



**UNIVERSIDAD CENTRAL "MARTA ABREU" DE LAS VILLAS**  
**VERITATE SOLA NOBIS IMPONETUR VIRILIS TOGA. 1948**

***Facultad Ciencias Sociales***  
***Departamento de Sociología***

## ***Tesis de Diploma***

***Título: La intersectorialidad en el logro del estado de salud de la población de la circunscripción # 12 del Consejo Popular Van Troi de Caibarién***

***Autora: Leidy Lianet Reinoso Bernal***

***Tutor: MSc. Iván García Ávila***

***Curso 2010–2011***

**CON SU ENTRANABLE TRANSPARENCIA**



***“... la única salud verdadera, es la que le viene al cuerpo bien administrado del orden de la mente y la serenidad del corazón”.***

***José Martí.***

***A Dios y a mi madre.***

### **Agradecimientos**

A Dios, por su amor y poder.

A mi madre, a quien amo intensamente y es la persona más importante de mi vida, por sus enormes sacrificios y el inmenso apoyo que me ha brindado para hacer realidad este sueño.

Porque sólo he podido llegar hasta aquí por su dedicación y constancia para conmigo. Por ser una madre única y maravillosa. Hoy me siento satisfecha de regalarle la alegría de culminar mis estudios universitarios, por lo que tanto ha luchado y deseado.

A mi novio Arniel, quien ha constituido mi paradigma como estudiante y en la actualidad como profesional. Por su constante dedicación, infinito amor y su grandeza como ser humano. Por su apoyo excepcional en las diferentes etapas de confección de la tesis, a lo largo de la carrera y su plena identificación con mis intereses profesionales. Doy gracias a Dios por permitirme estar a su lado.

A mi tutor Iván, por su dedicación, experiencia e incondicionalidad. Porque siempre he podido contar con sus conocimientos y guía. Constituye para mí un ejemplo como ser humano integral.

A Annia, a quien admiro mucho como la Socióloga que constituye para mí, ejemplo a seguir en mi vida profesional. Por sus sugerencias en la realización de esta tesis.

A Yuleydy, por aceptar la oponencia de mi tesis y por sus sugerencias.

A mi amigo Aidel, por sus altos valores humanos. Porque desde el inicio de mi carrera ha estado pendiente, aún lejos, de mis necesidades espirituales y materiales. Nunca olvidaré su ayuda en la etapa más difícil de mi vida. En mi corazón siempre tendrá un lugar especial.

A mis abuelos Blas y Paula, quienes siempre me han alentado y ayudado a alcanzar las metas que me he propuesto en distintas etapas de mi vida. Me han acompañado siempre en los momentos de dolor y alegría.

A mi suegro Armando, quien ha sido para mí un padre ejemplar, por su amor, sus consejos precisos, sus enseñanzas y cooperación. Aunque hace algunos años se encuentra lejos cumpliendo un deber, nunca me han faltado sus palabras de aliento. Fue la primera persona que puso en mis manos un libro de Sociología. Siempre ha puesto su inteligencia y sabiduría a mi disposición. A mi suegra Olguita, por su preocupación y ayuda brindada en esta etapa.

A mi cuñada Anailys, por su valiosa e incondicional ayuda durante la carrera con la impresión de materiales de estudio, trabajos finales y la tesis.

A mis profesores, a quienes admiro y respeto por su excelente preparación y profesionalidad. En especial a Gerardo, Lázaro, Annia, Sosa, Iván, Darmis, Lili, Llanelys, Ariagnis, Gilberto, Joaquín y Sheila. Todos han dejado una profunda impronta en mi formación como profesional y ser humano.

A mis compañeros de aula, que en los momentos más difíciles de mi vida me han hecho sonreír. En especial a mis amigos Anamarys, Danniuber, Dailén, Annelys y Meilyn.

A Roberto Garcés, a pesar de conocerlo hace poco tiempo, se ha ganado mi respeto, admiración y reconocimiento. Me ha guiado y motivado a participar en eventos científicos. Sus conocimientos han enriquecido mi preparación profesional.

A Loanda y Yelén, por su sincera amistad y estar siempre prestas a ofrecerme apoyo. Por constituir seres humanos excepcionales. Aunque no nos unen lazos de consanguinidad las considero familiares cercanas.

A Puchito, Darías y Eduardo, a quienes admiro por su gran corazón y constante preocupación por mí.

A todas las personas e instituciones que colaboraron con sus criterios, durante la realización de este estudio.

Muchas gracias.

## **Resumen**

El presente trabajo trata sobre las características que tiene la relación entre el estado de salud de la población y la intersectorialidad. La investigación se realizó en la circunscripción # 12 del Consejo Popular Van Troi del municipio de Caibarién perteneciente a la provincia de Villa Clara.

El estudio es exploratorio, utilizándose la metodología cualitativa. Su finalidad consiste en caracterizar la relación entre el estado de salud de la población y la intersectorialidad entre las instituciones de Salud, Educación y Cultura de la circunscripción # 12 del Consejo Popular Van Troi del municipio de Caibarién.

Para ello, se han utilizado como técnicas: la observación participante, entrevista en profundidad, entrevista focalizada, grupo focal, estudios documentales y consulta a expertos. Tomándose como muestra una representación de los grupos etarios de la población, además, miembros de las referidas instituciones y factores de la comunidad.

A partir del análisis de los autores consultados se evidencia la importancia de la intersectorialidad en el logro del estado de salud de la población, resultando imposible enfrentar este último separado de la acción social. Siendo necesario entonces establecer y consolidar nuevas estrategias intersectoriales, debiéndose romper con las percepciones menos coherentes, verticalistas y parcelarias. Por lo que la relación de la intersectorialidad entre las instituciones de Salud, Cultura y Educación con relación al estado de salud de la población, no cumple con los indicadores de eficiencia, eficacia y ejecutividad.

## Tabla de Contenido

<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo I: Análisis teórico sobre el estado de salud poblacional y su vinculación con la intersectorialidad, reflejado en los estilos de vida.....</b>	<b>6</b>
Epígrafe I.1: La salud social y su recorrido histórico.....	6
Epígrafe I.1.1: Corrientes de pensamiento socio-médico.....	7
Epígrafe I.1.2: Visión de estado de salud poblacional en Latinoamérica .....	10
Epígrafe I.2: La relación entre salud-enfermedad como proceso social .....	13
Epígrafe I.3: Consideraciones sobre la intersectorialidad .....	15
Epígrafe I.3.1: La intersectorialidad en Cuba .....	16
Epígrafe I.4: Estilos de vida .....	19
<b>Capítulo II: Definiciones metodológicas .....</b>	<b>22</b>
Epígrafe II.1: Fundamentación de la metodología seleccionada y las técnicas empleadas.....	22
Epígrafe II.1.1: Técnicas utilizadas .....	22
Epígrafe II.2: Diseño metodológico de la investigación.....	25
Epígrafe II.3: Selección de la muestra .....	30
<b>Capítulo III: Análisis de los resultados .....</b>	<b>31</b>
Epígrafe III.1: Caracterización socio-espacial de la circunscripción # 12 del Consejo Popular Van Troi .....	31
Epígrafe III.2: Acciones intersectoriales con relación al estado de salud de la población.....	33
Epígrafe III.2.1: Análisis de la Situación de Salud de la circunscripción # 12 contenida en el consultorio médico de la familia.....	33
Epígrafe III.3: Relación entre el estado de salud de la población y la intersectorialidad .....	47
Epígrafe III.3.1: Resultados de las entrevistas en profundidad y focalizada. ....	47
Epígrafe III.3.2: Análisis de las dimensiones abordadas .....	51
<b>Conclusiones.....</b>	<b>54</b>
<b>Recomendaciones .....</b>	<b>55</b>
<b>Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>56</b>

## **Introducción**

A lo largo de la historia se han presentado disímiles enfoques para estudiar la salud, que han sido analizados por Moragas (2006). Dentro de estas concepciones una de las incipientes es la somática-fisiológica que concibe a la salud como bienestar del cuerpo y del organismo físico y a la enfermedad como el proceso que altera este bienestar. Sin embargo, en la actualidad se considera que la enfermedad no es el único proceso que afecta la salud, aunque todavía tiene un peso muy fuerte en la práctica médica y en la opinión de muchos individuos.

Por otra parte, se ha planteado la concepción psíquica que defiende el criterio de que la experiencia de salud no puede restringirse a la salud orgánica. No obstante, esta concepción incluye casos en que la enfermedad sea, fundamentalmente, psíquica, a pesar de que se conoce mucho más sobre lo somático-fisiológico que sobre lo psíquico.

También, se habla de una concepción sanitaria, la cual presenta un punto de vista preventivo más intenso que en el resto, porque va dirigida a preservar o recuperar la salud. La misma hace énfasis en la salud colectiva de una comunidad y no en la individual. Tiene un enfoque positivista, pues no se interesa por casos concretos sino estadísticas generales.

Se muestra, además, la concepción político-legal que reconoce la salud como derecho y obligación universal, dando un reconocimiento legal y participación estatal.

De la misma manera, se hace referencia a la concepción económica que define la salud como condicionante de la productividad del factor humano, donde el costo de la enfermedad es la reducción de la capacidad productiva y el gasto económico que eso conlleva; resultando más apropiado, invertir en prevenir que llegar a la enfermedad y con ella a las consecuencias económicas que produce.

Asimismo, la concepción social se basa en ver la salud y la enfermedad como acontecimientos sociales, pues el hombre para ser sano necesita de relaciones sociales con ciertas características, y cuando pierde su salud aunque sea por causa fisiológica, su curación se acelera si sus contactos sociales son buenos. En este caso, a pesar de reconocerse la salud como un hecho social, su perspectiva es esquemática.

Igualmente, se presenta la concepción ideal de la salud, que plantea un grado de salud no alcanzable por el hombre y la misma ha tenido diferentes visiones. Una de las más

reconocidas es la ofrecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se refiere a la salud como el completo estado de salud psíquica, social y mental. Como es conocido resulta imposible obtener en una sociedad dicho estado de salud, aunque es útil para todos como meta (Moragas, 2006).

Sin embargo, para alcanzar un adecuado estado de salud poblacional, el camino más efectivo en nuestros días es la integración de los sectores de la salud, la organización económico-social y la propia población en la identificación y la búsqueda de soluciones a los problemas y en las mejoras de la salud y calidad de vida (Castell-Florit, 2004).

Es por ello que una de las estrategias básicas es la intersectorial, la cual ha permitido enfrentar muchos problemas de salud a nivel mundial, entre estos los vinculados a situaciones de desastres, mediante programas de vacunación masiva, control de enfermedades diarreicas agudas, entre otras (Castell-Florit, 2002).

A partir de ella en nuestro país se muestran los resultados de la Salud Pública, producidos a lo largo de la Revolución. Varias instituciones, como es el caso de la Educación, muestran su relación con dicho sector en la incorporación de objetivos educativos vinculados a la higiene personal, la reproducción, alimentación, hábitos tóxicos y nutrición a través de las diferentes asignaturas y grados de enseñanza (Castell-Florit, 2002).

Esta intersectorialidad se materializa en los Consejos de Salud, órganos de coordinación. Dichos órganos se constituyen a nivel nacional, provincial, municipal y de consejo popular, para contribuir en la participación de la circunscripción y sus organizaciones sociales y de masas con la gestión de salud. En la realidad no siempre se materializa de esa forma en la práctica, pues en algunos casos sólo se ocupan de cuestiones cuantitativas como datos sobre las principales enfermedades que inciden en la población, pero no influyen en la prevención de las mismas (Castell-Florit, 2002).

Muchos han sido los beneficios que ha propiciado la intersectorialidad, tal es el caso de la preparación del personal del sector de la salud y otros sectores mediante la capacitación, aumentando la capacidad resolutive de los recursos humanos, trabajo conjunto entre el sector de la salud y otros a partir de problemas detectados, mayor capacidad de gestión de los equipos de dirección de salud y otros sectores, y la satisfacción de la población como resultado final (Castell-Florit, 2002).

A pesar de los logros antes mencionados, la actividad intersectorial no se ha desarrollado de igual manera, ya que en algunos casos el propio sector de la salud no ha comprendido la necesidad de su relación con otros. Por tanto, es necesario insistir en el enfoque intersectorial y su manejo práctico, perfeccionando el conocimiento gerencial de los directivos y funcionarios del sector, además de transformar en función de esto, la actuación de la sociedad para mejorar las condiciones de vida y lograr el impacto deseado en el bienestar de la población (Castell-Florit, 2002).

Debido a lo antes expuesto se ha seleccionado para realizar este estudio, a la circunscripción # 12 del Consejo Popular 3 del municipio de Caibarién, ubicada en el Reparto Van Troi<sup>1</sup> que tiene como límite al norte y al este la circunscripción 11, al oeste la circunscripción 8 y al sur la circunvalación.

Para dar inicio a la indagación se planteó como problema científico:

¿Qué características tiene la relación entre el estado de salud de la población y la intersectorialidad entre las instituciones de Salud, Educación y Cultura de la circunscripción # 12 del Consejo Popular Van Troi del municipio de Caibarién?

El tema de la intersectorialidad es un área poco explorada a nivel internacional y en Cuba, lo que ocurre también en las Ciencias Sociales. En nuestro país sólo se ha estudiado desde las visiones médicas y psicológicas, con enfoques salubristas y sobre todo descriptivos, desde la concepción positivista.

Resulta de importancia para la Sociología, pues tributa a la demanda realizada por el Ministerio de Salud Pública al Consejo Provincial de las Ciencias Sociales, de estudiar las determinantes sociales del estado de salud de la población en Villa Clara. Además, porque el municipio de Caibarién es el segundo de la provincia con mayor índice de infecciones de transmisión sexual. Al mismo tiempo, se destaca la necesidad de extender la acción intersectorial hasta las instituciones de base para obtener un mayor nivel de materialización de dicha acción, pero desde estudios multidisciplinarios y la comprensión sociológica de dicho fenómeno.

---

<sup>1</sup> Nguyen Van Troi nació en Thanh Quyt distrito de Dien Ban, en Vietnam. Recibió el título de héroe y la medalla “Muralla de Bronce de la Patria, en su país natal.

Por consiguiente, el estudio presenta como objetivo general: Caracterizar la relación entre el estado de salud de la población y la intersectorialidad entre las instituciones de Salud, Educación y Cultura de la circunscripción # 12 del Consejo Popular Van Troi del municipio de Caibarién.

Por tanto, teniendo en cuenta los planteamientos anteriores la investigación se propone como novedad científica superar las concepciones parcelarias y mecanicistas de las estrategias de salud, para contribuir al fortalecimiento de la intersectorialidad.

La investigación tiene varias limitantes como es el caso del contacto del investigador con los funcionarios de las instituciones implicadas, resultando compleja la interacción con ellos; la escasa cultura sobre la multiplicidad de factores que tributan al estado de salud poblacional, así como la falta de claridad sobre dicho término. También resultó complejo el hecho de que en el consultorio médico de la circunscripción estudiada, no se encuentra actualizado el Análisis de la Situación de Salud de la población.

Para el trabajo se utiliza la metodología cualitativa por su reconocida flexibilidad, profundización y riqueza de los resultados, condicionados por su naturaleza holística ya que permite ver a las personas y el escenario desde la totalidad y no reducidos a variables; considerándolos como un todo integral que obedece a una lógica propia. Además, por su carácter interactivo y reflexivo, pues los investigadores son sensibles a los efectos que causan sobre las personas objeto de estudio (Sandoval, 1996).

Se han utilizado como técnicas: la observación participante, entrevista en profundidad, entrevista focalizada, grupo focal, estudios documentales y consulta a expertos, con la intención de obtener información sobre la problemática de estudio.

La investigación fue exploratoria debido a que se originó a partir de una demanda investigativa para la intervención comunitaria en el marco de determinada problemática social. El objetivo de esta exploración fue la familiarización con la temática objeto de estudio, los instrumentos utilizados fueron los sujetos involucrados y las situaciones en que se encontraban. Sus pasos fueron: localizar las posibles fuentes de información comunitaria y hacer uso de ellas, elaborar el diseño de la investigación correspondiente y confeccionar y comprobar los instrumentos de indagación científica (Metodología de la Investigación Social).

La tesis se encuentra diseñada por tres capítulos. En el capítulo 1 se analiza la intersectorialidad con el propósito de conocer como tributa la misma al estado de salud de la población, reflejado en los estilos vida, teniendo en cuenta la relación entre salud y enfermedad como un proceso social.

El capítulo 2 contiene el cuerpo metodológico del estudio, en el que se exponen la metodología y las diferentes técnicas utilizadas, así como la muestra seleccionada, la operacionalización de variables, los principales conceptos reflejados en esta última y el diseño metodológico de la investigación.

En el capítulo 3 se presentan los resultados obtenidos a través de la aplicación de las técnicas de recogida de información tenidas en cuenta. De esta manera se da respuesta a cada uno de los objetivos planteados.

# **Capítulo I: Análisis teórico sobre el estado de salud poblacional y su vinculación con la intersectorialidad, reflejado en los estilos de vida**

## **Epígrafe I.1: La salud social y su recorrido histórico**

Cuando se analizan a través de la historia los diferentes estudios que han permitido llegar a los conceptos de salud que hoy se conocen, es necesario recordar los principales términos que fueron afines a los mismos. Entre estos se destacan: Higiene Social y Medicina Social, los que posibilitaron la realización de diversas investigaciones de corte médico-epidemiológico.

Es precisamente en 1848, según refiere el autor Rojas Ochoa (2004), el año del nacimiento del concepto de medicina social, hecho que tiene lugar en Francia. El mismo aparece publicado en la Gazzete Médicale de París, en tiempos de pobreza y aspiraciones sociales.

Este es también el año de los grandes movimientos revolucionarios en Europa al igual que las revoluciones. Este concepto surge casi simultáneamente en varios países europeos. En Alemania hablan de medicina social Salomón Newmann y Rudolf Virchow y reconocen la relación inminente de la medicina con el ámbito social, planteando, respectivamente, que:

*“... la ciencia médica, en su núcleo más interno y esencial, es una ciencia social” y “La medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en grande” (Rojas, 2004: 2).*

También se refieren al tema William Farr en Inglaterra; Francisco Pucionotti en Italia y Jules Guérin en Francia (1801-1866), este último consideraba que la medicina social era la relación de la medicina con la sociedad. A partir de su surgimiento la expresión fue poco utilizada, lo que cambia un siglo más tarde, pero aún así se realizaron importantes trabajos que vinculaban a las enfermedades con las desigualdades sociales (Rojas, 2004).

Es este contexto histórico el que propició a la Filosofía revolucionaria de Marx y Engels, plantear al materialismo histórico como el instrumento metodológico idóneo para el análisis de la sociedad. Lo que permitió socializar las causas de la enfermedad y señalar la necesidad de actuar sobre las causas primeras: distribución de las riquezas, acceso a los bienes y servicios básicos como la educación, el empleo, la vivienda, la ropa, la

alimentación, el abrigo, la paz y la seguridad ciudadana. Así la salud rebasó lo personal, lo individual y su aislamiento, se vincula a lo económico y lo político (Rojas, 2004).

Este posicionamiento marxista permite concebir al hombre en su unidad e indivisibilidad biológica, psíquica y social, en la unidad dialéctica de determinaciones naturales y sociales, aunque la primacía corresponde al aspecto social, a través del cual el hombre se crea a sí mismo (Rojas, 2004).

En 1974 resucita el enfoque médico social a partir del “*Informe Lalonde*”, estableciendo este último un marco conceptual que identificó los factores que parecían determinar la situación de salud (Rojas, 2004).

Desde entonces los nuevos conocimientos se apoyan, se refinan y se amplían en las proposiciones del informe, concretándose en las acciones para la aplicación del concepto de salud de la población y la instrumentación de tareas consecuentes a determinadas condiciones sociales (Rojas, 2004).

### **Epígrafe I.1.1: Corrientes de pensamiento socio-médico**

Cuando se hace referencia al análisis sociológico de la salud se debe partir de que los primeros estudios sociológicos se centraron en enfoques funcionalistas, donde se consideraba a la sociedad como totalidad constituida como un organismo vivo integrado e interrelacionado.

Además, se entendía como subsistemas donde cada parte se integraba al todo produciendo equilibrio y estabilidad siendo posibles los ajustes y desajustes. Si una de estas partes dejaba de funcionar el resto se afectaba produciendo desajustes.

Por ello toda sociedad tiene mecanismos de control propios para regular las influencias eventuales de elementos externos e internos que amenacen su equilibrio. Esto se concibe como desvíos o disfunciones y es una tendencia viva del sistema.

En sus inicios no se hablaba del término salud sino de enfermedad. Uno de los que define esta última fue Talcott Parsons, figura primera de la sociología norteamericana. Él considera la enfermedad como la incapacidad del individuo de funcionar en la sociedad. Además,

concibe a la medicina como dirigida a controlar las desviaciones de la salud, con lo cual reduce su acción al plano individual y psicológico (Rojo y García, 2002).

La corriente que de él se deriva -neopositivismo-, fuente teórica del pensamiento funcionalista, considera la causalidad como una construcción mental y no como una forma de la determinación de los fenómenos mismos. Por tanto, no tiene capacidad para explicar ni generalizar acerca de la salud de la población. Considera la medicina como determinada sólo por su finalidad de curar y prevenir la enfermedad, lo que le imposibilita percibir otras determinaciones provenientes del medio social (Rojo y García, 2002).

Como expresan anteriormente las aportaciones de dicho autor, aunque avanzadas en su momento teniendo en cuenta el contexto en el que se desarrolla, se encuentran permeadas por influencias positivistas. Define sólo la enfermedad y su forma de contrarrestarla o evitarla, dejando a un lado posibles causas sociales que pudieran influir en ella.

Emile Durkheim también aporta una serie de observaciones metodológicas importantes, resaltando la necesidad que tiene la Sociología, de la investigación propia y directa de la realidad. Fundador y principal portavoz de la Escuela de París y figura cimera de la Sociología clásica europea, hace mención a la Fisiología social y aborda en su quehacer sociológico la problemática del suicidio y los problemas de la salud mental (Durkheim, 1965).

En *“Las Reglas del Método Sociológico”*, realiza una distinción entre hechos normales y patológicos:

*“La patología es considerada una especie dada, para las sociedades la salud es buena y deseable; la enfermedad, por el contrario, es una cosa mala que debe ser evitada. En presencia de que existen dos variedades distintas de fenómenos, llamaremos fenómenos normales a los hechos que presenten las formas más generales y llamaremos patológicos al resto. Un hecho no puede calificarse de patológico sino es con relación a una especie dada. Las condiciones de salud y la enfermedad no son abstractas y de una manera absoluta”* (Durkheim, 1972).

De esta forma concibe como innegable que el estado de salud es un hecho social, ya que se presenta de forma concreta dentro de la sociedad.

Por su parte, Foucault (1966), quien tuvo gran relación con la salud por sus contactos con la medicina y psiquiatría, en *“El nacimiento de la clínica”* escribe:

*“Antes del siglo XIX la medicina comenzó a ocuparse de las enfermedades de los individuos, así como del conjunto de la sociedad. La medicina se extendió a las personas sanas y adoptó una postura normativa al distinguir entre el sano y el enfermo y más tarde entre los estados normales y patológicos”* (Ritzer, 2006).

A través de esta idea el autor se refiere al papel de la medicina en el estudio de las epidemias, así como de la utilización de la medicina preventiva.

También, Iván Illich (1976), en su libro *“Los límites de la medicina”*, plantea que la salud designa un proceso de adaptación, resultado de una reacción autónoma y al mismo tiempo culturalmente compartido a la realidad socialmente creada. Habla de la capacidad para adaptarse a entornos cambiantes, crecer y envejecer, curar cuando se sufre un daño, sufrir y esperar pacíficamente la muerte. Igualmente, la salud incluye el futuro, y, por tanto, también la angustia y los recursos internos para convivir con ella (Gómez et al, 2005).

Esta definición destaca que la salud es un proceso de adaptación a un entorno social que abarca factores naturales y otros creados por el hombre.

El método positivista, como vía para explicar el riesgo de enfermar en la población y el método estructural-funcionalista para comprender la realidad social, fue tomado también por Edmundo Granda (2004), quien planteó:

*“La salud pública organiza de esta manera su base de sustento sobre el mencionado trípode constituido por el pensamiento centrado alrededor de la enfermedad y la muerte, el método positivista o naturalista para el cálculo de riesgo de ocurrencia de enfermedades de la población, el estructural-funcionalismo como teoría de la realidad social y la preeminencia del Estado como asiento para la organización de las acciones preventivas y el apoyo a la gestión de los recursos de atención médica”* (Granda, 2004).

Como se observa, lo anterior reafirma la idea de que el funcionalismo es la corriente adecuada para los enfoques sociológicos de las investigaciones sobre salud, sobre todo si se realizan en lo comunitario.

El materialismo histórico sirve de base a la Sociología aplicada, en este caso a la Sociología médica. Ofrece al sociólogo el hilo conductor que le permite estudiar y comprender los problemas concretos de salud. La Sociología médica es el instrumento científico-teórico, metodológico, que sirve de base para la solución práctica de problemas de salud (Ministerio de Salud Pública, 1982).

Engels (1974), luego de una descripción detallada sobre “*La enorme miseria del barrio pobre*”, expone a través de la opinión de un diario inglés en un artículo sobre las condiciones sanitarias de los trabajadores en las ciudades:

*“...cada noche, todas las inmundicias, los residuos y excrementos, de por lo menos 50.000 personas, son arrojados a los albañales, de modo que, a pesar del barrido de las calles, se produce una capa de suciedad estancada y un olor nauseabundo. Y con esto, no solamente se ofende la vista y el olfato, sino que además está dañada, en alto grado, la salud de los habitantes”* (Engels, 1974).

He aquí una descripción muy detallada del nexo entre la situación socio-económica y la situación de salud de una población determinada, que fácilmente se pudiera transpolar a cualquier lugar del mundo en la actualidad, y guarda relación, aunque en menor medida, con la imagen que se tiene de algunas zonas de la circunscripción objeto de esta investigación.

Por su parte, el científico ruso N. A. Semachenko, denominó higiene social a lo que serviría de puente entre las Ciencias Sociales y la Medicina, y la definió como una ciencia que se dedica al estudio de las influencias que el medio social ejerce sobre la salud de la población y a la elaboración de medidas efectivas para evitar las influencias que ejerce ese medio (Ministerio de Salud Pública, 1982).

Según los criterios anteriores se expresa que el materialismo histórico puede considerarse un camino hacia el estudio de la enfermedad como un hecho de la sociedad, pues en él influyen el medio social y natural.

### **Epígrafe I.1.2: Visión de estado de salud poblacional en Latinoamérica**

En los estudios sociológicos actuales, los análisis de la salud y las formas que asumen, conforman tanto su tratamiento como las acciones de prevención y promoción.

En Latinoamérica es imprescindible destacar el nombre de Juan César García, quien abrió nuevos senderos en el mundo de las Ciencias Sociales. Desde la década de los sesenta aportó a dicho campo del conocimiento por su interrelación con los asuntos de la salud, desde un pensamiento sociológico fundamentado en el marco estructural histórico. A lo largo de sus numerosos aportes destacó, en 1972, que:

*“...la estructura económica no sólo determina el lugar de la práctica médica en la estructura social, sino también el rango y la importancia de los elementos que componen el todo social. Es sabida la influencia que sobre la conducta y las actitudes tiene un desempleo prolongado: la apatía, la desintegración personal son factores que condicionan la aparición de la enfermedad”* (García, 1972).

El mismo fue uno de los forjadores de la medicina social, promoviendo la corriente de pensamiento que establece que la correlación entre enfermedad-muerte está relacionada con las formas de vida socialmente creadas y que el Estado tiene una responsabilidad irrenunciable en la intervención de los problemas de salud de los grupos humanos, promoviendo la justicia social, la equidad y la salud en tanto derecho humano fundamental (García, 2008).

También en Cuba algunas personas comenzaron a interesarse por escribir desde la perspectiva social. Un ejemplo es el caso del médico Enrique Lluria Despau (1862-1925) quien interesado en la problemática sociológica, escribió: *“El medio social y la perfectibilidad de la salud”* y *“Evolución superorgánica. La naturaleza y el problema social”* (Rojas, 2004).

Otra figura destacada en la década de los 80 desde la óptica de la higiene social fue Henríques Aldereguía, quien propone el modelo hombre-sociedad-naturaleza. Aunque esa idea fue poco divulgada, forma parte del período que se considera como el de mayor brillantez para la higiene social en Cuba (Aldereguía, 1990). Plantea que:

*“La medicina social tiene que contribuir a configurar un nuevo paradigma del proceso salud-enfermedad sintetizando las bondades del enfoque higiénico-social y el epidemiológico, desde las posiciones de la esencia social del hombre, su naturaleza socio-biológica y la estructura bio-psico-social del individuo en la vinculación de la teoría y la práctica social y sanitaria. Así hará su aporte al futuro de la salud pública y la humanidad toda”* (Aldereguía, 1995: 7).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como:

*“un estado completo de bienestar físico, mental y social”, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (García, 2007:).

Apoyados en el criterio ofrecido por el Centro de Estudios Comunitarios de la Universidad Central de Las Villas sobre la idea anterior, se aprecia que la definición se apoya en una concepción más integral del hombre, lo que significa un avance con relación a otras expandidas en el siglo XIX, heredadas de las ciencias de la naturaleza, que concebían a la ciencia desgajada del contexto social en el que surge y regida por valores como la neutralidad y la objetividad (Alonso et al, 2004).

No obstante, es importante tener en cuenta que esta definición de la OMS, al comprender la salud como estado de completo bienestar físico, mental y social, se torna ahistórica y descontextualizada. Este planteamiento evade las diferencias sociales y las implicaciones que emanan de la estructura socio-clasista de las sociedades actuales. Por tanto, resultaría difícil hablar de completo estado de bienestar psico-bio-social en las sociedades modernas de hoy divididas en clases sociales y donde el orden socialmente establecido representa los intereses sólo de una parte minoritaria de la población, generando en las otras partes niveles de desigualdad e inequidad con los consiguientes síntomas de malestares y sufrimiento (Alonso et al, 2004).

Evidentemente, no puede existir un completo estado de bienestar, en un mundo globalizado y unipolar donde se impone la cultura de la incultura con el propósito de legitimar la enajenación y la acriticidad de todos los sectores sociales en lo cotidiano, la universalización de la miseria y al mismo tiempo el síndrome de la pseudo participación para que nada cambie (Alonso et al, 2004).

Además el propio Centro de Estudios Comunitarios, realiza sus aportes teóricos sobre salud, planteando que la salud individual y social se entiende como la mayor o menor capacidad de las personas de identificar y disponerse a superar el sistema de contradicciones existentes en la estructura social a la cual se pertenece (Alonso et al, 2004). Este concepto parte de ver a la salud como necesidad, además, tiene en cuenta la influencia que el medio social puede ejercer para la ausencia de ella.

Sin embargo, como se ha referido anteriormente, en 1974 Marc Lalonde propone un modelo explicativo de los determinantes de la salud, siendo el estado de salud de la población el resultado de la interacción de los determinantes (De la Llera, 2001). Estos comienzan a ser utilizados también en América Latina. Siendo los siguientes (Álvarez et al, 2007):

- **Estilo de vida:** Es el determinante que más influye en la salud y el más modificable mediante actividades de promoción de la salud o prevención primaria.
- **Biología humana:** Se refiere a la herencia genética que no suele ser modificable actualmente con la tecnología médica disponible.
- **Sistema sanitario:** Es la que quizás menos influya en la salud y, sin embargo, es el que más recursos económicos recibe para cuidar la salud de la población, al menos en los países desarrollados.
- **Medio ambiente:** Se refiere a cualquier contaminación producida en el aire, suelo o agua que afecta a la salud de los individuos, tanto si la contaminación es biológica, física, química o la llamada contaminación sociocultural y psicosocial, en la que se incluye la dependencia, violencia, estrés, competitividad, etc.

Es por lo anterior, que se ha tomado como referente para el presente estudio el estado de salud de la población entendido como: el comportamiento de la calidad de vida, de las formas de enfermar y morir de la población atendiendo al resultado de la interacción de las determinantes sociales de la salud (De la Llera, 2001). Pero se tendrán en cuenta los determinantes estilo de vida, sistema sanitario y medio ambiente, no se tratará el de biología humana por ser de menor interés para este estudio.

### **Epígrafe I.2: La relación entre salud-enfermedad como proceso social**

En el análisis de la salud social se debe partir de reconocer el proceso salud-enfermedad, pues este permite ver a la salud no sólo como ausencia de enfermedad sino también como proceso social. Dicho proceso está condicionado por la interacción que resulta del hombre como ser biosocial y el ambiente en que vive (Fleitas, 2006).

La salud-enfermedad es el equivalente a la vida del ser humano en todos sus aspectos, siendo un proceso continuo, que debería dar un sujeto bien integrado en su estructura física

como en su fisiología y funciones sociológicas. Este proceso adapta y mantiene en equilibrio al individuo con el medio físico y social (Fleitas, 2006).

Por tanto, el proceso salud-enfermedad es el conjunto de sucesos interrelacionados de adaptación física, mental y social del individuo o del grupo social y su ambiente, que ocurre en forma bidireccional y constante y que da como resultado la afectación positiva o negativa a la calidad y al tiempo de vida. Aunque enfermedad es lo opuesto a salud, se trata de un proceso en el que se pasa de un estado a otro y viceversa, inclusive coincidiendo, malestar en el cuerpo con funcionalidad (Gutiérrez, 2006).

Es por ello que las acciones para mantener la salud o recuperarla pueden considerarse como parte de dicho proceso. Las mismas competen a la sociedad debido a que dependen de recursos institucionales y comunitarios, dirigidos al mantenimiento de una adecuada calidad de vida (Gutiérrez, 2006). Desde la percepción de la población el proceso salud-enfermedad es observado por la medicina, a través de indicadores denominados tasas, que se comparan según espacio, tiempo y persona, y se modifican de acuerdo a la respuesta social organizada, a veces primariamente por acciones de salud y en otras como efecto de medidas de bienestar colectivo como son la urbanización, la educación, etc (Fleitas, 2006).

Sin embargo, la situación de salud de una sociedad refleja las condiciones sociales generales de una población. La salud depende de satisfacer las necesidades de alimentación, trabajo, habitación, educación, control del medio ambiente, abastecimiento y distribución de alimentos y agua, etc (Fleitas, 2006).

Es por ello, que para influir favorablemente en el proceso salud-enfermedad, la sociedad organiza instituciones que brinden servicios para mejorar y atender a la salud, los cuales se proporcionarán de acuerdo a los modelos para la salud que percibe esa sociedad. Estas instituciones no son sólo las de atención a la salud, sino también económicas, educativas, productivas, legales, etc (Gutiérrez, 2006).

Lo anterior da origen entonces al concepto de la respuesta social organizada. Influyendo notablemente sobre los indicadores de salud de la población y el sistema de Salud Pública, con la organización y el desarrollo de los servicios preventivo-asistenciales y el apoyo de otras instituciones sociales (Fleitas, 2006).

### **Epígrafe I.3: Consideraciones sobre la intersectorialidad**

La noción de intersectorialidad surge hace más de 30 años, a partir de trabajos realizados por autores como Mc. Keown, Cochrane e Illich. Se muestra como un intento de incrementar las ganancias en salud, a partir de las intervenciones, desde actuaciones formalmente coordinadas del sector sanitario con otros sectores. Pero la opinión generalizada es que no existe correspondencia plena entre el discurso y la acción, lo cual, por otra parte, es necesario demostrar (Castell-Florit, 2004).

En el mundo de hoy se plantean determinadas políticas de salud social que incluyen como factor esencial la promoción de salud, para la cual resulta necesaria la intersectorialidad.

Ejemplo de ello son las estrategias trazadas en la Carta de Ottawa (Organización Mundial de la Salud, 1986), que plantean la formulación de políticas públicas saludables, creación de ambientes propicios, fortalecimiento de la acción comunitaria y el desarrollo de actitudes personales. Los prerequisites para la salud descritos en esta carta son: la paz, el vestido, la educación, la comida, la vivienda, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.

Para dar respuesta a estas estrategias, no se debe ver a la salud como un sector individual sino como la acción de todas las instituciones que puedan estar en alguna medida relacionadas con el logro de un cambio en lo individual, lo comunitario y lo institucional.

En la actualidad se presentan nuevos paradigmas intersectoriales entre los que se encuentran: “más vale prevenir que tener que curar”, más teorizado que llevado a la práctica, pero en función de las políticas de salud (Castell-Florit, 2002).

Otro paradigma es el de la salud concebida como bienestar y vista como un reto para reducir inequidades, expresado en el propósito de “salud para todos”. La idea del trabajo intersectorial con una connotación mundial tomó auge en dicha estrategia a finales de los años 70, donde aparece como llamada intuitiva y global, y desde entonces ha sido masivamente aceptada como meta de las intervenciones de Salud Pública en diversos lugares del mundo. Este paradigma enfatiza en el fortalecimiento de la prevención, los servicios comunitarios, las políticas públicas y la ayuda a la población a partir de la participación social (Castell-Florit, 2002).

Ambas visiones conducen a pensar que la intersectorialidad permite encontrar mejoras en el bienestar social como una vía más segura y menos costosa, además, fomenta la elaboración de estrategias donde se requiera de la participación de todos los sectores de la sociedad (Castell-Florit, 2002).

La intersectorialidad propone nuevos enfoques como el de la gerencia de salud. Aquí ocupa un lugar esencial el liderazgo que debe asumir el sector de la salud, el papel coordinador a través de gerentes capaces, la aprobación de políticas que realmente respalden la integración entre las partes para lograr una mejor calidad de vida. La comprensión de la labor que debe llevar a cabo cada parte, debe comenzar en el propio sector de la salud. Es muy importante el trabajo en equipos y la capacidad de hacer uso de la inteligencia colectiva (Castell-Florit, 2002).

Este enfoque define que la intersectorialidad implica movilizar recursos humanos y materiales en función del bienestar, teniendo en cuenta la salud como un problema que atañe a todos para lograr un trabajo realmente integral (Castell-Florit, 2002).

Otro de los enfoques es el de la gerencia social, al cual se recurre, fundamentalmente, ante la presencia de programas muy amplios donde intervienen varias entidades, ministerios, gobiernos locales, ONG, entre otros. Este proyecto se caracteriza por un choque entre participantes y limitaciones para liderar el programa. El enfoque viene como ayuda de la intersectorialidad, teniendo más beneficios que limitaciones, ya que la comunidad se identifica con este y aumenta la eficiencia. La gerencia social tiene como beneficios la participación y se apoya de valores, de creencias y cultura de sus participantes (Castell-Florit, 2002).

La intersectorialidad, como se ha dicho anteriormente, juega un papel fundamental, ya que desde un solo sector es imposible enfrentarse con la problemática del alcohol, las adicciones, el sida en los jóvenes, la soledad de los mayores, entre otras.

### **Epígrafe I.3.1: La intersectorialidad en Cuba**

La Salud Pública cubana desde el período revolucionario se ha caracterizado por una preocupación constante hacia todo el pueblo, atendiendo no sólo los aspectos curativos,

sino también los promocionales y preventivos, lo que trae como resultado que las tareas de este ministerio no se limiten a ser desarrolladas por este propio sector (Castell-Florit, 2004).

Respecto a esto es muy conocida la intervención del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz cuando señaló:

*"(...) cómo el campo de la medicina se une con el campo de la economía, con el campo de la agricultura y con el campo de la industria; cómo la medicina preventiva se vincula con la técnica agrícola de producción, cómo el índice de las enfermedades se reduce parejamente no sólo al número de médicos, sino a la cantidad de proteínas, de minerales y de vitaminas que cada ciudadano ingiera diariamente y de las condiciones en que se produzcan; y cómo la reducción de las enfermedades va paralela a la elevación de las condiciones de higiene de las ciudades, del número de acueductos, del número de viviendas decorosas, del número de medios con que se cuenta para rodear a cada ser humano de las mejores condiciones materiales de vida; cómo marcha paralela la medicina preventiva con la educación general, con la cultura general, con la enseñanza en todos los niveles; cómo, incluso, esa medicina preventiva es tarea no sólo de los médicos, no sólo del Ministerio de Salud Pública, cómo es tarea también del Ministerio de Educación, cómo es tarea de las organizaciones de masas, cómo hay que preparar a los niños, cómo hay que enseñarlos, cómo hay que educarlos, qué hábitos hay que crearles, qué desarrollo hay que promover, qué conocimientos de higiene hay que inculcarles, cómo hay que enseñarlos, incluso, a alimentarse (...)" (Castro,2000).*

Como bien se expresa en esta frase, el logro de la salud no depende solamente del trabajo del propio sector, sobre todo en Cuba, que el sistema de salud no sólo se ocupa de sanar los enfermos. Es por ello, que siempre se ha enfatizado en el trabajo intersectorial para el logro de tales objetivos.

Ejemplo de lo anterior se aprecia dentro de los principios rectores del Ministerio de Salud Pública que plantean el carácter estatal y social de la medicina, la accesibilidad y gratuidad de los servicios, la aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica, la participación de la comunidad e intersectorialidad, la colaboración internacional y la

centralización normativa y descentralización ejecutiva (Ministerio de Salud Pública, 2010). Sin los mencionados principios resultaría imposible dar cumplimiento a las funciones de dicha institución.

Entre las funciones se encuentran:

- Ejercer el control y la vigilancia epidemiológica de las enfermedades y sus factores de riesgo.
- Normar las condiciones higiénicas y el saneamiento del medio ambiente en aquellos aspectos que puedan resultar agresivos a la salud humana y controlar su cumplimiento a través de la inspección sanitaria estatal.
- Regular el ejercicio de la medicina y de las actividades que le son afines. Ejercer la evaluación, el registro, la regulación y el control de los medicamentos de producción nacional y de importación, equipos médicos y material gastable y otros de uso médico.

Dentro de las funciones específicas se localizan:

- Planificar y ejecutar las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud humana.
- Organizar los servicios de atención médica preventiva y curativa para toda la población.
- Organizar los servicios de salud como parte de la asistencia social destinada a ancianos, impedidos físicos y mentales, y otros tributarios de otro tipo de atención (Ministerio de Salud Pública, 2010).

Además, es importante mencionar al Ministerio de Educación que se encarga a través de sus funciones de contribuir a la salud de la población. Entre estas se encuentran:

- Establecer y controlar los planes nacionales para el desarrollo de la educación en todos sus niveles de enseñanza, de la formación y superación del personal pedagógico en lo que le compete; establecer los objetivos, tipos, y especialidades de

los centros docentes y otras instituciones educacionales que correspondan a los distintos subsistemas de educación.

- Establecer, asesorar, y controlar la aplicación de las disposiciones legales y metodológicas que rigen el proceso docente educativo de los niveles y tipos de educación que dirige.
- Diseñar, orientar y controlar el cumplimiento de los planes dirigidos a lograr la educación de la familia cubana y mantenerla informada sobre los aspectos más importantes de la educación y desarrollo de sus hijos (Ministerio de Educación, 2001).

Igualmente, otra de las instituciones que tributan con su quehacer a las mejoras de la salud social es el Ministerio de Cultura, a través del desarrollo del arte, las manifestaciones y la creación artísticas, programas culturales, eventos culturales del Ministerio de Cultura de Cuba y el sistema de instituciones culturales (Ministerio de Cultura, 2011).

Como ya se ha visto, al analizar la intersectorialidad no puede hablarse de teorías, sino de diversas ideas e instituciones que apuestan por la importancia de lograr la unión de las instituciones en función de objetivos comunes. Por tal motivo, para llegar a un consenso al realizar este estudio sobre el término intersectorialidad, se parte del concepto ofrecido por la OMS (1997) que plantea: la intersectorialidad es la relación reconocida entre parte o partes de distintos sectores de la sociedad que se ha establecido para emprender acciones en un tema con el fin de lograr resultados de salud o resultados intermedios de salud, de manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario. Este concepto resulta de gran utilidad porque se refiere específicamente al trabajo entre diversas instituciones dirigido al logro de un adecuado estado de salud de la población.

#### **Epígrafe I.4: Estilos de vida**

Aunque el interés por el estudio de los estilos de vida saludables ha tenido su punto más álgido en la década de los 80 del siglo pasado, el concepto de estilo de vida no constituye un ámbito de estudio nuevo. Por el contrario, desde hace ya mucho tiempo este concepto ha sido un tema de estudio abordado por disciplinas como la sociología y el psicoanálisis y

desde hace ya relativamente menos por la antropología, la medicina y la psicología de la salud (Gómez et al, 2005).

En general, desde todas estas orientaciones se entiende el estilo de vida como: la forma de vida de las personas o de los grupos (Pastor, 1999). A pesar de llegar a este rasgo general y acertado, cada disciplina ha tratado de profundizar en el tema ofreciendo sus visiones particulares.

Tal es el caso del enfoque sociológico, considerando que las variables sociales eran los principales determinantes de la adopción y del mantenimiento de un estilo de vida determinado, mientras que desde el psicoanálisis los determinantes se desplazaron desde la sociedad al individuo y a su personalidad. En estas visiones se ve una parcialización de criterios, pues los factores que influyen en el estilo de vida, se expresan por cada disciplina a partir de su propio objeto. Sin embargo, son tan determinantes en los estilos de vida saludables los factores sociales como la subjetividad individual (Gómez et al, 2005).

También, a mediados del siglo XX, la antropología abordó el estudio de los estilos de vida desde un enfoque cultural y la medicina desde un enfoque biologicista, defendiendo que las personas tienen estilos de vida sanos o insanos por su propia voluntad, recayendo por lo tanto la responsabilidad sobre las personas y no sobre las instituciones (Gómez et al, 2005).

Aun de acuerdo en la influencia que ejerce la cultura en tal sentido, no se puede asumir que depende solamente de la voluntad del individuo el estilo de vida a seguir, pues como se ha mencionado antes, esta actitud está permeada por disímiles elementos.

Un criterio que ilustra una visión acertada sobre estilos de vida es la definición ofrecida en la 31 sesión del comité regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Europa, lo describía como:

*"una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales"* (Gómez et al, 2005).

Desde los modelos psicosociales se puede definir el estilo de vida saludable como: un conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud. Por patrones conductuales se entienden formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que se pueden entender como hábito cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones. Estos hábitos se aprenden a lo largo del proceso de socialización del individuo y una vez adquiridos son difíciles de modificar (Gómez et al, 2005). En esta idea es preciso añadir que el estilo de vida saludable no sólo responde a patrones o hábitos adquiridos, también se relacionan con la posibilidad de mantenerlos o llevarlos a cabo.

En todas las ideas anteriores se han encontrado elementos vinculados con los estilos de vida, pero se ha seleccionado como referente el criterio de las Ciencias Médicas, ya que estas últimas han sistematizado ampliamente en el estudio de este tema, con un recorrido mayor que la propia Sociología.

El término comienzan a estudiarlo en la segunda mitad del siglo xx, a partir del redimensionamiento del concepto de salud y a su vez constituye una de las determinantes de la salud establecidas por Lalonde como se señala anteriormente. Se entiende como: modo de vivir individual, es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivación del ser humano, por tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares (De la Llera, 2001). En él se puede distinguir cómo se integran en una misma reflexión, los rasgos que se han visto dispersos en varias definiciones.

## Capítulo II: Definiciones metodológicas

### Epígrafe II.1: Fundamentación de la metodología seleccionada y las técnicas empleadas

Como se ha referido en la introducción, la metodología utilizada en este estudio es la cualitativa ya que es abierta y no excluye la recolección y el análisis de datos y puntos de vista distintos, resultando valiosas todas las perspectivas. Además, es naturalista centrándose en una lógica interna de la realidad que analiza. No impone visiones previas, es necesario que el investigador se aparte de sus propias creencias y predisposiciones. También es inductiva, su ruta metodológica se relaciona más con el descubrimiento y el hallazgo que con la comprobación o la verificación. Otro elemento importante es su carácter naturalista, pues se busca acceder por distintas vías a lo privado o lo personal como experiencias particulares, captado desde las percepciones y actuaciones de quien las protagoniza (Sandoval, 1996).

#### Epígrafe II.1.1: Técnicas utilizadas

Luego de haber definido la metodología que se emplea, se precisan las técnicas aplicadas:

**Observación participante:** tuvo lugar con la participación en las actividades del grupo como un miembro más, tratando de establecerse buenas relaciones personales con la comunidad, para no interferir, y no perder la objetividad. La observación ha permitido observar "desde adentro" es decir, observar participando en las actividades de la circunscripción como un miembro más de ella (Sandoval, 1996). La misma, como principal técnica de recogida de datos en la metodología cualitativa, ha posibilitado interactuar con los grupos sociales. Su objetivo fue recoger datos, de modo sistemático, a través de un contacto directo en contextos y situaciones específicas (Álvarez, 1997). Se aplicó en la comunidad, participando en el Taller de Trabajo Comunitario Integrado, efectuado por las personas de la circunscripción, para conocer las acciones de intersectoriales con relación al estado de salud de la población que allí se realizan.

**Entrevista:** fue utilizada como forma que adopta la encuesta, estableciéndose una comunicación verbal con el entrevistado. Su uso constituyó un medio para el conocimiento cualitativo de los fenómenos por lo que fue decisiva una buena comunicación, incluso de

empatía, con los entrevistados. En el desarrollo de la entrevista se tomaron en cuenta aspectos vinculados a la relación con el entrevistado, la formulación de las preguntas, la recogida y registro de las respuestas y al cierre del contacto establecido (Sandoval, 1996).

Específicamente, se utilizó la **entrevista en profundidad**, que se caracterizó por ser flexible, dinámica y no directiva ni estructurada. Su objetivo fue conocer cualquier perspectiva que tuvieran los informantes con relación a cualquier tema objeto de investigación, expresándolo con sus propias palabras. Por tanto, se analizó la temática de investigación a través de la experiencia subjetiva de los individuos y de sus particulares formas de representación (Álvarez, 1997).

Estas fueron aplicadas a líderes formales de la circunscripción como: médico y enfermera del área de salud, delegado de la circunscripción, representantes de Salud, Cultura y Educación del Consejo Popular, presidente del Consejo Popular, profesores y directivos de la escuela de la comunidad y promotores culturales. El objetivo de la misma fue conocer las acciones intersectoriales con relación al estado de salud poblacional, de cada una de las instituciones estudiadas.

Además, se utilizó la **entrevista focalizada** que admitió prever una serie de temas que fueron tratados antes de la entrevista. Esta guía aseguró que se cubrieran los temas más relevantes. Se decidió la secuencia y el estilo de las preguntas en el curso de la entrevista (Álvarez, 1997). La misma se realizó a adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores de la circunscripción. A través de esta técnica se pudo conocer el conocimiento que tiene la comunidad sobre el estado de salud y su modo de actuación en tal sentido.

**Grupo focal:** permitió realizar una entrevista semi-estructurada que fue enriqueciéndose en la medida que se avanzó en el proceso investigativo. Esta técnica tuvo un carácter colectivo, centrándose en un número reducido de tópicos. Se eligieron 8 sujetos que presentaron particularidades relevantes (Sandoval, 1996). La técnica se aplicó a los niños de la escuela que residen en la circunscripción, quienes expresaron su conocimiento sobre el tema y las acciones que realizan en concordancia, además de criterios sobre el estado del medio ambiente de su comunidad.

**Estudios documentales:** facilitó el estudio de materiales escritos y oficiales, portadores de datos de interés (Álvarez, 1997). El uso de documentos fue importante durante la

exploración para obtener una información inicial sobre la situación de la circunscripción. En etapas más avanzadas de la investigación los documentos resultaron una fuente básica, incluso única, de información sobre el objeto estudiado (Sandoval, 1996).

Se utilizaron documentos de diferentes instituciones como Programa Nacional del Médico y Enfermera de la Familia, Programa Director de Promoción y Educación para la Salud en el Sistema Nacional de Educación, Diagnóstico de la Situación de Salud de la circunscripción, Plan de trabajo de la promotora cultural, Diagnóstico y Caracterización de la circunscripción, Caracterización del Consejo Popular, además de la bibliografía sobre el tema. Dichos documentos permitieron llegar a la situación de salud de la circunscripción, los problemas que esta última presenta, así como a los objetivos intersectoriales de salud en cada institución estudiada.

**Consulta a expertos:** permitió conocer sobre el tema a partir de la opinión de especialistas (Álvarez, 1997). Entre estos el presidente del Consejo Popular, asesor municipal de Trabajo Comunitario Integrado, delegado de la circunscripción, jefa del Programa Municipal del Adulto Mayor y director del policlínico Pablo Agüero Guedes, al que pertenece el consultorio que atiende a esta circunscripción. La consulta a estas personas propició mayor claridad sobre temas como el Trabajo Comunitario Integrado y estrategias municipales de salud.

Se realizó una **triangulación**<sup>2</sup> de los diferentes métodos y técnicas utilizadas, con el fin de validar los datos obtenidos. De esta forma, se recogieron y analizaron los datos desde distintos ángulos para contrastarlos e interpretarlos (Sandoval, 1996). Asimismo, se conocieron las actividades intersectoriales con relación al estado de salud de la circunscripción, su verdadera importancia y el nivel de respuesta a las especificidades y necesidades de dicha circunscripción.

---

<sup>2</sup> La triangulación es una de las técnicas más características de la metodología cualitativa. Se aplican diferentes métodos e instrumentos a un mismo tema de estudio a fin de validar los datos obtenidos. Una variante es la aplicación del mismo método en distintas ocasiones. Se contemplan teorías alternativas para interpretar los datos recogidos o aclarar aspectos que se presentan de forma contradictoria. Examina la estabilidad de los resultados del tiempo. Informa sobre los elementos nuevos que aparecen a través del tiempo y cuáles son constantes.

## **Epígrafe II.2: Diseño metodológico de la investigación**

### **Problema:**

¿Qué características tiene la relación entre el estado de salud de la población y la intersectorialidad entre las instituciones de Salud, Educación y Cultura de la circunscripción # 12 del Consejo Popular Van Troi del municipio de Caibarién?

### **Objetivo general:**

Caracterizar la relación entre el estado de salud de la población y la intersectorialidad entre las instituciones de Salud, Educación y Cultura de la circunscripción # 12 del Consejo Popular Van Troi del municipio de Caibarién.

### **Objetivos específicos:**

1. Analizar los referentes teóricos y metodológicos vinculados a la intersectorialidad con relación al estado de salud de la población.
2. Identificar las acciones intersectoriales entre las instituciones de Salud, Educación y Cultura de la circunscripción con relación al estado de salud de la población.
3. Describir la relación entre el estado de salud de la población y la intersectorialidad.

### **Preguntas científicas:**

A través de la investigación se ha dado respuesta a las siguientes interrogantes científicas:

1. ¿Qué referentes teóricos y metodológicos sustentan la vinculación de la intersectorialidad con el estado de salud de la población?
2. ¿Cómo identificar las acciones intersectoriales entre las instituciones de Salud Cultura y Educación de la circunscripción con relación al estado de salud de la población?
3. ¿Cómo describir la relación entre el estado de salud de la población y la intersectorialidad?

## **Conceptualización:**

**Intersectorialidad:** relación reconocida entre parte o partes de distintos sectores de la sociedad que se ha establecido para emprender acciones en un tema con el fin de lograr resultados de salud o resultados intermedios de salud, de manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario (Organización Mundial de la Salud, 1997).

**Ministerio de Salud Pública (MINSAP):** organismo rector del Sistema Nacional de Salud, encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de la política del Estado y del gobierno en cuanto a la Salud Pública, el desarrollo de las Ciencias Médicas y la industria médico-farmacéutica (Ministerio de Salud Pública, 2010).

**Ministerio de Cultura (MINCULT):** órgano de la administración central del Estado de la República de Cuba encargado de dirigir, orientar, controlar y ejecutar en el ámbito de su competencia la aplicación de la política cultural del Estado y el Gobierno cubano (Ministerio de Cultura, 2011).

**Ministerio de Educación (MINED):** institución encargada de organizar y dirigir el sistema educativo de la República de Cuba (Ministerio de Educación, 2001).

**Estado de salud de la población:** comportamiento de la calidad de vida, de las formas de enfermar y morir de la población atendiendo al resultado de la interacción de las determinantes sociales de la salud, entendiéndose los estilo de vida, sistema sanitario, medio ambiente y biología humana (De la Llera, 2001). Estas determinantes son utilizadas en el presente estudio con excepción de la determinante biología humana por resultar de menor interés en este caso.

**Estilo de vida:** modo de vivir individual, es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivación del ser humano, por tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares (De la Llera Suarez, 2001), en función de su salud social. Es el que más influye en la salud y el más modificable mediante actividades de promoción de salud y prevención primaria (Álvarez et al, 2007).

**Medio Ambiente:** sistema de elementos abióticos, bióticos y socioeconómicos con el que interactúa el hombre, a la vez que se adapta al mismo, lo transforma y lo utiliza para satisfacer sus necesidades (Ley de Medio Ambiente, 1997).

**Servicios médicos:** este tipo de servicios a nivel internacional es reconocido como organización médica, sanitaria o civil que presta asistencia a personas, enfermos o no, que la necesitan. En Cuba los servicios médicos permiten a las personas el acceso a servicios de salud de elevada calidad. Brinda atención a todo el que lo necesite. Los profesionales que prestan estos servicios, se caracterizan por un trato humano a cada paciente y sus familiares, el respeto y la ética en su práctica cotidiana. Los servicios médicos en Cuba también extienden su cooperación a personas de otras latitudes (Servicios Médicos Cubanos, 2009).

## Operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicadores
Estado de salud de la población	Estilos de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabaquismo</li> <li>• Alcoholismo</li> <li>• Consumo indebido de medicamentos</li> <li>• Hábitos alimentarios</li> <li>• Hábitos higiénicos</li> </ul>
	Medio ambiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposición de residuales líquidos y sólidos</li> <li>• Calidad del agua</li> <li>• Recogida de basura</li> <li>• Vectores</li> <li>• Condiciones higiénicas y estructurales de las viviendas</li> </ul>
	Servicios médicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso a los servicios</li> <li>• Disposición de los servicios</li> </ul>
Intersectorialidad	MINSAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones dirigidas a la protección del medio ambiente y al logro de estilos de vida saludables:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Charlas educativas</li> <li>- Propaganda escrita y gráfica</li> </ul> </li> <li>• Acciones de los servicios</li> </ul>

		<p>médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programas dirigidos a la salud familiar.</li> </ul>
	MINED	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones dirigidas a la protección del medio ambiente y al logro de estilos de vida saludables:</li> <li>- Conversatorios con estudiantes y familiares.</li> <li>- Tratamiento curricular y extracurricular de temas de salud.</li> </ul>
	MINCULT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones dirigidas a la protección del medio ambiente y al logro de estilos de vida saludables:</li> <li>- Propaganda escrita y gráfica.</li> <li>- Debates comunitarios y programas artísticos.</li> </ul>

### **Epígrafe II.3: Selección de la muestra**

La selección de la muestra fue de suma importancia porque en la mayoría de los casos se pudo obtener la información requerida con un ahorro sustancial de recursos humanos, económicos y de tiempo, sin que ello implicara un alejamiento de la realidad que se deseaba conocer.

La población seleccionada fue la circunscripción # 12 del Consejo Popular Van Troi del municipio de Caibarién que tiene un total de 710 personas, tomándose como muestra 156 aproximadamente que representan el 22% del total. De la misma forma, se escogieron 83 personas que constituyen el 53%, entre las que se tiene en cuenta una representación de los grupos etarios de dicha población, considerando las etapas del proceso de desarrollo vital (Vázquez) que son: la infancia, adolescencia, juventud, adultez y adulto mayor debido a que todos se encuentran implicados en el logro de la salud social.

Por esa causa, se buscaron 8 niños pero sólo de 7 a 14 años que representan el 9%, dado que tienen un mayor nivel de comprensión, 17 adolescentes de 15 a 19 años que representan el 20 %, 16 jóvenes de 20 a 29 años que representan el 19% (Morales), 22 adultos de 30 a 59 años que representan el 26% y 20 adultos mayores, de 60 años en adelante que representan el 24% (Hernández, 2005). Aplicándose a estos grupos la entrevista focalizada semi-estructurada.

Del mismo modo, se seleccionó una pequeña muestra de 13 personas que constituyen el 8%, a la cual se aplicó la entrevista en profundidad semi-estructurada. Para ello, se escogieron al director de la escuela, promotora de salud y 2 profesores, presidente del Consejo Popular, delegado de la circunscripción, representante de Salud, Cultura y Educación del Consejo Popular, médico y enfermera del consultorio médico de la familia y promotores culturales.

También, fueron tenidas en cuenta un total de 60 personas que representan el 38% de la muestra y que participaron en el Taller Comunitario Integrado.

La muestra fue seleccionada de manera intencional debido a que en la investigación los informantes se eligieron por cumplir ciertos requisitos que no cumplen otros miembros del grupo, en este caso fue preciso conocer el criterio de todos los grupos etarios, así como de los representantes de las instituciones objeto de estudio y los factores de la comunidad que conocen el quehacer de la misma.

## **Capítulo III: Análisis de los resultados**

### **Epígrafe III.1: Caracterización socio-espacial de la circunscripción # 12 del Consejo Popular Van Troi**

La circunscripción # 12 del Consejo Popular 3, se encuentra ubicada en la zona urbana del municipio de Caibarién perteneciente a la provincia de Villa Clara. Está enmarcada en el reparto Van Troi (anexo # 1), creado en el seno de la Revolución, pero la circunscripción surge en 1986 a partir de la ampliación de dicho reparto a causa del azote de un devastador ciclón en el año 1985, por lo que fue preciso construir nuevas viviendas para los damnificados en este lugar y lejos del mar. A pesar de encontrarse con cierto grado de deterioro en la actualidad, contaba con buenas condiciones.

Posee como viviendas, apartamentos situados en 9 edificios de 4 y 5 plantas (anexo # 6), contando con un total de 190 viviendas. Tiene una población de 710 habitantes aproximadamente, contando con 348 mujeres que representan el 49% y 362 hombres que representan el 51%. Cuenta con diferentes instituciones como son: el consultorio médico de la familia, escuela primaria, además existe un quiosco de venta de productos en divisas, un Joven Club de Computación y un mercado de productos normados y de venta libre. La circunscripción tiene una promotora cultural y una trabajadora social, además del delegado y los dirigentes de las organizaciones políticas y de masas de la misma.

Teniendo en cuenta las determinantes de salud ofrecidas por Lalonde ya referidas en el marco teórico, se ha podido conocer que respecto a los estilos de vida las condiciones higiénicas de la mayoría de las viviendas son adecuadas. En muy pocas existe hacinamiento.

Respecto al medio ambiente resulta necesario señalar que el agua que se consume, según planificación municipal, su disposición es en días alternos, por lo que se precisa de una cisterna para almacenarla. Esta última no recibe tratamiento ni se limpia con frecuencia. De aquí se bombea a los tanques colectivos de los edificios que carecen de hermeticidad y limpieza. Luego en el hogar se almacena en recipientes que generalmente carecen de tapas. Además, la población consume agua sin hervir con excepción de los lactantes.

De manera general, los problemas diagnosticados por el equipo de salud son:

- Dificultades con la disposición de los residuales líquidos.
- Afectación por filtraciones de las viviendas, peligros de accidentes.
- Dificultades estructurales en el consultorio médico.
- Elevada prevalencia de enfermedades neoplásicas.
- Mala calidad del agua de consumo.
- Dificultad con la disposición de residuales sólidos.
- Dificultades con la recogida de basura.
- Áreas verdes sucias, en ocasiones enyerbadas, con desechos y con animales de cría pastando dentro del reparto.
- Elevado índice de vectores.
- Incremento de factores de riesgo tales como: tabaquismo, alcoholismo y malos hábitos alimentarios.
- Elevada incidencia de Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas Agudas, aumento en la incidencia de Hipertensión Arterial.
- Incremento de perros callejeros dentro de la zona.

Las principales fuentes de empleo de la circunscripción son: el turismo, la construcción y educación.

## **Epígrafe III.2: Acciones intersectoriales con relación al estado de salud de la población.**

### **Epígrafe III.2.1: Análisis de la Situación de Salud de la circunscripción # 12 contenida en el consultorio médico de la familia.**

Para identificar las acciones intersectoriales de salud dirigidas a la circunscripción fue preciso primeramente conocer la situación de salud de la circunscripción objeto de este estudio, a través del documento oficial del consultorio médico 32-3 perteneciente al policlínico # 2 Pablo Agüero Guedes de Caibarién.

Este contiene el Análisis de la Situación de Salud del área que comprende dicha circunscripción. El documento es actualizado por la doctora y enfermera del consultorio médico.

En él se conoció la distribución de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, se han seleccionado sólo las generadas por causas sociales respondiendo al objetivo del estudio (anexo 7, tabla # 1). Entre ellas las Neoplasias, Cardiopatías, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Enfermedades Cerebro Vasculares, Insuficiencia Renal Crónica e Hipercolesterolemia.

A través de las cifras obtenidas se demuestra que las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor incidencia son: Hipercolesterolemia, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Cardiopatías y las Neoplasias.

También, se accedió a la distribución de enfermedades transmisibles de la población (anexo 7, tabla # 2), estas son: las Infecciones Respiratorias Agudas, Enfermedades Diarreicas Agudas, Hepatitis y Leptospirosis.

De ellas, las que afectan a la población son las Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas Agudas.

Igualmente, se obtuvo la distribución de la población dispensarizada (anexo 7, tabla # 3). Está establecida en cuatro grupos fundamentales. El grupo I representa personas supuestamente sanas: aquellas que no tienen riesgo, daño a la salud, ni discapacidad y son capaces de enfrentar equilibradamente los problemas de la vida cotidiana con autonomía y

responsabilidad según las etapas del crecimiento y desarrollo. El grupo II a las personas con riesgos: que están expuestas a condiciones que de no ser controladas aumentan la vulnerabilidad a sufrir daños a la salud individual o familiar, disminuyendo la capacidad de enfrentar equilibradamente los problemas de la vida cotidiana. El grupo III se refiere a las personas enfermas: con diagnóstico de enfermedad no transmisible o transmisible. El grupo IV a personas con discapacidades o minusvalía: aquellas diagnosticadas con discapacidad. Al grupo III pertenecen mayor cantidad de personas.

De igual manera, en el documento se ofrece la distribución de la población según los factores de riesgos encontrados (anexo 7, tabla # 4), los mismos son: Accidentes, Riesgo suicida, Riesgo preconcepcional, Uso inadecuado de medicamentos, Infecciones de transmisión sexual, Leptospirosis, Alcoholismo, Hábito de fumar y Tuberculosis.

Los accidentes, el hábito de fumar y el riesgo preconcepcional son los factores de riesgo que presentan mayor número de afectados en la población, debido a la presencia de ancianos que en ocasiones viven solos, así como los niños pues la población vive en edificios multifamiliares que presentan dificultades con las barandas, mal estado de los escalones y poca iluminación en los mismos.

Es importante aclarar que aunque el documento utilizado es oficial y resulta muy útil para la investigación, no se tomaron todos sus elementos debido a que en algunos datos existen contradicciones, otros están incompletos y algunos encabezamientos de las tablas no se corresponden con el contenido de ellas. Esto puede resultar una limitante, es por ello que puede existir en los datos obtenidos un margen de error.

#### **Epígrafe III.2.1.1: Acciones intersectoriales con relación al estado de salud de la población, llevadas a cabo por el consultorio médico de la familia**

Una vez conocida la situación de salud de la circunscripción se hace referencia a las acciones intersectoriales con relación al estado de salud de la población, dirigidas a la misma por parte de los representantes de las instituciones de Salud, Cultura y Educación.

Para llegar a esta información fue necesario aplicar la entrevista en profundidad (anexo # 4) a la doctora del consultorio médico y la enfermera de esta área de salud.

Pero también, se examinó el Programa Nacional del Médico y Enfermera de la Familia, en él se exponen las funciones del consultorio médico de la familia. En el documento se encuentran diseñadas un conjunto de actividades que van dirigidas más allá del trabajo puramente asistencial ante las enfermedades y que tienen como objetivo la prevención de situaciones que puedan deteriorar el estado de salud de la población.

En concordancia con lo anterior, existen objetivos que involucran a otras instituciones, con el propósito de influir de manera intersectorial en el estado de salud poblacional, entre estos se encuentran:

- Promover acciones de salud que contribuyan a mejorar conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población, haciendo énfasis en la participación activa de la comunidad organizada y la intersectorial.
- Realizar acciones integrales de salud en ambientes especiales (escuela, comunidad).
- Fomentar la formación de promotores para realizar actividades de promoción y prevención de salud en los grupos de riesgo de su población.
- Orientar acciones de rehabilitación en la comunidad (hogar, instalaciones de cultura física y deportivas, otras).
- Promover el saneamiento ambiental de su comunidad, así como de las condiciones higiénicas sanitarias en los centros escolares y laborales que se encuentran en su radio de acción.
- Identificar factores higiénicos sanitarios adversos que influyen de forma negativa en la salud de la comunidad y buscar posibles soluciones.
- Desarrollar acciones que permitan alcanzar cambios positivos en la Integración Social del individuo, la familia y la comunidad.
- Establecer relaciones con dirigentes de las organizaciones de masas, políticas, el delegado y la población, para participar en la identificación y solución de sus problemas de salud, así como la evaluación de los resultados del programa.

- Capacitar a los brigadistas sanitarios y a los responsables de salud de los Comités de Defensa de la Revolución (CDR) para elevar sus conocimientos con relación a la salud.
- Brindar información sistemática al delegado de la circunscripción y a los dirigentes de los organismos de masa sobre los problemas de salud del territorio y los logros alcanzados.
- Realizar el Análisis de la Situación de Salud de la comunidad, al menos una vez al año y analizarlo con los factores de la comunidad, para lograr cumplimentar acciones en función de la salud de la población.
- Estimular actividades sociales que tienden a la integración de la familia y la comunidad como:
  - ✓ Círculos de Abuelos
  - ✓ Círculos de Adolescentes
  - ✓ Círculos de Niños
  - ✓ Círculos de Embarazadas
  - ✓ Encuentros Deportivos
  - ✓ Encuentros Culturales
  - ✓ Actividades de Recreación
  - ✓ Otras

Como ya se ha mencionado en el marco teórico el trabajo intersectorialidad, desde el triunfo revolucionario, ha constituido una vía eficaz para prevenir y solucionar innumerables problemas. Según los objetivos intersectoriales del consultorio médico de la familia de la circunscripción se pudo comprobar a partir de la entrevista focalizada (anexo # 3), que en muchas ocasiones no se desarrollan acciones que respondan a los mismos.

Pues el equipo médico de la circunscripción realiza muy pocas actividades en el ámbito preventivo, centrándose principalmente en la asistencia a través de las consultas. Dentro de estas acciones se puede mencionar el Programa de atención a la salud de la mujer y el niño, así como la atención al adulto mayor reflejado en el círculo de abuelos de esta área de salud.

El equipo de salud no realiza acciones integrales de salud en la comunidad, tampoco participa en las que se convocan por parte de otros representantes. No se fomenta la formación de promotores de salud en grupos de riesgo de la circunscripción y tampoco se capacitan a los líderes informales interesados, que trabajan en tal sentido pero que en muchas ocasiones necesitan mayor preparación.

El mencionado equipo de salud no orienta acciones de rehabilitación y tampoco promueve el saneamiento ambiental de su comunidad, esta acción es realizada por algunas personas de dicha comunidad pero no existe implicación por parte del médico y la enfermera.

La doctora y enfermera de la familia tienen identificados los factores higiénicos sanitarios adversos que influyen de forma negativa en la salud de la comunidad. Pero sólo ofrecen soluciones para los problemas que dependen propiamente del sector, es decir, los problemas que requieren de asistencia y recursos de salud.

Para el resto de los problemas, que se conocen a partir del Análisis de la Situación de Salud, anteriormente expuesto, no se ofrecen soluciones pues dependen de la integración del equipo de salud y los dirigentes de las organizaciones políticas y de masas de la circunscripción, así como también de los representantes en esta de las distintas instituciones. Esta interacción no se lleva a cabo por lo que dificulta la búsqueda de soluciones efectivas.

La doctora del área no brinda información sistemática al delegado de la circunscripción y a los dirigentes de los organismos de masas, sobre los problemas de salud del territorio y los logros alcanzados.

Teniendo en cuenta que la doctora y enfermera deben realizar el diagnóstico de la situación de salud con todos los factores del área, es necesario explicar que esta acción corresponde ejecutarse a través del Consejo de Salud de la circunscripción.

El mismo está integrado por los representantes de cultura, salud, prevención, presidente del Consejo Popular, delegado de la circunscripción y representantes de las organizaciones políticas y de masas. Este consejo, que debe reunirse al menos dos veces por año, tiene el objetivo precisamente de determinar entre todos sus integrantes, las dificultades de salud latentes en la circunscripción. Como ya se ha expresado, es dirigido por el equipo de salud del área y va en búsqueda de las posibles soluciones.

Durante la aplicación de la entrevista antes mencionada se pudo detectar que dicho consejo sólo se encuentra concebido en la teoría pues en la práctica no se realiza y muestra de ello es que cada uno de los problemas expuestos en la situación de salud son obtenidos solamente a partir del criterio del médico y la enfermera, sin tener en cuenta el criterio de los factores de la circunscripción que son los que conviven con los problemas de la comunidad y conocen el sentir de la misma por propia experiencia.

Sin embargo, con el funcionamiento del consejo los mencionados integrantes pudieran influir en la solución de los problemas para que no queden en el marco de la detección como está ocurriendo. Pues como se conoce por referencia en el marco teórico la unión entre todos los factores comunitarios permiten emprender acciones con el fin de lograr resultados de salud o resultados intermedios de salud, de manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario y esta herramienta es de uso indispensable.

Lo antes expuesto permite expresar que el consultorio médico de la familia en su desempeño ejerce mayor énfasis en el trabajo asistencial y realiza escasas acciones preventivas, además, no se involucra en las actividades de la circunscripción encaminadas al logro de mejoras en la salud.

Diagnostican los problemas latentes de la comunidad de manera parcial, pero no realizan un trabajo sistemático en la solución de los problemas que están a su alcance y, por otra parte, tampoco gestionan con los líderes formales la solución de los problemas cuyas soluciones no dependen de su acción.

Asimismo, aunque desde el punto de vista teórico deben realizar acciones intersectoriales dirigidas a la salud de la población, en la práctica no las realizan.

### **Epígrafe III.2.1.2: Acciones intersectoriales con relación al estado de salud de la población, concebidas por la escuela primaria de la comunidad**

En la escuela primaria Van Troi, donde estudian los niños de la circunscripción se aplicó la entrevista ya mencionada (anexo # 4), al director, profesores y promotora de salud. Se pudieron conocer los principales problemas de salud que afectan al centro, bien identificados por la promotora de salud. Entre los que más afectan a los profesores se encuentran: Hipertensión, Problemas nerviosos y Asma. Los que más afectan a los alumnos son: Asma, Alergia y Migraña.

También, se accedió al Programa de Promoción y Educación para la Salud que se lleva a cabo en el centro y que tiene el propósito contribuir a fomentar una cultura de salud que se refleje en estilos de vida más sanos tanto en los estudiantes como en los trabajadores del sector educacional (Cueto et al, 1999).

Dentro de sus objetivos se encuentran:

- Fortalecer el tratamiento de los objetivos de salud a través de los contenidos de los programas de enseñanza.
- Contribuir a la formación de valores, al desarrollo de conocimientos, habilidades, hábitos y conductas saludables en los estudiantes para que sean capaces de asumir una actitud responsable ante la salud personal y colectiva.
- Estimular el perfeccionamiento continuo del personal docente en ejercicio y en formación en materia de salud escolar.
- Desarrollar trabajos e investigaciones científicas que contribuyan al enriquecimiento teórico, práctico y metodológico del trabajo de la promoción y educación para la salud en el ámbito escolar.

Los principales ejes temáticos tratados por el programa son:

- Higiene personal y colectiva.
- Educación sexual.

- Educación nutricional e higiene de los alimentos.
- Educación antitabáquica, antialcohólica y antidroga.
- Prevención de accidentes y educación vial.
- Medicina tradicional y natural.

Estas temáticas se refieren al fomento de hábitos en los niños como lavarse y secarse las manos antes y después de ingerir alimentos y en todas las ocasiones que resulte necesario, bañarse diariamente solos y de manera correcta, practicar la higiene bucodental después de las comidas y antes de dormir sin previa orientación de los adultos. Igualmente, que se manifieste, en la actuación diaria del niño, el amor en las relaciones interpersonales y la estabilidad familiar.

Se enfatiza en que conozcan las causas del embarazo precoz y las vías para evitarlo, correctos hábitos alimentarios y que adopten un rol de género que los identifique. Se destaca la importancia de ingerir con frecuencia frutas, legumbres y verduras para evitar los efectos de la mal nutrición. También, la necesidad de que los niños conozcan algunas plantas medicinales y se identifiquen con ellas para evitar en un futuro el uso excesivo de fármacos. Que dominen las normas elementales de educación vial, perciban el riesgo y se protejan de posibles accidentes, ya que muchos niños van y regresan solos de la escuela. Además, que comprendan las consecuencias negativas que tienen el mal hábito de fumar y el uso excesivo del alcohol.

La garantía que permite instrumentar las temáticas antes mencionadas, es la vía curricular a partir de la vinculación de los temas de salud con los diferentes contenidos impartidos y la extracurricular haciendo uso de los círculos de interés.

Pero en la escuela no sólo se trabaja en tal sentido con los estudiantes sino que se establece una adecuada relación con los padres para propiciar mejores relaciones entre ambas instituciones, ya que constituyen un fuerte soporte en los procesos educativos y de socialización del hijo-estudiante. Es por ello que se imparten clases de educación familiar con el objetivo de (Brito, 2001):

- Contribuir a la preparación psicopedagógica y ambiental de la familia para que pueda educar, con una mayor eficacia, a sus hijos.
- Sensibilizar a los familiares con el trabajo que se realiza en la escuela, ofreciéndoles campos concretos en la actividad.
- Propiciar la reflexión sobre las situaciones que se ven en la familia, creando un ambiente de amistad.

Estas clases se efectúan de manera colectiva con todos los padres de la escuela, son dirigidas por el director y realizadas una vez al mes. Entre los temas más abordados se encuentra la salud escolar.

Según lo antes expuesto se indica que en la escuela de la comunidad no sólo se enfatiza en la enseñanza de los diferentes contenidos académicos sino que se utilizan los mismos como vía para contribuir tanto a la salud de los estudiantes como de la comunidad.

**Epígrafe III.2.1.3: Acciones intersectoriales con relación al estado de salud de la población, llevadas a cabo por la representación del sector de la cultura en la circunscripción.**

En la circunscripción se cuenta con la presencia de la promotora cultural como representante del sector de la cultura, a quien se aplicó la entrevista anteriormente referida (anexo # 4). Precisamente la comunidad es el escenario de trabajo del promotor cultural.

En la comunidad debe desarrollar una labor de extensión cultural hacia la colectividad, estimulando, desarrollando y promoviendo acciones de apreciación en todas las manifestaciones artísticas y talleres de creación en su espontaneidad; utilizando los proyectos que correspondan de manera total o parcial a las tradiciones y necesidades sentidas de la comunidad.

La misión de este promotor es rescatar las tradiciones culturales de nuestro pueblo y mejorar la calidad de vida de la población a través de las diferentes acciones que desarrollan para el gusto e interés de la misma. Los promotores culturales promueven la participación de la comunidad en actividades que contribuyan al empleo del tiempo libre de manera sana.

El mismo tiene varias funciones:

- A escala social, tiene como eje central contribuir al desarrollo de la identidad cultural, como vías de interrelación entre las personas y los miembros de los diferentes grupos y comunidades.
- Promueve la cultura y el arte en la comunidad, para lo cual organiza diversas acciones promocionales del talento artístico, presentación de exposiciones y talleres.
- Potencia los valores culturales existentes en la comunidad.
- Estimula la participación de los creadores, artistas, intelectuales que residen en la comunidad y en los proyectos socioculturales que se desarrollan.
- Coordina los esfuerzos de todos los actores sociales, creadores e intelectuales de la comunidad a favor del desarrollo cultural.
- Selecciona activistas dentro de la propia comunidad que apoyen y multipliquen el trabajo de promoción del arte y la cultura a partir del vínculo con técnicos, instructores y artistas.
- Trabaja con la escuela en función del desarrollo cultural de la comunidad, promueve el talento de aficionados de la comunidad y divulga la programación de las instituciones culturales en las comunidades.
- Participa activa y sistemáticamente en las sesiones de los Consejos Populares, Comisiones y otros para coordinar, precisar, evaluar el apoyo de otras organizaciones, organismos e instituciones y desarrolla el intercambio cultural entre las diferentes comunidades de su Consejo Popular.

Como se expone en los objetivos de trabajo del promotor cultural, en la circunscripción se desarrollan diferentes actividades culturales que se encuentran reflejadas en los planes de trabajo mensuales de la promotora y son controlados por la Dirección Municipal de Cultura. Estas son utilizadas por la promotora que atiende nuestra circunscripción con el fin de contribuir a la salud de la población.

Pues toda actividad cultural que promueva el promotor cultural contribuye a enriquecer el acervo cultural y la calidad de vida de los comunitarios. Mejora espiritualmente al hombre en la medida en que sea capaz de disfrutar y recrearse con todas las manifestaciones del arte y con la amplia gama de actividades culturales.

Dentro de ellas desarrolla el Programa del Adulto Mayor que va dirigido a los abuelos, que son usuarios del Servicio de Atención a la Familia (SAF). En este marco la promotora cultural motiva a los adultos mayores con la lectura oportuna de algún escrito.

Pero también, orienta e insiste en el cuidado de la higiene personal que deben tener los abuelos para evitar las Infecciones Respiratorias Agudas. Estas en la circunscripción constituyen uno de los principales problemas de salud determinados por el equipo de salud del área y afecta fundamentalmente a los adultos mayores.

Además, se encuentra creado el círculo de abuelos “Alegría de Vivir”. En él un representante del Instituto Nacional de Deporte y Recreación (INDER), especialista en cultura física, orienta diferentes ejercicios físicos que contribuyen a la salud tanto física como mental de los adultos mayores, constituyendo un espacio de socialización para ellos que en ocasiones viven solos.

En este espacio también se implica la promotora cultural con orientaciones acerca de las propiedades medicinales de las plantas. Esta actividad tiene el objetivo de educar a los abuelos en el uso de vías más saludables para sanar malestares de salud que puedan prescindir del uso excesivo de medicamentos. Igualmente, este constituye uno de los factores de riesgo de la población en la circunscripción.

Otra de las actividades que se realizan es “Por una vida más sana”. La misma va dirigida a la prevención de diferentes males sociales dígase prostitución, delincuencia o alcoholismo. Esta actividad se realiza, fundamentalmente, para los grupos vulnerables focalizados en la comunidad. Es importante aclarar que en ella participan otros individuos. De esta manera se extiende la prevención a toda la comunidad y también se evita que los grupos vulnerables puedan perjudicarse de participar por sentirse diferentes o inferiores al resto de las personas.

Los niños también son tenidos en cuenta en el trabajo de promoción cultural. El programa “Juega conmigo”, es una de las iniciativas de la promotora dirigidas a ellos. A través de la

misma se rescatan los juegos tradicionales como herramientas para el uso instructivo. Dentro de las temáticas dirigidas a la salud social se destacan la higiene personal y social y el cuidado del entorno escolar y residencial.

Enfocado a los adolescentes tiene lugar el programa “Por tu salud”. Este tiene como objetivo realizar charlas educativas sobre temas tan importantes como la sexualidad responsable, sobre todo en este grupo que es considerado por las Ciencias Médicas el más vulnerable en tal sentido. Para esta actividad se utilizan láminas que ilustran las distintas enfermedades de transmisión sexual y la promotora se auxilia de promotores de educación para la salud.

Otros temas tratados son la tuberculosis y el alcoholismo, también se utiliza el apoyo de especialistas sobre estos temas. Dichas acciones se realizan, fundamentalmente, en la escuela secundaria donde estudian los niños de la circunscripción y en el preuniversitario cercano a la misma.

Además, en el reparto tiene lugar el taller “Manantial de creadoras”. El mismo se realiza en la iglesia católica ubicada en dicha comunidad y tiene como objetivo el rescate de las tradiciones. Es dirigido por un grupo de señoras entre adultas y adultas mayores, según la clasificación ofrecida por Hernández Castellón (2005) antes referido en la selección de la muestra, además, es apoyado por la promotora cultural.

En este taller se confeccionan diferentes objetos útiles y decorativos para el hogar a través de la costura y el bordado. Entre ellos, paños de cocina, animalitos y fruticas para adornar los refrigeradores y hoyas eléctricas, adornos navideños y juguetes para los niños más necesitados. El mismo tributa al entretenimiento de sus integrantes y que se sienten útiles, pues enseñan a los jóvenes este arte manual e incluyen en el proyecto a personas con problemas mentales y alcohólicas con el objetivo de transmitirles sus motivaciones, sentido de vivir y ayudar en su recuperación.

Como se ha podido apreciar la promotora cultural de la circunscripción, como representante del sector de la cultura, realiza actividades culturales que tienen el objetivo de influir positivamente en el estado de salud de la población, desde el trabajo intersectorial.

#### **Epígrafe III.2.1.4: Potencialidades de la circunscripción con relación al estado de salud poblacional**

El Trabajo Comunitario Integrado es una de las potencialidades con que cuenta hoy la circunscripción. Como su nombre lo indica se refiere a todas las acciones encaminadas a lograr el bienestar de la comunidad, a partir de la integración efectiva de la población y los factores que la dirigen. Este trabajo debe ser respaldado por el gobierno local y las instituciones radicadas en el municipio (Asamblea Nacional del Poder Popular, 2004).

Uno de los elementos más importantes para llevar a cabo el TCI lo constituye la capacitación del personal encargado de este trabajo. La misma resulta un aspecto esencial para lograr un avance en este sentido. Por otra parte, también resulta vital que se realice en el Consejo Popular el intercambio de experiencias y se controle el trabajo (Asamblea Nacional del Poder Popular, 2004).

En la circunscripción # 12 existen acciones reflejo de lo anterior que han podido conocerse a partir de la aplicación de la observación participante (anexo # 2), el Taller de Trabajo Comunitario Integrado, que tuvo lugar en el reparto Van Troi. Este taller tuvo dos momentos fundamentales, el primero un taller práctico y el segundo un taller teórico.

El taller tuvo como objetivo ofrecer un espacio donde pudiera conocerse por el resto de la comunidad las iniciativas de las trabajadoras y promotoras en el beneficio de la comunidad, así como transmitir al resto de la comunidad estas experiencias.

El taller práctico contó con la participación activa de la comunidad, donde adultos y adultos mayores del taller “Manantial de creadoras” expusieron su arte. Además, se presentaron círculos de interés sobre la protección del medio ambiente de la comunidad.

En la actividad los niños del reparto cantaron y recitaron. La banda de la escuela Van Troi participó activamente y se reconoció públicamente el trabajo de las madres destacadas en el trabajo comunitario.

Esta actividad práctica contó con la participación de muchos padres, demás vecinos, trabajadores sociales, instructores de arte, delegados de circunscripciones, profesores de la escuela, presidente del Consejo Popular y algunos representantes de las diferentes

instituciones en el consejo. En el mismo prevalecía el sexo femenino, predominando los niños y adultos mayores.

El taller teórico fue dirigido a fortalecer la preparación de los delegados de las distintas circunscripciones en temas como la tuberculosis y los modos de evitar el contagio, las infecciones de transmisión sexual y el medio ambiente.

También, se generaron debates sobre el trabajo comunitario y la importancia que tiene la unión de todos los dirigentes en tal sentido. En este participaron los delegados, presidente del Consejo Popular, trabajadora de higiene del municipio y el médico especializado en el tema de la tuberculosis, asesor municipal de TCI, entre otras personas.

El taller logró una amplia vinculación entre los vecinos y líderes formales, esto se debe al hecho de que permitió que las personas buscaran sus propias vías y formas de organizar y desarrollar la labor comunitaria. Además, las personas mostraron gran satisfacción con la actividad. La misma es el resultado del trabajo intersectorial que se desarrolla en la comunidad y que tributa a un mejor estado de salud de la población.

Pero todavía debe trabajarse más para lograr mayor participación, teniendo en cuenta que existen personas socialmente vulnerables a partir de sus individualidades y situaciones personales, para lo que se precisa de una mayor atención con estos grupos por parte de los dirigentes de base y activistas.

Por otra parte, el consultorio médico de la familia como institución de base de Salud Pública no se implica en este tipo de actividades que benefician la salud de la población. En tal sentido se requiere del apoyo y contribución del equipo de salud para lograr mejores resultados.

Es importante también hacer referencia a otra de las potencialidades existentes en la circunscripción dirigida a los niños, conocidas a partir de la aplicación de la entrevista focalizada (anexo # 3) y grupo focal (anexo # 5). La misma es llevada a cabo por una líder informal que logra gran implicación de los niños en actividades a favor del medio ambiente.

La líder informal fomenta en los niños el amor a la naturaleza y el sentido de la responsabilidad que deben tener con ella, pero también hace énfasis en crear hábitos para el cuidado de su higiene personal y colectiva.

Con este fin, los niños realizan siembra de plantas y convocan al vecindario en la recogida de basura, además, se selecciona la materia prima para la entrega a la dirección de los CDR municipal. Estas actividades también se llevan a cabo en el marco de la celebración de fechas importantes en el país.

Pero los niños también se reúnen para hacer sus propias actividades culturales y recreativas. Además, se logra la implicación de los padres en tales actividades, quienes contribuyen en la educación y recreación sana de sus hijos.

A pesar del logro de esta gran iniciativa, la líder informal reconoce que no cuenta con la preparación suficiente para dar pasos más sólidos en la educación de los niños. La misma sólo recibe apoyo por parte de la promotora cultural en la realización de las actividades.

Como se ha podido conocer a pesar de las contradicciones que se presentan en el trabajo intersectorial dirigido al estado de salud de la población, la circunscripción ofrece señales positivas en tal sentido.

### **Epígrafe III.3: Relación entre el estado de salud de la población y la intersectorialidad**

#### **Epígrafe III.3.1: Resultados de las entrevistas en profundidad y focalizada.**

Para la aplicación de estas técnicas se escogió como muestra a diferentes líderes de la circunscripción como el delegado, presidentes de CDR, trabajadora social, médico y enfermera del consultorio médico de la familia, promotora cultural, director de la escuela, profesores, promotora de salud de la escuela y presidente del Consejo Popular. Además, una representación de los diferentes grupos etarios de la circunscripción establecidos en nuestro capítulo metodológico.

Las preguntas realizadas estuvieron dirigidas a los siguientes temas:

- Conocimiento sobre los conceptos de educación sanitaria y cultura sanitaria.

- Presencia de estos conceptos en el accionar de los vecinos de la circunscripción.
- Valoración de las condiciones higiénico-sanitarias de la circunscripción.
- Responsables.
- Acciones que realiza el equipo de salud de la comunidad en función de la educación para la salud.
- Otras instituciones que actúan en tal sentido.
- Temas tratados en tales acciones
- Criterios generales.

Sobre los conceptos de cultura sanitaria y educación sanitaria, la población refiere elementos similares como: hábitos de higiene en el hogar, modo de comportamiento, higiene personal, limpieza de la circunscripción e higiene del ambiente. Son relacionados también con la prevención.

Estos criterios permiten comprender que la población no tiene un conocimiento general en lo referente a la salud social, se desconocen innumerables elementos que la condicionan. Los vecinos de la circunscripción están expuestos a factores que no son capaces de asociar con su estado de salud.

Según el criterio de los entrevistados los vecinos de la circunscripción no tienen educación o cultura sanitaria. En su accionar diario afectan el medio ambiente arrojando desperdicios por las ventanas y contaminando con estos las áreas verdes, ya que en los árboles crean micro-vertederos.

A partir de la opinión de los entrevistados las condiciones higiénico-sanitarias de la circunscripción son desfavorables por lo antes expresado.

Considerándose como responsables a la población según el resultado de la entrevista en profundidad. En tal sentido, las instituciones no tienen conciencia de su responsabilidad, ni de lo clave que resulta su actuar para revertir la actitud de la población. Teniendo en cuenta la entrevista focalizada los responsables son tanto las instituciones como la población.

Según el criterio de la población y del propio equipo de salud de la circunscripción este último realiza muy pocas acciones encaminadas a fomentar la educación para la salud de la población.

La escuela del reparto y la promotora cultural que atiende la circunscripción, como representantes de las instituciones de educación y cultura, respectivamente, realizan acciones encaminadas al fomento de la educación para la salud. Pero como se observa, todavía estas acciones resultan insuficientes y puede que se requieran nuevas vías de instrumentarlas.

Dentro de los principales temas tratados se encuentran la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, enfermedades emergentes, en este caso la tuberculosis. También, la protección del medio ambiente y los hábitos de higiene personal. Dejándose a un lado otros temas necesarios para obtener una salud social.

La población plantea que los Comités de Defensa de la Revolución (CDR) y la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) son instituciones claves que deberían actuar en función de la salud con acciones concretas.

Además, plantean que la comunidad es la máxima responsable de que la circunscripción presente desfavorables condiciones medio-ambientales.

Como se expresa en epígrafes anteriores muchas son las acciones que desde la representación del sector de la cultura y educación se realizan con el objetivo de propiciar un mejor estado de salud en la circunscripción. Pero puede considerarse que ante los resultados recogidos por las entrevistas anteriormente explicadas, estas acciones resultan insuficientes para las demandas reales de la población, pues todavía no se ha logrado una cultura sanitaria en la misma.

A pesar del cumplimiento de los objetivos de trabajo encaminados a la acción intersectorial con vistas a la salud, los representantes de la comunidad no han alcanzado total sentido de pertenencia y reconocido la importancia que tienen debido a su rol social, ya que no se sienten responsabilidad directa con el actuar incorrecto de la comunidad.

Incluso el trabajo comunitario dirigido a la educación sanitaria de la población requiere mayor preparación de todo el personal implicado en tal sentido para poder ejercer una influencia positiva en la población, ya que se ha comprobado en el proceso de indagación del concepto de estado de salud que dichas personas al igual que la población, ofrecen criterios poco acertados.

En muchos casos los vecinos de la circunscripción no tienen un criterio sólidamente construido sobre el estado de salud poblacional, producto de que las actividades que se realizan promueven criterios desacertados debido a que quienes las orientan y encaminan no se encuentran preparados en el tema y tienen también una concepción poco acabada.

Lo antes expresado trae como consecuencias que no se enfatice en las temáticas que verdaderamente necesita la población o no se utilicen iniciativas que logren educar a la misma. Por otra parte, es imprescindible mencionar la necesidad de un mayor énfasis del equipo de salud de la circunscripción en la prevención de las enfermedades, atendiendo al hecho de que la población no posee suficientes conocimientos en este sentido y carece de una visión integradora sobre la salud.

A pesar de que este equipo médico resulta una fuente de sabiduría para la población, debido a su conocimiento sobre el tema en cuestión, no actúan consecuentemente en aras de alcanzar mejoras de salud en la circunscripción.

El mismo no se relaciona con los representantes de otras instituciones para apoyar las acciones que estos realizan y tampoco aprovechan los marcos que los mismos propician para desarrollar sus propias iniciativas. Dichos representantes no logran implicar al equipo de salud, lo que conduce a la idea de que cada institución se siente responsable por su propio trabajo, pasando a un segundo plano lo que resulta verdaderamente necesario para la población, que es la unión entre todas.

Resulta también importante que los dirigentes de la comunidad vinculen con el equipo de salud y viceversa para realizar un trabajo integrado en la detección de los problemas de la comunidad, para que no sean localizados de manera parcial como está ocurriendo y, además, se viabilicen las soluciones.

Es preciso que el equipo de salud de la circunscripción, por el propio papel que tiene dentro de la sociedad, sea el primero en cumplir con su trabajo como educador para la salud y de esta manera contribuir al fortalecimiento del accionar del resto de las instituciones que son objeto de esta investigación, así como de los factores de la comunidad.

Se requiere de mayor exigencia y control por parte de las autoridades de salud con el papel preventivo a desarrollarse por el médico y enfermera de la familia, con el objetivo de que se creen iniciativas eficaces por el equipo de salud dirigidas a las mejoras del estado de salud de la población.

También, resulta imprescindible destacar las potencialidades que posee la circunscripción, que pueden servir de ejemplo a seguir por las instituciones como vías de acercamiento a la comunidad. En una circunscripción con fuentes de empleo como el turismo que genera comportamientos enajenantes, es necesario una mayor creatividad, no sólo de las instituciones que se analizan en el presente estudio, sino también de las organizaciones políticas y de masa para alcanzar un mejor estado de salud para toda la sociedad.

### **Epígrafe III.3.2: Análisis de las dimensiones abordadas**

En el presente epígrafe se observan las principales regularidades encontradas, como resultado de la triangulación de diferentes técnicas, tomándose como referente cada una de las dimensiones utilizadas.

#### **Dimensión.**

#### **Estilos de vida.**

En la circunscripción # 12 del reparto Van Troi del municipio de Caibarién, la población consume indebidamente medicamentos y existen adicciones al tabaco y al alcohol. Además, la población tiene malos hábitos alimentarios e higiénicos. Todo lo anterior es resultado de acciones poco eficaces de las instituciones de Cultura y Educación de la circunscripción, igualmente, de la escasa labor preventiva del equipo de salud de la comunidad que énfasis fundamentalmente en la asistencia.

### **Medio ambiente.**

Las condiciones higiénico-sanitarias de la circunscripción son malas pues como se expresa en el Análisis de la Situación de Salud, existen problemas con la disposición de residuales líquidos y sólidos, mala calidad del agua de consumo y dificultad con la recogida de basura lo que propicia la presencia de vectores. Las viviendas presentan problemas de filtraciones . Esto se debe a que las instituciones implicadas no logran integrarse en aras revertir estos problemas. Las viviendas poseen una higiene adecuada.

### **Servicios médicos.**

La circunscripción tiene acceso a los servicios médicos pues en la misma se encuentra ubicado el consultorio médico de la familia para ofrecer atención primaria de salud. Estos servicios se encuentran dispuestos para toda la comunidad, pero se dirigen en mayor medida a la asistencia como se ha expresado anteriormente.

### **Institución de salud.**

El equipo de salud realiza diferentes acciones encaminadas a la protección del medio ambiente y al logro de estilos de vidas saludables, a través de charlas educativas con determinados grupos de la familia como los adultos mayores; apoyándose en propagandas gráficas y escritas. Además desarrollan diversos programas de educación familiar como el de atención a la mujer y al niño. Pero estas acciones a pesar de ser escasas son realizadas por el sector sin establecer una la integración con otros.

### **Institución de cultura.**

La promotora cultural como representante del sector de la cultura en la circunscripción, realiza actividades culturales enfocadas a los diferentes grupos etarios de la población y grupos vulnerables, en las que se generan debates comunitarios. Dentro de los principales temas tratados se encuentran: las enfermedades de transmisión sexual, el alcoholismo, hábitos de higiene personal y la tuberculosis. También se apoya de propaganda gráfica y escrita para educar a la población en la protección de enfermedades emergentes. Pero según los resultados del estado de salud de la población estas acciones no están resultando totalmente efectivas.

## **Institución de educación.**

La escuela Van Troi como representante del sector educacional en la circunscripción, realiza acciones de salud social a través de sus planes de enseñanza con el objetivo de educar a los niños y lleva a cabo otras actividades extracurriculares como círculos de interés. Además, educa a los padres a través de las Clases de padres. Los principales temas tratados por la institución son la higiene personal y colectiva, educación sexual, educación nutricional e higiene de los alimentos, educación antitabáquica, antialcohólica y antidroga, prevención de accidentes y educación vial y medicina tradicional y natural. Al igual que en el caso de la institución de cultura las acciones no influyen de manera verdaderamente efectiva en el estado de salud de la población.

Como se declara anteriormente, las acciones de las dos últimas instituciones mencionadas, a pesar de cumplir con el trabajo intersectorial deben reorientarse para lograr mejores resultados de salud.

Partiendo de los criterios antes expuestos se puede comprender la importancia que representa el estudio de la intersectorialidad con relación al estado de salud poblacional, pues el análisis de las instituciones demuestra que todavía existen obstáculos que entorpecen el trabajo y deben ser superados. Los mismos son reflejo de las contradicciones rol-función que se observan aún en el trabajo de las instituciones y actores socializadores de la comunidad, por tanto generan conflictos sociales que atentan contra la salud social.

Como ya se ha analizado en el marco teórico, la intersectorialidad propone las vías para el trabajo encaminado al estado de salud de la población y en la práctica se ha demostrado; pero aún las instituciones no logran instrumentarla de manera verdaderamente eficaz. Por lo que seguirá constituyendo un reto para las Ciencias Sociales y en especial para la Sociología continuar investigando este atractivo tema.

## Conclusiones

Como resultado de la investigación se ha arribado a las siguientes conclusiones:

- Los diferentes autores consultados para esta investigación fundamentan la importancia de la intersectorialidad en el logro de un adecuado estado de salud de la población, demostrándose que resulta imposible enfrentarlo separado de la acción social. Las corrientes de pensamiento analizadas y la bibliografía en general sustentan la importancia del enfoque social del estado de salud poblacional.
- A partir de la aplicación de los diferentes métodos y técnicas que permitieron una información más objetiva fueron descritas las acciones intersectoriales con relación al estado de salud de la población, precisándose entre ellas la necesidad de establecer y consolidar nuevas estrategias debiéndose romper con las percepciones menos coherentes, verticalistas y parcelarias.
- La intersectorialidad entre las instituciones de Salud, Cultura y Educación con relación al estado de salud de la población, que se desarrolla a partir de una terminología de la cultura económica y se ha tratado en los Lineamientos Económicos y Sociales, plasmados en el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba; no cumple con los indicadores de eficiencia, eficacia y ejecutividad.

## Recomendaciones

- Realizar por parte del equipo de salud del consultorio médico de la familia 32-3 un mejor Análisis de la Situación de Salud de esta área, con el objetivo de que la información contenida en el documento oficial sea fiel.
- Lograr mayor participación del equipo de equipo de salud de la circunscripción, como representantes del sector de la salud, en las acciones intersectoriales.
- Fortalecer el trabajo preventivo en el consultorio médico de la familia 32-3 para lograr mejores resultados de salud.
- Lograr mayor integración por parte de las instituciones en las acciones encaminadas al estado de salud poblacional.
- Fortalecer la capacitación de los líderes formales de la circunscripción y del Consejo Popular en general, para que estos puedan ejercer una influencia positiva en los líderes formales de la comunidad.
- Lograr una mejor utilización de los talleres de Trabajo Comunitario Integrado.
- Continuar el estudio de esta temática y tomar esta investigación como referente.
- Utilizar el presente estudio como material de consulta para impartir la docencia de la carrera de Sociología, específicamente, Sociología de la Salud.

## Referencias Bibliográficas

Aldereguía Henríques, J., (1990) *Problemas de higiene social y organización de la salud pública*. La Habana, Editorial Científico-Técnica.

Aldereguía Henríques, J., (1995) "La medicina social y la salud pública ante los desafíos del siglo XXI" en *Revista Cubana de Salud Pública*. La Habana, Universidad de La Habana.

Alonso Freyre, J. et al., (2004) *El Autodesarrollo Comunitario: Crítica a las mediaciones sociales recurrentes para la emancipación humana*. Santa Clara, Editorial Feijóo.

Álvarez Valdivia, I., (1997) *Investigación Cualitativa Diseños Humanísticos Interpretativos*. Santa Clara, Universidad Central de Las Villas.

Brito Perea, T., (2001) *Escuela de Educación Familiar Para la Vida*. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.

Castell-Florit Serrate, P., (2002) *Intersectorialidad y Sistemas de Salud. La Experiencia Cubana*. La Habana, Cuba. ENSAP.

Castro Ruz, F., (2000) *La salud pública y el desarrollo de la medicina*. Ciudad de La Habana, Editora Política.

Cueto, A. et al., (1999) *Programa Director de Promoción y Educación para la Salud en el Sistema Nacional de Educación*. La Habana.

De la Llera Suarez, E., (2001) "Modos y estilos de vida" en Álvarez Sintés, R. (comp.), *Temas de Medicina General Integral*. La Habana, Encimed.

Durkheim, E., (1965) *El suicidio*. Buenos Aires.

Durkheim, E., (1972) *Las Reglas del Método Sociológico*. La Habana, Editorial Ciencias Sociales.

Engels, F., (1974) *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. La Habana, Editorial Ciencias Sociales.

Fleitas Ruiz, R. (comp.), (2006) *Sociología y Políticas de Salud. Selección de lecturas*. La Habana, Editorial Félix Varela.

García Ávila, Iván., (2007) “La salud social y los retos de la intersectorialidad en los proyectos de la medicina comunitaria” en *Memorias del VIII Taller Internacional. Comunidades: Historia y Desarrollo. Foro Mundial Familia, Desarrollo Humano y Diversidad*.

García, J.C., (1972) *La educación médica en América Latina*.OMS/OPS.

García, J.C., (2008) “Las ciencias sociales en medicina” en *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol.34, No.4.

Granda, E., (2004) “¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?” en *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol.30, No. 2.

Gutiérrez Oramas, A., (2010) *Estudio de las estrategias de salud desde una visión integradora en la circunscripción 54 del Consejo Popular Sakenaf*. Tesis de diploma. Santa Clara, Universidad Central de las Villas.

Hernández Castellón, R., (2005) *El envejecimiento de la población. Su importancia. Su alcance*. Universidad de La Habana, Centro de Estudios demográficos.

Ibarra Martín, F., (2001) *Metodología de la Investigación Social*. La Habana, Editorial Félix Varela.

*Metodología de la Investigación Social*. Universidad Central de Las Villas, Facultad de Ciencias Sociales y Humanísticas.

Ministerio de Justicia., (2008) *Ley de Medio Ambiente de 1997*. Gaceta Oficial de la República de Cuba.

Ministerio de Salud Pública., (1982) *Teoría y administración de salud*. Texto básico. La Habana.

Moragas, R., (2006) "Concepciones de salud" en Fleitas Ruiz, R. (comp.), *Sociología y Políticas de Salud. Selección de lecturas*. La Habana, Editorial Félix Varela.

Morales Chuco, E., "Infancia, adolescencia y jóvenes. Algunas problemáticas de su desarrollo" en Vázquez Penelas, A. (comp.), *Las edades y su significado sociológico. Selección de lecturas sobre Sociología de los Grupos de Edades*.

Organización Mundial de la Salud, (1986) *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*.

Pastor, Y., (1999) *Un estudio de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia media*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.

República de Cuba Asamblea Nacional del Poder Popular., (2004). *Correo del Diputado*. La Habana, Ediciones Poder Popular.

Ritzer, G., (2006) *Teoría sociológica contemporánea*. La Habana, Editorial Félix Varela.

Rojas Ochoa, F., (2004) "El componente social de la salud pública en el siglo XXI" en *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol.30, No.3.

Rojo Pérez, N y R. García González, (2002) "Sociología y salud. Reflexiones para la acción" en *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 26, No. 2.

Sandoval Casilimas, C., (1996) *Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social. Investigación Cualitativa*. Bogotá, ICFES.

Valdés, R., (2004) *Diccionario del Pensamiento Martiano*. Editorial Ciencias Sociales. La Habana.

Vázquez Penelas, A., (comp.) *Las edades y su significado sociológico. Selección de lecturas sobre Sociología de los Grupos de Edades*.

## Documentos citados de Internet

Álvarez Pérez, A. et al., (2007) “Pautas conceptuales y metodológicas de los niveles de salud en Cuba” en *Revista Cubana de Salud Pública* [online], Vol.33, No.2 [accesado el 6 de enero de 2011]

Castell- Florit Serrate, P., (2004) “Intersectorialidad: discurso y realidad” en *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* [online], Vol.42, No.1 [accesado el 27 marzo de 2009]

“Diccionario Ilustrado de Términos Médicos” disponible en: <http://www.iqb.es/diccio/s/se.htm> [accesado en enero de 2011]

Gómez Puerto, J. et al., (2005) “Estilos y calidad de vida” en *Revista digital de Buenos Aires* No. 90 disponible en: <http://www.efdeportes.com/> [accesado en enero de 2011]

“Ministerio de Cultura de la República de Cuba”., (2011) [First- Search], disponible en: <http://First-Search.com>. 2011. First-Search: min.cult.cu [accesado el 6 de enero de 2011]

“Ministerio de Educación”., (2001) [Ecured], disponible en: [http://www.ecured.cu/index.php/Ministerio de Educación](http://www.ecured.cu/index.php/Ministerio%20de%20Educaci%C3%B3n) [accesado el 6 de enero de 2011]

Ministerio de Salud Pública., (2009) “Servicios Médicos Cubanos, ¿Quiénes Somos?” disponible en: <http://www.smcsalud.cu/smc/servlet/wpquienessomos> [accesado en enero de 2011]

“Ministerio de Salud Pública”., (2010) [Infomed], disponible en: [http:// www.ecured.cu/index.php/MINSAP](http://www.ecured.cu/index.php/MINSAP) [accesado el 6 de enero de 2011]