

Características socioantropológicas y de salud de un asentamiento urbano desde la perspectiva de enfermería

Socio anthropological and health characteristics of an urban settlement from a nursing perspective

Edwart Fleites Cobiella¹ <https://orcid.org/0000-0003-2315-3272>

Rodolfo Villalobos Batista² <https://orcid.org/0000-0002-5179-7465>

José Eduardo Vera Rodríguez¹ <https://orcid.org/0000-0002-6300-299X>

Julia Pérez García¹ <https://orcid.org/0000-0002-9556-919X>

1. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey. Cuba
2. Policlínico Joaquín de Agüero y Agüero. Camagüey. Cuba

***Autor para la correspondencia:** efleites.cmw@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Se realizó una investigación de desarrollo tecnológico en el período 2019-2020 en Previsora, comunidad urbana, de Camagüey. Su ejecución fue liderada por investigadores y profesionales de enfermería comunitaria. El objetivo del presente trabajo está dirigido a caracterizar la comunidad desde la perspectiva histórico social y de salud para la identificación de las necesidades de aprendizaje de los profesionales de enfermería comunitaria.

Métodos: Se realizó un estudio etnográfico como método de recopilación descriptivo de datos a partir de la combinación de técnicas y fuentes; de ellas se especifica: grupos

focales, entrevista a profundidad, entrevista estructurada abierta 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 con la metodología cualitativa y cuantitativa, según el momento de la investigación.

Resultados: Se evidenció falta de sentido de pertenencia de los pobladores, disciplinas sociales que perjudican la comunidad y su salud, deterioro de las relaciones interpersonales, sistema eco cultural deficiente y se identificó la necesidad de emprender otras acciones comunitarias que inciten el cambio y modifiquen el cuadro de salud comunitaria.

Discusión: Los resultados que se exhiben coinciden con los de investigaciones desarrolladas por prestigiosos profesionales de las ciencias sociales y humanísticas.

Palabras claves: comunidad urbana, enfermería comunitaria, salud comunitaria.

ABSTRACT

Introduction: A technological development investigation was carried out in the period 2019-2020 in Previsora, an urban community, in Camagüey. Its execution was led by researchers and community nursing professionals. The objective of this work is aimed at characterizing the community from a historical, social and health perspective in order to identify the learning needs of community nursing professionals.

Methods: An ethnographic study was carried out as a method of descriptive data collection from the combination of techniques and sources; of them are specified: focus groups, in-depth interview, open structured interview and participant observation and within the quantitative method: closed structured interview; as well as the most significant elements of the Health Situation Analysis. A theoretical and methodological triangulation of techniques, instruments and sources was carried out in correspondence with the qualitative and quantitative methodology, according to the moment of the investigation.

Results: Lack of sense of belonging of the inhabitants was evidenced, social indiscipline that harms the community and its health, deterioration of interpersonal relationships, deficient eco-cultural system and it was identified the need to undertake other community actions that incite change the environment and modify the community health chart.

Discussion: The results that are exhibited coincide with those of research carried out by prestigious professionals in the social and humanistic sciences.

Keywords: urban community, community nursing, community health.

Recibido: 19/1/2022

Aprobado: 10/02/2022

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia y haciendo un recorrido sobre los primeros hallazgos de trabajo comunitario de enfermería se encontró que las personas y comunidades se han dotado de distintos instrumentos con el fin de cuidar su salud y aliviar sus dolencias. Tales instrumentos son fruto de la interrelación de variables propias de cada momento histórico y dan lugar a diferentes modos de atender la salud de las poblaciones.

Estas variables 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⁾

Filósofos y economistas franceses ilustrados en 1878 defendieron el valor de la igualdad de todos los individuos, con el consiguiente cambio del valor de la persona a la que se atribuyen derechos y obligaciones hasta entonces impensables y que se vieron reflejadas en la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano con motivo de la Revolución francesa. Igualmente comienza a superarse el anterior concepto de caridad individual y comienza una época más social en la que se establece la beneficencia pública.⁽¹⁾

En Europa y América del Norte en 1745, los gobiernos comienzan a establecer servicios organizados de sanidad e higiene pública. Sus objetivos estaban orientados exclusivamente a la protección de la salud de la población mediante acciones dirigidas al medio ambiente y la colectividad. Algunos autores sitúan en esta época los orígenes de la salud pública.⁽¹⁾

La concepción de enfermería como profesión y más concretamente de “[...] la enfermera para la salud”,^(2,3) como la denominó Florence Nightingale, aconteció igualmente en esa época de la mano de esta enfermera del Reino Unido. Su desarrollo fue paralelo al de la salud pública en los servicios sanitarios comunitarios.^(2,3) Desde fines del siglo XIX y hasta mediados del XX, los resultados de los avances sociales y científicos señalados dan lugar a servicios de atención a la salud.⁽⁴⁾

Los orígenes de la enfermería y su actuación en las comunidades en Cuba justamente pueden situarse en la época precolombina, pues fue en los asentamientos aborígenes donde los behiques, quienes pudieran ser considerados los primeros enfermeros y maestros de enfermería, eran los encargados de administrar los tratamientos a los dolientes y transmitir sus conocimientos a los sucesores previamente escogidos.^(5,6,7)

Luego de finalizada la conquista, en la época de la colonia, generalmente asumen los cuidados de enfermería las negras esclavas, llamadas “[...] las enfermeras del ingenio”,^(5,6) que de forma empírica y con conocimientos adquiridos de generaciones precedentes, asumían la responsabilidad de mantener un estado de salud adecuado a la dotación y viabilizar el milagro del alumbramiento, tanto en esclavas como en las amas, lo cual se correspondía con su cultura y condiciones de vida, protagonismo poco reconocido a criterio del autor.

En 1547 aparecen las primeras órdenes religiosas constituidas por hombres, como inicio de la asistencia de enfermería en hospitales de dichas congregaciones con la preparación suficiente para cuidar de los enfermos. En 1633, se funda la orden Hijas de la Caridad, mujeres que se entregaron por completo a los cuidados de salud de los más pobres, enfermos y abandonados.⁽⁵⁾

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.^(5,6) 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.⁽⁶⁾

En 1959, el profundo 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 a partir de los más recientes avances de la ciencia y sus tecnologías.^(6,7)

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 esta y dentro de un equipo conformado por enfermeros, médicos, psicólogos y trabajadores sociales, en función de la promoción, prevención y rehabilitación, en tanto se movilizan los recursos individuales y de la comunidad para alcanzar mejores índices de salud.^(8,9)

En 1984, se crea el consultorio del médico y el enfermero(a) de la familia, para el ejercicio de la profesión en la comunidad.⁽¹⁰⁾ En esta etapa los contactos con los pobladores alcanzan un enfoque más social y cultural. Los enfermeros(as) que laboran en áreas urbanas y rurales dirigen su atención a acciones sociales de contenidos específicos, sobre todo psicosociales, de desarrollo personal y salud, pero están carentes de aportes de otras disciplinas (Psicología de la Salud, Sociología y Antropología) que fortalecen y consolidan su accionar comunitario.⁽¹⁰⁾

Trabajar en las comunidades, requiere que el enfermero(a) 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.⁽¹¹⁾

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.⁽⁹⁾ 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.⁽¹²⁾

La participación ciudadana también es un elemento básico para el trabajo comunitario de enfermería y del desarrollo comunitario en el cual los pobladores son consultados e informados de las intervenciones sociales a ejecutarse.^(11,12)

En todos estos conceptos hay coincidencia en los fines del desarrollo comunitario y en sus principales características: participativo, educativo, técnico, unitario, de liderazgo y de nivel micro y macro social.⁽¹³⁾

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 notas básicas: Es una técnica o práctica social, al apoyarse en el conocimiento científico de lo social y en determinadas ciencias sociales; su objetivo fundamental se dirige a la promoción del hombre, movilizándolo 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.⁽¹³⁾

El trabajo comunitario de enfermería plantea como premisa fundamental que el ser humano está situado en varias dimensiones. Por un lado, el espacio natural y social que ejercen sobre él una influencia determinante durante toda su vida y en el tiempo que lo prevé, de un pasado histórico que lo enriquece y le proporciona una identidad; por el otro, su sentido de futuro donde se plasman anhelos, proyecciones y aspiraciones, desarrollando así un sentido de pertenencia e identidad.⁽¹⁴⁾

Lo señalado demuestra una vez más que la dimensión antropológica para el estudio del trabajo comunitario es imprescindible y sobre todo exige la distinción de las creencias, costumbres y tradiciones que orientan la vida de los pobladores. Otro aspecto a considerar para mayor efectividad del trabajo comunitario de enfermería es la capacidad de líder 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.^(15,16)

Los profesionales de enfermería establecen los primeros vínculos con los habitantes de la comunidad reconocidos por los mismos como informantes claves; los que 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.^(12,14)

Por lo anterior, el objetivo del presente trabajo está dirigido a caracterizar la comunidad desde la perspectiva histórico social y de salud para la identificación de las necesidades de aprendizaje de los profesionales de enfermería comunitaria.

MÉTODOS

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, entrevista a profundidad, entrevista estructurada abierta, 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 con la metodología cualitativa y cuantitativa. Los datos cuantitativos fueron procesados utilizando estadística descriptiva e inferencial.

Se advierte que antes de aplicar los Instrumentos creados se procedió a realizar su validación mediante criterios de expertos. Para ello se utilizó el método colorimétrico diseñado por el Régnier, llamado Ábaco de Régnier.⁽¹⁵⁾ 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. Permite la obtención de respuestas con mayor objetividad y menos viciadas por elementos subjetivos, inherentes a los métodos cualitativos.

Con la aplicación para el muestreo del programa EPIDAT, quedaron estructurados los datos de la siguiente forma:

- Población: 1024
- Universo: 745
- Muestra: 150
- Error: 0.02
- Prevalencia: 0.02
- Confiabilidad: 95 %

En cuanto al marco contextual de la investigación se trabajó en el consultorio 6 y 7 del Consejo Popular Previsora, perteneciente al distrito de salud Ignacio Agramonte, con ubicación geográfica Avenida Madame Curie en la ciudad de Camagüey. La comunidad en cuestión es una entidad socioeconómica vinculada con los recursos naturales, en la que se asienta una población de 1017 habitantes, centrada en núcleos pequeños y dispersos, con un modelo cultural peculiar donde sus miembros no se identifican con este espacio geográfico, ni humano.

Su composición humana actual ha recibido por tradición un sentido de inconformidad hacia la constitución de este grupo humano por lo que carecen de sentido de pertenencia a la comunidad, predominan actitudes individualistas, desconfianza y poca comunicación; presentan 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, lo que ha traído como consecuencias que la inserción de los servicios de salud comunitarios hayan presentado dificultades para su ejecución.

Debido a esta situación socioantropológica que la distingue del resto de otras comunidades urbanas surgió la motivación para la investigación con el objetivo de describir las características socioantropológicas y del estado de salud de la comunidad rural en periodo 2019- 2020, a través de un diagnóstico etnográfico y la valoración de los aspectos significativos del Análisis de la Situación de Salud, de cuyos resultados deriva el presente trabajo.

Se buscó no solo el diagnóstico de las características de la comunidad sino profundizar en la identificación de necesidades específicas que justificaran el diseño e implementación de acciones lideradas por el profesional de las ciencias de la enfermería, para potenciar el trabajo comunitario en busca de cambios en la comunidad y en el Análisis de la Situación de Salud, para la transformación comunitaria y el desarrollo del asentamiento urbano.

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.

Hallazgos fundamentales del proceso de triangulación cualitativa

- Necesidad inminente de realizar capacitación a los profesionales de enfermería sobre sociología, antropología y psicología comunitaria que les permita un mayor despliegue en su actuar comunitario con herramientas desde las disciplinas que se hacen referencia.
- 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 los árboles, así como poca protección a la fauna en extinción.
- 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 (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 del estudio cuantitativo. (Análisis de la Situación de Salud y entrevista estructurada cerrada).

- Factores de riesgo para la salud según la muestra

Prevalcen los riesgos ambientales en el 72 % del total de individuos de la muestra, debido a las graves dificultades por 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 evidencian 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 para la salud

Prevalencia del sedentarismo en el 77.33 % de la muestra, lo que es congruente con los elevados índices de violencia en la comunidad que alcanzan un 70% de los individuos muestreados, mientras que con riesgos de alcoholismo y tabaquismo se

manifiesta un 60 % de pobladores de la muestra. Estas cifras corresponden con las vivencias del autor en la Comunidad durante el estudio etnográfico.

- **Práctica de 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.

- **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 y comunicación de las dificultades en los programas de salud de la comunidad.

- **Información sobre enfermedades transmisibles:**

Se constató prevalencia en la desinformación sobre escabiosis y pediculosis por parte de la población muestral en el 65.33% y 64% respectivamente, lo que demuestra que los pobladores no buscan alternativas a la medicina moderna para su erradicación; se aprecia además que el 46% no posee información acerca de enfermedades de transmisión sexual, lo cual se evidencia en las consultas de Dermatología del policlínico a la cual se adscribe este asentamiento.

- **Información sobre enfermedades no transmisibles:**

Prevalencia de información por parte de los pobladores muestreados sobre causas y consecuencias acerca de asma, hipertensión arterial y diabetes mellitus en un 69,33%; 67,33 % y 62,00 %, respectivamente; aunque en sentido general existe desconocimiento de todas las enfermedades no transmisibles valoradas en los Análisis de la Situación de Salud del trienio 2018-2021.

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). Tal sentimiento guarda relación inversa con el conocimiento sobre la

historia de la comunidad, pues el 88,0% refiere conocerla, indicador de transmisión de la misma de generación en generación que repercute de forma negativa, de manera que las relaciones interpersonales entre los pobladores son consideradas deficientes por 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; al mismo tiempo existe violencia en la comunidad referida por el 84 % de los entrevistados. Mientras que el aislamiento de la comunidad es considerado por un 80,7 % de los individuos de la muestra y 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 urbano, no coyuntural; por tanto, debe formar parte de la planeación estratégica del desarrollo de toda localidad, de modo 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 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 a partir del conocimiento de los profesionales de enfermería como líderes informales de mayor permanencia.

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, que debe desplegar al máximo sus potencialidades en un estrecho vínculo con la familia, sus compañeros de trabajo y sus vecinos; para

que el asentamiento sea una comunidad y luego para desarrollarla, transformándola 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, se coincide con Ouellet⁽¹⁶⁾ 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 en cuestión.

Otro aspecto importante y de encuentro con Rodríguez⁽¹⁷⁾ 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, pero, a criterios de los investigadores y tomando como referente a esta comunidad objeto de estudio, los profesionales de enfermería son por excelencia promotores de potenciarlo dado su encargo social y su mayor contacto con los pobladores, además mayores concedores del asentamiento, en su trabajo de terreno; así como personas encargadas de las primeras ayudas psicológicas y de solidaridad con los diferentes grupos etarios y tomados en consideración durante el proceso de estudio etnográfico como referente de investigaciones realizadas, como lo son las de Fernandes Alves, Jiménez-Brobeil, Eulálio, Almeida de Andrade, Nascimento Cunha, Araújo Ferreira,⁽¹⁸⁾ Azeredo, Schraiber,⁽¹⁹⁾ Casallas Murillo⁽²⁰⁾ y Castro.⁽²¹⁾

Los resultados que ofrece el estudio sociohistórico del asentamiento rural y el estado de salud de su población exhiben características distintivas que revelan serias dificultades

en el entorno sociocultural, poco trabajo con los grupos humanos que la componen, así como 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 para incidir en lo espiritual, en lo subjetivo con el propósito de rescatar aspectos identitarios que contribuyan a la convivencia humana, 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gracia-Rojas JP. Desarrollo sostenible: origen, evolución y enfoques. (Documento de docencia No. 3) [Internet]. Bogotá: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia; 2015 [citado 14/06/2012]. Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/7738/1/2015_NC_Development%20sost_Jennifer%20Gracia.pdf
2. Secretaría General de la Organización de Estados Iberoamericanos [Internet]. Andalucía: OIE. [actualizado 12/03/2016; citado 21/04/2016]. Desarrollo rural; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.oei.es/decada/accion.php?accion=022>
3. 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 14/06/2012]. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/boletinelectronico/ENEO-BoletinElectronicoOctubre2015>
4. Organización Mundial de la 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 14/06/2019]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/AlmaAta_declaracion.htm.pdf

5. Almodóvar 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 04/01/2014]. Disponible en:
<http://www.youtub.com/wtch?V=KVgPoQ9z5Ns2015>
6. Fernández Galera A. Estudio colonial en Camagüey. Camagüey: Ácana; 2013.
7. 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.
8. Vera Rodríguez José Eduardo, Rojo Pérez Nereida, Quiñones Varela Irene Sofía. Sistema de acciones de enfermería comunitaria implementado en un asentamiento rural cubano. Rev Hum Med [Internet]. 2016 [citado 21/01/2021];16(1):130-143. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202016000100009&lng=es.
9. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. [Internet]. Ottawa: Government Canada; 2001 [citado 23/02/2019]. Disponible en:
<https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/a-new-perspective-on-health-canadians.html>
10. De la Torre Ugarte GM, Oyola García A. Los determinantes sociales de la salud: una propuesta de variables y marcadores/indicadores para su medición. Rev Per Epidemiol [Internet]. 2014 [citado 09/07/2021];18(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203132677002.pdf>
11. Ander Egg E. Aprender a investigar. Nociones básicas para la investigación social. 1^{ra} ed [Internet]. Argentina: Editorial brujas; 2011 [citado 10/04/2021]. Disponible en: <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2017/05/Aprender-a-investigar-nociones-basicas-Ander-Egg-Ezequiel-2011.pdf.pdf>
12. 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 [Internet]. 2017 [citado 15/02/2015];96(3):181- 192. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551764112019>

13. 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 15/02/2015]. 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>
14. Landini FP, Bianqui V. Expectativas de los extensionistas rurales latinoamericanos y contribuciones psicosociales. Psicol. Soc [Internet]. 2016 [citado 15/02/2015];28(1):125-34. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/DyHjydB9YVQVfDKzqXfqGzk/abstract/?lang=es>
15. Mojica Sastoque F. El ábaco de Regnier. En: Mojica Sastoque F, editor. La Prospectiva. Bogota: Legis Editores; 1991. p. 21-33.
16. 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; 2016.
17. Rodriguez L. Trabajo Comunitario: cuestión de salvaguarda para la nación. Periódico Granma. 10 de julio de 2017. [21/02/2018]. Disponible en: <http://www.granma.cu/cuba/2017-07-10/trabajo-comunitario-cuestion-de-salvaguarda-para-la-nacion-10-07-2017-12-07-24>
18. Fernandes Alves R, Jiménez-Brobeil SA, Eulálio MC, Almeida de Andrade D, do Nascimento Cunha EC, Araújo Ferreira PR. Intervenciones de psicólogos en la salud pública de Brasil, España y Portugal. Revista de Psicología (PUCP) [Internet]. 2016 [citado 23/03/2019];34(2), 357-386. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.18800/psico.201602.006>
19. Azeredo YN, Schraiber LB. El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. Salud Colect [Internet]. 2016 [citado 17/05/2017];12(1):9-21. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2016.v12n1/9-21/es/>
20. Casallas Murillo AL. La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. Revista Ciencias de la

Salud [Internet] 2017 [citado 14/02/2018];15(3):[Aprox 10p.]. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/6123>

21. Castro R. De la sociología en la medicina a la sociología de la salud colectiva: apuntes para un necesario ejercicio de reflexividad. Salud Colectiva [Internet] 2016 [citado 14/02/2018];12(1):71-87. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/859>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses respecto a este texto.

Contribución de los autores

Fleites Cobiella. Concepción y diseño del trabajo. En la obtención, procesamiento e interpretación de la información. La redacción del manuscrito. La revisión crítica del manuscrito. La aprobación de su versión final.

Villalobos Batista. Procesamiento e interpretación de la información. La redacción del manuscrito. La revisión crítica. La aprobación de su versión final.

Vera Rodríguez. Procesamiento e interpretación de la información. La redacción del manuscrito. La revisión crítica. La aprobación de su versión final.

Pérez García. Procesamiento e interpretación de la información. La revisión crítica. La aprobación de su versión final.