

ARTÍCULO

Características sociales y estado de salud de un asentamiento rural

Social characteristics and Health Status in a country area

José Eduardo Vera Rodríguez,¹ Nereida Rojo Pérez,² Irene Sofía Quiñones Varela³

- I. Máster en Trabajo Social y Comunitario. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Facultad de Medicina. Departamento de Psicología. Carretera central Oeste. Camagüey. Cuba CP 70200. jevr@finlay.cmw.sld.cu
- II. Doctora en Ciencias de la Salud. Socióloga Profesora Titular. Escuela Nacional de Salud Pública La Habana. Dirección de Ciencia y Técnica. Perla 56 entre 100 y Boyeros. La Habana. Cuba. CP 29 000 nereida.rojo@infomed.sld.cu
- III. Doctora en Ciencias de la Salud. Especialista en 2do grado de Psicología de la Salud. Profesora Titular. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Carretera Central Oeste. Camagüey. Cuba. CP 70100 iqvarela@finlay.cmw.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio cuali-cuantitativo en el asentamiento rural “El León” de la provincia de Camagüey. Se utilizó el método etnográfico y la evaluación del Análisis de la Situación de Salud en el periodo 2010-2015 con el objetivo de describir las características sociales y en especial el estado de salud de esta población, conjuntamente con profesionales de enfermería comunitaria. Se crearon instrumentos validados por expertos. Se aplicaron técnicas como los grupos focales y observación participante, entrevistas estructuradas y en profundidad a informantes clave. Finalmente se triangularon sus resultados con los obtenidos en el Análisis de la Situación de Salud. Se evidenció: falta de sentido de pertenencia de los pobladores, indisciplinas sociales que perjudican la comunidad y su salud, deterioro de las relaciones interpersonales, sistema eco-cultural deficiente, y se identificó la necesidad de iniciar acciones comunitarias que provoquen el cambio y modifiquen el estado de salud comunitaria.

Palabras clave: Estado de Salud, Desarrollo de la Comunidad, Enfermería en Salud Comunitaria, Agentes Comunitarios de Salud.

ABSTRACT

A quantitative-qualitative study was carried out in the country area 'El León' of Camagüey province. Both ethnographic method and evaluation of health situation analysis were used for describing social characteristics, including the health status of the population. Instruments were created and validated by experts. Techniques were applied, such as the focal groups, participating observation, structured and in depth interviews performed to key informants. The results of the study were triangulated with those which were achieved in the analysis of health situation. It was proved: inhabitants showed a lack of sense of identification with the community, deterioration of interpersonal relationships, poor cultural eco-system and emerged the necessity of initiating actions in the Community that provoke changes and modify the status of communal health.

Keyword: Health Status, Community Development, Community Health Nursing, Community Health Workers.

INTRODUCCIÓN

En la historia del trabajo comunitario de enfermería se encuentra el hecho que las personas y comunidades se han dotado de distintos instrumentos con el fin de poder cuidar su salud y aliviar sus dolencias. Dichos instrumentos han sido fruto de la interrelación de condiciones propias de cada momento histórico y dan lugar a diferentes modos de atender la salud de las poblaciones.

Las condiciones se asientan en tres elementos básicos: en la consideración humana de cada cultura, en el nivel de desarrollo del conocimiento científico y en la situación económica del momento y dependiendo de la manera en que se integren darán lugar a un tipo de atención: caritativa o de beneficencia, organizada e integral, biologicista o salubrista, individual y comunitaria, responsable o participativa.¹⁻²

En el capitalismo los gobiernos comienzan a establecer servicios organizados de sanidad e higiene pública. Sus objetivos estaban orientados a la protección de la salud de la población mediante acciones dirigidas a la higiene ambiental y la colectividad. Algunos autores sitúan en esta época los orígenes de la salud pública.³

La concepción de enfermería como profesión y más concretamente de la “enfermera para la salud” como la denominó Florence Nightingale, fue paralelo al desarrollo de la salud pública en los servicios sanitarios comunitarios.⁴ Desde fines del siglo XIX y ya en el XX, los resultados de los avances sociales y científicos señalados dan lugar a servicios de atención a la salud organizados por los gobiernos e imbuidos en una concepción preventivista, cuyas actividades fundamentales estuvieron basadas en el saneamiento del medio, vacunaciones y exámenes masivos, así como en el uso de antibióticos.⁵

Los orígenes de los cuidados de salud en Cuba pueden situarse en la época precolombina, pues fue en los asentamientos aborígenes donde los behiques, eran los encargados de ofrecer cuidados a los dolientes y transmitir sus experiencias a los sucesores escogidos.⁶

Luego de finalizada la conquista, en la época de la colonia, generalmente asumen los cuidados de los enfermos las negras esclavas, que de forma empírica y con conocimientos adquiridos por generaciones precedentes, asumían la responsabilidad de mantener del cuidado de la dotación y viabilizar el alumbramiento tanto de las esclavas como de las demás mujeres, lo cual se correspondía con su cultura y condiciones de vida, protagonismo comúnmente poco reconocido.

Cuando aparecen las primeras órdenes religiosas dio inicio a la asistencia de enfermería en hospitales de las congregaciones. Entre estas se funda la orden Hijas de la Caridad, dedicadas a los cuidados de salud de los pobres, enfermos y abandonados, pues la asistencia médica y la labor de enfermería tenía carácter privado.⁷

La primera escuela de enfermeras de Cuba fue fundada en 1899. El 3 de octubre del propio año, se publica en la Gaceta Oficial el Reglamento General para la Organización de los Servicios Sanitarios Municipales, que comprendía las Casas de Socorro, se crea la Junta Central de Beneficencia, y la comisión de Fiebre Amarilla presidida por Carlos J. Finlay.⁸

Para esta etapa, en Camagüey, proliferan los consultorios privados y más tarde, a partir de 1935, toman auge las organizaciones mutualistas, entre las que destaca la Colonia Española, en 1944 la Clínica Agramonte, hoy Hospital Pediátrico Eduardo Agramonte Piña.⁹

En 1959 el cambio social que promovió el triunfo de la Revolución Cubana, no solo permitió la formación de los recursos humanos y de las instalaciones, sino la transformación de la práctica de la profesión. Se produce además el desarrollo de la enfermería como profesión con conocimientos específicos y áreas de actuación adecuadas a las necesidades de la población y muy especialmente a los niños y su familia.¹⁰

La enfermería comunitaria en Cuba se caracteriza por la aplicación de los conocimientos de enfermería con el fin de aumentar el nivel de salud de la población mediante la participación de ésta y dentro de un equipo conformado por enfermeros, médicos, psicólogos y trabajadores sociales, en función de la promoción, prevención y rehabilitación, movilizandolos recursos individuales y de la comunidad para ayudar a ésta a alcanzar mejores índices de salud.¹¹

En los años 80 se crea el consultorio del médico y la enfermera (o) de la familia, ejerciendo su profesión en la comunidad.¹² En esta etapa aparecen los primeros contactos con los pobladores con un enfoque más social y cultural, efectivo en el ejercicio comunitario.

Los enfermeros (as) que laboran en áreas rurales dirigen su atención a acciones sociales de contenidos específicos, sobre todo psicosociales, de desarrollo personal y salud, pero aún a criterio de esos autores están carentes de aportes de otras disciplinas (Psicología de la Salud, Sociología y Antropología) de modo que se fortalezca y consolide su accionar comunitario.

Trabajar en las comunidades, requiere que la enfermera (o) de salud comunitaria demuestre el más alto grado de profesionalismo, confiabilidad, responsabilidad, dedicación y experiencia siguiendo el plan de cuidados y el mayor nivel de calidad del mismo.¹³

La enfermería en salud comunitaria es la síntesis y aplicación de un amplio espectro de conocimientos y técnicas científicas de promoción, restauración y conservación de la salud comunitaria. El sujeto primario de la asistencia es la comunidad y los grupos dentro de ella.¹⁴

La enfermería comunitaria es aquella que desarrolla una visión integral de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de salud y la rehabilitación, teniendo como misión extender el sistema sanitario hasta la intimidad de las viviendas, permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación entre el individuo y su familia, con sus saberes y cultura y la medicina científica.¹⁵

La noción de trabajo comunitario de enfermería se ha modificado en los últimos tiempos en el contexto latinoamericano como resultado de los cambios económicos, políticos, sociales y culturales producidos en el mundo en general y en la región en particular, hecho que ha generado transformaciones en las comunidades rurales, percibidas en estos tiempos como un fenómeno complejo y diverso que requiere de nuevas interpretaciones por parte de la sociología rural.¹⁶

La participación ciudadana también es un elemento básico para el trabajo comunitario de enfermería y del desarrollo comunitario donde los pobladores son consultados e informados de las intervenciones sociales a ejecutarse.¹⁷

La promoción de la salud; dimensión coherente con el trabajo comunitario y función del profesional de enfermería comunitaria se define como “un proceso de capacitación de la población para que incremente su control sobre su salud y de esta forma la mejore”.¹⁸

En todos estos conceptos hay coincidencia en los fines del desarrollo comunitario y en sus principales características: participativo, educativo, técnico, unitario, de liderazgo y en el accionar de los niveles micro y macro social.

La definición que más se adecua al contenido de este estudio y a la realidad cubana actual, es la que considera que el desarrollo de la comunidad se define por las siguientes características básicas: Es una técnica o práctica social, que se apoya en el conocimiento científico de lo social; su objetivo fundamental se dirige a la promoción del hombre, movilizandolos recursos humanos e institucionales, mediante la participación activa y democrática de la población en el estudio, programación y ejecución de los diferentes programas comunitarios; no es una acción sobre la comunidad, sino una acción de la comunidad, donde la población toma decisiones y asume sus consecuencias.¹⁹

El trabajo comunitario de enfermería plantea como premisa fundamental que el ser humano está situado en el espacio natural y social que ejercen sobre él una influencia determinante durante toda su vida y en el tiempo que lo provee, de un pasado histórico que lo enriquece y le proporciona una identidad, además su sentido de futuro donde se plasman anhelos, proyecciones y aspiraciones, desarrollando así un sentido de pertenencia e identidad.

Esta dimensión sociocultural es significativa para el estudio del trabajo comunitario sobre todo para distinguir las creencias, costumbres y tradiciones que orientan a la vida cotidiana de la población; y sin embargo, es evidente la insuficiencia de marcos referenciales y metodológicos que apoyen de forma real la intervención de los profesionales en las comunidades teniendo en cuenta estos elementos de la cultura.²⁰

Otro aspecto a considerar para mayor efectividad del trabajo comunitario de enfermería es la capacidad de liderazgo de sus profesionales. El liderazgo debe ser concebido como el arte de influir en la gente para que trabaje con entusiasmo e inspiración en el logro de los objetivos y metas que han decidido alcanzar. La influencia, como la capacidad de lograr que los seguidores hagan lo que se espera que hagan. Esta influencia también se logra a través del ejercicio de la autoridad, como capacidad de conseguir que la gente haga voluntariamente lo que esperas que haga debido a tu influencia personal. El entusiasmo, como fuerza de inspiración, distintiva del liderazgo.²¹

El médico y el profesional de enfermería que laboran en la comunidad forman parte del grupo básico de trabajo, sin embargo, los autores justifican el protagonismo del profesional de enfermería en la investigación por considerar que es quien mayor contacto establece con los pobladores, en cierta medida conoce la historia de la comunidad, su estructura organizativa, sus aspectos geográficos y sociales, sus inquietudes y necesidades, tanto en el consultorio como durante el trabajo de terreno.

Los profesionales de enfermería establecen los primeros vínculos con los habitantes de la comunidad reconocidos por los mismos como informantes claves; estos vínculos permiten generar condiciones de confianza y compromiso necesarios para la puesta en marcha de cualquier proyecto conjunto. En las condiciones actuales, las transformaciones del sector han elevado el protagonismo de los profesionales de enfermería, los cuales ocupan

cargos de dirección a todos los niveles y han demostrado su capacidad y eficiencia en la conducción de programas tanto urbanos como rurales.

El presente trabajo tiene el propósito de realizar un estudio cuali-cuantitativo en la Comunidad Rural “El León” de la provincia de Camagüey con el objetivo de describir las características sociales y de salud de esta población, conjuntamente con profesionales de enfermería comunitaria. Se utilizó el método etnográfico y la evaluación del Análisis de la Situación de Salud en el periodo 2010-2015.

MATERIAL Y MÉTODOS

La comunidad rural “El León” pertenece al distrito de salud Ignacio Agramonte del área de salud del policlínico Tula Aguilera (Oeste), con ubicación geográfica: Camino de Palomino Km 12 ½, limitando 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.

La comunidad formada por una población de 1017 habitantes, formada por núcleos pequeños y dispersos en cuestión esta basada en la agricultura y la ganadería e impregnada por la cultura campesina en la que se ha desarrollado un modo peculiar de identificación de sus miembros con el espacio geográfico y social.

El trabajo empírico exploratorio denota que esta comunidad carece en general de sentido de pertenencia, se encuentra deteriorada la convivencia familiar por pobreza material y social y existe un incremento de las demandas de los servicios de la tercera edad, lo que ha traído como consecuencia que la inserción de los servicios de salud comunitarios haya presentado dificultades para su ejecución.

Debido a esta situación psicosocial que la distingue del resto de otras comunidades rurales surge la motivación de esta investigación con el objetivo de describir las características sociales y del estado de salud de la comunidad rural “El León” en el periodo 2010- 2015, a través de un diagnóstico etnográfico y la valoración de los aspectos significativos del Análisis de la Situación de Salud. Se busca no solo el diagnóstico de las características de la comunidad sino profundizar en la identificación de necesidades específicas que justifiquen la implementación de acciones lideradas por el profesional de

enfermería, para potenciar el trabajo comunitario buscando cambios sustanciales en la comunidad, lo que permitirá la transformación comunitaria y el desarrollo del asentamiento rural.

Se realizó un estudio etnográfico como método de recopilación descriptivo de datos con una amplia combinación de técnicas y fuentes, de ellas se especifica: grupos focales, entrevistas a profundidad, entrevista estructurada abierta, semiestructurada y la observación participante y dentro del método cuantitativo: entrevista estructurada cerrada, así como los elementos más significativos del Análisis de la Situación de Salud.

Se realizó una triangulación teórica y metodológica; de técnicas, instrumentos y fuentes en correspondencia a la metodología cualitativa y cuantitativa según el momento de la investigación.

Los datos cuantitativos fueron procesados utilizando estadística descriptiva e inferencial. Antes de aplicar los Instrumentos creados se procedió a realizar su validación mediante criterios de expertos. Para ello se utilizó un método colorimétrico diseñado por el Dr. François Régnier, llamado Ábaco de Régnier.²² Este es un método original de consulta a expertos, cuyo propósito es interrogarlos y tratar sus respuestas a partir de una escala de colores.

Este método ha sido empleado en varias esferas del saber, al igual que en muchas otras investigaciones. En el caso de su vinculación a la aplicación del criterio de expertos, permite obtener respuestas con mayor objetividad y menos viciadas por elementos subjetivos, inherentes a los métodos cualitativos.

Se aplicó para el muestreo el programa EPIDAT, el universo de estudio se conformó por 742 miembros de la comunidad. La determinación de la muestra recomendó utilizar $n=150$, para un 0.02 de error y 95 % de confiabilidad.

RESULTADOS

En el proceso de triangulación de las técnicas aplicadas a la muestra se procedió a la segmentación de unidades que resultaron significativas y relevantes tomando en cuenta

los criterios temáticos considerados en cada una de las técnicas aplicadas.

Se detectó el predominio de actitudes individualistas, desconfianza y poca comunicación, aislamiento y falta de contacto cultural, escasas expectativas para los jóvenes con mecanismos de participación poco eficaces, deterioro de la convivencia familiar por pobreza material y social e incremento de las demandas de los servicios de la tercera edad, dificultades en la ejecución de los servicios de salud comunitarios.

El proceso de triangulación cualitativa muestra los fundamentales hallazgos:

- Poca permanencia del médico y profesional de enfermería.
- Confirmación del poco sentido de pertenencia a la comunidad lo que incide en la pérdida de tradiciones hacia la misma, así como todo lo relacionado al entorno eco cultural.
- Dificultades en las relaciones interpersonales entre los pobladores y dentro de la vida familiar por comunicación deficiente.
- Dificultades en los servicios de recreación para todos y en especial niños, adolescentes y jóvenes.
- Problemas en el acceso a los servicios de salud específicamente quejas en cuanto a las consultas multidisciplinarias planificadas en el consultorio, traslados difíciles de los enfermos al Policlínico en el horario nocturno.
- Acceso telefónico que no satisface necesidades de urgencias o de carácter personal en la comunicación.
- Servicios gastronómicos deficientes que no ofertan productos para satisfacer necesidades alimenticias de los pobladores.
- Deterioro ecológico en sentido general: talas indiscriminadas de arboles, así como poca protección a la fauna.
- Estilos de vida poco saludables.
- Pérdida de tradiciones, costumbres y mitos comunitarios.
- Falta de grupos de apoyo social ante las indisciplinas sociales existentes.
- Contaminación ambiental por residuales líquidos y sólidos (existencia de micro vertederos).
- Necesidad de otras instituciones que les ayude a mejorar su modo de vida.
- Falta de vínculo entre la comunidad y otros sectores necesarios para su desarrollo.

Análisis de la Situación de Salud

Factores de riesgo a la salud según la muestra:

Sobresalen los riesgos ambientales en el 72 % del total de la opinión de los individuos de la muestra dado a las graves dificultades en el acumulado de desechos sólidos y líquidos, basureros prácticamente públicos y la tala indiscriminada de árboles; los riesgos psicológicos en el 67,33 % de la población muestreada evidenciado en las dificultades existentes en la comunicación interpersonal, los elevados niveles de ansiedad y la inestabilidad en el comportamiento; los riesgos sociales se evidencian en el 65,33 % de la muestra por los elevados índices de agresividad, conducta ociosa e indisciplinas sociales.

Conductas de riesgo a la salud:

Hay evidencia de sedentarismo en el 77,33 % de la muestra, y de elevados índices de violencia en la comunidad que alcanzan un 70 % según la opinión de los individuos muestreados, mientras que el alcoholismo y tabaquismo se manifiesta un 60 % de pobladores de la muestra. Estas cifras corresponden con las vivencias del autor principal de la investigación en la Comunidad durante el estudio etnográfico.

Práctica de la cultura sanitaria:

Solo 40 individuos de la población muestreada (26,67 %) denotan estilos y hábitos de vida saludables, higiene ambiental, personal y colectiva y cumplimiento de orientaciones médicas, lo que se traduce en la necesidad de acciones para la transformación de la comunidad en este sentido.

Participación Comunitaria en el Análisis de la Situación de Salud de la Comunidad:

El 85,33 % de los pobladores de la muestra no participan en el Análisis de la Situación de Salud y desconocen lo importante que resultan las opiniones y debates de este análisis para la confección del mismo y las dificultades en los programas de salud de la comunidad.

Información sobre enfermedades transmisibles:

Existe desinformación sobre las enfermedades trasmisibles por parte de la población muestreada en el 65,33 % y 64 % respectivamente, se manifiestan las infecciones

escabiosis y pediculosis lo que demuestra que los pobladores no buscan alternativas a la medicina para la erradicación de estos; se aprecia además que el 46 % no posee información acerca de enfermedades de transmisión sexual, evidenciándose en las consultas del policlínico del asentamiento.

Información sobre enfermedades no transmisibles:

Por otra parte se encontró similar estado de la información por parte de los pobladores muestreados sobre las causas y consecuencias acerca del asma, la hipertensión arterial y diabetes *mellitus* en un 69,33 %; 67,33 % y 62 % respectivamente en sentido general hay desconocimiento de las enfermedades no transmisibles valoradas en el Análisis de la Situación de Salud.

Entrevista estructurada cerrada:

En cuanto al sentido de pertenencia y arraigo a la comunidad, un 93,3 % de los entrevistados lo valoran como deficiente (prácticamente no existe sentido de pertenencia) guardando relación inversa con el conocimiento sobre la historia de la comunidad pues el 88 % refiere conocerla, indicador de transmisión de la misma de generación en generación y repercutiendo de forma negativa pues resultan comunes las posiciones de inadaptación.

Las relaciones interpersonales entre los pobladores son consideradas deficientes por el 86,7 % de los entrevistados; la participación en las actividades comunitarias, entre las que se incluyen las programadas por el consultorio, es considerada deficiente por el 97,3 % de los individuos entrevistados; existe violencia en la comunidad referida por el 84 % de los entrevistados. El aislamiento de la comunidad es considerado por un 80,7 % de los individuos de la muestra; mientras que la permanencia del médico y el profesional de enfermería en el consultorio es evaluada como deficiente por un 100 % y 98 % respectivamente de los entrevistados, las necesidades de mejorar los servicios de salud se manifiestan en el 100 % de los pobladores entrevistados los que también consideran inminente la necesidad de cambio o de intervención.

DISCUSIÓN

El trabajo comunitario debe valorarse como una necesidad del desarrollo rural, no coyuntural, por ello debe formar parte de la planeación estratégica del desarrollo de toda

localidad, de tal manera que se ajuste simultáneamente a nivel macro y micro social, preservando su carácter histórico-concreto, autoctonía, interdisciplinariedad, factibilidad económica, la sistematicidad, el control, la evaluación periódica y sobre todo su carácter participativo.

Los resultados obtenidos muestran una tendencia de poco fortalecimiento del trabajo en la comunidad sobre la base de la participación activa y consciente de sus pobladores y la necesidad de que los servicios de salud se fortalezcan sobre la base del conocimiento de los profesionales de enfermería como líderes informales de mayor permanencia en la comunidad.

La línea principal de todo el estudio radica en describir el entorno sociocultural y de la salud para luego proponer acciones para el sentido transformador de la comunidad y el papel del profesional de enfermería, sujeto, que debe desplegar al máximo sus potencialidades en un estrecho vínculo con la familia, sus compañeros de trabajo y sus vecinos; primero, para que el asentamiento donde vive sea una comunidad y luego para desarrollarla, transformarla a partir de sus propios recursos, posibilidades y acciones intersectoriales.

Lo señalado anteriormente no resta importancia a las necesidades materiales y carencias de diversos recursos que la población posee y expresa. No obstante, se insiste en lo espiritual, en lo subjetivo, en aquellos aspectos éticos, estéticos que contribuyen a la supervivencia, a la resistencia, a la convivencia humana de la comunidad.

En la literatura consultada existen valoraciones sobre comunidad y también se encuentran algunos aspectos referidos al trabajo comunitario en América Latina y países europeos, fundamentalmente en el área del trabajo social y la implicación de los profesionales de enfermería y, coincidiendo con Muñoz Corvalán²³ el que refiere que la animación sociocultural de una comunidad es el medio para sensibilizar, motivar y proponer el proceso de organización de la comunidad, aspectos trabajados en la investigación realizada por los autores.

Otro aspecto importante y de coincidencia con Vázquez²⁴ al plantear que la realización de trabajo comunitario es una vía para mejorar los servicios de salud en la comunidad y no puede ser visto como resultados de una perspectiva individualista, aunque los autores consideran que el trabajo comunitario es de carácter intersectorial como se infiere por lo planteado por este autor. A criterio de los investigadores y tomando como referente a esta comunidad objeto de estudio, los profesionales de enfermería constituyen promotores por excelencia para potenciar el trabajo comunitario dado su encargo social y su mayor contacto con los pobladores, además pueden ser excelentes conocedores del asentamiento producto del trabajo de terreno; así como se erigen en personas encargadas de brindar las primeras ayudas psicológicas y de solidaridad con los diferentes grupos etarios que conforman la comunidad.

CONCLUSIONES

- Los resultados que ofrece el estudio social del asentamiento rural y el estado de salud de su población exhiben características distintivas que revelan serias dificultades en el entorno socio-cultural, poco trabajo con los grupos humanos que la componen y dificultades en asistir las necesidades de salud de sus pobladores.
- Al caracterizar el asentamiento poblacional rural se identifica la necesidad que los servicios de salud se fortalezcan e incidir en lo espiritual, lo subjetivo rescatar aspectos identitarios que contribuyan a la convivencia humana de la comunidad, a partir de la labor de los profesionales de enfermería como líderes informales de mayor permanencia en los grupos humanos que la componen.
- Se expresan resultados que traducen una escasa vinculación de los factores intersectoriales con las necesidades sentidas por esta comunidad.
- Se considera necesario realizar una programación de otras acciones comunitarias dirigidas por el profesional de enfermería como líder informal en la cual los pobladores se erijan como actores y gestores del cambio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Suso A. Enfermería en Salud Comunitaria. Madrid: Interamericana- Mc Graw-Hill; 2010.

2. Donahue MP. Cuaderno de historia de la salud pública. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1985.
3. Shattuch R. Estudios sobre historia médica cubana. Miami: Universal; 2011.
4. Smith F. Enfermería Comunitaria. Barcelona: científicas y técnicas. Paraninfo; 2009.
5. Ancheta Niebla E. Historia de la enfermería en Cuba. Madrid: Masson; 2006.
6. Fernández Galera A. Estudio colonial en Camagüey. Camagüey: Ácana; 2011.
7. Cruz del Pino M. Historia de la enseñanza de la medicina en Cuba. Cuaderno de Historia de Salud Pública No. 75. La Habana: Ciencias Sociales; 1955.
8. Varona Ramírez F. El padre Olayo. Un testigo de la misericordia. Barcelona: Masson; 2010.
9. Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G. La Medicina Familiar en Cuba. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
10. González García E. Enfermería familiar y social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
11. Amaro Cano MC. La ética en la Atención Primaria de Salud. La Habana: Ciencias Médicas; 2001.
12. Lemus Lago E. Programa de Atención Médica Integral a la familia. La Habana: Al. MINSAP; 2005.
13. OPS. La función de la enfermera en la APS. Washington DC: OPS; 1999.
14. López Martín I. Atención Domiciliaria. Diagnóstico de enfermería. Madrid: Interamericana- Mc. Graw- Hill; 2004.
15. Klaiberle Marylin B. Enfermería Comunitaria. Una alianza para la salud. Bogotá: Interamericana Mc.Graw-Hill; 2001.
16. Garcés Prettel ME, Palacio Sañudo J, Aguilar Rodríguez DE. Análisis de la cultura política de montería en el período 2006-2008, desde las categorías de participación y comunicación política. Investig. Desarro [Internet]. 2010 [citado 12 Oct 2014]. 18 (1). Disponible en : http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-32612010000100003&lng=en
17. Cruz Álvarez NM, Vázquez Vigna A. Algunas consideraciones sobre promoción de salud. RESUMED. 2001; 14 (5): 205-210.
18. Basail Rodríguez A. Antropología sociocultural. La Habana: Ciencias Sociales; 2006.
19. Leninger M. Teoría de los cuidados culturales, en Marriner-Tomey, Modelos y teorías de enfermería. Madrid: Morby/Doyma; 2010.

20. Huber D. Liderazgo y administración en enfermería. Puebla: Interamericana- Mc. Graw- Hill; 2011.
21. Martig S, Castro S, Larrea M, et al. Herramientas de visualización para la exploración de datos. U.N.P.S.J.B [Internet]. 2007 [citado 11 Nov 2013]. 7 (4). Disponible en: <http://www.ing.unp.edu.ar/wicc2007/trabajos/CGIV/055.pdf>
22. Gode M, Durance P. Prospectiva Estratégica: problemas y métodos. Explorar el campo de los posibles y reducir la incertidumbre: El ábaco de Reignier[Internet]. 2007 [citado 20 Sep 2012]. Disponible en: <http://www.prospektiker.es/prospectiva/caja-herramientas-2007.pdf>
23. Muñoz Corvalán JL. Intervención comunitaria: concepto. El desarrollo comunitario [Internet]. Barcelona: Contribuciones a las Ciencias Sociales; 2012[citado 11 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/22/concepto-desarrollo-comunitario.html>
24. Vázquez LE. El trabajo comunitario como alternativa de los servicios de salud [Internet]. Medellín: Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. 2015 [citado 15 Nov 2015]. Disponible en : <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/22098/1819>

Recibido: 20/11/2015

Aprobado: 25/04/2016

José Eduardo Vera Rodríguez. Máster en Trabajo Social y Comunitario. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Facultad de Medicina. Departamento de Psicología. Carretera central Oeste. Camagüey. Cuba CP 70200. jevr@finlay.cmw.sld.cu