario, así como conocimientos salubristas (actualizados) e intersectoriales, haciendo un seguimiento con regularidad de los cambios que se producen en la comunidad para preparar la finalización de la estrategia de intervención socio sanitaria.

Objetivo general de la capacitación: desarrollar conocimientos y habilidades para implementar la estrategia de intervención socio sanitaria.

Validación del plan de capacitación

La validación de la capacitación a los profesionales de enfermería se realizó junto al cuestionario sobre necesidades de aprendizaje como se describe en ese apartado, significando que todos los componentes de la misma se socializaron de forma exhaustiva y fueron retroalimentados por los participantes, al finalizar se logró una construcción colectiva del programa de capacitación y se entregó al departamento de post grado para su aprobación e implementación.

Los mencionados argumentos permitieron al autor realizar los análisis necesarios y atender las sugerencias y recomendaciones de los participantes durante las actividades sucesivas que se describen en el programa.

Sensibilización de los principales actores y sectores

En la etapa de sensibilización de la población y de los diferentes sectores se editó y publicó con frecuencia trimestral un plegable informativo titulado “Mi Vida, Mi Comunidad”, enriquecido con fotografías de la localidad, promoción de actividades y exposición de resultados alcanzados con la cooperación de la comunidad apoyados en el reconocimiento de los implicados más destacados y expuesto en el mural del consultorio del médico y la enfermera (o) de la familia y otros escenarios de mayor afluencia de los pobladores. Anexo 13

Implementación de la estrategia de intervención socio sanitaria desde la capacitación a profesionales de enfermería y la definición de temas o líneas de acción a los pobladores

La Real Academia Española define implementar como “poner en funcionamiento, aplicar métodos, medidas para llevar algo a cabo.”¹⁸⁶

Una vez diseñadas y validadas las acciones desde las diferentes disciplinas atendiendo a los criterios de los expertos, se implementó el programa de capacitación para todos los profesionales de enfermería que laboraban en el año 2009 en el área de salud Policlínico Oeste “Tula Aguilera” que mantuvieran estrecha relación con la comunidad rural “El León” y viabilizar así la intervención socio sanitaria en dicha comunidad.

La implementación de la capacitación se realizó con un equipo multidisciplinario de profesionales en el campo de la educación para la salud, lo que le dio mayor rigor y confiabilidad a la preparación.

Para la implementación del desarrollo de las líneas de acción se estableció una comunicación empática con los pobladores con los objetivos de orientar e informar los procedimientos de cada actividad así como presentar a los profesionales que participaron en este proceso. Se les exhortó a asistir con la mayor frecuencia posible a las actividades programadas, comunicándoles además, que las ausencias a las mismas no serían invalidantes para continuar asistiendo a las sucesivas.

La estrategia de intervención socio sanitaria se implementó en la muestra escogida y se aplicaron las acciones diseñadas en una vivienda disponible y en el local que ocupa la Iglesia Pentecostal, ambos espacios con la privacidad necesaria y la disponibilidad de los recursos humanos necesarios para el exitoso desarrollo de esta actividad con la colaboración de los pobladores y otros sectores de la comunidad. Las acciones implementadas en cada sesión fueron enriquecidas por los participantes con elementos importantes que se tradujeron en propuestas positivas para el cambio, lo que evidenció un alto nivel de motivación para la transformación comunitaria.

Límites de tiempo: 6 años (2010-2016) incluyendo año de sostenibilidad.

Participantes: el autor de la investigación, profesionales de enfermería del área donde pertenece el asentamiento, otros profesionales de las Ciencias de la Salud, organismos estatales y la población de la muestra mencionada.

Responsables: el autor, profesionales de enfermería, la dirección del área de salud, organizaciones políticas y sanitarias de la provincia y del municipio de Camagüey.

Se intervinieron en un total de doce líneas de acción distribuidas en sesiones y sub sesiones que abarcaron un total de diecinueve temas desarrollados en treinta y siete horas compartidas en charlas educativas, audiencias sanitarias y cines debates. En correspondencia a las sesiones se desarrollaron actividades de terreno en la localidad donde los participantes aprendieron haciendo mediante la reflexión y discusión en grupos por temáticas, con una participación activa en las sesiones, en momentos de plenarios y al informar o presentar sus resultados.

El desarrollo satisfactorio de las líneas de acción demandó la presencia de un coordinador, médicos especialistas capacitados para el trabajo en conjunto sobre los temas de carácter salubristas y profesionales de enfermería.

Las sesiones de trabajo se dispusieron de la siguiente manera:

1. Se constituyeron seis grupos de veinte y cinco personas cada uno, con dos horas de trabajo por encuentro y una frecuencia semanal, fundamentalmente los sábados o domingos según la planificación para no causar desmotivación. Las sesiones podrían comenzarse hasta con diez o quince personas, según dificultades en la asistencia.
2. Se establecieron seis locales disponibles para las sesiones: tres en la casa culto y tres en una vivienda de la comunidad.
3. En las sesiones se incluyeron actividades recreativas dentro y fuera de la comunidad coordinado por el autor y otros organismos.
4. Se podían citar a más de una sesión, en dependencia de sus intereses y motivaciones.
5. Las sub sesiones se efectuaron porque uno o varios miembros de los grupos lo requerían, o por dificultades personales o laborales no asistían y los grupos estaban muy reducidos.

2.4.3 Etapa III. Evaluación de la estrategia de intervención socio sanitaria desde la capacitación a profesionales de enfermería y la definición de temas o líneas de acción a los pobladores

La evaluación de la capacitación se realizó a partir del análisis de los resultados del cuestionario antes y después de la ejecución del curso. Posteriormente se aplicó una guía de observación durante las actividades de terreno, a fin de corroborar los conocimientos y habilidades aprendidos. Anexo 14

En la estrategia de intervención socio sanitaria, desde las líneas de acción a los pobladores y previo al procesamiento de los datos, se realizó el análisis exploratorio de los mismos, mediante el empleo de métodos matemáticos y gráficos de estadística descriptiva. Ello permitió la detección y subsanación de errores, con la mejora de la calidad del dato obtenido.

Para evaluar los resultados del pre-experimento se utilizaron las mismas técnicas aplicadas en la fase de caracterización, (estudio etnográfico), el análisis de la historia clínica familiar, encuesta realizada y

finalmente la evaluación del ASIS. Se analizaron los resultados del grupo con respecto a la etapa inicial (línea de base), a los cinco años y un año después. La captura de los datos se realizó mediante la creación de Base de Datos -en EXCEL- en la que se transcribieron los datos consignados en los instrumentos elaborados para tal fin. El procesamiento de los mismos se efectuó a través de los paquetes de programas SPSS versión 21 y EPIDAT 4.1.

La evaluación para ambas unidades de la estrategia de intervención socio sanitaria se efectuó de forma continua, lo que permitió "controlar" y "medir" en tiempo real la evolución y el desarrollo de esta por lo que se pudo corregir y subsanar posibles carencias en su implementación al aprobarse nuevas metas a partir de los resultados obtenidos en función de la misión, visión y objetivos estratégicos que se exhiben en el capítulo III.

2.5 Ética de la investigación

Las políticas de salud están a favor de que se realicen investigaciones de este tipo; muestra de ello es el lineamiento político y económico número 159 aprobado por el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba, dirigido a fortalecer las acciones de salud, que contribuyan a incrementar los niveles de salud de la población con la participación intersectorial y comunitaria.

El desarrollo de este estudio cumplió con los presupuestos éticos para la investigación con seres humanos y su aprobación por los órganos competentes. Todos los participantes fueron informados sobre el objetivo de la investigación y cómo sería utilizada la información resultante de ella. Se les aseguró el anonimato y voluntariedad de su participación. Su vinculación al estudio fue mediante firma del consentimiento libre y esclarecido. Se tuvo en cuenta la Declaración de Helsinki.¹⁸⁷ Anexo15

2.6 Consideraciones finales del capítulo

La complejidad de la comunidad objeto de estudio y la ausencia de investigaciones previas en el diseño de una estrategia de intervención socio sanitaria en el contexto cubano rural exigieron al autor la conformación de un esquema metodológico en este capítulo. Se tomaron en cuenta un conjunto de elementos que permitieron afirmar que el trabajo cumple con los requerimientos exigidos para producir una tecnología válida, fiable y acorde a los principios éticos para las investigaciones en sujetos humanos.

CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN SOCIO SANITARIA IMPLEMENTADA

Los resultados de la aplicación de la estrategia de intervención socio sanitaria tienen como propósito facilitar a los profesionales interesados su replicación en otros contextos. Las etapas abordadas refieren su intencionalidad para favorecer al alcance de los resultados, además encierra aspectos que conseguirán ser ajustados al contexto en que se efectúe.

3.1 Limitaciones de la investigación

1. La investigación no tiene un grupo control o de comparación por no existir otra comunidad rural en la provincia con características similares. Además, la validez externa de los resultados se ve limitada no solo por lo antedicho, sino porque estos no se pueden atribuir estrictamente a la estrategia de intervención socio sanitaria realizada, dado el carácter del sistema de salud cubano y los principios que posee.
2. La duración de la investigación realizada pudiera devenir en factor confusor, a partir de los cambios intrínsecos de la población, más allá de la estrategia de intervención socio sanitaria desarrollada.

3.2 Etapa I: Caracterización del asentamiento y de los pobladores

Origen histórico de la comunidad rural "El León."

Asentamiento rural creado en 1961 para ubicar familias extraídas de la Sierra del Escambray, con el objetivo de realizar la histórica "limpia", donde por razones ajenas a su voluntad, se les impidió su retorno al lugar de origen, por lo que aparecen las primeras manifestaciones de inconformidad y descontento entre los pobladores. Esta reinscripción debió ser acompañada de acciones sociales que favorecieran y estimularan a los pobladores, que al no producirse se tradujo en un deficiente trabajo comunitario en sentido general hasta el inicio de la investigación.

Accidentes geográficos: el territorio se caracteriza por extensas llanuras interrumpidas por pequeñas elevaciones calcáreas, surcadas por ríos, riachuelos y cañadas, grandes sabanas que se utilizan para la ganadería, así como para la plantación de pastos y forrajes, en su mayoría improductivas por la

carencia de estímulos para la autogestión y autoabastecimiento, elementos que la distinguen negativamente de las comunidades adyacentes.

Situación socio-demográfica de la población rural “El León”. Año 2007

Tabla 1. Distribución de la población según grupos etarios y sexo

Grupos etarios	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
<1	10	0,98	14	1.37	24	2.3
1-4	10	0,98	13	1.27	23	2.3
5-14	20	1.96	20	1.96	40	3.9
15-19	98	9.63	80	7.86	178	17.5
20-49	70	6.88	131	12.88	201	19.8
50-59	62	6.09	151	14.84	213	20.9
60-69	80	7.86	61	5.99	141	13.9
70-74	86	8.45	59	5.80	145	14.3
75 y más	33	3.24	19	1.86	52	5.1
Total	469	46.07	548	53.83	1017	100,0

Fuente: Análisis de la Situación de Salud (ASIS), 2007.

En esta comunidad, el mayor aporte relativo de efectivos poblacionales pertenece al sexo femenino con 53,83 % vs 46,07%, es decir hay una diferencia de más de siete puntos porcentuales en favor de estas. Situación que se corresponde con el comportamiento de la pirámide, en poblaciones envejecidas, dado que la longevidad de las féminas es superior a la de los hombres. Sin embargo, un análisis hacia el interior de los grupos etarios permite apreciar que este comportamiento no es para todos los grupos y el hecho de que haya un predominio femenino en gran parte de la vida productiva, es decir, de efectivos jóvenes femeninos entre los 20 y los 59 años, nos obliga pensar que hay una emigración importante de hombres entre estas edades para las ciudades, en la búsqueda de mejores condiciones de vida y trabajo. La población comienza a manifestar características de pirámide invertida pues, aunque las mujeres en edad fértil alcanzan aproximadamente el 21 % de los pobladores, los grupos etarios entre 0 y 14 años no sobrepasan el 9 %, lo que advierte el envejecimiento inminente de la población (Tabla 1).

Este resultado coincide con la literatura revisada, donde se afirma que en las áreas rurales, el efecto del éxodo se deja sentir en el grupo de los adultos jóvenes (veinte a treinta años, aproximadamente).¹⁸⁸ Se suele considerar como un tipo especial de migración porque en ella, no solo se cambia de lugar

de residencia, sino también de profesión, además de modificaciones en los aspectos sociales, culturales y medioambientales de la vida urbana.¹⁸⁹

Tabla 2. Distribución de la población según escolaridad

Escolaridad	Número	%
Iletrado o incapacitado	10	1,0
Primaria sin terminar	44	4,3
Primaria terminada	354	34,8
Secundaria terminada	471	46,3
Preuniversitario terminado	75	7,4
Universitario terminado	6	0,6
No procede*	57	5,6
Total	1017	100,0

Fuente: ASIS e historia clínica familiar año 2007 * incluye los niños de círculo infantil o vías no formales y los menores de un año que no asisten a institución alguna.

La tabla 2 muestra la distribución de los pobladores de la comunidad objeto de estudio en virtud del nivel escolar. Obsérvese que la mayoría posee un nivel bajo, al consignarse el 46,3 por ciento en la categoría secundaria terminada, seguida por los que poseían primaria terminada con el 34,8 por ciento, para un subtotal entre las dos categorías de 81,1 por ciento. Solo el 8,0 por ciento había alcanzado o superado el nivel de preuniversitario. Ello se corresponde con lo esperado, dado los argumentos expuestos a lo largo del trabajo. Este elemento pudo tener un papel importante en el comportamiento respecto a la salud que la mayoría poseía, aspecto que se tuvo en cuenta para el diseño de la estrategia de intervención socio sanitaria, así como para lograr sus objetivos y el cumplimiento de su misión.

Los datos disponibles en el ASIS, relativos a la ocupación de los pobladores en edad laboral se encontraban de una forma que no permitieron su disposición en tablas. De ahí que fue menester su análisis de manera textual, sin recurrir a su presentación de manera tabular. En relación con ello, se apreció un predominio de trabajadores, seguido por estudiantes, jubilados y amas de casa. Los trabajadores en general se desempeñaban como obreros agrícolas y ganaderos, actividades más frecuentes en la economía de la zona.

Por otra parte, en relación con la organización social del poblado, la comunidad estaba integrada por doscientos tres núcleos familiares, con un tamaño promedio de entre cuatro y cinco personas y con tendencia a migraciones a otras localidades o comunidades de la provincia o fuera de ella. En la comunidad hay tres escuelas, dos bodegas, un consultorio del médico de la familia y cuatro centros de trabajo. No hay farmacias, de ahí que los pobladores tengan que comprar los medicamentos prescritos en la ciudad o en otras comunidades cercanas donde existan estas. Estos elementos se tomaron en cuenta en la estrategia de intervención socio sanitaria diseñada e implementada.

Resultados de la validación de los instrumentos del estudio etnográfico

La evaluación de los expertos estuvo a favor de la aplicación del Ábaco de Régnier a los especialistas seleccionados dado que su representación colorimétrica alcanzó una alta selección de las casillas con colores positivos en la evaluación de los instrumentos (verde oscuro y verde claro). Todos respondieron la escala de colores del ábaco. Ninguno se manifestó sin criterio y no se señalaron ítems con las tonalidades rojas.

Se realizó por instrumentos la siguiente evaluación:

En cuanto grupos focales señalaron en su totalidad el color verde oscuro como muy favorable.

En la entrevista a profundidad: solo hubo dos proposiciones que señalaron cautela (amarillo): la que correspondía al sentido de pertenencia de los pobladores, en la cual consideraron que el investigador debía explicar con claridad y en lenguaje muy sencillo su significación para que hubiera una correcta interpretación del mismo, también seleccionar con preferencia como informantes clave aquellos residentes fundadores de la comunidad a pesar de sus años cumplidos, y sin deterioro cognitivo.

En la entrevista abierta y la observación no participante no aparecieron señalamientos para su aplicación, coinciden todos con el verde oscuro.

De esta forma se perfeccionaron las propuestas iniciales de los instrumentos al considerarse aptos para su aplicación en la investigación.

Resultados de la aplicación de los instrumentos (estudio etnográfico)

El autor realizó el procesamiento de los datos cualitativos en cada una de las técnicas etnográficas aplicadas, sobre la base de lo expuesto en el apartado referido al procesamiento de la información cualitativa que se expone en el Capítulo II.

Grupos focales: los seis grupos focales funcionaron sin dificultades, por su nivel de motivación al develar los problemas de la comunidad desde una perspectiva crítica, democrática y de transformación; se condujo por el autor y profesionales de enfermería en las aulas creadas en un local de la iglesia Pentecostal y otras en una vivienda del asentamiento, con un promedio de quince participantes y con las condiciones requeridas de iluminación y materiales de apoyo.

Resultados del procesamiento:

- ✓ Ausencia de sentido de pertenencia con ciertos sentimientos de exclusión, por ser sucesores del conocimiento de una historia en la que primaba el deseo de regresar a su lugar de origen.
- ✓ Las familias tienen pocas oportunidades de recreación en que participen todos sus miembros. “Nunca viene nadie a darnos actividades, todo es un desastre, mis hijos prácticamente no conocen nada...”
- ✓ Ocio en la población joven y adolescente. “(...) No nos ofertan nada ni nadie viene a nada (...)”
- ✓ Estilos de vida poco saludables: elevado índice de tabaquismo, alcoholismo y sedentarismo.
- ✓ Poca participación comunitaria en el Análisis de la Situación de Salud y actividades programadas y no programadas.
- ✓ Necesidad de eliminar los micro vertederos y de limpieza de letrinas. “(...) Las letrinas cargadas y a mucho pedir... entonces vienen y ya (...)”
- ✓ Necesidad de una farmacia para obtener medicamentos sin tener que salir de la comunidad en busca de los mismos. “(...) la gente de salud cree que no necesitamos medicinas, nadie dice nada (...)”
- ✓ Necesidad de la existencia de transporte para trasladar enfermos en el horario nocturno, así como un transporte de entrada y salida a la comunidad al menos una vez al día. “(...) Si aquí se muere alguien (...) Vamos a ver quién carga con el muerto por falta de transporte (...)”
- ✓ Pocas ofertas de empleos.

- ✓ Pasividad de la comunidad. “(...) aquí a la gente no le importa nada y nadie hace nada por nada (...)”
- ✓ Necesidades sentidas “(...) ahora, las enfermeras y enfermeros dicen que nos van ayudar desde que se oye que venía un programa (...) también han venido dirigentes y dicen que nos van ayudar y que todo va a cambiar de verdad (...)”
- ✓ Ausencia de consultas multidisciplinarias en la comunidad por el equipo de salud del área al cual pertenece la comunidad. “(...) No viene nadie a consultar los que estamos necesitados de ver especialista (...) tenemos que ir al policlínico pasando mucho trabajo (...)”.
- ✓ Poca información sobre enfermedades transmisibles y no transmisibles por falta de Educación para la Salud. “ (...) Menos mal a la televisión, porque aquí nadie nos habla de nada de salud y cuando lo hacen es rápido como para cumplir meta (...)”
- ✓ Violencia física y verbal “(...)! las gentes se fajan por todo!(...) se insultan y se van arriba (...)”

Entrevista a profundidad: transcurrió sobre la base de una relación empática y asertiva, donde los entrevistados se sintieron cómodos y pudieron hablar libremente, lo que ofreció la oportunidad de sondear a fondo el objetivo de la misma.

Resultados del procesamiento: los entrevistados refieren textualmente “(...) Poco nos interesa la comunidad, nosotros no somos de aquí (...) vinimos del Escambray y nunca pudimos irnos (...) y para colmo nadie se ocupa de ella, ni siquiera el estado, estamos pasivos y nada (...) las personas no nos llevamos bien, cada uno hala pa' su lao (...) no hay recreación ni nada en que entretenernos (...) los médicos y enfermeros se van, y huyen a tiempo (...) los jóvenes no tienen como entretenerse y su única fiesta es tomar alcohol y fumar (...) aquí es comer, jugar cuando se puede con gallos, dominó y tomar algo (...) no participamos en na (...) porque no hay na (...) no hay donde se compren medicinas y la tienda muy mal (...) y de enfermedades pocos nos dicen (...) solo las gentes se fajan por cualquier cosa (...) aquí nadie viene a saber qué nos pasa y en qué nos pueden ayudar (...) La gente no cuida ni animales ni plantas (...)”

Las narraciones muestran actitudes con connotaciones negativas en cuanto a sentido de pertenencia y participación comunitaria, pérdida de tradiciones traídas de su lugar de origen (festejos colectivos en diferentes épocas del año y verbenas festivas propias de su entorno anterior) y no reactivadas en este nuevo asentamiento. Relaciones interpersonales de los pobladores con dificultades, identifican

la necesidad de mejorar la atención estatal en diferentes esferas de la vida, necesidad de modificar los estilos de vida comunitario en cuanto a recreación, empleo, falta de vínculo entre la comunidad y las entidades productivas, necesidad de servicio de una farmacia, de estabilidad del médico y enfermero (a) de la familia, además de servicios diurno y nocturno de transportación de enfermos y otras necesidades.

Entrevista abierta: realizada bajo las condiciones necesarias de la cooperativa de producción agropecuaria que prestó el local; los participantes no emitieron objeción en expresar sus sentimientos y opiniones al estar motivados por la investigación y sus resultados, permaneció un ambiente de diálogo abierto, de flexibilidad y libertad para contestar y argumentar las respuestas de la entrevista. Concluyeron en un ambiente cálido y de intereses compartidos.

Resultados del procesamiento:

- ✓ Mala situación económica de la comunidad, pasividad en los problemas, sin la participación de otros organismos para la gestión en el desarrollo local (proceso de intersectorialidad). “(...) nadie viene a traernos nada (...) un día vienen, traen algo, se van y creen que trajeron la gloria (...)”.
- ✓ Ausencia de actividades e información sobre EPS. “(...) no nos dicen nada de salud, figúrate si casi no viene (...) solo la televisión, el que la tiene sabe (...)”
- ✓ Necesidad de mejorar el estado constructivo de las viviendas. “(...) hay gente que vive re mal (...) a nadie le importa eso y se resuelve como podamos (...)”.
- ✓ Poca recreación en la comunidad por deterioro cultural. “(...) tantos grupos recreativos y aquí no viene nadie (...) no sé qué pasa con nosotros (...)”.
- ✓ Inestabilidad en la permanencia del profesional médico y de enfermería en el consultorio lo que impide la calidad de los servicios de salud. “(...) los médicos y enfermeras vienen y van y cuando vienen es rápido por acabar (...) ¡todo sale mal! (...)”
- ✓ Ningún sentido de pertenencia y poca participación. “(...) a todos nos da lo mismo (...) ¡ni hacemos nada y no nos importa nada y muchos menos participar en na! (...)”
- ✓ Ausencia del cuidado al entorno medio ambiental. “(...) nadie cuida ni árboles ni animales, aquí la gente no sabe de eso (...)”.
- ✓ Indisciplinas sociales. “(...) todo el mundo se faja y nadie respeta nada (...) muchos vertederos y se hace lo que tú quieras (...) por cualquier cosa nos decimos mucho, nos fajamos (...)”

- ✓ Sensibilización de diferentes sectores con la investigación “(...) ahora empezaron a venir gentes pa' saber que pasa en la comunidad (...) y dicen que nos van ayudar (...)”
- ✓ Pasividad de la comunidad; “(...) nadie quiere hacer por esto, esperamos que nos hagan (...)”

Observación no participante: las observaciones se realizaron sin tener dificultades y transcurrieron de una manera discreta por parte de los observadores, se tomaron las notas necesarias para enriquecer la investigación y se participó en diferentes momentos que las condiciones lo requería a fin de conocer una realidad necesaria, para crear líneas de acciones transformadoras.

Resultados del procesamiento

- ✓ Ocio en la población adolescente y adultos jóvenes.
- ✓ Violencia física y verbal.
- ✓ Falta de grupos de apoyo ante las dificultades de comunicación intrafamiliar tributario a niveles considerables de violencia.
- ✓ Poca participación de la población: en el Análisis de la Situación de Salud de la comunidad y actividades programadas y no programadas.
- ✓ Necesidad de servicios técnicos y de una farmacia.
- ✓ Necesidad de incorporar otro teléfono público ante urgencias.
- ✓ Necesidad de transporte diurno y nocturno para urgencias médicas y de otro tipo de necesidad.
- ✓ Escasez de oportunidades de empleos.
- ✓ Deficiente acceso a los servicios de salud.
- ✓ Ausencia de otras instituciones que ayuden a mejorar la comunidad.
- ✓ Poca oferta de productos liberados.
- ✓ Sedentarismo, hábitos de fumar y alcoholismo como opción a la recreación.
- ✓ Deterioro considerable de las viviendas.
- ✓ Presencia de algunos dirigentes interesados en la comunidad, después de iniciado el proceso de investigación.
- ✓ Insatisfacción de los servicios de salud.
- ✓ Pasividad de los pobladores ante sus problemas y los de la comunidad.

Resultados de la triangulación

- ✓ Confirmación de poco sentido de pertenencia de los pobladores a la comunidad.
- ✓ Violencia física y verbal.
- ✓ Pasividad de la comunidad ante sus problemas.
- ✓ Dificultades en las relaciones interpersonales entre los pobladores y dentro de la vida familiar por comunicación deficiente y peleas físicas y verbales.
- ✓ Pobre o ningún servicio de recreación para todos y en especial niños y niñas, adolescentes y jóvenes.
- ✓ Poco acceso a servicios de salud especializados: consultas multidisciplinarias planificadas en el consultorio y visitas de profesionales de estomatología que permita mayor calidad de vida asociada a la salud.
- ✓ Ausencia de transporte diurno y nocturno para el traslado de enfermos y otras urgencias, además para satisfacer demandas de la población necesitada y necesidades de la vida cotidiana.
- ✓ Necesidad de otro teléfono para urgencias o de carácter personal en la comunicación.
- ✓ Falta de mantenimiento en las viviendas y la necesidad de nuevas construcciones.
- ✓ Poco o ningún servicio gastronómicos, ni técnicos.
- ✓ Falta de participación de los pobladores en el Análisis de la Situación de Salud de la comunidad y como consecuencia, desconocimiento acerca de enfermedades transmisibles, no transmisibles u otras de origen biológico, psicológico y social.
- ✓ Ausencia de programas de Educación para la Salud.
- ✓ Estilos de vida poco saludables.
- ✓ Sedentarismo, hábito de fumar y alcoholismo como opción a la recreación.
- ✓ Pérdida de tradiciones y costumbres comunitarias: festejos en fechas de connotación familiar y de participación entre los pobladores: fines de años y conmemoración de días de las madres y padres que antes se hacían de forma colectiva.
- ✓ Indisciplinas sociales.
- ✓ Deficiente vínculo escuela-familia-comunidad en problemas de salud.
- ✓ Ocio en la población adolescente y adultos jóvenes.
- ✓ Poca o ninguna oferta de empleos a los pobladores jóvenes.
- ✓ Dificultades en la oferta de productos liberados y traídos de otras localidades que puedan ser adquiridos por los pobladores.

- ✓ El área ecológica afectada profundamente por la inexistencia de actividades educativas en la zona, lo que tributa a la falta de concienciación del mejoramiento del entorno y la reforestación de las áreas afectadas por la tala indiscriminada de árboles, presencia de micro vertederos y humos excesivos.
- ✓ Ausencia de servicios técnicos permanentes o ambulantes.
- ✓ Ausencia de farmacia.
- ✓ Falta de relaciones con otros sectores que apoyen los problemas comunitarios existentes.
- ✓ Necesidad de recursos materiales, que mejoren las condiciones de vida.
- ✓ Familias de convivencia intergeneracional, con el rol masculino dentro del hogar, propio del entorno cultural campesino con dificultades en la comunicación y poca satisfacción familiar por carencias materiales y espirituales lo que los mantiene en conflictos prácticamente diario.

Matriz DAFO y campos de fuerza a partir de los resultados obtenidos, que facilitaron las líneas de acción de la estrategia de intervención socio sanitaria.

DEBILIDADES:

1. Falta de sentido de pertenencia y participación ciudadana.
2. Indisciplinas sociales en todas sus manifestaciones.
3. Bajo nivel de escolaridad y cultura general.
4. Ausencia de recreación.
5. Estilos de vida deficientes y ausencia de programas de Educación para la Salud.
6. Violencia física y verbal.
7. Deficiente atención ecológica.
8. Pasividad de la comunidad que espera que todo sea resuelto desde niveles superiores.
9. Conciencia en los pobladores de no ser escuchadas sus necesidades por la dirección del gobierno de la comunidad.
10. Intersectorialidad deficiente para enfrentar dificultades de la comunidad y proporcionar el desarrollo comunitario.
11. Insatisfacción de los servicios de salud.

AMENAZAS:

1. La pretensión de homogenizar y multiplicar el trabajo comunitario en salud desde la perspectiva de los programas establecidos en la Atención Primaria de Salud, sin tener presente la dimensión cultural de las comunidades y los problemas intrínsecos de la misma.
2. La concepción del trabajo comunitario como una meta en la labor gubernamental, política y social.
3. Falta de recursos materiales para asistir adecuadamente a las comunidades rurales por la situación económica del país.
4. Falta de intercambio con dirigentes y demás directivos de la comunidad como política de salud y del partido ante las dificultades expresadas públicamente.

FORTALEZAS:

1. Interés de los dirigentes de la comunidad para la transformación y el desarrollo de la misma a partir de la investigación realizada.
2. Motivación de muchos pobladores con este proyecto, luego de haberse identificado con el autor y el equipo de profesionales de enfermería.
3. El apoyo incondicional de la iglesia protestante recién inaugurada.
4. Empoderamiento de los profesionales de enfermería con la investigación y al concluir la capacitación.

OPORTUNIDADES:

1. Reconocimiento de las instancias administrativas y gubernamentales a nivel macro de la necesidad de mejorar la comunidad desde la dimensión social y de salud a partir del proyecto de investigación.
2. El desarrollo comunitario rural como política del estado cubano y como prioridad del partido comunista de la provincia de Camagüey, reforzado después de iniciarse esta investigación.
3. Apoyo incondicional de las entidades académicas y del Ministerio de Salud Pública desde el inicio de la investigación hasta la implementación de la estrategia de intervención socio sanitaria, su evaluación y la etapa de sostenibilidad.
4. Interés real del área de salud al que pertenece la comunidad para su transformación y desarrollo local.

CAMPOS DE FUERZA:

La determinación de los campos de fuerza como cierre de la Matriz, hace más factible y operativa la realización del diseño de la estrategia de intervención socio sanitaria, ayuda a esclarecer aspectos que pueden favorecer u obstaculizar la concepción y ejecución de la misma.

Para la determinación de los Campos de Fuerza se deben responder las siguientes interrogantes:

FO ¿Cómo aumentar las Fortalezas y las Oportunidades? DO ¿Cómo disminuir las Debilidades y aumentar las Oportunidades? FA ¿Cómo aumentar las Fortalezas y disminuir las Amenazas? y DA ¿Cómo disminuir las Debilidades y las Amenazas?

¿Cómo aumentar las fortalezas y oportunidades?

FO1- Con el reconocimiento e interés político del gobierno y salud de considerar a los profesionales de enfermería como agentes de cambio dado su protagonismo en la comunidad.

FO2-La prioridad del PCC del distrito, municipio y provincia de Camagüey en consonancia con la motivación de pobladores para la ejecución del proyecto, luego de haberse estimulado con los ejecutores del mismo.

¿Cómo disminuir las debilidades y aumentar las oportunidades?

DO1- Con proyectos de investigación-acción que conlleven a un trabajo comunitario responsable y sostenible por profesionales de salud, sobre todo de enfermería, con conocimientos de ciencias sociales.

DO2- Con el interés del sector salud y del gobierno a partir de las investigaciones realizadas, unido a acciones intersectoriales competentes y sostenibles.

¿Cómo aumentar las fortalezas y disminuir las amenazas?

FA1- Con la prioridad de recursos materiales para asistir adecuadamente a la comunidad, así como el estado habitacional de los pobladores.

FA2- Con acciones desde las ciencias sociales y el apoyo de los profesionales de enfermería.

¿Cómo disminuir debilidades y amenazas?

DA1- Con mecanismos sostenibles para la estrategia de intervención socio sanitaria implementada y la ejecución de otras investigaciones que proporcionen bienestar y desarrollo de la comunidad.

DA2- Con atención siempre priorizada por el PCC y Salud Pública.

DA3-Con acciones intersectoriales permanentes que satisfagan demandas de los pobladores.

En resumen, el diagnóstico social que se realizó desde el punto de vista etnográfico se entendió como un acto de interpretación y análisis de una realidad compleja y dinámica, con una perspectiva de globalidad que trata de aprehender sus dinámicos con el objetivo de comprenderla con finalidad transformadora; se reconoce en este proceso la vigencia de las teorías de Leininger y Henderson.^{86, 116}

3.3 Etapa II. Resultados obtenidos del estudio cuantitativo con variables que caracterizan el estado de salud de la población antes de la implementación. (objetivo1)

❖ Factores de riesgo a la salud

Tabla 3. Estimación puntual e intervalos de confianza* de la presencia de factores de riesgo a la salud en pobladores por tipo, antes de la intervención

Tipo de factor de riesgo a la salud	Número	Porcentaje	Intervalo de Confianza
Biológicos	74	49,3	41,0-57,7
Psicológicos	101	67,3	59,5-75,2
Sociales	98	65,3	57,4-73,3
Ambientales	108	72,0	64,5-79,5
Factor de riesgo a la salud (engeneral)	134	89,3	84,1-94,6

Fuente: historia clínica familiar 2007 n=150* de 95 %

La tabla 3, tomada de la historia clínica familiar, indica la medición de variables individuales y del entorno recogidas en el modelo de Análisis de la Situación de Salud aplicado en la comunidad “El León”, en 2007. En ellas se brinda información relativa a la salud de esta. Así se presentan las estimaciones puntuales y por intervalo de confianza de 95 por ciento de los factores de riesgo para la salud vigentes en esta comunidad. Observe que 134 adultos tenían al menos un factor de riesgo, lo que representa el 89,3 por ciento de los pobladores investigados IC: [84,1-94,6]. Un análisis hacia el interior de estos permitió evidenciar que los ambientales, presentes en el 72,0 por ciento IC: [64,5-79,5], los psicológicos en el 67,3 por ciento IC: [59,5-75,2] y los sociales en el 65,3 por ciento IC: [57,4-73,3] constituyen los factores que afectan con mayor frecuencia a esta comunidad, en tanto que los biológicos en el 49,3 por ciento IC: [41,0-57,7] son los menos frecuentes, aunque afectan a casi la mitad de los investigados.

Prevalen en los riesgos ambientales dado a las graves dificultades en la evacuación de desechos

sólidos y líquidos, existencia de basureros prácticamente públicos, contaminación por humo excesivo y la tala indiscriminada de árboles; donde el investigador comparte con la nota descriptiva emitida por la Organización Mundial de la Salud al referir que un ambiente sin riesgos para la salud, satisface las necesidades básicas de una vida saludable, por lo cual se necesitan acciones correctivas o reparadoras, además de intervenciones a largo plazo, dirigidas a prevenir, eliminar o reducir los riesgos ambientales.¹⁹⁰

Sigue por orden de porcentaje los riesgos psicológicos donde el autor considera que está dado por las dificultades existentes en la comunicación interpersonal, los elevados niveles de ansiedad y la inestabilidad en el comportamiento; los riesgos sociales por altos índices de agresividad, conducta ociosa e indisciplinas sociales y los riesgos biológicos determinados en su mayoría por los pobladores que se encuentran expuestos a enfermedades zoonóticas tanto en sus viviendas como en sus centros laborales.

❖ Conductas de riesgo a la salud

Tabla 4. Estimación puntual e intervalos de confianza* de la presencia de conductas de riesgo a la salud en los adultos estudiados por tipo, antes de la intervención

Conductas de Riesgo a la salud	Número	Porcentaje	Intervalo de Confianza
Hábitos tóxicos	90	60,0	51,8-68,2
Tabaquismo	53	35,3	27,4-43,3
Consumo de café	58	38,7	30,5-46,8
Alcoholismo	17	11,3	5,9-16,7
Sedentarismo	116	77,3	70,3-84,4
Hipercolesterolemia	72	48,0	39,7-56,3
Enfermedades buco dentarias	52	34,7	39,7-56,3
Violencia	105	70,0	62,3-77,7

Fuente: historia clínica familiar 2007 n=150 *de 95 %

En relación con las conductas de riesgo que presentaban los pobladores durante la línea de base (antes de la intervención), en la tabla se aprecia que el sedentarismo presente en el 77,3 por ciento IC: [70,3-84,4], la violencia en el 70,0 por ciento IC: [62,3-77,7], y los hábitos tóxicos en el 60,00 por ciento IC: [51,8-68,2] son bastante frecuentes en estos pobladores. La apertura de estos últimos

permite apreciar que el consumo de café, presente en el 38,7 por ciento IC: [30,5-46,8] y el tabaquismo que afecta al 35,3 por ciento IC: [27,4-43,3] fueron los de mayor frecuencia, en tanto que las afectaciones buco dentarias sobrepasan la tercera parte de la población muestreada con el 34,7 de afectados IC: [39,7-56,3], y el alcoholismo es bastante infrecuente, 11.3 por ciento IC: [5,9-16,7] no coincidente con el estudio etnográfico que indica elevados índices, por ocio y desempleo.

Los cálculos muestran que hay prevalencia del sedentarismo al ser congruente con los elevados índices de violencia en la comunidad. Con riesgos a padecer enfermedades buco dentarias demostradas por falta de atención estomatológica tanto de los pobladores, poca higiene bucal y dificultades detectadas en las instituciones del área de salud que prestan estos servicios; con riesgos a padecer hipercolesterolemia, lo evidencia los malos hábitos alimentarios y chequeos médicos infrecuentes. Dentro de los hábitos tóxicos la mayoría de la muestra está comprometida con el café y el tabaco, lo que representa un reflejo cultural cubano.

Se observa que en las tablas 5, 6, 11, y 12, los resultados que se exhiben parten de los obtenidos en el estudio cualitativo, apoyado en Sampieri y Rodríguez los que consideran que no es un obstáculo para que los investigadores cualitativos recurran a la transformación de los datos textuales en datos numéricos y a su tratamiento cuantitativo con el objetivo de contrastar o complementar los resultados obtenidos por vías cualitativas^{168, 182}

❖ Participación Comunitaria

Tabla 5. Estimación puntual e intervalos de confianza* de la participación comunitaria en los adultos estudiados, antes de la intervención

Participación Comunitaria	Número	Porcentaje	Intervalo de Confianza
Con participación	22	14,7	8,7-20,7
Sin participación	128	85,3	79,3-91,3

Fuente: estudio etnográfico 2007 n=150 *de 95%

La tabla brinda información sobre la participación comunitaria de los pobladores objeto de investigación. Así, en el documento revisado se plantea que solo el 14,7 por ciento IC: [8,7-20,7] participaba en las actividades de la comunidad. Ello significa que, pese a los esfuerzos realizados por las organizaciones de masas y políticas, el proceso de participación era muy deficiente. Los pobladores desconocían la importancia que resultan las opiniones y debates para el mejoramiento comunitario de

de los programas sociales y de salud, esto parece estar influenciado por falta de motivación. Un estudio realizado en Pinar del Rio en 2015, demostró deficiente capacitación en dinámicas grupales y metodologías de intervenciones con participación comunitaria.¹⁹¹

❖ Sentido de pertenencia

Tabla 6. Estimación puntual e intervalos de confianza* del sentido de pertenencia en los adultos estudiados, antes de la intervención

Sentido de pertenencia	Número	Porcentaje	Intervalo de Confianza
Presente	60	40,0	31,8-48,2
Ausente	90	60,0	51,8-68,2

Fuente: estudio etnográfico 2007 n=150 *de 95 %

Otro aspecto explorado fue el sentido de pertenencia de los pobladores a la comunidad, categoría importante para el desarrollo del proyecto. Durante la exploración de esta se observó que, solo el 40,0 por ciento IC: [31,8-48,2] tenía sentido de pertenencia al asentamiento, y que si se compara con la participación comunitaria, aunque con porcentajes diferentes, resulta considerable para la investigación, lo que evidencia la necesidad de una intervención comunitaria. El sentido de pertenencia ocupa un lugar significativo en el éxito del trabajo comunitario y el desarrollo de la comunidad, este es un factor poderoso para movilizar a los pobladores, para plantearse metas comunes, y trabajar de conjunto por el alcance de estas.”⁵

❖ Información sobre infecciones de transmisión sexual

Tabla 7. Estimación puntual e intervalos de confianza* sobre información de infecciones de transmisión sexual, en personas de la población.

Infecciones de transmisión Sexual	Número	Porcentaje	Intervalo de Confianza
Sífilis	16	10,7	5,4-15,9
Condilomas	5	3,3	1,1-7,6
Blenorragia	121	80,7	74,0-87,3
VIH	130	86,7	80,9-92,4
ITS en general	109	72,7	80,9-92,4

Fuente: encuesta realizada 2007 n=150 *de 95 %

En la tabla 5 se indaga sobre la información por los pobladores de la comunidad acerca de las

infecciones de transmisión sexual. Note que la mayoría de la población tenía información sobre el VIH y la blenorragia, con porcentajes respectivos de 86,7 IC: [80,9-92,4] y 80,7 IC: [74,0-87,3]; sin embargo, la información sobre sífilis y condilomas es escasa con porcentajes respectivos de 10,7 IC: [5,4-15,9] y 3,3 IC: [1,1-7,6], lo que demuestra la necesidad de reforzar las campañas sobre sexualidad y de otros métodos activos de información, lo que coincidió con un estudio realizado en la comunidad de la Silsa, perteneciente al estado de Caracas, República de Venezuela,¹⁹² que demostró la falta de información sobre las infecciones de transmisión sexual en sentido general.

❖ Información sobre enfermedades no transmisibles

Tabla 8. Estimación puntual e intervalos de confianza* de la información que poseen los adultos de la comunidad sobre enfermedades no transmisibles, antes de la intervención

Enfermedades no transmisibles	Número	Porcentaje	Intervalo de Confianza
Cardiopatía Isquémica	76	50,7	42,3-59,0
HTA	101	67,3	59,5-75,2
Diabetes Mellitus	93	62,0	53,9-70,1
Asma	104	69,3	61,6-77,0
Demencia	22	14,7	8,7-20,7
Enfermedades Bucodentarias	21	14,0	8,1-19,9
Enfermedades Psiquiátricas	19	12,7	7,0-18,3
Enfermedades no transmisibles engeneral	49	32,7	24,8-40,5

Fuente: encuesta realizada 2007 n=150 *de 95 %. Nota: Se incluyó las enfermedades buco dentarias para no registrarlas de forma independiente.

La información de la comunidad sobre enfermedades no transmisibles también fue explorada (Tabla 8). Así, la mayor información se concentra en el asma bronquial, con el 69,3 por ciento IC: [61,6-77,0] la hipertensión arterial, con el 67,3 por ciento IC: [59,5-75,2], la diabetes mellitus 62,0 por ciento IC: [53,9-70,1] y la cardiopatía isquémica, con el 50,7 por ciento IC: [42,3-59,0], en tanto que la información que tienen sobre demencias, enfermedades buco dentarias y psiquiátricas no alcanza el 15 por ciento, lo que indica la necesidad de conocimientos sobre ellas para establecer una mayor terapéutica y enfrentamiento en condiciones de ruralidad. Las intervenciones de base comunitaria han demostrado que tienen efecto sobre la prevención de enfermedades no transmisibles, ya que actúan en el nivel individual, grupal y el ambiente social que determinan los comportamientos.¹⁹³ Las enfermedades

crónicas no transmisibles (ENT) son la primera causa de muerte a nivel mundial y generan una importante carga social, económica y de discapacidad,¹⁹⁴ es por ello que el autor considera que urge un nivel de información eficiente, que permita a las viejas generaciones y a las futuras, conocimientos generales de prevención.

Resultados de la identificación de necesidades de aprendizaje a profesionales de enfermería

Autores como Márquez Morales,¹⁹⁵ Prado Legrá,¹⁹⁶ Cásares García,¹⁹⁷ González Jaramillo,¹⁹⁸ Macías Llanes,¹⁹⁹ plantean la necesidad de la capacitación y que esta sea con calidad, con el propósito de garantizar la preparación de los graduados universitarios, completar, actualizar y profundizar en los conocimientos y habilidades que poseen, así como de alcanzar un mayor nivel de ejercicio profesional.

El autor coincidió con los criterios emitidos en el apartado anterior, cuando analizó los resultados del cuestionario que se aplicó a los profesionales de enfermería, el que evidenció la necesidad de una capacitación desde las ciencias sociales por encontrar déficits en los conocimientos generales de las disciplinas, no alcanzando una puntuación favorable en las respuestas emitidas en el cuestionario aplicado.

Resultados de la validación de la capacitación a profesionales de enfermería

La totalidad de los contribuyentes (once) consideraron con una votación unánime la aplicación del cuestionario y la realización del plan de capacitación para implementar la estrategia de intervención socio sanitaria. Se constató un alto grado de creatividad al corregir aspectos esenciales en el plan de capacitación para lograr la efectividad esperada.

Diseño e implementación de la estrategia de intervención socio sanitaria

Estrategia de intervención socio sanitaria: al proponer un conjunto de acciones sociales y sanitarias a partir del estado actual de la comunidad, desde la dimensión salud y el contexto social del asentamiento.

Socio sanitaria: porque mejora la construcción de los conocimientos, el desarrollo de las habilidades y valores necesarios para el buen control de enfermedades y una mirada social diferente al entorno

comunitario que permite el desarrollo local de la misma.

Efectiva: porque mejora de forma marcada los componentes deficitarios antes de la ejecución desde la perspectiva sanitaria y social.

Sostenible: porque se ha mantenido durante el tiempo con resultados satisfactorios, concientización de los profesionales y de los pobladores, así como de las autoridades sanitarias incluyéndose en los planes de atención a las comunidades durante el periodo 2017-2018.

Componentes de la estrategia de intervención socio sanitaria

Título: Estrategia de intervención socio sanitaria destinada a la transformación de la comunidad rural “El León” y un plan de capacitación a profesionales de enfermería desde las disciplinas de las ciencias sociales.

Misión: proveer acciones socio sanitarias, dirigidas a la comunidad rural “El León” para su transformación y desarrollar conocimientos y habilidades a profesionales de enfermería desde las ciencias sociales y salubrista, para la implementación de la estrategia de intervención socio sanitaria.

Visión: la estrategia de intervención socio sanitaria en la comunidad rural “El León” de la provincia de Camagüey y la capacitación a los profesionales de enfermería desde las ciencias sociales y salubristas se concibió como un proceso de desarrollo local que logró la integración de todos los sectores, la familia y la comunidad para su transformación.

Metas: enriquecer el componente de promoción, educación para la salud y la transformación de la comunidad desde las ciencias sociales a profesionales de enfermería y satisfacción de los pobladores por su transformación comunitaria.

Indicadores: evaluación de la transformación de la comunidad en los diferentes horizontes temporales (a los cinco años y al año como etapa de sostenibilidad) y evaluación del nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería después de la capacitación y un año después.

Objetivo General: desarrollar conocimientos y habilidades desde las ciencias sociales a los profesionales de enfermería y transformar la comunidad rural “El León”.

Objetivos estratégicos

1. Desarrollar acciones socio sanitarias dirigidas a la transformación de la comunidad.
2. Diseñar un curso de capacitación para los profesionales de enfermería desde las ciencias sociales y acciones salubristas.
3. Implementar acciones para fortalecer el vínculo con organizaciones políticas y de masa con la comunidad, cumplimentando el principio de la intersectorialidad.

Resultados esperados

La transformación de la comunidad desde su estado real hasta el estado deseado y el incremento de conocimientos desde las ciencias sociales y salubristas a los profesionales de enfermería.

Aspectos esenciales que objetivan la estrategia de intervención socio sanitaria

1. Las características histórico-sociales y de salud de la comunidad, así como sus necesidades sentidas, expresadas en la etapa de caracterización (ASIS, estudio etnográfico y encuesta realizada).
2. Evaluación y capacitación a profesionales de enfermería.
3. El criterio de expertos para la validación de la estrategia de intervención socio sanitaria desde la psicología de la salud, la antropología sociocultural, sociología de la salud, trabajo comunitario y conocimientos salubristas.
4. La aplicación de la matriz DAFO, a partir de los resultados obtenidos en el estudio y los campos de fuerza para establecer líneas de acciones.
5. Empoderamiento de los profesionales de enfermería con la investigación y los criterios del autor a partir de su experiencia asistencial e investigativa en las diferentes zonas rurales.

El diseño de la estrategia de intervención socio sanitaria resultó un proceso integral y dinámico al tomar los resultados de la capacitación a los profesionales de enfermería, el estudio realizado desde la perspectiva del ASIS, la historia clínica familiar, encuestas realizadas a los pobladores y los resultados del estudio etnográfico; se trianguló y se elaboró la matriz DAFO para conocer la

viabilidad de la misma y se construyeron las líneas de acción, reflejadas en un manual como instrumento de apoyo. Anexo 16

Esta estrategia de intervención socio sanitaria contuvo las líneas de acción, objetivos, temas, contenidos, lugar y responsables en los procesos de trabajo. Se implementó como se refiere en el capítulo anterior en el año 2010 y siguientes hasta 2015, y 2016 (año de sostenibilidad) por los resultados positivos recogidos. Las actividades diseñadas por cada línea de acción, se ejecutaron al inicio de forma semanal con el objetivo de estimular a los pobladores en la transformación comunitaria, luego se estableció de forma permanente cada quince días, hasta completar las líneas de acción y hacerlas sostenibles. Contuvo nuevas adaptaciones según las necesidades resueltas en la comunidad y modificación de conductas de los pobladores, así como otras que emergieron en el periodo de implementación (5 años). Se estableció un mapa de cumplimientos informativos al autor en cada trimestre según los resultados y evaluación de esta.

Líneas de acción	Temas	Contenidos	Lugar	Responsables
Línea 1	Objetivo: capacitar a los profesionales de enfermería desde las ciencias sociales para implementar la estrategia de intervención socio sanitaria.			
	Tema 1	Actividad 1	Lugar	Responsables
Capacitación a los profesionales de enfermería, desde las disciplinas de las ciencias sociales.	Las que se describen en el plan de capacitación.	Capacitación diseñada e implementada a profesionales de enfermería.	Policlínico al que pertenece el asentamiento.	Profesores de diferentes disciplinas.
Línea 2	Objetivo: sensibilizar a los participantes con la estrategia de intervención socio sanitaria para la transformación comunitaria.			
	Tema 2	Actividad 2	Lugar	Responsables
Socialización y sensibilización con la estrategia de intervención socio sanitaria	Significado e importancia de la estrategia de intervención socio sanitaria.	Ejercicio de socialización y sensibilización. Presentación del investigador y los proveedores participantes en el grupo. Se realizó una dinámica de grupo utilizando como herramienta una lluvia de ideas acerca de los problemas de la comunidad y sus posibles soluciones. A partir de los resultados	Local de la iglesia pentecostal .	Profesionales de enfermería y el autor.

		movilizó afectivamente a los participantes para comprender la necesidad del cambio con la participación de todos en el asentamiento. Cierre de la sesión: un compartir entre todos.		
Línea 3	Objetivo: elevar el nivel de conocimientos de la población sobre infecciones de transmisión sexual y enfermedades no transmisibles.			
	Tema 3	Actividad 3	Lugar	Responsables
Educación para la salud.	Información acerca de infecciones de transmisión sexual.	Talleres sobre generalidades de las ITS.	Consultorio médico.	Profesionales de enfermería y el autor.
		Actividad 4	Lugar	Responsables
		Charlas educativas sobre: etiología, formas de transmisión, pruebas de laboratorio, formas de prevención en condiciones de ruralidad. Cierre de la sesión: reflexión y debate. Se entregaron boletines informativos sobre el tema en diferentes puntos del asentamiento.	Consultorio médico.	Profesionales de enfermería y el autor.
		Actividad 5	Lugar	Responsables
		Audiencias sanitarias sobre: VIH sida, condilomas, blenorragia, sífilis y otras de interés comunitario como sigue: etiología, formas de transmisión, pruebas de laboratorio, creencias, opiniones y juicios de valor. Medidas profilácticas. Cierre de la sesión: reflexión y criterios acerca de lo aprendido, generando habilidades para la vida sexual y reproductiva.	Vivienda del asentamiento.	Profesionales de enfermería, dermatólogos, y el autor
		Actividad 6	Lugar	Responsables
		Charlas educativas: métodos anticonceptivos, modo de empleo y uso para la prevención. Cierre de la sesión: criterios de lo aprendido	Vivienda del asentamiento.	Profesionales de enfermería y el autor.

	Tema 4	Actividad 7	Lugar	Responsables
	Información sobre enfermedades no transmisibles.	Talleres sobre generalidades de enfermedades no transmisibles.	Vivienda del asentamiento.	Profesionales de enfermería y especialistas invitados.
		Actividad 8	Lugar	Responsables
		Talleres sobre: etiología, pruebas de laboratorio, evolución, incidencias en la comunidad, a partir de las de mayor prevalencia. Cierre de la sesión: reflexión, debate y propuestas de acciones en condiciones de ruralidad.	Vivienda del asentamiento.	Profesionales de enfermería y especialistas invitados.
		Actividad 9	Lugar	Responsables
		Creación de un espacio para informar a los participantes y población sobre nuevos servicios: Interconsultas de especialistas y de otros espacios de atención médica y pruebas de laboratorio. Cierre de la sesión: opiniones al respecto.	Consultorio médico.	Profesionales de enfermería y especialistas designados.
		Actividad 10	Lugar	Responsables
		Video debate sobre los principales problemas de la salud bucal en las comunidades rurales.	Consultorio médico.	Profesionales de enfermería y estomatólogos.
		Actividad 11	Lugar	Responsables
	Charlas educativas y proyección de videos. Cierre de la sesión: reflexiones y opiniones.	Consultorio médico.	Profesionales de enfermería y estomatólogos.	
Línea 4	Objetivo: sensibilizar a los pobladores sobre los significados reales de conductas dañinas a la salud.			
	Tema 5	Actividad 12	Lugar	Responsables
Cambios en los estilos de vida	Sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo y hábitos alimenticios.	Grupos de discusión acerca de sedentarismo, alcoholismo, tabaquismo y alimentación. Necesidades de cambio de conductas Cierre de la sesión: reflexión y debate.	Local de la iglesia pentecostal .	Profesionales de enfermería, profesores de educación física, agentes clave y el autor.

		Actividad 13	Lugar	Responsables
		Grupos de trabajo para la promoción de salud que incluyeron promotores de educación física y agentes claves de la comunidad para el fomento, dinamización y evaluación de las iniciativas y estrategias para este fin. Utilizando el círculo de abuelos los grupos de adolescentes y embarazadas.	Local de la iglesia pentecostal .	Profesionales de enfermería, profesores de educación física, agentes clave y el autor.
Línea 5	Objetivo: promover el acceso y cobertura universal de salud en las comunidades rurales.			
	Tema 6	Actividad 14	Lugar	Responsables
Provisión de servicios de salud y otros indispensables .	Servicios de salud en la comunidad y nivel de accesibilidad.	Coordinación de consulta de orientación sexual.	Consultorio médico.	Profesionales de enfermería dirigentes de salud y el autor.
		Actividad 15	Lugar	Responsables
		Coordinación de un punto de venta para preservativos.	Bodega	MINCIN
		Actividad 16	Lugar	Responsables
		Coordinación de interconsultas con especialistas a través del programa "Salud para todos".	Consultorio médico.	Universidad Médica y el autor.
		Actividad 17	Lugar	Responsables
		Coordinación de un laboratorio móvil para las pruebas indicadas.	Consultorio médico.	Área de salud y profesionales de enfermería.
		Actividad 18	Lugar	Responsables
		Coordinación para la realización de exámenes de mama (mamografía).	Policlínico al que pertenece la comunidad	Área de salud y profesionales de enfermería
		Actividad 19	Lugar	Responsables
Coordinaron con los programas "Sonríe con Salud" para la asistencia a la comunidad en los carros móviles.	Consultorio médico.	Universidad Médica, profesionales de enfermería y el autor.		

		Actividad 20	Lugar	Responsables
		Coordinación de una consulta bimensual para prótesis dental.	Policlínico al que pertenece la comunidad	Área de salud, profesionales de enfermería, y protesistas.
		Actividad 21	Lugar	Responsables
		Coordinación un grupo de trabajo con profesores de cultura física que presten servicios en la comunidad.	Comunidad	INDER y profesionales de enfermería
		Actividad 22	Lugar	Responsables
		Coordinación de consulta médica acompañada de un dietista.	Consultorio médico.	Área de salud, profesionales de enfermería y el autor.
		Actividad 23	Lugar	Responsables
		Coordinación para la vacunación humana y de animales afectivos.	Consultorio médico.	Área de salud y profesionales de enfermería
		Actividad 24	Lugar	Responsables
		Coordinación de consulta de psicología y de medicina general integral para la orientación acerca de violencia intrafamiliar y comunitaria.	Consultorio médico.	Área de salud, profesionales de enfermería y el autor.
		Actividad 25	Lugar	Responsables
		Coordinación para una venta gastronómica justa y adecuada.	Bodega de la comunidad	MINCIN
		Actividad 26	Lugar	Responsables
		Coordinación para el arreglo de viales.	Viales de la comunidad	Poder Popular y PCC del distrito.
		Actividad 27	Lugar	Responsables
		Coordinación para oferta de la telefonía pública.	Vivienda de la comunidad	ETECSA
		Actividad 28	Lugar	Responsables
		Adaptación de un local para farmacia que permitió el acceso oportuno de los pobladores a los medicamentos.	Comunidad	MINSAP

		Actividad 29	Lugar	Responsables
		Coordinación y estabilización de transportación pública permanente en la comunidad.	Comunidad	Poder Popular
Línea 6	Objetivo: ampliar el acceso equitativo a las actividades recreativas.			
	Tema 7	Actividad 30	Lugar	Responsables
Recreación, ocio y uso del tiempo libre.	El ocio como elemento social y cultural. La importancia de la recreación para la salud.	Cines debates, para que los participantes comprendieran la importancia de la recreación para su salud. Se intercambiaron criterios y se establecieron alianzas. Cierre de la sesión: se valoró lo aprendido y se tomaron acuerdos para ampliar los servicios recreativos en condiciones de ruralidad.	Local de la iglesia pentecostal	Profesionales de enfermería, promotores culturales y de cultura física.
		Actividad 31	Lugar	Responsables
		Charlas educativas sobre los beneficios de la recreación, bienestar, desarrollo y calidad de vida. Cierre de la sesión: reflexiones y opiniones.	Local de la iglesia pentecostal	Profesionales de enfermería y el autor.
		Actividad 32	Lugar	Responsables
		Charlas sobre la recreación como formación en valores, actitud recreativa, el entretenimiento como evasión, y la recreación como forma de participación.	Vivienda de la comunidad	Profesionales de enfermería y el autor
		Actividad 33	Lugar	Responsables
		Se realizaron "planes de la calle" para los niños.	Comunidad	Cultura física, profesionales de enfermería y el autor.
		Actividad 34	Lugar	Responsables
Se organizaron viajes a lugares recreativos.	Playa Santa Lucia, Los Cangilones, Las Clavellinas, La Barbacoa.	Dirigentes del asentamiento Poder Popular, UJC y PCC.		

Línea 7	Objetivo: promover la cohesión, participación y sentido de pertenencia para el desarrollo de la comunidad.			
	Tema 8	Actividad 35	Lugar	Responsables
Sentido de pertenencia y participación ciudadana	Sentido de pertenencia a la comunidad y participación en diferentes actividades programadas y no programadas.	Charlas sobre la importancia del sentido de pertenencia y la participación en el desarrollo de la comunidad, fortalecimiento de las políticas relacionadas con el acceso universal a la salud. Cierre de la sesión: se tomaron acuerdos para motivar la integración y participación comunitaria.	Local de la iglesia pentecostal .	Profesionales de enfermería y el autor.
		Actividad 36	Lugar	Responsables
		Plan de embellecer las fachadas y jardines con los recursos de los órganos locales y de los pobladores.	Comunidad	Poder popular, vivienda municipal, profesionales de enfermería y el autor.
		Actividad 37	Lugar	Responsables
		Campañas de higienización y auto focales en la comunidad.	Comunidad	Área de salud, consultorio médico, profesionales de enfermería y el autor.
Línea 8	Objetivos: sensibilizar a los pobladores respecto a la violencia como un problema de salud. Efectuar acciones de prevención a las manifestaciones de violencia en la comunidad.			
	Tema 9	Actividad 38	Lugar	Responsables
Violencia.	La violencia en los marcos de la comunidad.	Talleres sobre violencia en los marcos de la comunidad, características de la violencia física y psicológica, la violencia en niños y ancianos, repercusión de la violencia para la salud. La atención especializada e integral en materia de violencia. Información, orientación y pautas de intervención a las familias para poder prevenir el maltrato.	Vivienda del asentamiento.	Profesionales de enfermería y el autor.

		Cierre de la sesión: se hicieron reflexiones de todo lo aprendido y establecido.		
		Actividad 39	Lugar	Responsables
		Cine debate de la violencia dentro del marco familiar, violencia de género y de la ancianidad. Se tomaron acuerdos para ser implementados en la comunidad. Cierre de la sesión: reflexiones para evitar la violencia intrafamiliar en la comunidad.	Vivienda del asentamiento.	Profesionales de enfermería y el autor.
Línea 9	Objetivo: facilitar información, orientación y pautas de acciones coordinadas para poder prevenir las indisciplinas sociales.			
	Tema 10	Actividad 40	Lugar	Responsables
Prevención de Indisciplinas sociales.	Indisciplinas sociales en el entorno comunitario.	Talleres sobre los riesgos individuales y sociales de las indisciplinas y su repercusión en el desarrollo de la comunidad. Cierre de la sesión: se toman acuerdos para su accionar y se comprometieron a las autoridades sociales y políticas para que establecieran acciones.	Vivienda del asentamiento.	Profesionales de enfermería, líderes comunitarios, autor.
Línea 10	Objetivos: sensibilizar e informar sobre los beneficios a la salud del cuidado ecológico. Fomentar la participación comunitaria en las actividades que favorecen la salud ambiental.			
	Tema 11	Actividad 41	Lugar	Responsables
Ecología	Cuidado del medio ambiente.	Talleres y dinámicas de grupo sobre problemas ecológicos de la comunidad que afectan el medio ambiente y la salud. Cierre de la sesión: se tomaron acuerdos sobre acciones a implementar.	Vivienda del asentamiento.	Profesionales de enfermería y el autor.
		Actividad 42	Lugar	Responsables
		Reforestación en lugares devastados y objetos de tala indiscriminada, siembra de plantas ornamentales.	Entorno de la comunidad.	Profesionales de enfermería, el autor y pobladores

		Actividad 43	Lugar	Responsables
		Creación de un jardín medicinal.	Área del consultorio	Profesionales de enfermería, pobladores y el autor.
		Actividad 44	Lugar	Responsables
		Deschatarización y recogida de materia prima tanto en el hogar como en el entorno. Aplicar las medidas pertinentes para disminuir los vertederos y con ello la proliferación de vectores, fumigaciones y auto focal.	Comunidad	Profesionales de enfermería, comunales, pobladores y el autor.
Línea 11	Objetivo: satisfacer las necesidades sentidas por los pobladores.			
	Tema 12	Actividad 45	Lugar	Responsables
Satisfacción de necesidades sentidas.	Necesidades referidas por los pobladores del asentamiento.	Grupos de discusión sobre necesidades sentidas, nivel de y reporte de nuevas necesidades.	Vivienda del asentamiento.	Profesionales de enfermería y dirigentes de la comunidad.
Línea 12	Objetivo: satisfacer las necesidades sentidas por los pobladores.			
	Tema 13	Actividad 46	Lugar	Responsables
Intersectorialidad.	Acciones intersectoriales para el desarrollo socio sanitario de la comunidad.	Coordinación con dirigentes: MINED para reforzar actividades de educación sexual en jóvenes y adolescentes; INDER: para el apoyo de la conducción de actividades deportivas y de tiempo libre; CITMA: para el apoyo en la reforestación y eliminación de vertederos; MINCIN: venta de ropa reciclada y mejoría de ventas de insumos. Ferias de productos gastronómicos; Transporte: para el mejoramiento de la comunicación vial; Universidad de Ciencias Médicas: Aporte de materiales para realizar las actividades educativas y los servicios de estomatología y de salud en general; Poder	Según el lugar donde radique cada sector.	Profesionales de enfermería y el autor.

		Popular: participación activa de la delegada de la circunscripción en la estrategia de intervención socio sanitaria e intercambio con dirigentes a nivel municipal; PCC: intercambio con dirigentes que apoyaron las acciones de la estrategia; Iglesia Pentecostal: actividades educativas, local prestado para las actividades y acciones asistenciales a niños y ancianos.		
Total de líneas	Total de Temas	Total de actividades	Lugar	Responsable
12	13	46	Según corresponda	

El autor de la investigación realizó supervisiones frecuentes y acompañamiento a los prestadores de servicio de salud, facilitadores de la estrategia, lo que permitió una mayor seriedad y responsabilidad en la implementación de la misma.

No fue contabilizado el costo económico de esta estrategia de intervención socio sanitaria.

La validación de la estrategia de intervención socio sanitaria

La categoría de razonable y comprensible, para todos los elementos que se proponen de las ciencias socio sanitarias consideraron evaluarla en la escala de mucho, ya que todas las actividades son comprensibles y claras tanto para los profesionales de enfermería como para los pobladores a los cuales va dirigida cada una de las acciones.

La categoría de sensible a variaciones en el fenómeno que se mide, solo para las líneas de acción que tributan a la psicología de la salud, aceptan nueve expertos la escala de "Mucho", y dos de estos consideran la escala de "Poco", por argumentar la necesidad de tomar en cuenta las diferencias individuales en la implementación de las acciones, para el resto de las disciplinas, los once expertos consideran la escala de "Mucho".

Para la categoría con suposiciones básicas justificables o intuitivamente razonable, los once expertos valoraron la escala "Mucho", por considerar la metodología empleada, sus objetivos, y sus líneas

de acción comprensibles y fáciles de aplicar a cualquier población rural.

En la categoría, con componentes claramente definidos, es notable como los once expertos tomaron en consideración la escala “Mucho” para todas las líneas de acción de las disciplinas que se proponen por el autor al considerar la claridad con que se presentan y la facilidad de incorporar a cualquier nivel de escolaridad de esta población objeto de estudio. La categoría derivables de datos factibles de obtener, se señala que los once expertos coincidieron en escala “Mucho” para todas las líneas de acción de las disciplinas que se proponen por considerar que los sujetos aportarán datos e informaciones valiosas en las actividades donde participen.

Al resumir los cómputos muestran que solo para la disciplina Psicología de la Salud en la categoría de sensible a variaciones en el fenómeno que se mide se obtuvo 82 por ciento en la escala “Mucho” y 18 por ciento para la escala “Poco,” sin embargo se obtiene 100 por ciento para las demás categorías: sociología de la salud, antropología sociocultural, trabajo comunitario y las acciones salubristas e intersectoriales lo cual evidencia que es válida la implementación de la estrategia de intervención socio sanitaria.

Elaboración del plan de capacitación

Se elaboró a partir del criterio de los expertos y las necesidades de aprendizaje que refirió el resultado final del cuestionario aplicado.

Evaluación de la estrategia de intervención socio sanitaria desde la capacitación a profesionales de enfermería y la definición de líneas de acción a los pobladores

Durante la capacitación los profesionales de enfermería mostraron interés en el aprendizaje y desarrollo de habilidades de las diferentes disciplinas de las ciencias sociales e incentivaron a otros profesionales de áreas aledañas a participar en el curso. La efectividad del curso de capacitación se comprobó a partir del análisis de los resultados del cuestionario utilizado en los profesionales de enfermería antes y después de la ejecución de la capacitación y la aplicación de la guía de observación.

Las respuestas en el cuestionario aplicado después de la capacitación abordaron con precisión cada uno los temas relacionados a las ciencias sociales desde la teoría y la práctica; mostraron habilidades

sobre los temas cuando las respuestas positivas fueron argumentadas al dar soluciones temporales y definitivas a situaciones cotidianas que pudieran presentarse en su quehacer comunitario.

La guía de observación aplicada, demostró una preparación consciente y profunda de estos profesionales de enfermería después de la capacitación y durante la implementación de las acciones propuestas.

Al año después de la capacitación y la implementación de la estrategia de intervención socio sanitaria, se aplicó el mismo cuestionario y la misma guía de observación, lo que evidenció que estos profesionales obtuvieron conocimientos y habilidades que superaron la anterior evaluación, lo que el autor consideró como preparación sólida para mantener la sostenibilidad de la estrategia de intervención socio sanitaria y servir de referente a otros profesionales de las ciencias de la salud.

Quedó demostrado que en las intervenciones comunitarias el aporte de las ciencias sociales es indispensable para el estudio de las poblaciones tanto urbanas como rurales en condiciones especiales, así como para el diseño e implementación de intervenciones de cualquier naturaleza.

La evaluación de la estrategia de intervención socio sanitaria, desde la definición de las líneas de acción a los pobladores, se consideró a partir de los resultados de la aplicación de las técnicas empleadas al inicio del estudio y con el mismo procesamiento cualitativo y cuantitativo aplicado en el capítulo II.

Los objetivos estratégicos que aparecen representados en este mismo apartado son congruentes con el objetivo general de la investigación y los resultados esperados después de la implementación de la estrategia de intervención socio sanitaria dirigidos a la comunidad.

Un análisis al interior de la misión y de la visión de la planificación estratégica en esta intervención socio sanitaria permitió corroborar el éxito de este proceso de transformación comunitaria, junto al incremento de conocimientos y habilidades en los profesionales de enfermería. No puede obviarse aquí el factor de la inconclusión humana y el carácter muchas veces impredecible de las situaciones donde se desenvuelven los actos individuales y las interrelaciones con otras personas, las que fueron superadas en momentos determinados.

La planificación estratégica de esta intervención, tuvo un carácter dinámico, abierta a caminos y a

nuevas ideas, ya que la realidad fue tan compleja y diversa, que sobrepasó las expectativas iniciales previstas por el autor, logrando el estado deseado de la comunidad y la preparación de los profesionales de enfermería.

3.4 Etapa III. Resultados de la evaluación de la estrategia de intervención socio sanitaria

Estudio etnográfico después de aplicada la estrategia de intervención socio sanitaria

Grupos Focales:

En este periodo de recogida de información post intervención se mantuvieron los seis grupos que participaron desde el inicio de la investigación con muy poca movilidad dentro de ellos; con las mismas temáticas abordadas al inicio. Entre los resultados recogidos en esta etapa destacan:

- Aumento del sentido de pertenencia y arraigo a la comunidad.
- Aumento de la participación familiar en las actividades recreativas.
- Aumento de la disponibilidad de empleo para la población joven ociosa.
- Aumento de estilo de vida saludable: disminución del alcoholismo y el sedentarismo.
- Mayor participación en el Análisis de la Situación de Salud de la comunidad.
- Mayor suministro de medicamentos en el consultorio.
- Creación de huertos medicinales por los pobladores ante la incidencia de enfermedades.
- Disminución de micro vertederos y mayor frecuencia de la limpieza de letrinas por los servicios de Comunales.
- Reparación de los viales para el transporte.
- Disponibilidad de materiales para la construcción de una farmacia.
- Disponibilidad de transporte en el nivel central para trasladar enfermos en horario nocturno.

- Realización de consultas multidisciplinarias.
- Aumento de programas de educación para la salud con protagonismo del profesional de enfermería y participación devoluntarios.
- Aumento de la información acerca de enfermedades transmisibles y no transmisibles así como de los riesgos biológicos, psicológicos y sociales a través de las actividades implementadas en la comunidad.
- Incremento de asistencia social a pobladores necesitados.

Entrevista a profundidad. Se refieren los siguientes resultados:

- Aumento del sentido de pertenencia y arraigo a la comunidad dada las manifestaciones verbales de los entrevistados donde refieren: “(...) ahora se embellecen los jardines, las fachadas de las viviendas y hay interés de mejorar la comunidad (...)¿ustedes no lo ven? (...)”. Es una forma de evidencia, que se ha constatado en la realidad de la comunidad durante el proceso de observación.
- Rescate de sus tradiciones: refieren “(...) aquí hay muchas personas que celebran el fin de año con otras, que antes no era así (...) también comparten unos con otros y echan el agua en la puerta a las doce de la noche (...) se narran leyendas y tradiciones cubanas con niños pequeños (...) pero autorizado por la maestra de la escuela (...)”
- Mayor cohesión entre vecinos y mejores relaciones interpersonales y de convivencia. Refieren: “(...) aquí la gente nos estamos ayudando en cosas cuando a unos les falta y otros tienen (...) también cuando hay problemas de familias, enfermos o presos por algo (...) mira, el teléfono público es de todos y hablamos hasta de noche si queremos (...) la iglesia ha ayudado mucho, y hace comprender que debemos llevarnos bien entre todos (...)”. Evidenciado durante las visitas de terrenos y la observación no participante.
- Mayor participación comunitaria: “(...) ahora hay actividades deportivas y culturales, aunque sea cuando vienen los muchachos de Ciencias Médicas, pero, hay algo en que entretener a esta juventud (...) los vecinos aprendimos a participar en las visitas a las casas para hacer el auto focal (...)”. Las evidencias se aprecian en las actividades deportivas y recreativas, conducidos y apoyados por otros

organismos y la colaboración del programa “Salud para todos” y “Sonríe con salud” dos veces en el mes, liderado por jóvenes estudiantes de la Universidad Médica de Camagüey y miembros de la dirección provincial de salud, incluyendo acciones intersectoriales en conjunto con los pobladores como es el auto focal y el programa de reforestación y jardín medicinal.

- Mejoría de las consultas interdisciplinarias. Refieren: “(...) aquí vienen médicos de diferentes especialidades a vernos por cosas diferentes y se pasan el día, por eso nosotros los ayudamos en todo cuanto sea necesario (...)”. Evidenciado porque los pobladores no tienen que asistir al área de salud donde pertenece el asentamiento, los profesionales de las diferentes disciplinas por acuerdo con la dirección del policlínico y el consultorio del asentamiento, establecieron acuerdos permanentes de visitas quincenales a los pobladores en un horario de trabajo de ocho horas.
- Estabilidad completa del médico y profesional de enfermería. Refieren: “(...) ya tenemos médico y enfermeros permanentes, viven aquí con nosotros y vienen a la casa con frecuencia y cuando necesitamos algo (...)” Se evidencia con condiciones elementales de la vivienda para ambos, promovida por acciones intersectoriales, el consultorio convertido como lugar de residencia permanente y con un trabajo de terreno mantenido.
- Mayor información acerca de enfermedades transmisibles y no transmisibles: “(...) ya la gente tiene miedo enfermarse de muchas cosas y lo sexual también, conocen muchas cosas y dicen muchas cosas de esto, por eso los más jóvenes se cuidan (...)”. Evidenciado también en la encuesta realizada al finalizar la investigación y al año de sostenibilidad de esta estrategia de intervención socio sanitaria implementada, con la misma encuesta.
- Estilos de vida de la comunidad. Refieren: “(...) ya la gente aquí piensa diferente y hasta están un poco mejores para la alimentación y su forma de vivir (...)”. Se evidencia durante la consulta de terreno y la observación no participante en lugares como tiendas de víveres, el consultorio y las entrevistas, donde los pobladores establecen un discurso diferente desde la perspectiva de su calidad de vida.

Entrevista abierta: La entrevista se aplicó a la muestra designada, luego de haber transcurrido cinco años y un año después en la etapa de sostenibilidad, indicando los siguientes resultados:

- Discreta mejoría en el estado constructivo de las viviendas por la intervención del gobierno municipal y del distrito incluyendo la etapa de contingencia por desastres naturales (ciclón Irma).
- Permanencia del binomio médico y profesional de enfermería en el consultorio.
- Mayor sentido de pertenencia a la comunidad y deseos de participar en los problemas de salud de los pobladores, al buscar alternativas para su solución: “(...) se realizan actividades con esos programas que vienen y a veces traen cosas que ayudan mucho a la comunidad (...)”
- Mayor suministro de medicamentos en el consultorio.
- Reparación de los viales para el transporte.
- Creación de un club ecológico y de medicina natural y tradicional, donde los pobladores buscan alternativas médicas ante cualquier dolencia.
- Mayor cuidado del entorno ambiental con participación en la reforestación: “(...) la gente cuida mucho más las matas y árboles que siembran, porque con este calor, todo sería terrible (...)”
- Incremento de asistencia social a pobladores necesitados: “(...) al fin se enteraron que aquí hay pobres y que necesitan (...) felicidades a la gente que hizo esto posible (...)”.
- Aumento de la recreación y estímulos culturales que los pobladores han asumido con gran vehemencia: “(...) vienen los programas y felicidades y después viene la iglesia y felicidades también, ahora parece que todo va muy bien (...)”

Observación no participante: permitió la inserción total a una cultura desconocida para estudiar las vidas de los otros. El autor fue un residente o miembro a tiempo completo, lo que le permitió indicar los siguientes resultados:

- Mayor estimulación de adolescentes y adultos jóvenes hacia actividades de promoción cultural y de educación para la salud.
- Mayor sentido de pertenencia hacia la comunidad.
- Creación de un grupo de apoyo para dificultades intrafamiliares liderado por profesionales de

enfermería y la delegada de la circunscripción.

- Mayor participación comunitaria en el Análisis de la Situación de Salud.
- Acceso a servicios técnicos dentro de la comunidad.
- Mejoramiento de las comunicaciones telefónicas.
- Aumento de la información acerca de enfermedades transmisibles y no transmisibles así como de los riesgos biológicos, psicológicos y sociales a través de las actividades implementadas que repercuten en el conocimiento de todos los pobladores.
- Mejoramiento de los servicios de transportación nocturna para urgencias médicas.
- Incremento de asistencia social a pobladores necesitados.
- Aumento del acceso a los servicios de salud.
- Mayor oferta de productos liberados, debido a la autogestión comunitaria.
- Disminución del sedentarismo, alcoholismo y hábito de fumar por la interacción entre el profesional de enfermería y el culto Pentecostal.
- Mayor atención al estado constructivo de las viviendas en deterioro.
- Mayor atención intersectorial liderada por el profesional de enfermería.
- Mayor suministro de medicamentos en el consultorio.
- Creación de huertos medicinales por los pobladores ante la incidencia de enfermedades.
- Reparación de los viales para el transporte.

Triangulación de los resultados post implementación de la estrategia de intervención socio sanitaria:

La estrategia de intervención socio sanitaria al combinar varias opciones metodológicas, se conoce como triangulación. Diferentes autores han identificado cuatro tipos fundamentales de triangulación:

triangulación en los datos (uso de varias fuentes de información (la entrevista de personas con puntos de vista dispares) ; triangulación en los investigadores (trabajo y análisis cruzado de varios investigadores); triangulación teórica (aplicación de varias perspectivas teóricas en la interpretación de los datos) y triangulación metodológica (empleo de varios métodos para estudiar un problema: entrevistas, observaciones, cuestionarios, documentos y técnicas etnográficas),²⁰⁰ estas últimas trianguladas en este estudio y sus resultados se exhiben a continuación.

- Aumento de sentido de pertenencia y participación de la comunidad.
- Mayor participación de los pobladores en el Análisis de la Situación de Salud junto al profesional de enfermería y demás factores de la comunidad.
- Aumento del proceso intersectorial liderado por el profesional de enfermería.
- Disminución de las indisciplinas sociales por la interacción del profesional de enfermería y miembros de la comunidad y la casa culto protestante (Pentecostal).
- Mayor cuidado del medio ambiente promovido por las actividades que se programan de forma ininterrumpida.
- Incremento de asistencia social a pobladores necesitados.
- Mejoría en los abastecimientos gastronómicos de la población a través de compromisos intersectoriales creados y mantenidos en forma de convenios.
- Aumento de actividades recreativas en la comunidad para los diferentes grupos etarios planificado según corresponda.
- Aumento de consultas interdisciplinarias dentro de la comunidad.
- Mayor información de los pobladores sobre enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- Disminución de riesgos biológicos, psicológicos y sociales.
- Estilos de vida más saludables.

- Mejoramiento de las condiciones de los viales y del transporte.
- Creación de huertos medicinales por los pobladores.

Resultados de la estrategia de intervención socio sanitaria a partir del ASIS, historia clínica familiar y cuestionario realizado a los profesionales de enfermería

A continuación se describen los resultados obtenidos de la aplicación de la variable independiente, (estrategia de intervención socio-sanitaria), tanto para el personal de enfermería como para la población. Se analizan y se comentan los mismos representados por tablas, así como los publicados por otros autores en condiciones desemejanza.

En las tablas 9-14, aparece información relativa a las variables de respuesta principal y secundaria, medidas al inicio (línea de base), a los 8 meses post capacitación y un año después.

Tabla 9. Resultados de la evaluación de la intervención antes y después* (a los 8 meses) en los profesionales de enfermería por tipología de conocimientos.

Tipología de conocimientos	Momento I / Evaluación				X ² Mc Nemar	Prob**
	Antes		Después			
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado		
Sociología	29 (48,3)	31 (51,7)	54 (90,0)	6 (10,0)	23,040	0,000
Psicología	32 (53,3)	28 (46,7)	49 (81,7)	11 (18,3)	15,059	0,000
Antropología socio cultural	6 (10,0)	54 (90,0)	58 (96,7)	2 (3,3)	50,019	0,000
Trabajo comunitario	20(33,3)	40(66,7)	57(95,0)	3(5,0)	35,027	0,000
Conocimientos salubristas	45(75,0)	15(25,0)	56(93,3)	4(6,7)	9,091	0,003

Fuente: cuestionario enero y septiembre 2009

*Momento I **Significación estadística de la prueba X² Mc Nemar. n=60

En la tabla 9 se presentan los resultados de la medición de los conocimientos derivados de las disciplinas referenciadas al personal de enfermería en dos momentos: antes de la intervención y ocho meses después de la implementación de la capacitación. Así, antes de la intervención, el 48,3 por ciento de los profesionales de enfermería tenían ciertos conocimientos y habilidades de sociología y el 53,3 por ciento de psicología, en tanto que solo el 10 por ciento tenían conocimientos y

habilidades de antropología socio cultural. También destacar que era casi imposible emprender el trabajo comunitario asignado al proyecto, por dificultades en los conocimientos y habilidades derivadas de este; solo el 33,3 por ciento podía hacer referencia en este aspecto. Se destaca que los conocimientos salubristas no son significativos, las cifras reportadas, justificada porque tributan a su labor en la atención primaria. Sin embargo, luego de la intervención realizada a los ocho meses del proyecto capacitante, el 90 por ciento tenían conocimientos y habilidades de sociología, el 81,7 por ciento de psicología y el 96,7 por ciento de antropología socio cultural, el 95,0 por ciento en trabajo comunitario y conocimientos salubristas en un 93,3 por ciento. Al realizar las pruebas de significación (χ^2 Mc Nemar) estas resultaron significativas ($p < 0,05$). Ello evidencia la efectividad de la intervención para aportar los conocimientos y habilidades que necesitaba el profesional de enfermería durante la investigación e implementación de las acciones socio sanitarias.

Conviene señalar que la formación es una de las áreas que todavía tienen que definirse mejor en cuanto a los conocimientos y habilidades que deberán adquirir los diferentes profesionales implicados en las intervenciones comunitarias en beneficios de la salud comunitaria.^{201, 202}

Tabla 10. Resultados de la evaluación de la intervención antes, a los ocho meses y un año después (Momento II) en el personal de enfermería por tipología de conocimientos.

Tipología de conocimientos	Momento II / Evaluación						Q Cochram	Prob*
	Antes		Después		1 año después			
	A	I	A	I	A	I		
Sociología	29 (48,3)	31 (51,7)	54 (90,0)	6 (10,0)	58 (96,7)	2 (3,3)	51,103	0,000
Psicología	32 (53,3)	28 (46,7)	49 (81,7)	11 (18,3)	56 (93,3)	4 (6,7)	38,083	0,000
Antropología sociocultural	6 (10,0)	54 (90,0)	58 (96,7)	2 (3,3)	60 (100,0)	0 (0,0)	104,148	0,000
Trabajo Comunitario	20 (33,3)	40 (66,7)	57 (95,0)	3 (5,0)	60 (100,0)	0 (0,0)	74,450	0,000
Conocimientos salubristas	45 (75,0)	15 (25,0)	56 (93,3)	4 (6,7)	60 (100,0)	0 (0,0)	24,133	0,000

Fuente: cuestionario 2009 y 2010.

*Significación estadística de la prueba Q Cochram. A= adecuado, I= inadecuado, n=60.

La evaluación de los resultados de la intervención sobre el personal de enfermería, en tres momentos (antes, a los ocho meses y un año después de la capacitación) se presenta en la tabla 10. Se

observa que al año después se mantienen los conocimientos y habilidades aportadas por la capacitación sobre ese personal, pues la prueba de significación realizada, encontró diferencias importantes entre la línea de base y los ocho meses, pero no entre este punto y un año después. Ello habla en favor de la sostenibilidad de la estrategia de intervención socio sanitaria, y demuestra que la calidad de un servicio de salud, o de acciones a implementar en una estrategia de intervención socio sanitaria parte en primer orden del nivel de conocimientos, habilidades y desempeño de sus trabajadores en el cumplimiento de funciones laborales y sociales.^{202, 203}

Tabla 11. Resultados de la evaluación de la intervención antes y después* (a los 5 años) en la población según variables de respuesta principal

Variables de respuesta principal	Momento I / Evaluación				X ² Mc Nemar	Prob**
	Antes		Después			
	Presente	Ausente	Presente	Ausente		
Sentido de pertenencia	60 (40,0)	90 (60,0)	130 (86,7)	20 (13,3)	38,025	0,000
Participación comunitaria	21 (14,0)	129 (86,0)	115 (76,7)	35 (83,3)	92,011	0,000

Fuente: estudio etnográfico 2007 - 2015

*Momento I. **Significación estadística de la prueba X² McNemar. n=150

En la tabla 11 se exponen los resultados del momento I de la intervención sobre la población muestreada. En ella se observa que solo el 40 por ciento tenía sentido de pertenencia a la comunidad donde residían antes del inicio de la intervención, y casi la totalidad no tenía participación comunitaria (14 por ciento). Luego de la intervención hubo un incremento notable de ambos hasta el 86,7 por ciento y el 76,7 por ciento, respectivamente. La prueba de Mc.Nemar lo corrobora, al resultar significativa.

Lo participativo permite el desarrollo de sujetos activos reflexivos y transformadores, esto lleva consigo la formación de valores, principios y convicciones que le permitirán desarrollar su auto transformación y proyectar alternativas encaminadas a promover la solución de problemas que afectan a la comunidad, no solo a un nivel inmediato sino incluso a largoplazo.

El Informe sobre Desarrollo Humano 2014 resalta la necesidad de promover las oportunidades de vida de las personas así como de proteger los logros alcanzados en el desarrollo humano, implicando la participación.²⁰⁴

Tabla 12. Resultados de la evaluación de la intervención antes, a los cinco años y un año después (Momento II) en la población según variables de respuesta principal

Variables de respuesta principal	Momento II /Evaluación						Q Cochram	Prob*
	Antes		Después		1 año después			
	P	A	P	A	P	A		
Sentido de pertenencia	60 (40,0)	90 (60,0)	130 (86,7)	20 (13,3)	141 (94,0)	9 (6,0)	84,745	0,000
Participación comunitaria	21 (14,0)	129 (86,0)	115 (76,7)	35 (83,3)	130 (86,7)	20 (3,3)	192,128	0,000

Fuente: estudio etnográfico 2007–2015-2016

*Significación estadística de la prueba Q Cochram P= presente A= ausente n=150

La evaluación de la intervención en el momento II, permitió evidenciar la sostenibilidad de esta, al mantenerse los niveles alcanzados para ambas variables de respuestas principales. Así, un año después de los cinco, el sentido de pertenencia de la comunidad se incrementó en más de siete puntos porcentuales (de 86,7 a 94), mientras que la participación comunitaria se incrementó en 10 puntos porcentuales (de 76,7 a 86,7), lo que habla en favor de la sostenibilidad. Para ambas variables la prueba Q de Cochram arrojó cambios significativos entre el inicio y los cinco años, no así entre este último y un año después. Ello ratifica la efectividad de la estrategia de intervención socio sanitaria desarrollada y que la comunidad haya alcanzado índices elevados de participación y de sentido de pertenencia al asentamiento, lo que se relaciona con un asentamiento del primer mundo, en una comunidad de Madrid, España, que orientó su proyecto, hacia una transformación social, basado en la participación.²⁰⁵

En la Carta de Ottawa, promulgada en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud, en 1986, se plantea la participación comunitaria con una dimensión cualitativamente superior.²⁰⁶ La participación comunitaria permite apreciar avances relevantes en los asentamientos; sobre todo en zonas aisladas, experiencia tomada en localidades de Venezuela.²⁰⁷ También se destaca en la declaración de México al retomar las líneas de acción de Yakarta, donde se enfatiza en la capacidad de la comunidad y el empoderamiento.²⁰⁸

Tabla 13. Resultados de la evaluación de la intervención antes y después* en la población según variables de respuesta secundaria: Factores de riesgo y conductas de riesgos.

Variables de respuesta secundaria	Momento I / Evaluación				X ² Mc Nemar	Prob**
	Antes		Después			
	Presente	Ausente	Presente	Ausente		
Factor de riesgo	148 (98,7)	2 (1,3)	139 (92,7)	11 (7,3)	7,111	0,004
Hábitos tóxicos	90 (60,0)	60 (40,0)	72 (48,0)	78 (52,0)	16,056	0,000
Sedentarismo	116 (77,3)	34 (22,7)	98 (65,3)	52 (34,7)	16,056	0,000
Hipercolesterolemia	72 (48,0)	78 (52,0)	63 (42,0)	87 (58,0)	10,083	0,000
Violencia	105 (70,0)	45 (30,0)	58 (38,7)	92 (61,3)	45,021	0,000
Enfermedades buco-dentarias	90 (60,0)	60 (40,0)	70 (46,7)	80 (53,3)	21,043	0,000
Información sobre ITS	109 (72,7)	41 (27,3)	147 (98,0)	3 (2,0)	34,225	0,000
Información sobre ENT	49 (32,7)	101 (67,3)	96 (64,0)	54 (36,0)	45,021	0,000

Fuente: ASIS, historia clínica familiar y encuesta 2007-2015

*Momento I**Significación estadística de la prueba X² Mc Nemar. n=150

La tabla 13 presenta la evaluación de las variables de respuesta secundaria de la intervención a los cinco años de la estrategia de intervención socio sanitaria, comparado con la línea de base. Se observa que para todas las variables investigadas hubo una reducción significativa con la intervención ($p < 0,05$). Así, los factores de riesgo se redujeron en seis puntos porcentuales (de 98,7 a 92,7), los hábitos tóxicos y el sedentarismo en 12 puntos porcentuales (de 60,0 a 48,0 y de 77,3 a 65,3 respectivamente), la hipercolesterolemia en seis puntos porcentuales (de 48,0 a 42,0), la violencia en 31,3 puntos porcentuales (de 70,0 a 38,7), las enfermedades buco dentarias en 13,3 puntos porcentuales (de 60,0 a 46,7), la información sobre ITS se incrementó en 25,3 puntos porcentuales (de 72,7 a 98,0) y la información sobre enfermedades de transmisión sexual en 31,3 puntos porcentuales (de 32,7 a 64,0).

Un análisis cuantitativo al interior de cada variable, permite observar que desde sus inicios existieron dificultades evidenciadas en estos aspectos, dentro de ellos los factores de riesgo (biológicos, psicológicos, sociales y ambientales) seguidos, por el alto índice de sedentarismo y violencia, además no se deja de mencionar el tabaquismo, tratado en mesa redonda en mayo de 2016, la que reportó resultados de encuestas realizadas en 2011, al representar a 9 millones de personas (fumadoras) en áreas urbanas y rurales de Cuba, lo que ocupa este, el quinto lugar precedido por Chile, Paraguay y Uruguay.

Por otra parte, después de la implementación de la estrategia de intervención socio sanitaria, se denotan índices de comportamientos significativos en cuanto a concientización sobre modificaciones de estilos de vida e información sobre estas enfermedades (estadística de la prueba X^2 Mc Nemar), elementos que sirven de indicador positivo sobre la misma.

Son indispensables las acciones intersectoriales que incentiven y propicien estilos de vida saludables, lo que armoniza con la investigación realizada por Ferrer y Cols en el proyecto Dragones perteneciente a área Policlínico "Marcio Manduley" de Centro Habana donde se realizó un estudio de intervención comunitaria.^{209,210}

Los resultados de este estudio, muestra una mayor mejoría en estos indicadores después de la implementación de la estrategia de intervención socio sanitaria, basada en la combinación de mensajes bien planificados, actividades de promoción de salud y un sistema de vigilancia y evaluación fiables,²¹¹ al hacer a las personas más independientes en su salud, lo que indica además la vigencia actual de las teorías de Orem y Henderson.^{85,86}

Tabla 14. Resultados de la evaluación de la intervención antes, a los cinco años y un año después (Momento II) en la población según variables de respuesta secundaria

Variables de respuesta secundaria	Momento II / Evaluación						Q Cochram	Prob*
	Antes		Después		1 año después			
	P	A	P	A	P	A		
Factor de riesgo	148 (98,7)	2 (1,3)	139 (92,7)	11 (7,3)	134 (89,3)	16 (10,7)	21,571	0,000
Hábitos tóxicos	90 (60,0)	60 (40,0)	72 (48,0)	78 (52,0)	68 (45,3)	82 (54,7)	37,455	0,000
Sedentarismo	116 (77,3)	34 (22,7)	98 (65,3)	52 (34,7)	96 (64,0)	54 (46,0)	36,400	0,000
Hipercolesterolemia	72 (48,0)	78 (52,0)	63 (42,0)	87 (58,0)	53 (35,3)	97 (64,7)	28,526	0,000
Violencia	105 (70,0)	45 (30,0)	58 (38,7)	92 (61,3)	46 (30,7)	104 (69,3)	98,881	0,000
Enfermedades buco-dentarias	90 (60,0)	60 (40,0)	70 (46,7)	80 (53,3)	56 (37,3)	94 (62,7)	51,529	0,000
Información sobre ITS	109 (72,7)	41 (27,3)	147 (98,0)	3 (2,0)	150 (100)	0 (0,0)	74,619	0,000
Información sobre ENT	49 (32,7)	101 (67,3)	96 (64,0)	54 (36,0)	130 (86,7)	20 (13,3)	122,543	0,000

Fuente: historia clínica familiar y encuesta realizada 2007-2015-2016

*Significación estadística de la prueba QCochram P=presente A=ausente. n=150

Al año de la segunda evaluación y, buscando sostenibilidad de la estrategia de intervención socio sanitaria implementada, los resultados de la misma, para las variables de respuesta secundaria mejoraron. Así, los factores de riesgo continuaron su reducción en tres coma siete puntos porcentuales (de 92,7 a 89,3), los hábitos tóxicos se redujeron en dos coma siete puntos porcentuales (de 48,0 a 45,3), el sedentarismo bajó uno coma tres puntos porcentuales (de 65,3 a 64,0), la hipercolesterolemia se redujo en seis coma siete puntos porcentuales (de 42,0 a 35,3), la violencia se redujo en ocho puntos porcentuales (de 38,7 a 30,7), las enfermedades buco dentarias mejoraron, al reducirse en nueve coma cuatro puntos porcentuales (de 46,7 a 37,3), mientras que la información sobre infecciones de transmisión sexual y enfermedades no transmisibles se incrementaron en dos y 22,7 puntos porcentuales (de 98,0 a 100 y de 64 a 86,7 respectivamente) lo que evidencia que se mantiene efectiva después de la intervención realizada.

Los resultados de la evaluación de la intervención antes, a los cinco años y un año después (Momento II) en la población según variables de respuesta secundaria sugieren que la estrategia de intervención socio sanitaria avanzó satisfactoriamente según los objetivos y actividades programadas. Sin embargo, en el transcurso de su ejecución se encontraron limitaciones que fueron detectadas en la evaluación intermedia. Dicha evaluación permitió hacer ajustes en la intervención y realizar un conjunto de acciones gubernamentales y de salud con el fin de garantizar la disminución de factores de riesgos, hábitos tóxicos, sedentarismo, violencia y demás variables referidas, así como información sobre enfermedades no transmisibles y enfermedades de transmisión sexual, las cuales fueron significativas en cuanto a la información obtenida, un año después.

Estos resultados que se exhiben guarda relación con la investigación realizada por Ríos Chacón y Cols en un estudio de investigación acción con el objetivo de determinar y modificar el nivel cognoscitivo sobre las infecciones de transmisión sexual en del Barrio San José del Perú, del municipio Héroes del estado Bolívar, de la República Bolivariana de Venezuela.²¹²

3.5 Consideraciones finales del capítulo

La combinación de técnicas etnográficas resultó muy efectiva tanto para recopilar una abundancia significativa de información, como para comparar puntos de vistas diferentes sobre el mismo problema desde la perspectiva de los investigadores y de los pobladores, poder complementarlos con

la aplicación de un nuevo Análisis de la Situación de Salud del asentamiento y obtener finalmente elementos suficientes para hacer el proceso de análisis y conclusiones.

La evaluación de la estrategia de intervención socio sanitaria demostró la eficacia de la misma al constatar el incremento de conocimientos desde las ciencias sociales en los profesionales de enfermería como prestadores en este proceso y la transformación de la comunidad, lo que licita su uso en condiciones y contextos similares avalado por las autoridades salubristas y políticas, dada las características especiales de este asentamiento. Anexos 17y 18.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- La comunidad rural el “León” de la provincia de Camagüey se identificó al inicio del estudio como un asentamiento con características sociales y sanitarias deficientes que la distinguieron del resto de las comunidades aledañas, la que repercutió en una marcada tasa de morbi-mortalidad, indisciplinas sociales, poco sentido de pertenencia y participación comunitaria, además de violencia en todas sus manifestaciones.
- Los conocimientos y habilidades desde las diferentes disciplinas de las ciencias sociales evaluados en el cuestionario a los profesionales de enfermería evidenció la necesidad inminente de una capacitación para poder ser prestadores en la implementación de la estrategia de intervención socio sanitaria.
- La capacitación a los profesionales de enfermería en disciplinas de las ciencias sociales, permitió el incremento de conocimientos y habilidades para la implementación de la estrategia de intervención socio sanitaria a la comunidad.
- El diseño de la estrategia de intervención socio sanitaria contó con doce líneas de acción y se convirtió en un recurso logrado al contribuir a la transformación de la comunidad desde la perspectiva social y sanitaria, la modificación de conductas, estilos de vida, el aporte de información salubrista, la mejora del sentido de pertenencia, de la participación ciudadana, de la atención a las necesidades sentidas, el mejoramientos de los servicios de salud y un marcada vigilancia intersectorial.
- La estrategia de intervención socio sanitaria es pertinente y efectiva, al mejorar de forma marcada los componentes deficitarios en la comunidad. Su estabilidad en el año como horizonte temporal de evaluación, avalan su sostenibilidad, y favorecen su declaración como tarea prioritaria por el partido y las autoridades sanitarias para los años 2017 y 2018.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- Mantener, como estrategia de desarrollo del territorio, la ejecución de las acciones socio-sanitarias diseñadas como vía para fortalecer la labor de todos los agentes de cambio a nivel micro, e influir en la transformación de otras comunidades similares de la provincia.
- Desarrollar la capacitación proyectada sobre las disciplinas de las ciencias sociales a organizaciones provinciales y municipales de salud, para lograr la correspondencia entre lo orientado y lo ejecutado, entre lo planificado y su realización a los niveles macro y micro social.
- Comunicar los resultados al Departamento Nacional de Enfermería del Ministerio de Salud Pública, para su utilización en el establecimiento de políticas para el país, así como en la toma de decisiones para el mejoramiento de la calidad de la atención comunitaria en las áreas rurales, donde laboran profesionales de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oficina Nacional de Estadísticas. Boletín anual Plan turquino-Manatí. La Habana: ONE; 1998.
2. Gracia-Rojas, J.P. Desarrollo sostenible: Origen, evolución y enfoques [Internet]. Bogotá: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia; 2015: [citado 14 Jun 2012]. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/dodo/article/download/1074/1172>
3. Muñoz Corvalán JL. Intervención comunitaria: concepto. CCCS [Internet]. Nov 2012 [citado 14 Jun 2012];(8):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/22/concepto-desarrollo-comunitario.html>
4. OEI.es [Internet]. Andalucía: Organización de Estados Iberoamericanos; 2016 [actualizado 12 Mar 2016; citado 21 Abr 2016]. Desarrollo rural 2016; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.oei.es/decada/accion.php?accion=022>
5. Árias Herrera H. La comunidad y su estudio. Personalidad, Educación – Salud. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1995.
6. Kendall S. Investigación en Enfermería Comunitaria para una sociedad en cambio. Enferm Comun [Internet]. 2006 [citado 12 Nov 2012]; 2(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v2n2/ec1507.php>
7. Attewel A. Florence Nightingale. (1820-1910). Perspectivas: revista trimestral de educación comparada. Mar 1998; XXVIII(1):173-189.
8. Rodríguez Gómez R. Los orígenes de la enfermería comunitaria en Latinoamérica. Rev Univ Ind Santander. Salud [Internet]. 2017[citado 4 Ene 2018]; 49(3): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/6658>
9. Boletín electrónico Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Primer seminario internacional de formación de profesionales de enfermería para la práctica reflexiva [Internet]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015 [citado 14 Jun 2012]. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/boletinelectronico/ENEO-BoletinElectronicoOctubre2015.pdf>
10. Flores MD. Enfoques actuales de la Enfermería Comunitaria. Murcia: Diego Marín Librero-Editor; 2002.

11. Declaración de Alma-Ata 1978: atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; septiembre 6-12 de 1978; Alma-Ata, URSS [Internet]. Kazajistán: Organización Mundial de la Salud; 1978 [citado 14 Jun 2012]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Alma_Ata_declaracion.htm
12. Definición de enfermería en salud pública. SlideShare [Internet]. California: LinkedIn; 2016 [citado 14 Jun 2012]; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/enfermeriapublica/definicion-de-enfermera-en-salud-publica>
13. Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur [Internet]. Argentina: OPS; 2014 [citado 4 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev%5B328%5Dling%5B1%5Danx%5B297%5D.pdf>
14. Ancheta Niebla E. Historia de la enfermería en Cuba. España: Masson; 2006.
15. Ancheta Niebla E. Historia de la enfermería en Cuba. La Habana. Ecimed, 2003. págs. 51-54.
16. Almodovar Capielo N. Promoción Vocacional compañías hijas de la Caridad de San Vicente de Paul [Internet]. España: Hijas de la Caridad. Vicente de Paul; 2015 [citado 4 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?V=KVgPoQ9z5Ns2015>
17. Fernández Galera A. Estudio colonial en Camagüey. Camagüey: Ácana; 2013.
18. Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G. La Medicina Familiar en Cuba. La Habana: Ciencias Médicas; 2004.
19. Ministerio de Salud Pública. Plan de estudios de la Carrera de Licenciatura en Enfermería. La Habana: MINSAP; 1993.
20. Delgado García G, Rojas Ochoa F. Antecedentes históricos de la atención primaria de salud en Cuba. En: Álvarez Sintés R, editor. Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 9-15.
21. Lemus Lago ER, Borroto Cruz RE. Atención Primaria de Salud, Medicina General Integral y Médicos de Familia. En: Álvarez Sintés R, editor. Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 58-59.
22. MINSAP. Plan de estudios de la especialidad de enfermería comunitaria. La Habana: ECIMED; 2004.

23. Ministerio de Salud Pública. Programa del Médico y Enfermera de la Familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
24. Vera Rodríguez JE, Rojo Pérez N, Quiñones Varela IS. Sistema de acciones de enfermería comunitaria implementado en un asentamiento rural cubano. Rev Hum Med [Internet]. Ene-Abr 2016 [citado 4 May 2016];16(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202016000100009
25. Lagoueyte Gómez MI. *El cuidado de enfermería a los grupos humanos*. Rev Univ Ind Santander Salud. 2015; 47(2):209-213.
26. Declaración de Yakarta sobre la promoción de salud en el siglo XXI. Yakarta, 1997; OMS [Internet]. Ginebra: OMS; 1997 [actualizado 12 Jun 2014; citado 10 Ago 2014]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.uca.edu.ni/1/index.php/63-programa-uca-saludable/documentos/582-declaracion-de-yakarta-sobre-la-promocion-de-la-salud-en-el-siglo-xxi>
27. Casellas A. Desarrollo local y territorio. Del crecimiento indiscriminado a la viabilidad social y económica [Internet]. España: Universitat Autònoma de Barcelona; 2014 [citado 4 Ene 2014]. Disponible en: <https://www1.diba.cat/llibreria/pdf/54054.pdf>
28. Quintero Laverde MC, Torrado OP, Urrea C, Ospina O. La salud en la cosmovisión de una comunidad indígena. Retos educativos con perspectiva intercultural. Rev Ibe Edu Inv Enf. 2012;2(2):10-16.
29. Durán de Villalobos MM. Liderazgo. Av Enferm [Internet].1990 [citado 6 Jun 2011];8(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16796/17674>
30. Garita Vargas M, Solís Marín EL. Práctica del liderazgo del profesional en enfermería. Enferm en Costa Rica [Internet]. 2003 [citado 28 May 2011];25(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.binass.sa.cr/revistas/enfermeria/v25n1/5.pdf>
31. Asociación Médica de Camagüey, Organizaciones Mutualistas. La profesión de enfermería en la provincia de Camagüey. Camagüey: Archivo Histórico; 1918
32. Gafas González C. Una mirada a la relación sistémica existente entre las dimensiones del enfoque salubrista y el cuidado biopsicosocial del adulto mayor hipertenso en la comunidad. Rev Cubana

- Enfermer [Internet]. 2010 Dic [citado 28 May 2015]; 26(4): 170-189. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400002&lng=es
33. Lima Rodríguez JS, Lima Serrano M, Sáez Bueno A. Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. *Enferm Clín* [Internet]. 2009 Sep-Oct [citado 4 Ene 2014];19(5):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862109001065?via=sd>
 34. OPS/OMS. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 53.º Consejo Directivo 66.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. [Internet]. Washington, D.C: OPS/OMS; 2014 [citado 28 May 2014]. Disponible en: <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/03/OMS-2014-Estrategia-de-acceso-universal-cob-univ-salud-coord-intersectorial-L4-p13.pdf>
 35. Pérez Lovelle R. La psiquis en la determinación de la salud. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1981.
 36. Rodríguez Acevedo J. “La esperanza en el humanismo de Laín Entralgo”. *Relecciones* [Internet]. 2016 [citado 5 May 2017]; (3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: www.relecciones.com/pdfs/estudios/e02_n03_cruzjavier.pdf
 37. Ramos Domínguez N, Aldereguía Henriques J. Higiene Social y Organización de los Servicios de Salud Pública. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1987.
 38. Terris M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. En: *Promoción de la salud: una antología* [Internet]. Washington DC: OMS; 1999 (publicación Científica No. 557) [citado 6 Jun 2013]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0864-3466200600030001600006&lng=es&pid=S0864-34662006000300016>
 39. Testa M. Salud Pública: Acerca de su sentido y significado. *La crisis de la Salud Pública. Pub Cient.* 1992;540:205-229.
 40. Berlinguer G. Determinantes sociales de las enfermedades. *Rev Cub Salud Pública.* Ene-Mar 2007; 33(1):34-46.
 41. Programa Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2006. Poder, pobreza y la crisis mundial del agua. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. New York: OMS/OPS; 2006.

42. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Government Canada. 1974. p. 31-34.
43. De la Torre Ugarte Guanilo M, Oyola García A. Los determinantes sociales de la salud: una propuesta de variables y marcadores/indicadores para su medición. Rev Per Epidemiol [Internet]. 2014 Sep [citado 9 Jul 2014];18(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203132677002.pdf>
44. Ander Egg E. Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. 2ª ed. Buenos Aires: Editorial Lumen Hmanitas; 2005.
45. Marchioni M. Planificación social y organización de la comunidad. Alternativas avanzadas a la crisis. España: Editorial popular; 1987.
46. Beard VA, Dasgupta A. Collective Action and Community Driven Development in Rural and Urban Indonesia. Urban Studies. 2006;43(9):1451-68.
47. Porzercanski T. Desarrollo de la comunidad y subculturas. Buenos Aires, Argentina: Humánitas; 1983.
48. Rezsóhazy R. Desarrollo Comunitario. Madrid: Narcea; 1988.
49. Quintana Cabañas JM. Iniciativas sociales en educación informal. Madrid: Editorial Rialp; 1991.
50. Nogueiras Mascareñas LM. La práctica y la teoría del desarrollo comunitario. Madrid: Editorial Narcea; 1996.
51. Ander Egg E. Repensando la Investigación-Acción. 2ª ed. España: Editorial Lumen-Humanitas; 1990.
52. Ander Egg E. Aprender a investigar. Nociones básicas para la investigación social. 1ª ed [Internet]. Argentina: Editorial brujas; 2011 [citado 10 Abr 2014]. Disponible en: <https://catedrafinancierags.files.wordpress.com/2015/04/ander-egg-aprender-a-investigar.pdf>
53. Díaz-Puente JM, Gallego-Moreno FJ, Vidueira P. La estructuración y dinamización social para una mejor gobernanza de las comunidades rurales: Caso de estudio en Cuenca, España. Cuad. desarro. rural [Internet]. 2011 Ene-Jun [citado 15 Feb 2009];8(66):[aprox. 8 p.]. Disponible en: https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/4672/fi_1421859538-166453831pb.pdf?sequence=1
54. Fernández de Rota JA. Antropología de un viejo paisaje gallego. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas; 1984.
55. Ware C. Estudio de la comunidad. Buenos Aires, Argentina: Humánitas; 1986.

56. Marchioni M. Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural (ICI) en Taco [Internet]. España: Centros Educativos, Centros de Salud y asociaciones ciudadanas de la zona; 2015 [citado 15 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.fg.ull.es/es/2015/07/marco-marchioni-asesor-del-proyecto-ici-visita-taco-y-se-reune-con-los-centros-educativos-y-de-salud>
57. Landini FP, Bianqui V. Expectativas de los extensionistas rurales latinoamericanos y contribuciones psicosociales. *Psicología & Sociedade*. 2016;28(1):125-34.
58. Arango López YL. El trabajo comunitario como alternativa de los servicios de salud. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2015 [citado 15 Nov 2015];18(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/login?source=%2Frevistas%2Findex.php%2Fiee%2Fmanager%2Fsetup%2Fwww.udea.edu.co%2Fiee>
59. Carela Ramos R. Trabajo Comunitario Integrado: Imprescindible participación popular. Sierra Maestra. 17 de junio de 2015 [citado 15 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.sierramaestra.cu/index.php/santiago-de-cuba/928-trabajo-comunitario-integrado-imprescindible-participacion-popular>
60. Marchioni M, coordinador. Comunidad y cambio social. Teoría y praxis de la acción comunitaria. Madrid: Editorial Popular; 2001.
61. Kisnerman N. Comunidad. Argentina, Buenos Aires: Humanitas; 1986.
62. Eito Mateo A, Gómez Quintero JD. El concepto de comunidad y el Trabajo Social. *Espacios Transnacionales* [Internet]. 2013 Jul-Dic [citado 15 Nov 2015];(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://espaciostransnacionales.org/wp-content/uploads/2014/10/1-Conceptotrabajosocial1.pdf>
63. Orsi G. Presentación en el taller Abordajes de atención primaria a la salud y estrategias para la permanencia de profesionales en zonas remotas y desfavorecidas en los países de América del Sur. Rio de Janeiro: Isags; 2014.
64. El CIE y la reglamentación: Modelos para el siglo XXI. Volumen 3. Ginebra, Suiza: CIE; 1998.
65. Ouellet J, Mukamurera J. La formation continue d'infirmières de soins à domicile: retombées perçues au regard de l'amélioration de la qualité des soins aux aînés. *Quality Advancement in Nursing. Education - Avancées en formation infirmière* [Internet]. 2015 [citado 15 Nov

- 2015];1(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://qane-afi.casn.ca/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/cu/&httpsredir=1&article=1051&context=journal>
66. León Román CA. Enfermería ciencia y arte del cuidado. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2006 [citado 2 Feb 2012]; 22(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es
67. Ouellet J. Le rapport à la formation infirmière continue chez des infirmières en soutien à domicile. Mémoire de maîtrise en sciences de l'éducation. Sherbrooke, QC: Université de Sherbrooke; 2012.
68. Millán L, Pinedo K. Diagnóstico comunitario e intervención social en la comunidad. La Victoria. Sistematización de una experiencia. Rev Trabajo Social [Internet]. 2014 Ene-Jun [citado 15 Nov 2015];4(1):[aprox. 18 p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5154925.pdf>
69. Sánchez García AM, Merelles Tormo A, Esplugues Cebrian A. Prácticas de salud pública y enfermería comunitaria [Internet]. España: Universitat de València; 2014 [citado 12 Nov 2015]. Disponible en: http://salpub.uv.es/SALPUB/practicum12/34386-87_Pr1-Pr2_CUADERNO_PRACTICAS_2013-14_2DO-SMTRE.pdf
70. Sandoval Escudero C. Métodos y aplicaciones de la planificación regional y local en América Latina [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL; 2014 [citado 12 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/53681/MetodosyaplicacionesAL.pdf>
71. OPS/OMS. Los proyectos locales de promoción de la salud. Nuevos escenarios para el desarrollo de la salud pública [Internet]. Ciudad de La Habana: OPS/OMS; 1995 [citado 12 Nov 2015]. Disponible en: https://www.paho.org/cub/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sd-pwr&alias=63-serie-desarrollo-pwr-1995-td-no-19&Itemid=226
72. Rodríguez L. Trabajo Comunitario: cuestión de salvaguarda para la nación. Periódico Granma. 10 de julio de 2017. [21 febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2017-07-10/trabajo-comunitario-cuestion-de-salvaguarda-para-la-nacion-10-07-2017-12-07-24>

73. World Organization. Moving forward to equity in health: what kind of intersectoral action is needed? An approach to an intersectoral typology. Partnership and Intersectoral Action Conference Working Document [Internet] Kenya: World Organization ; 2009 [citado 12 Nov 2015]. Disponible en: <https://pediatricsociale.fondationdrjulien.org/wp-content/uploads/2015/08/8-Solar-et-al.-2009.pdf>
74. La Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica. Washington, DC : OPS, 2015. ISBN978-92-75-31857-77
75. Castell-Florit Serrate P. La intersectorialidad en la práctica social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
76. Castell Florit Serrate P. Intersectorialidad en el contexto socioeconómico cubano y sus implicaciones en la salud de la población. Rev cub salud pública [Internet]. Jan 2012 [citado 10 Feb 2012]; 38(Supl.5):[aprox. 12 p.]. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v38s5/sup15512.pdf
77. Castell Florit Serrate P, Gispert Abreu E. La intersectorialidad y el desarrollo de la Salud Pública en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2009 [citado 10 Feb 2012];35(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100004&lng=pt
78. Organización Panamericana de la Salud. Intersectoral Action and Health Equity in Latin America: An Analytical Approach. Washington, D.C: OPS; 2015.
79. Gálvez González AM, García Fariñas A. Resultados de investigación en economía de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
80. Cunill-Grau N. La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual, en Gestión y Política Pública. México: CIDE; 2014.
81. George Quintero RS, Laborí Ruiz R, Noa Legrá M, Nicot Martínez N. Intersectorialidad y participación comunitaria: paradigma de la Salud Pública en Cuba. Rev Inf Cient. 2017; 96(3):181-192.

82. Schaurich D, Crossetti Olivera MG. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. Esc Anna Nery [Internet]. 2010 [citado 9 Jul 2014]; 14(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100027&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
83. Santos Ruiz S, López Parra M, Varez Peláez S, Abril Sabater D. Perspectiva de la enfermería de un centro socio sanitario sobre la aplicabilidad y utilidad de los modelos enfermeros en la práctica. Gerokomos. 2008;19(4):32-7.
84. Moreno Fergusson ME. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de la enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Sabana. Aquichán. 2005;5(1):44-55.
85. Pfetscher SA, de Graaf KR, Marriner Tomey A, Mossman CL, Slebodnik M. Florence Nightingale: la enfermería moderna. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M, editores. Modelos y teorías de enfermería. 4ta Ed. Madrid: Harcourt; 2000. p. 69-87.
86. Raile Alligood M, Chong Choi E. Evolución del desarrollo de las teorías de enfermería. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M, editores. Modelos y teorías de enfermería. 4ta Ed. Madrid: Harcourt; 2000. p. 55-68.
87. Clarke PN. Culture: Distinct or an Illusion? Nursing Science Quarterly [Internet]. 2016 [citado 2 Feb 2012];29(2):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://nsq.sagepub.com/content/29/2/122.full.pdf+html>
88. Breilh. J. Epidemiology of the 21st century and cyberspace: Rethinking power and the social determination of health. Rev Brasileira de Epidemiolog. 2015;18 (4):972-82.
89. Casallas Murillo AL. La medicina Social-Salud coletiva latinoamericanas: una visión Integradora frente a la salud pública tradicional. Rev. Cienc. Salud [Internet]. 2017 [citado 10 Feb 2012]; 15(3). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/320477369_A_Medicina_Social-Saude_Coletiva_LatinoAmericanas_uma_Visao_Integradora_frente_a_Saude_Publica_Tradicional/fulltext/59e80cd3aca272bc423d38a3/320477369_A_Medicina_Social-Saude_Coletiva_Latino-Americanas_uma_Visao_Integradora_frente_a_Saude_Publica_Tradicional.pdf?origin=publication_detail

90. Samaja J. Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina [Internet]. Buenos Aires: Lugar; 2009. [citado 20 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/21_epistemologiadelasalud.pdf
91. Morales Calatayu F. La psicología y el campo de la salud: Tensiones, logros y potencialidades de una relación esencial y necesaria. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica [Internet]. 2015 [citado 10 Feb 2012];7(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.psiencia.org/ojs/index.php/psiencia/article/download/156/198>
92. Fernández Alves R, Jiménez-Brobeil SA, Eulálio MC, Almeida de Andrade D, do Nascimento Cunha EC, Ramón Araújo P. Intervenciones de psicólogos en la salud pública de Brasil, España y Portugal. *Revista de Psicología [Internet]* 2016[citado 17 may 2017]; 34 (2):[aprox. 20 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v34n2/a07v34n2.pdf>
93. Baqutayan S. Stress and Social Support. *Indian J Psychol Med.* 2011;33 (1):29-34.
94. Grupo Banco Mundial. Panorama general, sociedad y conducta [Internet]. Washington, D.C: Banco internacional de reconstrucción y fomento/ Banco Mundial; 2015 [citado 10 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/Publications/WDR/WDR%202015/Overview-Spanish.pdf>
95. Foucault MB. El nacimiento de la medicina social. *Revist Centroamericana de Ciencias de la Salud.* 1977;3(6):89-108.
96. Tratado de Riga [Internet]. Polonia: Libella; 1998 [citado 10 Feb 2013]. Disponible en: <https://prezi.com/m9bcnxacs520/2013>
97. Benach J. La salud de todos y sus causas. La salud pública, la equidad y sus causas: ¿De qué depende nuestra salud? [Internet]. 2012 [citado 10 Feb 2012]; 7(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.upf.edu/greds-emconet/pdf/observatoriosalud1>
98. ASOCIACIÓN MEXICANA DE MEDICINA DE LA CONSERVACIÓN .4to Congreso Internacional en ecología de enfermedades [Internet]. Tabasco, Mexico: kalan-Bab; 2015 [citado 10 Feb 2012]. Disponible en: http://www.eefmvz.net/uploads/1/7/1/7/17174964/1er_comunicado_kalaankab_2015.pdf

99. McCord C, Freeman HP. Excess Mortality in Harlem. *New Engl J Med.* 1990;322: 73-7.
100. Hinoja A. *Sociología de la medicina. Aspectos teóricos empíricos.* Madrid: Editorial Eudemas; 1993.
101. Weis G. *The sociologist of health healing and illness.* Madrid: Editorial Printice Hall; 1995.
102. Rojo Pérez N, García González R. *Sociología y Salud: Reflexiones para la acción.* *Rev Cubana Salud Pública [Internet].* 2000 [citado 10 Feb 2012]; 24(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v26n2/spu03200.pdf>
103. Castro R. *Teoría social y salud.* Buenos Aires: Editorial/UNAM; 2011.
104. Villarreal Valera JA. *Perspectiva sociológica de la salud como proceso socio cultural.* La Habana: Ciencias Sociales; 2015
105. Azeredo YN, Schraiber LB. El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. *Salud Colectiva.* 2016;12(1):9-21.
106. Aranda PG, Castro Vásquez MC. El campo de la agroindustria en el noroeste de México y la salud de sus jornaleras: una propuesta de estudio. *Salud Colectiva.* 2016;12(1):55-70.
107. Varela Bettencourt EM , Tilman M, Narciso V, Silva Carvalho ML da, Sousa Henriques PD de. The Livestock Roles in the Wellbeing of Rural Communities of Timor-Leste. *Rev Econ Sociol Rural [Internet].* Mar 2015 [citado 2015 Mar 12]; 53(Supl. 1):[about 12 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20032015000600063&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
108. Casallas Murillo A L. La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud publica tradicional. *Revista Ciencias de la Salud [Internet]* 2017 [citado 14 Feb 2018]; 15(3): [Aprox 10p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>.
109. Castro R. De la sociología en la medicina a la sociología de la salud colectiva: apuntes para un necesario ejercicio de reflexividad. *Salud Colectiva.* 2016;12(1):71-83.

110. Valderrama MJ. Al final de la vida historias y narrativas de profesionales de cuidados paliativos. Barcelona: Icaria; 2008.
111. Rossbach de Olmos L. Religious Perspectives on Climate Change among Indigenous Peoples: Questions and Challenges for Ethnological Research. En: Gerten D, Bergmann S, editors. Religion in environmental and climate change. Suffering, values, lifestyles. London, New York: Continuum; 2012. p. 200-214.
112. Nuevatribuna.es [Internet]. España: Opennemas; 2014 [citado 12 Mar 2015]. La sanidad en la encrucijada. Algunas reflexiones hacia el futuro; [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.upf.edu/greds-emconet/pdf/observatoriosalud2.pdf>. 2012
113. Basail Rodríguez A. Sociología de la cultura T-II. La Habana Editorial: Félix Varela. 2004.
114. Oriá MOB, Ximenes LB, Alves MDS. Madeleine Leininger e a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural – um resgate histórico. Braz J Nurs [Internet]. Ago 2005 [citado 10 Feb 2012]; 4(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/4855/pdf_652
115. Woods P. La Escuela por Dentro: La Etnografía en la Investigación Educativa. Buenos Aires. Argentina: Editorial Paidós;1987.
116. Pardo KY, Guevara IV. Teoría de la transculturalidad de Madeleine Leininger. Colectividad: Salud y Sociedad. Universidad de los Llanos: Colombia [Internet]; feb. 2015. [citado 4 de abril de 2015]. Disponible en: <http://cuidadocolectivos.blogspot.com.es/2015/02/22-teoria-de-la-transculturalidad-de.html>.
117. Paul Hersch-Martínez D. Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. Salud pública de México [Internet]. Sep-Oct 2013 [citado 10 Feb 2012];55(5):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n5/v55n5a9.pdf>
118. Plan de estudios de la carrera de licenciatura en enfermería. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas 2010.

119. Organización Panamericana de la Salud. La enfermería de salud pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional en el siglo XXI. Biblioteca Las casas: OPS; 2005 [citado 12 Sept 2014]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0054.pdf>
120. Matijasevic Arcila MT, Ruiz Silva A. La construcción social de lo rural. Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social [Internet] 2013 Abr-Sept [citado 20 ene 2017]; 3 (5). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5275938.pdf>
121. Álvaro D. Los conceptos de “comunidad” y “sociedad” de Ferdinand Tönnies. CEIC [Internet]. Mar 2010 [citado 2 Feb 2012]; 2010(52):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.identidadcolectiva.es/pdf/52.pdf>
122. Durkheim E. The Division of Labor in Society. New York: Free Press; 1997.
123. Lezama J. Teoría Social, Espacio y Ciudad. México: Centro de Estudios Demográficos y de desarrollo Urbano; 1993.
124. Marx C, Engels F, Lenin V. Crítica de la Economía Política. Obras Completas, V 49, Moscú. Editorial Progreso; 1983.
125. Solari A. Sociología rural latinoamericana, ¿Qué es la sociología rural? 2ª ed. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1973.
126. Bengoa, J. Pobladores rurales y vivienda rural. Revista EURE - Revista De Estudios Urbanos Regionales, 13(39-40). Santiago de Chile: Catalonia; 2014.
127. Sorokin Pitirin A. Sociedad, cultura y personalidad: su estructura y su dinámica: sistema de sociología general. Madrid: Ediciones Aguilar; 1960.
128. Infante, C. Totoral: la energía en nuestras manos. El triunfo de la vida sobre termoeléctrica Castilla. Santiago de Chile: Observatorio Latinoamericano de Conflictos Ambientales OLCA; 2015.
129. Hoefle SW. Fishing Livelihoods, Seashore Tourism, and Industrial Development in Coastal Rio de Janeiro: Conflict, Multi-Functionality, and Juxtaposition. Geographical Research[Internet]. 2014

[citado 20 ene 2017]; 52(2). Disponible en:
https://www.researchgate.net/.../261410586_Fishing_Livelihoods

130. Aquino Moreschi A. La comunalidad como epistemología del Sur. Aportes y retos. Cuadernos del Sur. Revista de Ciencias Sociales. [Internet]. 2013 [citado 2 Feb 2012]; 34 :[aprox. 3 p.]. Disponible en:
https://books.google.com/cu/books/about/La_comunalidad_como_epistemolog%C3%ADa_del_S.html?id=zrTloAEACAAJ&redir_esc=y
131. Pérez Rojas N. Historia del poblamiento de una comunidad rural cubana. La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 1982.
132. Árias Guevara M de los Á; Leyva Remón A. Los estudios rurales en Cuba. Reflexiones sobre la estructura social y los cambios en la agenda de investigación. [Universidad de La Habana](http://www.uh.edu.cu) [Internet]. 2017 ene.-jun [citado 2 Feb 2018] (283) [aprox. 15 p.]. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/uh/n283/uh18283.pdf>
133. Errasti-Ibarrondo B, Arantzamendi-Solabarrieta M, Canga-Armayor N. La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. An Sist Sanit Navar [Internet]. May-Ago 2012 [citado 2 Feb 2012];35(2):[aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v35n2/revision2.pdf>
134. De Ferrari I; Orellana V; Schlegel C. Proceso de enfermería aplicado a la comunidad [Internet]. Valparaíso: Escuela de Enfermería. UDLA; 2014 [citado 12 Sept 2016]. Disponible en:
<http://www.cienciasdelasalududla.cl/portales/tp9e00af339c16/upload/Img/File/EscuelaEnfermeria/proceso-enfermeria-aplicado-comunidad.pdf>
135. Gifre Monreal M, Esteban Guitart M. Consideraciones educativas de la perspectiva ecológica de Urie Bronferbrenner [Internet]. 2012 [citado 12 Sept 2014]:15 [aprox. 15 p.]. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3972894.pdf>
136. Medianero Y. Univeresidad Autónoma de Chiriquí. Facultad de Enfermería. 2015. Publicado en Ciencias de la Salud. <https://es.slideshare.net/Yomaxi/modelo-precede-procede>

137. Moreno San Pedro E, Gil Roales-Nieto J. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica. 2003; 3(1):91-109.
138. Prochaska J, DiClemente C. The transtheoretical approach. New York: Dow Jones; 1984.
139. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. New York: Dow Jones; 1974.
140. Aroca Montolío C, Bellver Moreno MC, Alba Robles JL. La teoría del aprendizaje social como modelo explicativo de la violencia filio-parental. Revista Complutense de Educación [Internet]. 2012 [citado 10 Feb 2015]; 23(2): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/viewFile/40039/38477>
141. Pérez Abandono P. Proyectos de intervención comunitaria grupo 63 [Internet]. 2013 [citado 10 Feb 2015]. Disponible en: http://intervencioncomunitariagrupo63.blogspot.com/2013/11/intervencion-psicosocial-comunidad_26.html
142. Keck CW, Reed G. The Curious Case of Cuba. Am J Public Health [Internet]. 2012 2013 [citado 10 Feb 2015]: [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22698011>
143. Caracterización de Modelos Sanitarios y Sistemas Sanitarios. Publicado en la Plataforma de información para políticas públicas de la Universidad Nacional de Cuyo [Internet]. Argentina: UNCU; 2015 [citado 10 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.politicaspUBLICAS.uncu.edu.ar/articulos/index/caracterizacion-de-modelos-sanitarios-y-sistemas-sanitarios>
144. United Nations, MDG Country Progress Snapshot: Cuba [Internet]. New York: United Nations; 2012 Dec [citado 18 Apr 2013]. Disponible en: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>
145. Chan WY, Fung IM, Chan E. Universal Health Coverage through Community Nursing Services: China vs. Hong Kong. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet] 2017 [citado 3 enero 2017]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28146178>
146. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS [Internet]. Madrid: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud;

- 2013 [citado 10 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
147. Tercerainformación.es [Internet]. España: RSS; 2014 [actualizado 1 agosto 2014; citado 10 Feb 2015]. El sistema de salud cubano, un modelo según la OMS; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.tercerainformacion.es/antigua/spip.php?article71890>
148. Linares Pérez N. Aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 Mar [citado 10 Feb 2017] ; 41(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100009&lng=es
149. Folch C, Álvarez JL, Casabona J, Brotons M, Castellsagué X; Grupo Jóvenes e Internet. Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. Rev Esp Salud Pública [Internet]. Sep-Oct 2015 [citado 10 Feb 2012];89(5):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272015000500005&lng=es&nrm=iso
150. Álvarez Estupiñán M. La promoción y prevención: pilares para salud y la calidad de vida. [Correo Científico Médico](#) [Internet]. ene.-mar. 2013 [citado: 5 feb 2014]; 17(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1560-43812013000100013&lng=es&tlng=es
151. MINISTERIO DE SALUD. Plan nacional de promoción de la salud 2016 – 2025 [Internet]. Panamá: MINISTERIO DE SALUD; 2017 [citado 17 ene 2018]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/direcciones/plan_nacional_de_promocion_de_la_salud_documento_diagramacion.pdf
152. OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de Salud. 1986. [citado: 5 feb 2014]. Disponible en: <webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>
153. Organización Mundial de la Salud. The Helsinki Statement on health in all policies. Health Promot Int. 2014; 29(Suppl. 1): 17-19.

154. Organización Panamericana de la Salud. Summary of experiences from the Americas. The 8th. Global Conference on Health Promotion. Washington, D.C.: OPS; 2013.
155. Organización Mundial de la Salud. Novena Conferencia Mundial de Promoción de Salud. La promoción de la salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Shangai: OMS; 2016 [citado 6 Dic 2016]. Disponible en: www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/es/
156. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015. Nueva Cork: Naciones Unidas; 2015 [citado 6 Dic 2016]. Disponible en: www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf
157. Estrada Paneque MU, Vinajera Torres C, Estrada Vinajera GM. Algunas consideraciones sobre salud humana y promoción para la salud. MEDISAN [Internet]. 2010 Ago [citado 17 Feb 2017]; 14(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000600019&lng=es
158. Matus C. Planificación estratégica situacional [Internet]. Santiago de Chile : Fundación Altadir 2009; [citado 20 mar 2014]. Disponible en: http://www.dgplani.luz.edu.ve/images/stories/descargas_dgplaniluz/gestmun_adm.pdf
159. Jiménez L. El enfoque estratégico en la planificación de intervenciones. Algunas consideraciones para su aplicación en el nivel local de salud. La Habana: Facultad de Salud Pública; 1996.
160. Sánchez Jacas I. La planeación estratégica en el Sistema de Salud cubano. MEDISAN [Internet] 2017 [citado 20 mar 2014]; 21 (5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1029-30192017000500019&lng=es&tlng=es
161. Sánchez Hernández E, Medina Pavón M, Moreno Reyes JC, Ferrer Bell D, Hodelín González M. La planeación estratégica y su impacto en la dirección docente. MEDISAN [Internet]. 2016 [citado 13 Abr 2017]; 20(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000300005&lng=es
162. Balancesociosanitario.com [Internet]. España: Ballesol. Centro residencial de la 3ra edad; c-2012 [actualizado 2 Feb 2015; citado 10 Feb 2015]. Nuevos modelos de atención sociosanitaria; [aprox.

2 pantallas]. Disponible en: http://www.balancesociosanitario.com/Nuevos-modelos-de-Atencion-Sociosanitaria_a1608.html

163. InfoWeeK eHealth [Internet]. España: eHealth; c2000-2016 [actualizado 2 Abr 2015; citado 10 Abr 2016]. Un nuevo modelo sociosanitario de calidad, más sostenible; [aprox. 12 pantallas]. Disponible en: <https://www.infoweek.biz/la/2012/04/modelo-sociosanitario-sostenible/>
164. Soler P, Planas A, Núñez H. El reto del empoderamiento en la Animación Sociocultural: una propuesta de indicadores. ATTPS. 2015;8:41-54.
165. Pérez-Pérez I. Animación sociocultural, desarrollo comunitario versus educación para el desarrollo: una experiencia integradora en educación superior. Universita [Internet]. 2014 [citado 10 Feb 2015]; 5(12):[aprox. 16 p.]. Disponible en: <https://ries.universia.net/article/view/140/animacion-sociocultural-desarrollo-comunitario-versus-educacion-desarrollo-experiencia-innovadora-educacion-superior>
166. Sandoval H. Infante F. Escobar A. Bugeño M, Infante A. Intervención Comunitaria: una colaboración entre universidad, organizaciones sociales y municipios. Chile: UDLA; 2014.
167. Malacrida MG. Aprendizaje-Servicio y Desarrollo Local y Territorial: II Jornada de Investigadores sobre Aprendizaje-Servicio [Internet]. Argentina: Centro Latino Americano de Aprendizaje y Servicio Solidario (CLAYS); 2012 [citado 10 Feb 2015]. Disponible en: http://www.clayss.org.ar/06_investigacion/jornadas/Libro_IJIA-S_COMPLETO.pdf
168. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 5ªed [Internet]. México: McGraw-Hill; 2014 [citado 15 Nov 2015]. Disponible en: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
169. Bayarre Vea H, Oliva Pérez M, Horsford Saing R, Ranero Aparicio V, Coutin Marie G, Díaz Llanes R, et al. Libro de texto Metodología de la investigación en APS. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.

170. Colabella LY, Vargas P. "La Jauretche" Una universidad popular en la trama del sur del Gran Buenos Aires. En: Avances y Desafíos en Políticas Educativas en América Latina: análisis de casos en Argentina, Brasil, Colombia y Paraguay. Buenos Aires: Clacso; 2014.p. 345-370.
171. Machado Machado Y, Cruz Martín O, Santiesteban Pineda DM, Cruz Lorenzo C, García Ortiz Y, Paz Gonzalez SA. Abuso de consumo de productos tecnológicos en edades tempranas: problemática no abordada en estudios médicos. EDUMECENTRO [Internet]. 2017 Sep [citado 31 Mayo 2017]; 9(3): 155-170. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742017000300010&lng=es
172. Castro R. Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. Revista Mexicana de Sociología. 2014;76(2):167-197.
173. Meneses Falcón, C.(2014).Reflexiones sobre la metodología de investigación social. Miscelanea: Comillas. España V. 72 (pp. 191_201)
174. Paganini J, Raiher S. Análisis bibliométrico de las publicaciones sobre investigación en servicios de salud. Tendencias y características. Buenos Aires: Universidad Nacional de La Plata/Centro Interdisciplinario para la Salud; 2006.
175. Aguilar Idáñez MJ. Trabajo Social: Concepto y Metodología. Madrid: Ed. Paraninfo; 2013.
176. Vargas I. ¿Cómo se concibe la etnografía crítica dentro de la investigación cualitativa? Revista Electrónica Educare [Internet] 2016 may-agost [citado 20 may 2017]; 20(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/EDUCARE/rt/printerFriendly/7649/8085>
177. Díaz Llanes G. Los grupos focales: Su utilidad para el médico de familia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2005 Ago [citado 31 Mayo 2017] ; 21(3-4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300021&lng=es.
178. Anguera MT. Metodología de la observación en las ciencias humanas. Madrid: Catedra; 1985
179. Schettini P, Cortazzo I. Análisis de datos cualitativos en la investigación social [Internet]. La Plata: Universidad Nacional de La Plata; 2015 [citado 20 may 2017]. Disponible en: <https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/download/451/416/1497-1>

180. Ruiz JI. Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto; 2012.
181. Mojica Sastoque F. El ábaco de Regnier. En: Mojica Sastoque F, editor. La Prospectiva. Bogota: Legis Editores; 1991. p. 21-33.
182. Rodríguez Gómez G; Gil Floren J; García Jiménez E. Metodología de la Investigación Cualitativa. Sevilla: Editorial ALJIBE; 1999.
183. Pría Barros MC, Tuero Iglesias A, Coutin Marie G, Clua A. Algunas reflexiones sobre el análisis estadístico en poblaciones pequeñas. Reporte técnico de vigilancia. [Internet] feb 2003 [citado 20 ene 2017];8(86). Disponible en: www.ensayostube.com/familia/medicina/Guiacutea-para-la-elaboracioac21.php
184. Casanova Moreno M de la C. Estrategia educativa dirigida a adultos mayores diabéticos tipo 2 y proveedores de salud. Pinar del Río.2011-2014 [tesis]. La Habana: ENSAP; 2016.
185. Moriyama I. Indicators of social change. Problems in the measurements of health status. New York: Russell Sage Foundation; 1968.
186. Diccionario de la Lengua Española [Internet]. Madrid: Real Academia Español; 2014 [actualizado 12 Abr 2014; citado 10 Feb 2015]; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=L4eKVkR>
187. Helsinki. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Seúl, Corea. 59ª Asamblea General; 2008.
188. Tomé Hernández G, Méndez Espinoza JA, Pérez Ramírez N, Ramírez Juárez J, Tormero Campante MA, Tomé Hernández G, et al. Estrategias de reproducción familiar en Santa María Moyotzingo, Puebla, México. Agricult soc des. [Internet]2014 [citado 20 Ene 2017];11(1). Disponible en :<http://www.redalyc.org/pdf/3605/360533098006.pdf>
189. Otero Silva M. Casas muertas. Caracas: Ediciones Monte Ávila; 1996.
190. Organización Mundial de la Salud. Cólera [Internet]. Ginebra: OMS; Feb 2014 [citado 15 Jun 2015]. Disponible en:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs107/es/>

191. Ramírez Rodríguez M. Participación comunitaria en la prevención de la leptospirosis humana. Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas [Internet]. Sep-Oct 2015 [citado 9 Jul 2014];19(5):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://scielo.prueba.sld.cu/pdf/rpr/v19n5/rpr13515.pdf>
192. Vidal Borrás E. Conocimientos sobre prevención de la transmisión sexual del Virus de Inmunodeficiencia Humana en la comunidad La Silsa. Centro Diagnóstico Integral (CDI) Casalta II, Caracas, Venezuela. Rev haban cienc méd [Internet]. May-Jun 2016 [citado 9 Jul 2014];15(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000300007&lng=es&nrm=iso
193. Achiong Estupiñán F. Intervención integral educativa en hipertensión arterial. Policlínico Héroes del Moncada. Municipio de Cárdenas, 2013. Rev Med Electrón [Internet]. Mar-Abr 2014 [citado 9 Jul 2014];36(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1064/html>
194. Lucumí D, Gutiérrez A, Moreno J, Gómez L, Lagos N, Rosero M, et al. Planeación Local para enfrentar el Desafío de las Enfermedades Crónicas en Pasto, Colombia. Rev Salud Pública [Internet]. Mayo 2008 [citado 2 Oct 2012];10(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000200015&lng=en
195. Márquez Morales NE. Metodología para evaluar la calidad asistencial a la atención de los ingresados en el hogar. [Tesis].La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2009.
196. Prado Legrá E, Rosell Blanco F, Ortiz Rivas A. Capacitación de profesionales de la Facultad de Tecnología de la Salud durante el curso 2007-2008. MEDISAN [Internet]. 2010 Feb [citado 08 Sep 2014]; 14(1): [aprox. 5p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192010000100005&lng=es
197. Casares García PM, Carmona Orantes G, Martínez-Rodríguez FM. Valores profesionales en la formación universitaria. Revista electrónica de investigación educativa. [Internet]. 2010[citado 8 Sep 2014]; 12: [aprox. 15p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S160740412010000300004&lng=es&lng=es

198. González Jaramillo S, Ortiz García M. Las competencias profesionales en la Educación Superior. *Educ Med Super* [Internet]. 2011 Sep [citado 8 Sep 2014]; 25(3): [aprox.10p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412011000300011&lng=es
199. Macías Llanes ME. Formación posgraduada en Ciencia-Tecnología-Sociedad en el sector de la salud. Resultados de una capacitación a profesores. *Rev Hum Med* [Internet]. 2010 Dic [citado 8 Sep 2014]; 10(3): [aprox.23p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202010000300001&lng=es
200. Bacallao J, Alerm A, Artiles L. Texto Complementario de metodología de la investigación educacional. La Habana: Material de la Maestría en Educación Médica; 2002.
201. López Torrent E, Forcada Vega C, Miller F, Pasarin Rua I, Foz Gil G; Coordinadores de los equipos comunitarios de los centros AUPA. Factores que facilitan y dificultan el desarrollo de los proyectos comunitarios. Estudio observacional de la red AUPA de centros de atención primaria de Cataluña. *Atención Primaria*. 2010;42:218-25.
202. Brito PE. Cambios laborales en el sector salud y procesos de reforma sectorial. En: Irigoin M, Vargas F, editores. *Competencia laboral. Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el Sector Salud*. Montevideo: CINTERFOR, OIT, OPS; 2002. p. 234-432.
203. Proenza Rodríguez R, Martínez Álvarez FF, Pimentel Benítez H, Moras Bracero F de J. Trabajo comunitario, participación social y red de actores en la percepción del riesgo genético. *Rev Hum Med* [Internet]. Dic 2010 [citado 9 Jul 2014];10(3):[aprox. 21 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202010000300005&lng=es
204. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Resumen del Informe sobre Desarrollo Humano 2014: Sostener el Progreso Humano: reducir vulnerabilidades y construir resiliencia [Internet]. New York: PNUD; 2014 [citado 23 Ene 2015]. Disponible en: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-summary-es.pdf>
205. Martín García M. La participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud [Internet]. España: Doyma; 2006 [citado 9 Jul 2014]. Disponible en: <http://www.doyma.es>

206. Conferencia internacional sobre la promoción de la salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Canadá: OMS, Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública; 1986.
207. Chaguaceda A, Córdova Jaimes E, León Álvarez ME. Los desafíos de la política comunitaria en Venezuela. Lecturas sobre una experiencia local. Espiral (Guadalaj.) [Internet]. 2013 May-Ago [citado 9 Jul 2014];20(57):[aprox. 25 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-05652013000200004&lng=es&nrm=iso
208. Arroyo Hiram V, Cerqueira MT, editores. La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina. Salud Pública Méx [Internet]. 1998 May [citado 9 Jul 2014];40(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341998000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=es
209. National Nursing Staff Development Organization, et American Nurses Association. Nursing Professional Development – Scope and Standard of Practice. 2^{da} ed. Washington: Silver Spring; 2010.
210. [Ferrer Ferrer L](#), [Alfonso Sagué K](#), [Bonet Gorbea M](#), [Guerra Chang M](#), [Rodríguez Méndez M](#), [Díaz Perera G](#). _Intervenciones comunitarias contra enfermedades crónicas no transmisibles en el consejo popular Dragones. Rev Cubana Salud Pública. Jul-Sep 2006;32(3):64-72.
211. Nissinen A, Berrios X, Puska P. Intervenciones comunitarias contra las enfermedades no transmisibles: lecciones de los países desarrollados para los países en desarrollo. Bull WHO. 2001;79(10):963-70.
212. Chacón B, Yera Álvarez L, Guerrero Montero M. Conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes de Barrio Adentro. AMC [Internet]. 2009 Mar-Abr [citado 9 Jul 2014];13(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000200008

Anexo 1. Solicitud de las autoridades sanitarias y políticas para la realización de la investigación.

Camagüey, 21 de abril del 2007.
"Año 49 de la Revolución"

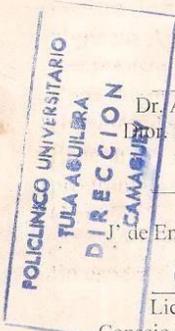
A quien pueda interesar:

Por esta vía, haciendo uso de las facultades que nos están conferidas y teniendo en conocimiento por el Ministerio de Salud Pública del tema de investigación: "Alternativas Metodológicas o Sistemas de Acciones para potenciar el Trabajo Comunitario en Enfermería", aprobado además por los Consejos Científicos correspondientes, a favor del MsC. José Eduardo Vera Rodríguez, profesional de nuestra institución de salud, **solicitamos**, se aplique dentro del Distrito de Salud "Ignacio Agramonte" de nuestra Provincia, focalizándolo en la comunidad "El León", por ser esta una de las más afectadas en el orden comunitario.

Consideramos que las conclusiones de este estudio y su aplicación favorecerán la situación de salud de la comunidad en cuestión y la calidad de vida de sus habitantes.

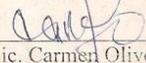
Esperamos que la transformación comunitaria proporcione equilibrio en los diferentes programas de salud y permita se otorgue el grado científico al autor de Doctor en Ciencias Sociológicas.

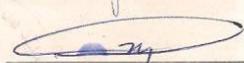
En espera de su atención,

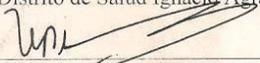


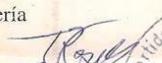

Dr. Alfredo de Jesús García Cabrera
Dir. Policlínico Tula Aguilera (Oeste)


Lic. Marisol Bolaños Ten.
J' de Enfermeras Policlínico Tula Aguilera

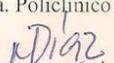

Lic. Carmen Olivera Carmentes
Consejo Científico Policlínico Tula Aguilera


Dr. Leandro del Risco.
Dtor. Distrito de Salud Ignacio Agramonte


Lic. Margarita Pereira Padrón
Vice Dtora. Provincial Enfermería

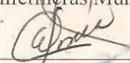

José Antonio Roselló Ávila
Secretario Gral PCC Distrito Ignacio Agramante.

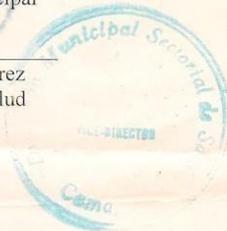

Dra. Elietti Padrón Hidalgo-Gato
Dtora. Policlínico Previsora


Marisbel Díaz González
J' de Enfermeras Policlínico Previsora


Dra. Silvia Bueno Figueredo
Vice Dtora. Docente Policlínico Previsora
Consejo Científico


Esp. Lic. Martha González Estrada
J' de Enfermeras Municipal


Dr. Vicente Morán Pérez
Dtor. Municipal de Salud



Anexo 2. Grupos focales.

Objetivo: Obtener información sobre creencias, experiencias y el lenguaje de los destinatarios.

Las temáticas a analizar se encaminaron en cuatro aspectos fundamentales:

1. Sentido de pertenencia y arraigo a sus tradiciones en la población.
2. Estilos de vida.
3. Necesidades sentidas.
4. Servicios de salud.

Anexo 3. Entrevista a profundidad (informantes clave).

Objetivo: Obtener información fidedigna de la realidad existente, con el propio lenguaje de los sujetos y las formas en que expresan sus vivencias.

Nombres y apellidos: _____ Edad _____ Fecha: _____

Guía de la entrevista a pobladores asignados como informantes claves.

1. Origen de la comunidad.
2. Adaptación de los primeros pobladores.
3. Sentido de pertenencia de los pobladores.
4. Participación comunitaria.
5. Servicios de salud.
6. Relaciones interpersonales de los pobladores.
7. Estilos de vida de la comunidad.
8. Información sobre salud.
9. Transportación diurna y nocturna para urgencias médicas u otras necesidades.
10. Recreación de los pobladores.

Anexo 4. Entrevista abierta a pobladores.

Objetivo: Identificar la opinión de pobladores sobre diferentes aspectos de la comunidad que inciden en su vida personal y social.

Guía de preguntas:

1. ¿Qué usted opina acerca de la permanencia del médico y el profesional de enfermería en el consultorio?
2. ¿Qué piensa usted de los problemas de salud de la comunidad?
3. ¿Considera usted la comunidad como si fuera suya?
4. ¿Qué opinión usted tiene acerca de la participación de otros organismos que pueden ayudar a la comunidad?
5. ¿Qué opina usted acerca de su entorno medio ambiental?
6. ¿Qué opina usted acerca de las actividades recreativas de la comunidad?
7. ¿Qué considera usted acerca del estado de construcción de las viviendas de la comunidad?
8. ¿Qué opina usted acerca del policlínico al cual pertenece la comunidad?
9. ¿Qué piensa usted acerca de las personas que se van de la comunidad?
10. ¿Qué cree usted necesario para que la comunidad mejore?

Anexo 5. Observación no participante.

Objetivo: Adquirir información de los hechos cotidianos y de la vida de los pobladores.

Indicadores	Análisis del contenido de los indicadores
Sociales	<p>Ambiente social y humano (generado en el ambiente físico): formas de organización en grupos y subgrupos, patrones de interacción o vinculación (propósitos, redes, dirección de la comunicación, elementos verbales y no verbales, jerarquías y procesos de liderazgo, frecuencia de las interacciones).</p> <p>Características de los grupos, subgrupos y participantes, (edades, niveles socioeconómicos, ocupaciones, género, estados maritales, vestimenta, etc.); actores clave; líderes y quienes toman decisiones; costumbres ¿qué hacen los participantes?, ¿a qué se dedican?, ¿cuándo y cómo lo hacen? (desde el trabajo hasta el esparcimiento, el consumo, el uso de medios de comunicación, la religión, los mitos y rituales, la salud y sus consideraciones culturales. Además de las impresiones del observador al respecto, incluyendo consumo de alcohol y formas de recreación.</p>
Psicológicos	<p>Hechos relevantes en el ambiente y a los individuos (pérdida de un ser querido, matrimonios, infidelidades, traiciones entre familiares y amigos, peleas verbales y físicas etc. y su forma de afrontamiento. Conductas ante la salud y la enfermedad.</p>
Económicos	<p>Nivel de vida de los habitantes, desarrollo del mercado local, la base alimentaria de la población. Poder adquisitivo para la compra de productos en la ciudad, inconformidades por sus ingresos familiares.</p>
Ambientales	<p>Preservación de las especies de flora y fauna de cada zona, la protección de los suelos y animales, la contaminación ambiental, la deforestación, la pérdida de la diversidad biológica por el mal manejo de determinados ecosistemas.</p>

Anexo 6. Ábaco de Régnier.

Objetivo: Validar instrumentos del estudio etnográficos para su aplicación.

La lógica utilizada por el ábaco es de los tres colores del semáforo (verde, naranja y rojo) completados con el verde claro, el rojo claro (permitiendo de este modo suavizar las opiniones). El blanco permite el voto en blanco y el negro la abstención.

Actitud muy favorable: verde oscuro (V).

Actitud favorable verde claro (v)

Actitud neutra (cautela): amarillo (A)

Actitud desfavorable: rosado (r)

Actitud muy desfavorable: rojo (R).

Instrumentos propuestos a los expertos para la investigación	Escala de colores						
	Verde oscuro	Verde claro	Amarillo	Rosado	Rojo	Blanco	Negro
Grupos Focales							
Entrevista a profundidad							
Entrevista abierta							
Observación no participante							

Anexo 7. Análisis de los datos cualitativos.

Objetivo: Mostrar el análisis del procesamiento cualitativo a partir de los enunciados.

Unidades de análisis	Categorización	Codificación
...a todos nos da lo mismo, ni hacemos nada y nos importa nada...	Sentido de pertenencia	SP
..las gentes se fajan por to...	Violencia física y verbal	VF,VV
...no hacemos nada por la zona, no queremos hacer na...estamos pasivos	Pasividad de los pobladores	PP
...hay problemas de llevarnos bien entre todos y la comunidad...	Relaciones interpersonales	RI
...tantos grupos recreativos y no viene naie...	Recreación	R
...los que nos vienen a ver por salud nonos gusta ...todo es rápido y ya...	Insatisfacción de los servicios de salud	IS
Ausencia de transporte diurno y nocturno para el traslado de enfermos y otras demandas...	Transporte	T
Necesidad de telefonía	Comunicación	C
...hay gente que viven” remal “en sus casas...a nadie le importa eso...	Estado constructivo de las viviendas	ECV
...nadie cuida ni arboles ni animales...estamos como salvajes	Área ecológica	AE
...nadie respeta da y los escombros y basuras en la calle...	Indisciplinas sociales	IS
...ahora empezaron a venir gentes pa saber que pasa en la comunidad para ayudarnos, dicen que son enfermeras y enfermeros y dirigentes... un montón de gentes...	Interés de dirigentes y profesionales de enfermería en la transformación comunitaria	IDPF
Ausencia de programas de educación para la salud comunitaria	Educación para la salud	EP
Necesidad de servicios técnicos y de una farmacia	Provisión de servicios	PS
...la gente ni sabe na de salud y se vive como se quiere...	Estilos de vida	EV
Sedentarismo, hábito de fumar y alcoholismo como opción a la recreación	Conductas de riesgo a la salud	CRS
...ya los festejos como se hacían antes no están...-que pasó...	Perdida de tradiciones de los pobladores	PT
Necesidad de ser atendidos por otros sectores	Intersectorialidad	IS

Anexo 8. Encuesta sobre información acerca de infecciones de transmisión sexual y enfermedades no transmisibles.

Objetivo: Identificar nivel de información sobre ITS y enfermedades no transmisibles en pobladores de la comunidad.

1. ¿Conoce usted de algunos síntomas o signos (señales) de la sífilis? Marque con una cruz.
 - 1.1. Sí
 - 1.2. No
 - 1.3. Enumere al menos 3 de ellos.
 - 1.4. _____
 - 1.5. _____
 - 1.6. _____
2. Marque con una cruz si tiene o no conocimientos de las formas de presentación del condilomas.
 - 2.1. Sí
 - 2.2. No
 - 2.3. Mencione la que usted conoce.
3. Marque con una cruz si conoce o no acerca de los síntomas o signos (señales) de la Blenorragia (gonorrea).
 - 3.1. Sí
 - 3.2. No
4. Marque con una cruz si conoce o no sobre VIH Sida.
 - 4.1. Sí
 - 4.2. No

Información acerca de las enfermedades no transmisibles.

5. Enumere cuatro enfermedades que usted considere notransmisibles.
 - 5.1. _____
 - 5.2. _____
 - 5.3. _____

5.4. _____

6. ¿Conoce usted las cifras de la presión arterial normal?

6.1. ___ Sí

6.2. ___ No

6.3. Exprese la cifra: _____

7. Marque con una cruz si conoce o no acerca de la cardiopatía isquémica.

7.1. ___ Sí

7.2. ___ No

7.3. Mencione los síntomas que conozca: _____

8. Marque con una cruz si tiene conocimientos sobre la diabetes mellitus.

8.1. ___ Sí

8.2. ___ No

8.3. Mencione tres síntomas que conozca.

8.4. _____

8.5. _____

8.6. _____

9. Seleccione con una cruz si conoce o no sobre el asma bronquial.

9.1. ___ Sí

9.2. ___ No

9.3. Mencione los síntomas que conozca: _____

10. ¿Tiene usted conocimientos acerca de la demencia senil?

10.1. ___ Sí

10.2. ___ No

10.3. Mencione los síntomas que conozca: _____

11. ¿Tiene conocimientos usted sobre las enfermedades buco-dentarias?

11.1. ___ Sí

11.2. ___ No

11.3. Mencione dos de ellas.

11.4. _____

11.5. _____

12. Marque con una cruz si conoce o no sobre enfermedades psiquiátricas.

12.1. ___ Sí

12.2. ___ No

12.3. ___ Mencione dos de ellas

Normas de calificación:

Para información sobre ITS:

Se otorgará 10 puntos para cada respuesta correcta (4 preguntas)

40 puntos total con información sobre ITS

20 puntos poca información.

10 sin ninguna información

Para información sobre enfermedades no transmisibles:

Se otorgará 10 puntos para cada respuesta correcta (7 preguntas)

70 puntos total con información sobre ENT

50 puntos poca información.

30 puntos deficiente información.

10 puntos sin información.

Anexo 9. Variables que caracterizan el estado de salud de la población. (Operacionalización).

Dimensión: Factores de riesgo

Variables	Definición	Escala	Definición de la Escala
Factor de riesgo (en general)	Toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer enfermedad o cualquier otro problema de salud.	Presente	Presente si el miembro de la comunidad investigado posee al menos uno de los factores de riesgo explorado en la historia clínica familiar y ausente en otro caso.
		Ausente	
Factor de riesgo biológico	Característica de naturaleza biológica que incrementa la probabilidad de enfermedad o daño a la salud.	Presente	Presente si el miembro de la comunidad investigado posee al menos uno de los factores de riesgo biológico explorado en la historia clínica familiar y ausente en otro caso.
		Ausente	
Factor de riesgo psicológico	Característica de naturaleza psicológica que incrementa la probabilidad de enfermedad o daño a la salud.	Presente	Presente si el miembro de la comunidad investigado posee al menos uno de los factores de riesgo psicológico explorado en la historia clínica familiar y ausente en otro caso.
		Ausente	
Factor de riesgo social	Característica de naturaleza social que incrementa la probabilidad de enfermedad o daño a la salud.	Presente	Presente si el miembro de la comunidad investigado posee al menos uno de los factores de riesgo social explorado en la historia clínica familiar y ausente en otro caso.
		Ausente	
Factor de riesgo ambiental	Característica de naturaleza ambiental que incrementa la probabilidad de enfermedad o daño a la salud.	Presente	Presente si el miembro de la comunidad investigado posee al menos uno de los factores de riesgo ambiental explorado en la historia clínica familiar y ausente en otro caso.
		Ausente	

Tomado del ASIS e Historia clínica familiar 2007

Dimensión: Conductas de riesgo a la salud

Variables	Definición	Escala	Definición de la Escala
Hábitos tóxicos	Consumo sistemático y por encima de lo permisible de alguna de las sustancias nocivas al organismo que se exploran en el ASIS (alcohol, tabaco, café).	Presente	Presente si el miembro de la comunidad investigado consume al menos uno de los tóxicos explorado en la historia clínica familiar y ausente en otro caso.
		Ausente	
Alcoholismo	Consumo de alcohol por encima del volumen y(o) frecuencia permisible.	Presente	Criterio de cantidad y frecuencia: Presente si el miembro de la comunidad investigado consume tres o más veces a la semana.
		Ausente	
Tabaquismo	Consumo de tabaco por encima de la cantidad y(o) frecuencia permisible.	Presente	Presente si el miembro de la comunidad investigado consume tabaco, explorado en la historia clínica familiar y ausente en otro caso.
		Ausente	
Consumo de café	Consumo de café excesivo por encima de la cantidad y(o) frecuencia considerada nociva para la salud.	Presente	Presente si el miembro de la comunidad investigado consume café explorado en la historia clínica familiar y ausente en otro caso.
		Ausente	
Hiper-colesterolemia	Presencia de colesterol total en sangre por encima de las cifras consideradas normales para un laboratorio determinado.	Presente	Presente si el miembro de la comunidad investigado supera las cifras entre 4.3 y 6.2 mmol/L a la salud explorado en la historia clínica familiar y ausente en otro caso.
		Ausente	
Violencia	Forma de agresión verbal, extra verbal, física o psicológica en el ámbito familiar o extrafamiliar	Presente	Presente si el miembro de la comunidad investigado expresa en la historia clínica familiar alguna manifestación de violencia intra familiar o extra familiar y ausente en otro caso.
		Ausente	
Enfermedades buco dentarias	Desviación de la salud bucal diagnosticada por profesionales de las ciencias estomatológicas.	Presente	Presente si el miembro de la comunidad investigado expresa en la historia clínica familiar poseer al menos una enfermedad buco dentario
		Ausente	
Sedentarismo	Actividad física por debajo de la necesaria para el buen funcionamiento del organismo o ausente.	Presente	Presente si el miembro de la comunidad investigado expresa en la historia clínica familiar poseer escasa o ninguna actividad física y ausente en otro caso.
		Ausente	

Dimensión: Participación comunitaria

Variables	Definición	Escala	Definición de la Escala
Participación comunitaria	Presencia activa del sujeto en las actividades de la comunidad	Con participación	Presente si el sujeto participa en una o más actividades mensuales del CDR, de la FMC, entre otras; ausente si no participa en ninguna actividad comunitaria como las referidas. ASIS y estudio etnográfico
		Sin participación	

Dimensión: Sentido de pertenencia

Variables	Definición	Escala	Definición de la Escala
Sentido de pertenencia	Sentido de propiedad o de posesión que se tiene sobre la comunidad.	Presente	Presente porque la persona lo ha manifestado durante el interrogativo realizado en el consultorio o en el estudio etnográfico (de forma individual) Ausente en otro caso.
		Ausente	

Dimensión: Información acerca de infecciones de transmisión sexual

Variables	Definición	Escala	Definición de la Escala
Información acerca de ITS	Infecciones que se propagan por medio de las relaciones sexuales, se incrementan en todo el mundo y pueden ser causadas por hongos, parásitos, bacterias y virus.	Presente	Presente si el sujeto conoce al menos dos ITS, declarado en la encuesta realizada, ausente en otro caso.
		Ausente	
Información acerca de sífilis	Enfermedad de transmisión sexual provocada por la bacteria <i>Treponema pallidum</i> . A menudo se le ha llamado el gran imitador porque muchos de sus signos y síntomas son similares a los de otras enfermedades.	Presente	Presente si el miembro de la comunidad investigado expresa en la encuesta poseer alguna información, ausente en otro caso.
		Ausente	
Información acerca de condiloma	También conocidos como verrugas genitales son tumoraciones cutáneas producidas por una infección vírica. Se trata de una enfermedad de transmisión sexual.	Presente	Presente si el miembro de la comunidad investigado expresa en la encuesta poseer alguna información, ausente en otro caso.
		Ausente	

Información acerca de blenorragia	Infección de transmisión sexual provocada por la bacteria <i>Neisseria gonorrhoeae</i> o gonococo, cuyo huésped específico es el ser humano. Afecta principalmente las mucosas del aparato genital y urinario, pero también puede afectar la conjuntiva ocular, la faringe y el recto.	Presente	Presente si el miembro de la comunidad investigado expresa en la encuesta poseer alguna información, ausente en otro caso.
		Ausente	
Información acerca de VIH	La inmunodeficiencia es un estado patológico en el que el sistema inmunitario no cumple con el papel de protección que le corresponde dejando al organismo vulnerable a la infección.	Presente	Presente si el miembro de la comunidad investigado expresa en la encuesta poseer alguna información, ausente en otro caso.
		Ausente	

Dimensión: Información acerca de enfermedades no transmisibles

Variables	Definición	Escala	Definición de la Escala
Información acerca de enfermedades no transmisibles	Enfermedades que por su naturaleza no es contaminante a otra persona por ninguna vía.	Presente	Presente si el miembro de la comunidad investigado expresa en la encuesta poseer alguna información, ausente en otro caso.
		Ausente	
Información acerca de hipertensión arterial	Enfermedad producida por la elevación de forma crónica de los valores de tensión arterial por encima de lo establecido como normal.	Presente	Presente si el miembro de la comunidad investigado expresa en la encuesta poseer alguna información, ausente en otro.
		Ausente	
Información acerca de cardiopatía isquémica	La cardiopatía isquémica es la enfermedad ocasionada por un desbalance entre el aporte y la demanda de oxígeno al corazón y esto se debe en más de un 90% a la aterosclerosis de las arterias coronarias, (las encargadas de proporcionar sangre al músculo cardíaco (miocardio)).	Presente	Presente si el miembro de la comunidad investigado expresa en la encuesta poseer alguna información, ausente en otro.
		Ausente	
Información acerca de diabetes mellitus	Es un síndrome heterogéneo originado por la Interacción genético-ambiental, caracterizado por una hiperglucemia crónica, consecuencia de un déficit en la secreción o acción de la insulina, que origina complicaciones agudas	Presente	Presente si el miembro de la comunidad investigado expresa en la encuesta poseer alguna información, ausente en otro.
		Ausente	

Información acerca de asma bronquial	El asma es una enfermedad crónica del sistema respiratorio caracterizada por vías respiratorias hiperreactivas (es decir, un incremento en la respuesta bronco	Presente	Presente si el miembro de la comunidad investigado expresa en la encuesta poseer alguna información, ausente en otro.
		Ausente	
Información acerca de demencia senil	La demencia se refiere a un conjunto de síntomas adquiridos de tipo cognitivo (confusión mental, pérdida de memoria, deterioro intelectual, desorientación, disturbios en lenguaje, anormalidades visual o espaciales, etc.) y conductual, de causa multifactorial.	Presente	Presente si el miembro de la comunidad investigado expresa en la encuesta poseer alguna información, ausente en otro.
		Ausente	
Información acerca de enfermedades buco dentarias	Enfermedades de la boca propiamente dicha o de las estructuras dentarias, de causa multifactorial.	Presente	Presente si el miembro de la comunidad investigado expresa en la encuesta poseer alguna información, ausente en otro caso.
		Ausente	
Información acerca de enfermedades psiquiátricas	Alteraciones en los procesos del razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad, las emociones o las relaciones con los demás, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo.	Presente	Presente si el miembro de la comunidad investigado expresa en la encuesta poseer alguna información, ausente en otro caso.
		Ausente	

VARIABLES SEGÚN MOMENTOS DE LA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN SOCIO SANITARIA

El momento I hace referencia a la etapa de caracterización y análisis de la información obtenida en el ASIS, la historia clínica familiar, la encuesta realizada y el estudio etnográfico, luego la implementación de la estrategia de intervención socio sanitaria y la recogida de información posterior a ésta (cinco años después). El momento II responde a la etapa de sostenibilidad que incluye el antes, después y al año.

Variables	Definición	Escala	Definición de la Escala
Momento I	Medición que se realiza antes del inicio de la intervención y al concluir ésta.	Antes	Según resultado que se obtenga en la línea de base y al concluir la aplicación de la estrategia.
		Después (cinco años)	
Momento II	Medición que se realiza antes del inicio de la intervención, al final de la intervención y al año.	Antes	Según resultado que se obtenga en la línea de base, al concluir la aplicación de la estrategia y un año después.
		Después (cinco años)	
		Un año después	

Variables de respuesta principal para profesionales de enfermería (componente de la estrategia de intervención socio-sanitaria)

Variables	Definición	Escala	Definición de la Escala
Conocimientos y habilidades derivadas de la disciplina sociología	Conocimientos teóricos y prácticos sobre grupos, colectivos y comunidades, así el apoyo social como estrategia de intervención.	Adecuado	Adecuado si refiere tener conocimientos y habilidades sobre la disciplina de sociología e inadecuado en caso contrario. Mínimo por clave de calificación 60 puntos.
		Inadecuado	
Conocimientos y habilidades derivadas de la disciplina psicología de la salud	Conocimientos teóricos y prácticos sobre la primera ayuda psicológica y herramientas psicosociales que pueden ser aplicadas en las comunidades rurales.	Adecuado	Adecuado si refiere tener conocimientos y habilidades sobre la disciplina de psicología de la salud e inadecuado en caso contrario. Mínimo por clave de calificación 60 puntos.
		Inadecuado	
Conocimientos y habilidades derivadas de la disciplina antropología sociocultural	Conocimientos teóricos y prácticos de la etnografía y su utilización para las comunidades rurales.	Adecuado	Adecuado si refiere tener conocimientos y habilidades sobre la disciplina antropología sociocultural e inadecuado en caso contrario. Mínimo por clave de calificación 60 puntos.
		Inadecuado	

Conocimientos y habilidades derivadas del trabajo comunitario como herramienta del trabajo social	Conocimientos teóricos y prácticos de trabajo comunitario integrado con el análisis de la realidad en la intervención social que pueden emplearse en los diferentes escenarios de la Atención Primaria de Salud.	Adecuado	Adecuado si refiere tener conocimientos y habilidades sobre el trabajo comunitario como herramienta del trabajo social e inadecuado en caso contrario. Mínimo por clave de calificación 60 puntos.
		Inadecuado	
conocimientos salubristas actualizados	Conocimientos teóricos y prácticos que permitan disminuir la cantidad o la calidad de los factores de riesgo presentes en la comunidad y en el individuo. Prevenir complicaciones y secuelas. Cualquier intervención o procedimiento que reduzca/suprima la posibilidad de que los factores causantes de una enfermedad puedan desarrollarse.	Adecuado	Adecuado si refiere tener conocimientos sólidos y actualizados así como habilidades sobre acciones salubristas e inadecuado en caso contrario. Mínimo por clave de calificación 60 puntos.
		Inadecuado	

Variables de respuesta principal para la población

Variables	Definición	Escala	Definición de la Escala
Sentido de pertenencia a la comunidad	Propiedad o posesión que tiene el sujeto sobre la comunidad.	Presente	Presente en dos o más técnicas aplicadas de forma individual durante el estudio etnográfico o referido en el ASIS. Ausente en otro caso.
		Ausente	
Participación comunitaria	Presencia activa del sujeto en las actividades de la comunidad.	Presente	Presente en dos o más técnicas aplicadas de forma individual durante el estudio etnográfico o referido en el ASIS. Ausente en otro caso.
		Ausente	

Anexo 10. Cuestionario y evaluación realizados a profesionales de enfermería y evaluación. (antes-después).

Objetivo: Identificar necesidades de aprendizaje sobre las disciplinas de las ciencias sociales: psicología de la salud, antropología sociocultural, sociología y trabajo comunitario como herramienta del trabajo social, además de acciones salubristas en la comunidad.

Marque con una cruz (x), la respuesta correcta y explique según corresponda.

1) ¿Conoce usted la importancia de las ciencias sociales para la salud pública; dígame sociología, antropología sociocultural, psicología de la salud o comunitaria y trabajo comunitario como herramienta del trabajo social?

Sí No

a) Si responde afirmativamente explique.

2) ¿Se siente capacitado para realizar acciones desde la sociología, antropología sociocultural, psicología de la salud o comunitaria y trabajo comunitario como herramienta del trabajo social?

Sí No

a) Explique si es afirmativo en alguno de los casos.

3) ¿Se siente capacitado para realizar acciones salubristas en la comunidad sin mayor capacitación?

Sí No

a) Si responde afirmativamente explique.

4) ¿Está al tanto de los modelos y teorías de sociología, antropología sociocultural, psicología de la salud o comunitaria y trabajo comunitario como herramienta del trabajo social aplicado a la salud pública y en específico orientado a la comunidad?

Sí No

a) Si responde afirmativamente explique.

5) ¿Cuando usted efectúa acciones socio sanitarias en la comunidad toma referentes de las ciencias sociales que se refieren anteriormente?

Sí No

a) Si responde afirmativamente explique.

Evaluación del cuestionario.

Preguntas	Respuestas	Puntuación
1) ¿Conoce usted la importancia de las ciencias sociales para la salud pública; dígame sociología, antropología sociocultural, psicología de la salud o comunitaria y trabajo comunitario como herramienta del trabajo social?	Sí _____ No _____ a) Si responde afirmativamente explique.	No. 1
2) ¿Se siente capacitado para realizar acciones desde la sociología, antropología sociocultural, psicología de la salud o comunitaria y trabajo comunitario como herramienta del trabajo social?	Sí _____ No _____ a) Si responde afirmativamente explique.	No. 2:
3) ¿Se siente capacitado para realizar acciones salubristas en la comunidad sin mayor capacitación?	Sí _____ No _____ a) Si responde afirmativamente explique.	No. 3:
4) ¿Está al tanto de los modelos y teorías de sociología, antropología sociocultural, psicología de la salud o comunitaria y trabajo comunitario como herramienta del trabajo social aplicado a la salud pública y en específico orientado a la comunidad?	3). Sí _____ No _____ a) Si responde afirmativamente explique.	No. 4
5) ¿Cuando usted efectúa acciones socio sanitarias en la comunidad toma referentes de las ciencias sociales que se refieren anteriormente?	Sí _____ No _____ a) Si responde afirmativamente explique.	No. 5

Norma: Obtiene 20 puntos como máximo si responde Sí y explica correctamente.

Clave de Calificación. Calificación total: 100 puntos: máximo

60 puntos: mínimo

Anexo 11. Técnica de Moriyama.

Objetivo: Validar las líneas de acción que corresponden a las disciplinas propuestas de la estrategia de intervención socio sanitaria.

Cómputo de la evaluación de cada una de las categorías. Categorías de Moriyama:

- Razonable y comprensible: Si las acciones o actividades a evaluar son comprensibles para los sujetos a los que se le aplicará.
- Sensible a variaciones en el fenómeno que se mide: Se refiere a si las acciones o actividades a evaluar podrían distinguir o diferenciar a los sujetos de aplicación entre sí. Si reconoce las diferencias individuales. Si discrimina variaciones.
- Con suposiciones básicas justificables o intuitivamente razonables: Se refiere a si existe justificación para que las acciones o actividades a evaluar estén contempladas en esa metodología. Es decir, si se justifica la presencia de esa actividad según el objetivo de la metodología.
- Con componentes claramente definidos: Se refiere a la claridad con que están, acciones o actividades a evaluar en la metodología.
- Derivables de datos factibles de obtener: Se refiere a la consideración del experto sobre la posibilidad de obtener información del sujeto a partir de sus respuestas o comportamientos en cada actividad. Es la valoración del comportamiento esperado, según la experiencia del juez.

Para la corrección de los resultados se ha considerado el mismo criterio defendido por Moriyama, quien considera válidos aquellas acciones o ítems en que las respuestas de los expertos tengan un nivel de acuerdo igual o superior al 70% en la escala: "Mucho".

Disciplinas	Razonable y comprensible			Sensible a variaciones en el fenómeno que se mide			Con suposiciones básicas justificables o intuitivamente razonables			Con componentes claramente definidos			Derivables de datos factibles de obtener		
	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
Sociología															
Psicología de la salud															
Antropología Sociocultural															
Trabajo comunitario															
Acciones salubristas															

Los expertos evaluaron cada acción en correspondencia a las categorías de Moriyama en una escala ordinal que contempló:

Mucho: 2.

Poco: 1. Selecciones no mayores del 20% de la muestra de expertos.

Nada: 0. Ausencia de selecciones.

Anexo 12. Programa de capacitación a profesionales de enfermería.

**PROGRAMA DE CAPACITACIÓN A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD MÉDICA DE CAMAGUEY CARLOS JUAN FINLAY
FACULTAD DE ENFERMERÍA
2009**

Objetivo general: Desarrollar conocimientos y habilidades para el desempeño de acciones derivadas de las ciencias sociales y acciones salubristas actualizadas en profesionales de enfermería.

Propuesta: Todos los profesionales de enfermería que pertenecen al área de salud donde se ubica el asentamiento rural "El León".

Plazas en plantilla: 60.

Duración total: 102 horas.

Evaluaciones parciales en talleres: 24 horas

Evaluación final: 6 horas. Aplicación del cuestionario inicial y la guía de observación en la comunidad

Modalidad: A tiempo parcial.

Fecha de inicio de la primera capacitación: enero de 2009.

Fecha de terminación: septiembre de 2009.

Sede: Policlínico Universitario "Tula Aguilera.

Medios de enseñanza: los medios de enseñanza a emplear en la ejecución del curso serán los mismos para todos los temas, estos son: televisor y equipo de vídeo y computadora con lector de CD.

Tema	Objetivo	Contenido	Semana	FOE	Horas lectivas	Horas totales	Profesores
I	Sociología de la salud						
	Definir conceptos y concepciones generales de la Sociología en el ejercicio del trabajo comunitario.	Concepto y objeto de estudio de la Sociología: La sociología de la salud y sus conceptos Corrientes del pensamiento sociológico.	Semana 1	Conferencia	3	3	DrC. Irene Sofía Quiñones Varela. Profesor Titular de psicología médica. Universidad Médica de Camagüey.
	Valorar las principales obras y teorías de los procesos sociales en la salud y la enfermedad.	Principales obras. Teoría de los procesos sociales. La salud como valor social. Naturaleza social del proceso salud - enfermedad.	Semana 2	Conferencia	1	3	
				Clase taller	2		
	Caracterizar las principales concepciones del hombre sobre el proceso salud-enfermedad.	Concepciones del hombre sobre el proceso salud enfermedad. La determinación salud enfermedad. Naturaleza, estructura y desarrollo de la sociología.	Semana 3	Conferencia	3	3	MsC. José Eduardo Vera Rodríguez. Profesor Auxiliar Psicología médica. Universidad Médica de Camagüey.
	Fundamentar desde los referentes teóricos abordados las intervenciones en las comunidades rurales.	Estudios relacionados con las variaciones de las actitudes frente a la salud y a la enfermedad. Elementos de naturaleza social, biológica, ambiental o de organización de los servicios de salud que	Semana 4	Conferencia	3	3	

		incide negativamente en el momento del estudio sobre el estado de salud de la población, grupos, familias o individuos.					
	Caracterizar los fenómenos de ruralidad y urbanidad que inciden sobre la salud de los individuos, familias, grupos y comunidades.	Fenómenos derivado de las relaciones laborales, familiares, culturales, políticas, de género, educacionales, o de la ruralidad o urbanismo, u otros que pueden generar o incidir en insatisfacciones relacionadas con la salud de los individuos, familias, grupos y comunidades.	Semana 5	Conferencia	3	3	
	Valorar la importancia de la aplicación de las ciencias sociales en contextos rurales por profesionales de enfermería.	Proceso de socialización de la enfermería. Las relaciones sociales en la práctica de la enfermería profesional. Estudios rurales en América Latina relacionados con el profesional de enfermería y el apoyo intersectorial.	Semana 6	Clase taller	3	3	MsC. Arellys Toledo Amador. Profesor Titular. Psicología médica y social. Universidad Médica de Camagüey.
			Semana 7	Evaluación		3	
Total de horas del Tema I					18	21	

Tema	Objetivo	Contenido	Semana	FOE	Horas lectivas	Horas totales	Profesores
II	Psicología de la salud						
	Demostrar la importancia de los conocimientos y habilidades generales de la Psicología de la salud que permitan realizar acciones desde esta disciplina.	Psicología y conducta social. Trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad.	Semana 8	Conferencia	3	3	MsC. José Eduardo Vera Rodríguez. Profesor Auxiliar Psicología médica. Universidad Médica de Camagüey.
	Explicar la importancia de los trastornos afectivos y orgánicos en la rehabilitación de personas supuestamente sanas y con conductas delincuenciales.	Trastornos de la afectividad, trastornos orgánicos mentales. Medidas adecuadas en relación con la rehabilitación. Medidas adecuadas en relación con la rehabilitación de delincuentes. Abordaje del proceso salud enfermedad desde el punto de vista multi-causal.	Semana 9	Conferencia	1	3	
				Clase taller	2		
	Valorar la importancia de la psicología de la salud para el profesional de enfermería en la comunidad.	Modelos de promoción de salud; escuela cognitivas; Aprendizaje social (Bandura) Salud y comunidad, comunidades emocionales, comunidades estructurales, comunidades funcionales,	Semana 10	Conferencia	3	3	DrC. Irene Sofía Quiñones Varela. Profesor Titular de psicología médica. Universidad Médica de Camagüey. DrC. Irene Sofía Quiñones Varela. Profesor Titular de

		participación comunitaria.					psicología médica. Universidad Médica de Camagüey.
	Caracterizar la APS, como puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud Pública.	La atención primaria de salud. Organización territorial. Orientación hacia la prevención promoción, restauración y rehabilitación. Necesidad de trabajo en equipo en las ciencias de la Salud.	Semana 11	Conferencia	3	3	
	Argumentar la importancia de la atención familiar en el proceso salud enfermedad.	Atención a la familia. Perturbación de salud y bienestar. Higiene de los alimentos. Modos y estilos de vida saludables.	Semana 12	Conferencia	1	3	MsC. José Eduardo Vera Rodríguez. Profesor Auxiliar Psicología médica. Universidad Médica de Camagüey.
				Clase taller	2		
			Semana 13	Evaluación		3	
Total de horas del Tema II					15	18	

Tema	Objetivo	Contenido	Semana	FOE	Horas lectivas	Horas totales	Profesores
III	Antropología sociocultural						
	Argumentar los conocimientos generales de la Antropología que permitan estudios y acciones desde esta disciplina en la intervención.	Las técnicas de investigación en antropología. Mirada antropológica y proceso etnográfico.	Semana 14	Conferencia	3	3	DrC. Jorge Pardo Palomino. Profesor titular de psicología médica y antropología sociocultural. Universidad de Camagüey.
	Demostrar la importancia de los procesos interdisciplinarios en los procesos de investigación.	Interdiscipliniedad de las técnicas de investigación. La interpretación cultural. Las técnicas de investigación en situaciones sociales que el investigador crea (o aprovecha) para los objetivos de la investigación.	Semana 15	Clase taller	3	3	
	Demostrar la importancia del estudio antropológico en las investigaciones realizadas en salud pública.	Hacia una antropología del mundo contemporáneo. El análisis del discurso en la antropología social; controles y experimentos en el trabajo de campo. Antropología aplicada a la salud. Cultura y Salud. Salud y enfermedad.	Semana 16	Conferencia	3	3	MsC. José Eduardo Vera Rodríguez. Profesor Auxiliar Psicología médica. Universidad Médica de Camagüey.
Demostrar la importancia de las técnicas etnográficas para el	Técnicas etnográficas. Estudio de comunidades y experiencias antropológicas	Semana 17	Clase taller	3	3		

	estudio de comunidades y el proceso intersectorial.	con la participación de otras entidades: Cultura, deporte, etc.					MsC. José Eduardo Vera Rodríguez. Profesor Auxiliar Psicología médica. Universidad Médica de Camagüey.
	Explicar la importancia de la disciplina antropología para el profesional de enfermería.	Enfermería y antropología. Principales modelos y teorías vigentes en la práctica contemporánea. Estudios de antropología y enfermería en Europa, América Latina y el Caribe en comunidades aisladas.	Semana 18	Clase taller	3	3	
			Semana 19	Evaluación		3	
	Total de horas del tema III				15	18	

Tema	Objetivo	Contenido	Semana	FOE	Horas lectivas	Horas totales	Profesores
IV	Trabajo comunitario						
	Explicar la importancia del trabajo comunitario para la salud comunitaria y sus acciones.	Concepto actual de salud, salud pública y salud comunitaria. Determinantes de la salud y salud de la población. Desigualdades sociales en salud. Paradigma de salud: salud para todos y promoción de salud.	Semana 20	Conferencia	3	3	MsC. José Eduardo Vera Rodríguez. Profesor Auxiliar Psicología médica. Universidad Médica de Camagüey.
	Demostrar la importancia de los conocimientos de trabajo comunitario en los profesionales de Enfermería comunitaria.	Introducción a la Enfermería Comunitaria: Enfermería Comunitaria y Atención Primaria de Salud; Instrumentos básicos en Enfermería Comunitaria; Educación para la Salud. Estrategias e intervenciones en Promoción de Salud.	Semana 21	Conferencia	1	3	MsC. Luis Ulloa Reyes Profesor Auxiliar Enfermería Comunitaria. Facultad de enfermería Universidad Médica de Camagüey.
				Clase taller	2		
Caracterizar aspectos fundamentales del trabajo comunitario, que permitan el desarrollo local.	Conceptos y componentes de la Comunicación; identificación y análisis de la influencia de factores internos y externos en el nivel de salud de individuos y grupos. Concepto y componentes del Siste-	Semana 22	Conferencia	3	3	MsC. José Eduardo Vera Rodríguez. Profesor Auxiliar Psicología médica. Universidad Médica de Camagüey.	

		ma Sanitario. Modelos y evolución de Sistemas Sanitarios.					
	Analizar conceptos sobre comunidad, trabajo comunitario y desarrollo de la comunidad que permitan su comprensión para realizar acciones de intervención.	Concepto de Comunidad, trabajo Comunitario y Desarrollo de la Comunidad. Elementos para un Trabajo Comunitario integrado.	Semana 23	Conferencia	1	3	MsC. José Eduardo Vera Rodríguez. Profesor Auxiliar Psicología médica. Universidad Médica de Camagüey.
		Métodos de Trabajo Comunitario. Modalidades de programas para el desarrollo de la comunidad. Conceptos básicos de intervención. Organización de la comunidad: origen, fines, medios, principios, procesos y prácticas. Factores estructurales de la comunidad y de intervención social.		Semana 24	Conferencia		
	Explicar metodologías y fases de la intervención para los profesionales de enfermería.	Metodología y fases de la intervención: fase de estudio y de conocimiento de la realidad, plan de acción y evaluación. El análisis de la realidad en la intervención social: ámbito socio sanitario y ámbito psico-social.	Semana 25	Clase taller	3	3	

		Participación comunitaria y sentido de pertenencia.					
			Semana 26	Evaluación		3	
	Total de horas del Tema IV				18	21	

Tema	Objetivo	Contenido	Semana	FOE	Horas lectivas	Horas totales	Profesores
V	Conocimientos salubristas actualizados						
	Analizar conocimientos teóricos y prácticos actualizados sobre enfermedades transmisibles para el ejercicio del trabajo comunitario de profesionales de enfermería en condiciones de ruralidad.	Enfermedades transmisibles: Conceptos. Evolución histórica. Etiología, semiología, diagnóstico y Tratamiento. VIH y otras ITS (blenorragia, sífilis condilomas) en el ámbito de la Atención Primaria.	Semana 27	Conferencia	3	3	Dra. Nancy Rodríguez Estévez. Profesor titular Dermatología. Hospital Manuel Ascunce Domenech.
	Analizar conocimientos teóricos y prácticos actualizados sobre enfermedades no transmisibles para el ejercicio del trabajo comunitario de profesionales de enfermería en condiciones de ruralidad.	Enfermedades no transmisibles: Conceptos. Evolución histórica. Etiología, semiología, diagnóstico y tratamiento. Asma, Hipertensión arterial, Cardiopatías, Diabetes mellitus, Hipercolesterolemia, Trastornos demenciales y enfermedades psiquiátricas.	Semana 28	Conferencia	3	3	Dr. Gilberto Betancourt Betancourt. Profesor titular Medicina Interna. Hospital Manuel Ascunce Domenech. MsC. Moraima Wilson Donet. Enfermera Especialista en Atención Primaria de Salud y Trabajo Comunitario. Universidad Médica de Camagüey.
	Caracterizar la importancia de la salud bucal como problema de la salud	Salud bucal: Problemas de salud bucal como problemas de salud pública, factores de riesgos asociados a	Semana 29	Conferencia	1	3	Dra. Carmen Rosa Hidalgo García. Profesor titular y de segundo grado. Facultad Estomatología. Universidad

	pública, métodos y acciones preventivas.	enfermedades bucales, métodos de prevención Acciones destinadas a la prevención de enfermedades en el contexto rural.		Clase taller	2		Médica de Camagüey.
	Explicar la violencia como un problema de salud física y psicológica en diferentes grupos etáneos.	Violencia en población infantil, prevención y atención a la violencia de género, prevención y atención a la violencia en las personas mayores, Prevención de otras formas de violencia.	Semana 30	Conferencia	3	3	MsC. José Eduardo Vera Rodríguez. Profesor Auxiliar Psicología médica. Universidad Médica de Camagüey.
	Demostrar la importancia para el proceso salud enfermedad los hábitos tóxicos y el sedentarismo y la intersectorialidad en el trabajo comunitario.	Alcoholismo, Tabaquismo y otras adicciones. El Sedentarismo así como la intersectorialidad para el trabajo comunitario y el desarrollo local.	Semana 31	Conferencia	3	3	MsC. Moraima Wilson Donet. Enfermera Especialista en Atención Primaria de Salud. y Trabajo Comunitario. Universidad Médica de Camagüey. MsC. Nancy Iraola Valdés. Profesor a Consultante de la Atención Primaria de salud y de la Universidad Médica de Camagüey en Ciencias Sociales y Humanísticas.
			Semana 32	Evaluación		3	
Total de horas del Tema V					15	18	

	Semana 33	Aplicación del cuestionario inicial y la guía de observación en la comunidad		6	
Total de horas del Programa de Capacitación a profesionales de enfermería			81	102	

Dpto Post grado. Fac. Enfermería Univ. Médica Camagüey

ORIENTACIONES METODOLÓGICAS Y ORGANIZATIVAS

Fundamentación.

Este plan de capacitación se ha concebido, porque durante el análisis del programa de formación profesional no se conciben las disciplinas de las ciencias sociales, excepto la disciplina de psicología, la que solo abarca generalidades de la misma, pero, no una psicología comunitaria que comprenda métodos y técnicas de intervención, lo que a juicio de los autores se hizo necesario diseñar ésta capacitación, para darle salida a una intervención socio sanitaria en la comunidad que se estudió.

El programa de capacitación se ha estructurado para que el egresado pueda disponer de una sólida preparación científico-técnica y humanista, al incorporar disciplinas de las ciencias sociales en el ejercicio de su actividad laboral en la APS y dentro de ella en las comunidades rurales, a fin de mejorar estilos de vida, conductas de riesgo a la salud, factores de riesgos e indisciplinas sociales en los pobladores.

Las disciplinas se distribuyen por ciclos: sociología, psicología de la salud, antropología sociocultural, trabajo comunitario como herramienta del trabajo social y conocimientos salubristas actualizadas, que comprenden conferencias y clases talleres, al admitir a los participantes empoderarse de la investigación realizada como de la implementación de la estrategia de intervención socio sanitaria aplicada al asentamiento. El desarrollo de estos saberes ha de conjugar la estricta observación de los principios establecidos para la ejecución de un plan de capacitación único, flexible según el contexto, recursos y factibilidad en el escenario acreditado para su ejecución, al garantizar en cada profesional de enfermería el desarrollo de conocimientos y del sistema de habilidades, con calidad para la integración desde la perspectiva inter y transdisciplinaria, acorde a las normas técnicas y metodológicas, en los escenarios laborales que corresponda, y en el marco ético.

En cuanto a las formas organizativas de la enseñanza (FOE) se podrán utilizar las concebidas en este plan de capacitación: La clase (la conferencia y la clase taller) que abordan en profundidad cada tema. Las conferencias serán impartidas a través de videos, utilizando el método explicativo – ilustrativo y siempre con un sentido orientador, de manera que los alumnos posteriormente puedan profundizar en los

contenidos; para la clase taller, se valorará en conjunto entre el profesor y el alumno las temáticas a tratar, dando espacios a la búsqueda de soluciones según corresponda.

Las evaluaciones serán frecuentes, durante la clase taller y al finalizar el contenido de cada disciplina. Al concluir la capacitación se aplicará una guía de observación durante el trabajo de terreno en la comunidad y el cuestionario inicial aplicado antes de la capacitación , lo que permitirá la evaluación de ésta y la implementación de la estrategia socio sanitario diseñada para la comunidad de estudio.

Sobre la bibliografía:

- Se establecen bibliografías básicas, complementaria y de consulta, que serán orientadas por el profesor según la forma organizativa del proceso.
- La bibliografía a utilizar tendrá un principio de actualización permanente, contando para ello la creatividad del profesor, la utilización de nuevos materiales de apoyo a la docencia.
- Se estimula la utilización de las nuevas tecnologías de la información.
- Uso de redes informáticas para apoyo docente, asignaturas en plataformas virtuales: Infomed, Internet.

Anexo 13. Plegable entregado a la comunidad.

Objetivo: Sensibilizar a la población y sectores comunitarios con la estrategia de intervención socio sanitaria.

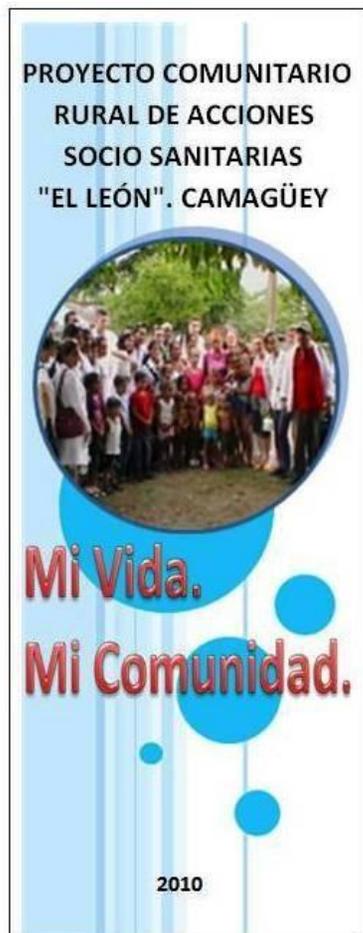
Los encuentros se realizan de lunes a viernes en horarios acordados con la temática a tratar y mostrados en el mural informativo del consultorio, así como la atención individualizada de las necesidades de los pobladores y la comunidad.



Las acciones socio sanitarias desarrolladas en este proyecto pueden adecuarse para su aplicación a otras comunidades rurales previa evaluación de sus rasgos distintivos.



MINSAP



Este Proyecto Comunitario Rural de Acciones Socio- sanitarias se realiza desde 2010 en el área rural El León, perteneciente al policlínico Tula Aguilera del distrito de salud Ignacio Agramonte, situado al oeste de la ciudad de Camagüey. Son sus principales protagonistas los profesionales de enfermería que laboran en dicha comunidad, apoyados en un Manual de Acciones socio-sanitarias sustentadas en la intersectorialidad, la cooperación, la horizontalidad y crecimiento personal, facilitando el diálogo, la confianza y comprensión, el reconocimiento y respeto por los sentidos comunes, los gustos, costumbres y tradiciones.

OBJETIVO.

Desarrollar acciones socio-sanitarias desde otras disciplinas que permitan la transformación de la comunidad y su desarrollo.

CONTENIDOS.

Acciones socio sanitarias desde la Psicología de la Salud, Sociología de la Salud y la Antropología Socio-cultural, dirigidas a:

La persona.

La familia.

La Comunidad.

El Medio Ambiente.

TEMÁTICAS

- Medio Ambiente.
- Aprender para crecer: Medicina natural y tradicional, primeros auxilios y cultura sanitaria.
- Higiene personal y riesgos biológicos, psicológicos y ambientales, así como enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- Conducta de riesgo a la salud.
- Recreación y cultura.
- Educación de valores humanos y sentido de pertenencia a la comunidad.
- Convivencia con ancianos, discapacitados y personas con riesgos sociales para lograr su inserción socio comunitaria.

Anexo 14. Guía de observación.

Objetivo: Evaluar conocimientos y habilidades prácticas durante las actividades de terreno después de realizada la capacitación.

Aspectos a evaluar en los profesionales de enfermería durante la observación:

- Identifica datos de interés comunitario.
- Establece concordancia entre los datos recogidos e interrogantes.
- Reconoce la situación problémica en el contexto y da posibles soluciones.
- Elige alternativas que den solución a los problemas identificados y estudiados con técnicas etnográficas.
- Comunica y ejecuta la solución de manera coherente con el problema identificado.
- Lleva a cabo el proceso de detección de necesidades psicosociales y salubristas con apoyo intersectorial.
- Realiza trabajo con diferentes grupos de edades.
- Tolerancia.
- Flexibilidad.
- Adaptabilidad.
- Iniciativa.
- Respeto a la diversidad.
- Autoconfianza.
- Compromiso e interés en las tareas.
- Empatía.
- Asertividad.
- Concordancia entre la comunicación verbal y extraverbal.

Anexo 15. Consentimiento dialogado.

Camagüey, enero 4 de 2007.

Comunidad rural "El León"

Consentimiento Dialogado. Documento Informativo.

Título de la Investigación: Estrategia de intervención socio sanitaria para el desarrollo de un asentamiento rural camagüeyano 2007_2016

Investigador Principal:

José Eduardo Vera Rodríguez. Profesor Auxiliar del departamento de Psicología de la Universidad Médica de Camagüey. Aspirante a Doctor en Ciencias de la Salud.

Beneficios Esperados: Los resultados de la investigación permitirán el desarrollo local del asentamiento y generar conocimientos y habilidades desde las disciplinas de las ciencias sociales a profesionales de enfermería.

Consentimiento Dialogado Declaración de la voluntad:

He conocido todo lo referente a este estudio que me han explicado exhaustivamente el investigador y demás miembros que participaran, por lo que considero y comparto la necesidad del mismo en esta comunidad, decidiendo participar voluntariamente, sin objeción y sin presiones en el momento que desee abandonarlo sin afectación alguna.

Firma del entrevistado (a)

Firma de la investigador

Anexo 16. Mi vida, mi comunidad. Manual de acciones socio-sanitarias para el trabajo comunitario en un asentamiento rural camagüeyano.

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
CARLOS JUAN FINLAY. CAMAGÜEY.



MI VIDA MI COMUNIDAD

Manual de acciones socio-sanitarias para
el trabajo comunitario en un
asentamiento rural camagüeyano.

2010-2016



COMUNIDAD RURAL “EL LEÓN”

Anexo 17. Aval que acredita la investigación. Dirección Municipal de Salud, Dirección del Policlínico Comunitario Tula Aguilera, Centro para el desarrollo Sociales y Humanísticas en Salud Universidad Médica y Dirección del PCC Distrito Ignacio Agramonte. Camagüey.

AVAL

Camagüey, Julio 3 de 2017

Año 59 de la Revolución.

A: Escuela Nacional de Salud Pública.

La Habana, Cuba.

Haciendo uso de las facultades que se confieren, se avala la investigación con título: Estrategia socio sanitaria para el desarrollo de la comunidad Rural "El León" periodo 2007-2015, a favor de José Eduardo Vera Rodríguez, profesor de la asignatura psicología médica de la facultad de Medicina en la Universidad Médica Carlos Juan Finlay de la provincia de Camagüey.

La investigación por encargo, pertenece al área de salud Policlínico "Tula Aguilera" (oeste), la que se inicia en 2007, se implementan las acciones en 2010 y culmina en 2015, con sostenibilidad en 2016, y extendida a voluntad de autor de forma ilimitada con los programas "Salud para todos y Sonríe con Salud."

Se destaca que las acciones implementadas que aparecen en el manual creado por el autor y su equipo de trabajo cumplió a cabalidad los objetivos del estudio y permitió formular claramente, organizar y ordenar en el tiempo, las acciones emprendidas por estos, la comunidad y otras entidades, con el fin de movilizar los pobladores y con ello modificar conductas, modos y estilos de vida tributarios a la salud y al desarrollo local.

Se reconoce que la investigación respondió a la necesidad de un estudio metódico, preciso y documentado donde sus protagonistas de ejecución, los profesionales de enfermería y el autor, demostraron competencias en la transformación comunitaria, sirviendo de referente para otras comunidades similares.

Es menester informar que este trabajo de investigación fortalece la defensa de la Revolución en todas las formas en que ella se expresa, al consolidar el proyecto cubano de desarrollo de las comunidades rurales, mediante la cohesión de los esfuerzos de todos para lograr el mejor aprovechamiento de las potencialidades de las comunidades.

DIRECCIÓN MUNICIPAL DE SALUD
DIRECCIÓN
CAMAGÜEY

Firmado:

[Firma]
Dr. Noel Canals Paulatón
Director Municipal de Salud
Dr. Efraim Canals Haus
Director del Centro para el desarrollo
de las Ciencias Sociales y Humanísticas

REGISTRADO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANÍSTICAS
CENTRO PARA EL DESARROLLO DE LAS CIENCIAS
SOCIALES Y HUMANÍSTICAS EN SALUD
CAMAGÜEY

Dr. Martín Cabezas Vilhys Osmar

43443
POLICLINICO TULA AGUILERA
DIRECCIÓN
CAMAGÜEY

[Firma]
Alejandra González Peláez
Secretario General Comité Distrital
PCC Ignacio Agramonte y López.

Anexo 18. Aval que acredita la investigación. Jefe del departamento de Psicología, Decano Facultad de Medicina y Rector de la Universidad Médica. Camagüey.

Aval de aspirantura a DrC de la Salud

AVAL

Camagüey, Junio 29 de 2017

Año 59 de la Revolución.

A: Escuela Nacional de Salud Publica

La Habana Cuba

José Eduardo Vera Rodríguez, profesor auxiliar de la especialidad de psicología medica I y II del departamento de Psicología, facultad de medicina de la universidad referida, donde ha fungido como profesor principal de las dos disciplinas.

Se ha destacado laboralmente en la asistencia, docencia e investigación desde hace mas de 25 años ininterrumpidamente en el sistema de salud cubano; ha sido y es tutor y asesor de varias tesis en la formación de profesionales de enfermería, psicología y medicina, y post grados en maestrías y diplomados de diferentes especialidades. Fue fundador del claustro de profesores seleccionados para el proceso de ingreso desde el inicio de la licenciatura de enfermería, así como para la formación de especialistas de enfermería comunitaria en 2004, y otros procesos docentes de la propia especialidad de forma continua y permanente; lo que le permitió por decisiones del nivel nacional pertenecer como miembro permanente de la Sociedad de Enfermería de Cuba.

Fue fundador del claustro profesoral en el proceso de universalización como nueva forma de superación universitaria, perteneciente la Universidad de Camagüey Ignacio Agramonte y Loinaz, en las disciplinas sociología y Comunicación Social

Es miembro del claustro permanente de humanidades medicas de la universidad, donde realiza tutorías y asesorías a diferentes profesionales que cursan actividades de post grado; así como árbitro de la revista de esa institución la que es reconocida formando parte además, de ese consejo científico.

Ha publicado artículos de trabajo comunitario en enfermería rural en revistas cubanas que tributan a su investigación y otras en el extranjero de nueva publicación para 2017.

Es miembro de la Sociedad Medica del Caribe, Pedagogía de Cuba, así como de la sociedad de psicología de la salud y psicología de Cuba.

En su vida política se destacó como secretario de la sección sindical de la facultad de medicina y en la actualidad ha sido ratificado como presidente del CDR de su zona de residencia por más de 20 años, lo que fue nominado delegado de la circunscripción.

J' Dpto de Psicología
Facultad de Medicina

Decana Facultad de
Medicina

Rectora Universidad
Médica

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CAMAGUEY
DEPARTAMENTO PSICOLOGÍA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CAMAGUEY
DECANO

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CAMAGUEY
RECTORÍA

**PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DEL ASPIRANTE
RELACIONADA CON EL TEMA DE INVESTIGACIÓN**

Producción científica del aspirante relacionada con el tema de investigación.

Diplomados impartidos.

- Diplomado impartido sobre comunidades rurales y salud. Universidad Médica de Camagüey. 2013, 2014, 2015.
- Diplomado impartido sobre enfermería comunitaria en áreas rurales. 2015, 2016. Universidad Médica de Camagüey.
- Diplomado impartido sobre Sociología Rural y Enfermería. Universidad de Camagüey, 2015.
- Diplomado impartido sobre Trabajo Social comunitario. Universidad de Camagüey, 2013.
- Diplomado impartido sobre Estudios Antropológicos de carácter religioso en relación con la enfermería en el periodo post revolucionario. Universidad de Camagüey, 2015.
- Diplomado impartido sobre Comunicación y Transculturación en Medicina y desarrollo social. Universidad Médica de Camagüey, 2015.
- Diplomado impartido sobre Enfermería Comunitaria. Hospital Provincial Docente Quirúrgico Amalia Simoni, 2015.
- Diplomado impartido sobre Enfermería social y rural. Hospital Docente Materno Provincial. Febrero de 2016.
- Diplomado impartido sobre Enfermería Comunitaria y ruralidad. Hospital Docente Materno Provincial. Junio 2016.
- Diplomado sobre Estudios sobre la ruralidad camagüeyana y su desarrollo. Centro de estudios Sociales, Universidad Médica de Camagüey, 2016.
- Diplomado sobre estudios de desarrollo local en las zonas orientales. Hospital Provincial de Camagüey, 2016.
- Diplomado sobre la nueva ruralidad cubana. Centro de estudios sociales. Camagüey, 2017.

Investigaciones.

- Investigación sobre Desarrollo Social Comunitario en Salud. Especialidad Enfermería. Universidad de Camagüey, 2012.
- Trabajo Social en Salud y Enfermería Rural. Encuentro con profesionales de enfermería de América Latina. Universidad Médica de Camagüey, 2013.

- Trabajo Social en Gerontología Comunitaria y profesionales de enfermería de la atención primaria. Psicosalud, 2011.
- VI Convención intercontinental HOMINIS. El trabajo comunitario de enfermería. 2013
- El Trabajo Social comunitario en zonas rurales. 2007, 2008 y 2009. Estudio comparativo. Encuentro territorial de enfermería. 2014.
- Diseño de una estrategia socio sanitaria para el desarrollo comunitario. Psicosalud 2014.
- Investigación sobre El trabajo Comunitario de Enfermería. Sistema de acciones para su potenciación. Centro de Estudios Sociales .Universidad Médica de Camagüey, 2015.
- Acciones propuestas para el trabajo comunitario en una zona rural de Camagüey. Cuba salud. La Habana, 2015.
- Estrategias salubristas para las comunidades rurales con contextos socioculturales en dificultades. Encuentro territorial. Camagüey, 2017.
- Propuesta de estrategia para el desarrollo de la especialidad de enfermería y de las ciencias sociales en áreas rurales. Encuentro territorial de enfermería, 2016.
- Por una sonrisa en Salud Comunitaria. Encuentro provincial de salud, 2017.

Tutorías y asesorías.

- Tutoría de tesis de maestría en humanidades médicas. La enfermería como eje fundamental en la atención primaria de salud. Centro de estudios Sociales. Universidad Médica de Camagüey, 2012.
- Tutoría de tesis de maestría. La enfermería rural en área de difícil acceso. Centro de estudios Sociales. Universidad Médica de Camagüey, 2016.
- Asesoría a tesis de grado en enfermería. Acciones socioculturales para el profesional de enfermería de la atención oncológica. Hospital Oncológico María Curí de Camagüey, 2016.
- Tutoría de tesis de maestría en Humanidades Médicas. Comportamiento del alcoholismo en una zona rural de difícil acceso. Universidad Médica de Camagüey, 2017.
- Tutoría de tesis de Maestría en Humanidades Médicas. Aspectos psicosociales de personas con envejecimiento y trabajo comunitario. Universidad Médica de Camagüey, 2017.
- Tutoría de tesis de Maestría en Humanidades Médicas. Caracterización socio psicológica en niños con parálisis cerebral y atención comunitaria. Universidad Médica de Camagüey, 2017.

- Asesoría de tesis de culminación de especialidad en MGI. El desarrollo sociocultural y de salud en una zona rural recién creada. Camagüey, 2017.

Publicaciones.

- Características socio históricas y de salud de un asentamiento rural Rev. Humanidades Médicas. Vol. 1 N 1 Camagüey, 2016.
- Sistema de acciones socio sanitarias implementado en un asentamiento rural por profesionales de enfermería. Rev. Humanidades Médicas. Vol. 1 N 1 Camagüey, 2016.
- Desarrollo socio sanitario de un asentamiento rural camagüeyano; Rev. Humanidades Médicas. Vol.18 N 3. Camagüey, 2018.
- El proceso de reconceptualizar la enfermería en zonas rurales en Cuba. Revista francesa en Salud Pública. En proceso.
- La enfermería y su impacto en las zonas rurales. Pendiente a publicar en Rev. Humanidades Médicas.2018.
- Manual de acciones socio sanitarias para apoyar el trabajo comunitario de enfermería en zona rurales. Pendiente a publicar. Rev. Humanidades Médicas.

Reconocimientos recibidos.

- Distinción como profesor fundador de la enfermería comunitaria en Camagüey. 2014.
- Distinción como fundador de estudios rurales en provincias orientales otorgado por la sociedad cubana de psicología de la salud. Camagüey, 2015, 2017.
- Premio Provincial otorgado por la sociedad de psicólogos de Cuba por estudios del comportamiento psicosocial en comunidades rurales de difícil acceso. Camagüey, 2018.
- Premio. Evento provincial de enfermería 2013 y 2014, sobre estudios de enfermería rural.
- Distinción de la Sociedad Cubana de Enfermería, Capítulo Camagüey sobre estudios de enfermería rural y ciencias sociales. Camagüey, 2018.
- Distinción de la Sociedad Médica del Caribe por estudios rurales en salud. Camagüey, 2018.