Universidad de Oriente
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Sociología.

Trabajo de Diploma

EN OPCIÓN AL TÍTULO DE
LICENCIADO EN SOCIOLOGÍA

Factores sociales, percepción de salud y práctica de atención en el Consejo Popular Flores, Santiago de Cuba.

Autor: *Alejandro David Labrada Rosabal*

Tutora: *Dra.C. Margarita Moncada Santos*

Curso: 2014-2015

Pensamiento

"…..Cuidar la salud del pueblo, evitar sus sufrimientos y sanar sus enfermedades es una tarea, principalmente, de orden social y moral; pero también tiene un sentido económico, pues son los hombres y mujeres del pueblo los que crean los valores, y una población trabajadora sana y fuerte es imprescindible para el desarrollo".

Fidel Castro Ruz

Dedicatoria

- *A mi madre Cruz María y a mi padre Ricardito por darme la vida y apoyarme constantemente durante toda la vida.*
- *A mi hermana Karina por sus persistentes molestias y sugerencias y a pesar de los celos te quiero.*
- *A toda mi familia por su constante apoyo.*
- *A todos los que hicieron posible que este sueño se realizara.*

Agradecimientos

- *A mi tutora, la Dra. Margarita Moncada por su dedicación y entrega en todo momento durante este proceso.*

- *A todos los profesores de la carrera por su paciencia para contribuir en mi preparación profesional como personal, en especial Osmany Soler, a Yamilka Robert, Niurbis y a Lederlys.*

- *A mis abuelos Casti y Leo, a mis tíos: Vidal, Luis, Viti, la Chichi, la Lamparita, a mis primos: Reynaldito, Mauren, Olguita., Yesenia. A Aurora y a Osoris por su acogimiento. En fin a esa bella familia que tengo y que estoy muy orgulloso de tenerla por lo especial que es…*

- *A mis amigos de infancia José, Kiki, Reynier, Eduardito, a mi vecino Peláez por su apoyo en todo momento y todos aquellos que supieron mantener la amistad por encima de todo …*

- *A mis amigos Bienvenido y Diango, integrantes del "TRIO DE LA PREOCUPACIÓN" por estar conmigo en las buenas y en las malas durante mi estancia en la Universidad.*

- *A mis compañeros del grupo Aimet, Lilian, Liusmila, Nelsy y aquellos que a pesar de mis locuras me ayudaron para ser hoy quien soy…*

- *A mis amistades de la universidad como los son: Geisy, Lorenzo, Idael, el Chévere, Sergio, Cristian, Gretel, Ruth, Natalí, Gretys, Dafne, Ana María, La Mora y a todos los que supieron aceptarme como uno más dentro de sus vidas…*

- *Y por supuesto a mí…*

A todos muchas gracias…

RESUMEN

El trabajo que presentaremos con el título Factores sociales, percepción de salud y prácticas de atención en el Consejo Popular Flores, Santiago de Cuba, tiene como objetivo Identificar los factores sociales que condicionan la percepción de salud y las prácticas de atención en la población del Reparto Flores del Municipio Santiago de Cuba, para proponer acciones que contribuyan a una mejor identificación de las demandas de los servicios de salud en el nivel primario de atención.

A pesar de lo tratado del tema desde la perspectiva de las ciencias médicas, se observa la carencia del tratamiento al tema desde la perspectiva sociológica, especialmente desde la concepción del espacio social de P. Bourdieu y la dialéctica entre el hábitus y el campus.

Se emplearon métodos del conocimiento científico y métodos empíricos de la investigación sociológica que permitieron confirmar la hipótesis planteada, a partir del empleo de una estrategia de triangulación metodológica que nos permitió corroborar que la acción de determinados factores sociales inciden en la percepción que sobre su estado de salud se forman los individuos y las prácticas de atención que asumen, expresión de un condicionamiento sociocultural que debe ser tenido en cuenta por el sistema de atención primaria de salud.

SUMMARY

The work that we will present with the title social Factors, perception of health and practical of attention in the Council Popular Flowers, Santiago from Cuba, has as objective to identify the social factors that condition the perception of health and the practices of attention in the population of the Allotment Flowers of the Municipality Santiago from Cuba, with a view to proposing actions that contribute to achieve a bigger use of the services of attention of the primary level of the system of health.

In spite of that treated of the topic from the perspective of the medical sciences, the lack is observed from the treatment to the topic from the sociological perspective, especially from the conception of the social space of P. Bourdieu and the dialectical one between the hábitus and the campus.

Methods of the scientific knowledge and empiric methods of the sociological investigation were used that allowed to confirm the outlined hypothesis, starting from the employment of a strategy of methodological triangulation that allowed us to corroborate that the action of certain social factors impacts in the perception that it has more than enough its state of health they are formed the individuals and the practices of attention that assume, expression of a sociocultural conditionament that should be kept in mind by the system of primary attention of health.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁG
Introducción	1
CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES TEÓRICAS PARA EL ESTUDIO DE LA RELACIÓN FACTORES SOCIALES, PERCEPCIÓN DE SALUD Y PRÁCTICAS DE ATENCIÓN.	7
Epígrafe 1.1: Antecedentes en el estudio de los factores sociales en el proceso salud enfermedad.	7
Epígrafe 1.2: Pertinencia de la perspectiva sociológica para el estudio de los factores sociales, percepción de salud y prácticas de atención.	14
Epígrafe 1.3. Percepción de salud y prácticas de atención como expresión de la relación Pobreza - Salud.	25
CAPÍTULO 2: CONSIDERACIONES METODOLOGICAS Y PRINCIPALES RESULTADOS.	38
Epígrafe 2.1: Pautas metodológicas para la investigación.	38
Epígrafe 2.2: Factores asociados a la Percepción de salud y las prácticas de atención en el escenario de estudio.	49
Conclusiones	69
Recomendaciones	72
Bibliografía	
Anexos	

INTRODUCCIÓN

La investigación titulada “Factores sociales, percepción de salud y prácticas de atención en el Consejo Popular Flores, Santiago de Cuba”; se inscribe en el Proyecto Institucional “La atención a la pobreza como modelo de inclusión: perspectivas de integración en comunidades santiagueras”, abordando el tema de los factores sociales que condicionan las percepciones que sobre el proceso salud/enfermedad se forman las personas en la Circunscripción 162 del Consejo Popular Flores y como ellas interactúan con las prácticas de atención que asumen ante los distintos problemas de salud.

El estudio de la relación percepción de salud/prácticas de atención, ha sido principalmente abordada desde las ciencias médicas (salud pública, epidemiología social) y por la antropología médica, primando las características descriptivas de los estudios realizados, los que no siempre han conseguido ubicar el peso específico del contexto social y en especial, la situación de pobreza, en las alternativas de atención y las percepciones de los individuos estudiados.

Las particularidades del sistema de salud cubano, su carácter equitativo y universal, dota al proceso de nuevas y particulares características. La garantía del acceso igualitario a los servicios de salud y el nivel alcanzado por el sistema de atención primaria de salud, son aspectos a ubicar en la base de cualquier análisis, al cual debe incorporarse la mediación que factores sociales de distinta naturaleza ejercen en cómo perciben su salud los individuos y como ello configura la

necesidad que tengan de acceder a los servicios de salud, expresada en las prácticas de atención que asumen.

Para acercarnos a esta problemática nos auxiliaremos de una perspectiva sociológica que toma elementos de la Sociología de la Cultura, tomando del constructivismo estructural de P. Bourdieu, (específicamente en su concepción del hábitos y el campus), las herramientas teóricas de las que nos auxiliamos para explicar la relación entre las categorías en estudio, considerando la comunidad escogida como el espacio social de interacción de distintos factores sociales en el proceso salud/enfermedad y su incidencia en las percepciones y prácticas de atención, entendidas desde el paradigma socio sanitario que desarrolla la Sociología de la Salud. El enfoque relacional resulta la herramienta que integra ambas perspectivas de análisis, al permitirnos comprender que en ese espacio social donde predominan las condiciones de pobreza, interactúan las distintas formas de capital social, expresión de un habitus y un campus que determinan las prácticas de salud la población.

Al deterioro de las condiciones de vida de la población cubana, en especial tras el llamado período especial y la imposibilidad de la anhelada recuperación económica posterior, se conjugaron en la década de los años 90 del pasado siglo al agotamiento del modelo de la medicina familiar, la persistencia en la morbilidad de enfermedades infecciosas y las gastrointestinales, vinculadas directamente a las condiciones higiénico sanitarias de las comunidades, la calidad del agua, la

higiene de los alimentos, las condiciones de la vivienda y la nutrición, cuya superación exige acciones desde otros campos de la política social. (Rodríguez, 2006).

La situación actual del contexto de estudio, expresada en la situación de salud del Consultorio Médico de la Familia No.11, indica que el deterioro de las condiciones de vida de importantes segmentos de población urbana en el Municipio Santiago de Cuba, precariza las condiciones higiénico sanitarias en circunscripciones como la No. 159, 165, 168 y 169 en el Consejo Popular Flores, lo que se convierte en generador de nuestro problema de investigación. El cuadro higiénico sanitario en este contexto de pobreza urbana lo ilustran la prevalencia de las enfermedades respiratorias, los brotes diarreicos, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares, en una población con un nivel escolar promedio de 9no grado y un ingreso económico promedio de 225.00 pesos MN aproximadamente. (Análisis Situación de Salud, 2013)

La comunidad posee una arraigada tradición afrocubana y una fuerte influencia religiosa, representada fundamentalmente por el espiritismo y la santería, con prácticas sociales generalizadas entre las que destacan la ingestión de bebidas alcohólicas, las asociaciones populares de domino, parchís y cartas, la celebración de fiestas callejeras Pum-Pum, las rumbas callejeras y realización de actividades deportivas de carácter popular (pelota, futbol, fisiculturismo).

Las características de comunidades como éstas demandan una atención diferenciada por los eslabones del sistema de salud, en especial la Atención Primaria de Salud, pues las condiciones de vivienda, de empleo, precariedad laboral, contaminación ambiental, calidad del agua, mal tratamiento de los residuales, entre otras variables; matizan los patrones de comportamiento en salud, traducidos en prácticas y estilos inadecuados de vida, en la búsqueda de alternativas de curación y sanación no institucionalizadas, a la automedicación y otras manifestaciones que muchas veces ponen en riesgo la vida de las personas y que propician la aparición de brotes epidémicos de gran repercusión social; lo que reclama de acciones por parte de las instituciones de salud que contribuyan a lograr un mayor uso de los servicios de atención del nivel primario del sistema de salud.

Tomando en cuenta estos elementos, decidimos indagar en los factores que están incidiendo tanto en la percepción de salud, como en las prácticas de atención desarrolladas por la población de esta circunscripción, por lo que definimos **Objetivo de investigación:** Identificar los factores sociales que condicionan la percepción de salud y las prácticas de atención en la población del Reparto Flores del Municipio Santiago de Cuba, para proponer acciones que contribuyan a una mejor identificación de las demandas de los servicios de salud en el nivel primario de atención.

La hipótesis de partida se estructura en base a que las actividades que desarrollan los individuos para satisfacer las prioridades de la vida cotidiana, la creencia religiosa, el nivel escolar y las condiciones de vida, son algunos de los factores sociales que condicionan la percepción de salud y las prácticas de atención de salud en la población estudiada.

Para ello nos propusimos como Tareas científicas:

- Sistematización de los referentes teórico-conceptuales que desde la perspectiva sociológica permiten explicar la relación factores sociales, prácticas de atención y percepción de salud en contextos de pobreza.
- Caracterización del Consejo Popular "Flores" y en especial la Circunscripción 162 como espacio social donde convergen las prácticas de atención y la percepción de salud en contextos de pobreza.
- Aplicar los instrumentos de la investigación sociológica previstos en el estudio de casos.
- Procesar la información recogida y analizar los principales resultados.

La actualidad de la investigación viene dada en la necesidad de profundizar en las contradicciones y problemáticas sociales que se derivan en los contextos de pobreza en nuestras ciudades y su repercusión en el estado de salud de la población.

La novedad deriva del empleo de una perspectiva sociológica integradora desde la interdisciplinariedad entre la Sociología de la cultura y la Sociología de la Salud para el acercamiento a la problemática en contextos de pobreza.

La importancia del estudio para la comunidad radica en que a partir del análisis de las condiciones de la misma, se podrán recomendar acciones dirigidas a que las autoridades o instituciones pertinentes implementen medidas encaminadas a la solución de la problemática allí existente. Al mismo tiempo constituye una actividad de impacto dentro del proyecto del CESCA, ya que con ella se pretende de una forma u otra implementar acciones que contribuyan al desarrollo local de la comunidad, siendo esto uno de los objetivos que persigue dicho proyecto.

El trabajo está estructurado por 2 capítulos, en el primero se abordan los antecedentes históricos y teóricos de la investigación, así como un análisis del fenómeno desde la teoría sociológica. En el segundo se tratan las cuestiones referentes a los aspectos metodológicos de la investigación, la caracterización de la unidad de análisis y los principales argumentos de la relación objeto de estudio. Consta además de bibliografía, notas, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I: CONSIDERACIONES TEÓRICAS PARA EL ESTUDIO DE LA RELACIÓN FACTORES SOCIALES, PERCEPCIÓN DE SALUD Y PRÁCTICAS DE ATENCIÓN.

Epígrafe 1.1: Antecedentes en el estudio de los factores sociales en el proceso salud enfermedad.

El análisis de los factores sociales y su incidencia en diferentes problemáticas y fenómenos, es común en estudios desde disímiles perspectivas, en las que se observa una tendencia a la indefinición conceptual y a un tratamiento indistinto, al considerarlos como elementos, aspectos, condiciones, situaciones o procesos, intervinientes o condicionantes de una realidad concreta.

Para autores como Caballero Rodríguez y Guzmán Miranda (2012), detrás de la palabra factores se ubica no solo la palabra social, sino también otras, que construyen términos compuestos como factores orgánicos, psicológicos, biológicos, políticos, culturales, económicos, que se presentan de una u otra manera en la realidad social.[1]

Los factores sociales, en este sentido, tienen un contenido tan abigarrado que sirven para designar cualquier ámbito y dimensión de la sociedad, incluyendo tanto portadores individuales como colectivos, vinculados tanto a la política, como

a la religión, el trabajo, la comunicación, la educación, el ambiente, la economía, el derecho y por supuesto, la salud o la enfermedad.

Los factores sociales en cualquier realidad condicionan las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación de lo social, como son: las estructuras e instituciones sociales como la familia, la escuela, el estado, la religión, la cultura.

Aquí opera la fórmula dialéctica aportada por C. Marx y F. Engels de que las circunstancias determinan a los hombres en la misma medida que los hombres crean a las circunstancias, solo que para que este esquema metodológico sea comprendido en cuanto a su aplicación a una realidad concreta determinada, se debe entender que la mediación o vertebración entre circunstancias y actores sociales, está dada por esa misma realidad concreta en sí a través de sus factores ponentes. El todo influye en sí a través de sus partes que al integrarse lo constituyen, y es de esa manera, integrada por partes con las especificidades propias de cada una, como el todo influye en sus partes. Esta idea dimensiona la importancia de los factores sociales como partes componentes de cualquier realidad concreta.

La historia de las consideraciones y el estudio de los factores sociales que actúan en el comportamiento de los problemas de salud, indica que esta relación era objeto de interés de distintas ramas científicas, antes de que fuera desarrollada

bajo una perspectiva sociológica, lo que se atestigua en diversas fuentes teóricas, y desde la época antigua.(Moncada M, 2002)

En la Roma Antigua, la consideración de que factores, como las condiciones insalubres de vida de la población, era causante de epidemias en las comunidades, conllevó a que se acometieran acciones en el ámbito social, como la construcción de acueductos, baños públicos, la ordenanza de la limpieza de las calles, la construcción de hospitales, entre otras acciones al más amplio nivel social[2].

Entre las referencias obligadas del tema en la historia moderna, encontramos el interés de la medicina francesa del siglo XVIII por el papel de los factores sociales y ambientales en la salud de la población. La medicina social alemana del siglo XIX, por su parte, discutió sobre la dimensión social y económica de la enfermedad y la muerte. Los médicos franceses del siglo XIX como Villermé y Guérin o británicos como Chadwik, analizaron el impacto de la pobreza en la salud de los trabajadores. R. Virchow, el autor más emblemático de la medicina social alemana, al redactar su informe sobre la epidemia de tifus que afectaba a la población de la Alta Silesia, propone como tratamiento, una reforma social radical, democracia plena e ilimitada, educación, libertad y bienestar.

En el proceso evolutivo del pensamiento científico universal, si bien algunos progresos técnicos alcanzados, llevaron a relegar u olvidar el papel de los factores sociales en el comportamiento de los problemas de salud, sobreponiendo los de

tipo biológicos; el desarrollo de la Medicina y la Epidemiología Social, propiciaron la reconsideración de este aspecto.

Una consideración importante la brinda Thomas Raus (1764) quien considera que prácticas a escala individual como el tabaco y las bebidas alcohólicas, se constituyen en factores de tipo social para la enfermedad. Por su parte J.P.Frank, en su obra "Patología Social" publicada en 1779, enuncia que la pobreza del individuo es el principal factor social en la relación con la enfermedad, ubicando los factores sociales en el nivel microsocial, llegando a plantear que debido a que cada clase social sufre las enfermedades determinadas por su diferente modo de vivir, el rico y el pobre tienen padecimientos peculiares bajo cualquier forma de gobierno.

Son claves las ideas de R. Virchow, cuando en su trabajo "Comunicaciones sobre la epidemia de tifus en Alta Silesia" (1847) identificaba que entre las causas primarias de muchas enfermedades se ubicaban factores sociales como las malas condiciones de vida de los pobres.

El pensamiento teórico sociológico clásico, abonó el camino que permitió la realización de estudios que desde las distintas perspectivas teóricas y metodológicas, conllevaron al florecimiento de una perspectiva sociológica que auxiliada por métodos empíricos de investigación tomados de la Epidemiología Social, demostraba la relación existente en el comportamiento de indicadores de pobreza, estatus sociales, educación, desigualdad social y enfermedad.

En las obras de Marx y Engels los problemas de salud de los trabajadores son rescatados del trato simplemente biológico y natural, permitiendo así considerar los problemas de salud de la clase obrera en forma reivindicativa en los programas de los partidos revolucionarios. Haciendo uso de un amplio material estadístico, describen la situación de la clase obrera, distinguiendo con su mirada crítica, los factores sociales que condicionan la situación de salud existente.

Al plantear el carácter determinante de las relaciones económicas en el desarrollo social, considera la relación de éstas respecto a la salud y sus instituciones, demostrando la relación directa entre el capital y el comportamiento de variables como pobreza y clase social, profesión y tipos de enfermedad, entre otras. En su teoría demuestra la dependencia que a nivel macrosocial tienen la organización social y el sistema de salud.

El concepto de hecho social de E. Durkheim permite la comprensión de los problemas de salud, en su dimensión de problema social en general, demostrando en “El Suicidio”, que los factores sociales tienen influencia decisiva en el comportamiento suicida, el que no debe ser considerado como un acto puramente personal, sino en la imbricación de factores sociales, anomia y suicidio.

Aunque por lo general, a la hora de analizar los aportes de distintos pensadores al cuerpo teórico de la Sociología Médica o de la Salud, se mencione sólo a aquellos que de manera explícita incursionaron plenamente en la reflexión sobre el tema, el

estudio de las distintas posiciones y enfoques, nos revela una amplia gama de argumentos, que nos permiten deducir e interpretar en torno a la forma y el lugar, en que cada uno de ellos ubicarían a los factores sociales actuantes en ellos dentro del sistema social.

Varios momentos se han anotado como propiciadores a la consideración de la acción de los factores sociales en el proceso salud enfermedad desde los marcos de las Ciencias Médicas y Sociales, entre los que se destacan, el desarrollo de la Sociología Médica como sub-disciplina sociológica, la sistematización de Alfred Grotjan de la influencia de los factores sociales en las enfermedades en 1915[3] y la introducción del concepto de rol social en la definición de salud social por Talcot Parsons en 1951.

El recuento planteado hasta aquí nos permite afirmar que se han dado muchas consideraciones en torno al concepto de factores sociales en el proceso salud/enfermedad, pero se observa un acuerdo en cuanto a su referencia como determinados elementos (funcionales o estructurales) que desde un origen social, pueden influir en la ocurrencia de un suceso vinculado a la salud y la enfermedad.

Al respecto A. Giddens, señala:

> "….la salud y la enfermedad a su vez están fuertemente influenciadas por aspectos de la estructura social. Los factores

> sociales no afectan solamente a la esperanza de vida, sino también a las probabilidades que tienen los individuos de contraer determinados tipos de enfermedades y la naturaleza de la asistencia sanitaria que reciben". (Giddens A, 1991: 304)

Por ello compartimos el criterio de M. Moncada (2002) de que factores sociales en salud son todos aquellos elementos, vinculados a la sociedad humana, que independientemente de su naturaleza, sean capaces de incidir en el continum salud/enfermedad, en los distintos niveles de la organización social; desde un elemento que actúa al nivel más individual, como las prácticas personales y familiares, hasta el accionar o condicionamiento del sistema social sobre las instituciones de salud en los distintos niveles, pasando por la influencia de la educación, la religión, la comunicación, el trabajo y las leyes.

Esta autora aporta además una clasificación de factores sociales en dependencia de su origen, atendiendo a que pueden ser: de dependencia sociocultural, o de dependencia de la política social.

Los primeros, tienen un movimiento de adentro hacia fuera, o sea, de lo microsocial a lo macrosocial, y aquí se incluyen tanto a la educación, la alimentación y educación sanitaria de las personas, como al sistema de tradiciones, prácticas y costumbres marcadas por la herencia cultural, familiar y local.

Los elementos que dependen de la política social, son aquellos, que el sentido de su actuación está determinada a la inversa, o sea, de afuera hacia adentro, que dependen de la esencia misma del sistema social, quién determina los objetivos y características de sus instituciones sociales. (Moncada M, 2002)

Atendiendo al objetivo de esta investigación, nuestra mirada se detendrá mayormente en aquellos factores sociales de naturaleza sociocultural que a nivel microsocial inciden en la percepción de salud de las personas objeto de interés, buscando establecer la relación de éstos con las prácticas de atención que ellos asumen ante algún problema de salud.

Epígrafe 1.2: ***Pertinencia de la perspectiva sociológica para el estudio de los factores sociales, percepción de salud y prácticas de atención.***

El acercamiento a la temática de la percepción de salud y las prácticas que los individuos asumen para su atención, no ha estado entre las más favorecidas desde las investigaciones de la sociología médica ni de la salud. Autores como Alves L (2005), Aspiazu M (2002), Borges-Yanez S (2008), Seculi E (2001), que han escogido este camino investigativo, lo han hecho fundamentalmente desde miradas macrosociales, valorando principalmente aquellos factores sociales que derivados de la política social inciden en el comportamiento de esta relación,

siendo evidente la carencia de estudios que profundicen en los factores de naturaleza sociocultural.

Por ello, el Constructivismo Estructural es la perspectiva sociológica fundamental que sustenta teóricamente nuestro análisis, principalmente la teoría del espacio social de Pierre Bourdieu (1930-2002), pues nos ofrece herramientas teóricas, que nos auxilian en el análisis de la realidad social existente en la población que sirvió de escenario a nuestra investigación, la que consideramos como un espacio social en el que interactúan hábitus y campus.

Resulta válida para nuestra investigación la postura relacional que desarrolla P. Bourdieu, la que supone caracterizar todo elemento por las relaciones que lo unen a los otros, y de las que obtiene su sentido y su función en un sistema. Sus conceptos de campo y habitus se definen como constelaciones de relaciones.

Para él, los conceptos de individuo y sociedad presentan la articulación necesaria para entender los dos momentos en que se constituye la acción social como proceso relacional, entre la conformación de un sujeto social y la sociedad como proceso de constitución de las acciones y relaciones sociales, oponiéndose a todo análisis que conlleve a la oposición entre lo objetivo y lo subjetivo o de separación entre el estudio del individuo y de la sociedad.

Esta postura bourdesiana para el tratamiento al binomio individuo-sociedad, complementa nuestra comprensión de la relación entre la percepción de salud y

las prácticas de atención en el contexto estudiado, enfocándolos en una interacción dialéctica e integrándolos como procesos que acontecen dentro de ese espacio social, mediadas por factores sociales que las condicionan, expresión de un modo de vida determinado.

El concepto de capital simbólico articula en la postura de P. Bourdieu con el de hábitos y campus. El capital simbólico entendido como cualquier propiedad (cualquier tipo de capital, físico, económico, cultural, social) cuando es percibida por agentes sociales cuyas categorías de percepción son de tal naturaleza que les permiten conocerla (distinguirla) y reconocerla, confiriéndole algún valor. Son propiedades que distinguen a las personas en su espacio social, ya que el capital simbólico "no es más que el capital económico o cultural en cuanto conocido y reconocido" (Bourdieu P, 1987)

De acuerdo con su análisis, los agentes están distribuidos según el volumen global del capital que poseen bajo sus diferentes especies y en la segunda dimensión según la estructura de su capital, es decir según el peso relativo de las diferentes especies de capital (recursos), simbólico, económico, social y cultural, en el volumen total de su capital.

El campo según P. Bourdieu, es el espacio social que se crea en torno a la valoración de hechos sociales tales como el arte, la ciencia, la religión, la política, la salud, los que están ocupados por agentes con distintos habitus, y con capitales distintos, que compiten tanto por los recursos materiales como simbólicos.

En este espacio social se relacionan los diferentes agentes del campo de la salud:

- el personal de la Atención Primaria de Salud (médicos y enfermeras de la familia, técnicos, trabajadoras sociales, entre otros)

- los distintos agentes o actores de salud (curanderos, sobadores, yerberos, entre otros)

- la comunidad propiamente dicha.

Entre ellos se establecen verdaderas relaciones de poder por acceder al capital simbólico y se manifiestan diversos habitus, entendidos como las formas de obrar, pensar y sentir que están originadas por la posición que una persona ocupa en la estructura social.

Por ello afirmamos que en el espacio social que simbólicamente se institucionaliza por la Atención Primaria de Salud, está presente la interacción dialéctica inseparable entre campo y habitus en el que confluyen las distintas formas de capital (social, económico, cultural) y los correspondientes hábitus como principios generadores de prácticas distintas y distintivas, como sistema de disposiciones en vista de la práctica, (conductas, creencias, aficiones, tradiciones, modos y estilos en las prácticas de vida y de salud).

En otras palabras, en la comunidad objeto de nuestra indagación, confluyen distintas formas de capital que condicionan de una parte distintos modos de percepción de salud tanto individual como colectiva y de otras, las distintas

prácticas de atención de salud asumidas por individuos y grupos, diferenciales según ese capital.

Por hábitus, P. Bourdieu entiende el conjunto de esquemas generativos a partir de los cuales los sujetos perciben el mundo y actúan en él. Estos esquemas generativos están socialmente estructurados: han sido conformados a lo largo de la historia de cada uno. Pero al mismo tiempo son estructurantes: son las estructuras a partir de las cuales se producen los pensamientos, percepciones y acciones del agente. El hábitus es ese principio generador y unificador que retraduce las características intrínsecas y relacionales de una posición en un estilo de vida unitario, es decir un conjunto unitario de elección de personas, de bienes y de prácticas, en nuestro caso, de atención de salud.

El hábitus para Bourdieu consiste en:

> "…un sistema de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a un fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente "reguladas" y "regulares" sin ser el producto de la obediencia a reglas y a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser producto de la

acción organizadora de un director de orquesta."(Bourdieu; 1991)

Será a partir del hábitus, entendido como sistema de valores formados en la sociedad en que el individuo ha sido educado, que los sujetos producirán sus prácticas, su percepción del mundo y en correspondencia con ello, sus modos conductuales de salud.

En la realidad estudiada las distintas formas de capital se encuentran distribuidas en el espacio social en forma desigual dando lugar a diferencias sociales. El espacio social representado simbólicamente por la circunscripción 162 del Consejo Popular "Flores", se nos presenta como un complejo entramado de múltiples relaciones sociales y significados, que diferencian a los agentes en sus costumbres, sus hábitos, sus tradiciones, sus creencias, sus comportamientos, sus gustos, representaciones, concepciones y conductas relacionadas con la salud.

En este caso el peso del capital cultural crece, predomina y este también es un principio de diferenciación, es una distinción que existe y persiste y que el Médico General Integral tiene que tener en cuenta, aunque en nuestro caso no determina el derecho de los agentes a brindar o recibir servicios de salud, porque por encima de esto existe el principio bioético de la justicia y la equidad; pero influye en la forma, en el cómo se brinda ese servicio, así como en la percepción y la satisfacción que posee o no la comunidad del mismo y del Médico General Integral como actor social.

Los padres y otros miembros de la familia, los Médicos Generales Integrales, las instituciones de salud y las educativas, los medios de comunicación social y la comunidad en su conjunto, cumplen la función de transmitir los valores, hábitos, sentido común, lenguajes de palabras y gestos, destrezas técnicas, habilidades, y las creencias de su mundo socio-cultural y por ende, los significados otorgados a la salud en correspondencia con ese mundo.

La importancia que para esta investigación tiene el enfoque relacional presente en P. Bourdieu, consiste en que el mismo nos permite aceptar la diferencia como elemento enriquecedor, no como desigualdad, ni exclusión de grupos sociales, aunque sin perder la perspectiva macro-sociocultural que ve la desigualdad como apropiación desigual de los recursos disponibles en el conjunto de la sociedad.

A los efectos de esta tesis, recursos materiales y culturales adquiridos o aprendidos en el contexto de las relaciones interculturales que se producen en el entramado social.

En la circunscripción que escogimos para el estudio empírico, entendida como espacio social, interactúan al menos tres componentes del proceso salud/enfermedad: el paciente (que incluye la interacción familiar), el agente de salud (Médico y enfermera de la familia y personal de la APS), la comunidad que habitan.

Este perspectiva de análisis da la posibilidad de comprender, explicar y tratar la salud como fenómeno social, como el producto de sujetos y estructuras sociales que, moviéndose en un cierto contexto social subjetivamente definido, han producido distintas formas de percibir la salud que a su vez interactúan con diversas prácticas de atención.

Desde la perspectiva constructivista estructural, la construcción del concepto salud-enfermedad no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas, van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad. Cada sociedad, y cada grupo familiar resuelven cotidianamente cómo cuidar la salud y cómo recuperarla cuando se ha deteriorado, siendo éste un proceso dinámico no sólo desde la propia experiencia personal sino también en relación al contexto que la determina.

Distintos factores configuran la diversidad de modos de pensar y de actuar, la variedad de significaciones que se atribuyen al hecho de estar sano o enfermo, donde aspectos como la edad, el sexo y las condiciones materiales de vida, tienen una multiplicidad de expresiones.

La salud y la enfermedad son elementos centrales en la dinámica social ya que no solo influyen en el funcionamiento de la misma sino que también determinan los niveles sociales de bienestar.

Como conceptos, sobrepasan el estricto marco biomédico para convertirse en un fenómeno socio-cultural. Por encima de los elementos propiamente médicos, la sociedad define y conceptualiza a la enfermedad, y elabora las formas culturales adecuadas para que la población no tan solo defina su estado como de saludable o enfermo, sino también los prototipos de conductas apropiados para hacer frente a la enfermedad. (Rodríguez, J. 1999)

Como definición socio-cultural pasan a formar parte del conjunto de variables socio-psicológicas que determinan la visión del mundo y de la existencia, y por supuesto de su papel y actuación del mismo.

Tanto la concepción que el individuo pueda tener de su salud como el nivel objetivo de ésta se ven directamente afectados por variables socio-económicas, y, en una relación de influencia mutua, por variables de tipo cultural. Sin dudas, la percepción del nivel de salud de individuos, grupos sociales y comunidades, está relacionada con variables de naturaleza socio-económica como las condiciones de vida, el nivel de los ingresos económicos, el empleo, la escolaridad, la creencia religiosa, entre otras muchas.

Estudios recientes desarrollados en el contexto latinoamericano, han incorporado además la consideración de que las dinámicas que impone a la vida cotidiana la crisis global que se atraviesa, matizan la percepción de salud al condicionar la misma a estrategias de sobrevivencia diaria que garanticen la alimentación y el funcionamiento familiar.

La enfermedad es una dolencia personal y también una construcción social y cultural ya que cada sujeto vive la enfermedad según sus características individuales y la construcción sociocultural particular del padecimiento, siendo su comportamiento para el cuidado o recuperación de su salud, singular y dinámico.

La concepción de salud y enfermedad depende de las definiciones que la persona tenga sobre su padecimiento, las que condicionarán los tipos de ayuda a buscar. Existe un complejo mundo de creencias y valores, normas, conocimientos y comportamientos ligados explícitamente a la salud que interaccionan permanentemente con la medicina “oficial” o científica y que dan cuenta no sólo de las modalidades de gestión de la salud, sino también de la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre, y con el conjunto de los servicios sanitarios, entre otros aspectos. (Villarreal J, 2012)

Dada la ausencia de términos específicos en castellano resulta difícil distinguir entre la enfermedad como padecimiento (illness) y la enfermedad como un estado reconocido y clasificado por la intervención de un profesional (disease). El primero alude a la dolencia vivida por el sujeto y la segunda a la condición objetiva. Esta doble perspectiva de la idea de enfermedad permite comprender más claramente el porqué de los comportamientos de las personas frente a situaciones de "enfermedad", ya que en algunos casos una dolencia considerada banal por un profesional puede desencadenar la intervención de distintos referentes o agentes

de salud. Pero también sucede que un cuadro de enfermedad, diagnosticado como tal por profesionales, no es causa necesariamente de una búsqueda de ayuda.

Como se ha señalado por distintos autores, el fenómeno enfermedad involucra distintos aspectos; no se limita exclusivamente al hecho de estar enfermo por sufrir algún tipo de alteración. La percepción de estar enfermo no sólo pasa por la posibilidad de identificar el problema sino también, y muy especialmente, por la posibilidad de estar enfermo. Este último aspecto depende fundamentalmente de los roles sociales que desempeñe el sujeto, así como del lugar que ocupe la salud en su vida cotidiana. (Comelles J, 2001)

La percepción que el paciente tenga de su problema determinará qué acciones y procedimientos realizará. Ella está construida socioculturalmente y tiene implicancias no sólo cognitivas o racionales, sino también valorativas y actitudinales. Por ejemplo, el no uso del condón como medio de protección ante infecciones de transmisión sexual, se relaciona con frecuencia con falsas concepciones machistas que fundamentan criterios relativos a la pérdida de placer.

***Epígrafe 1.3.* Percepción de salud y prácticas de atención como expresión de la relación Pobreza - Salud.**

El acercamiento al concepto de pobreza es cotidiano en la literatura, desde una diversidad de enfoques y perspectivas, en estrechos vínculos con otros conceptos como marginalidad y exclusión. En sentido general la pobreza es vista como fenómeno multidimensional y multicausal, sobre el cuál no existe un concepto único.

La pobreza ha sido también una preocupación de la sociología, desde la que se pueden agrupar cinco perspectivas de análisis diferentes, según el énfasis colocado en ciertos aspectos del fenómeno: la pobreza como subcultura específica, como marginalidad social, como estrategia de sobrevivencia, como exclusión de clase, como comportamiento fragmentado.

En términos generales, al margen de las particularidades en el análisis, la perspectiva sociológica considera la pobreza como relación social, dada la ubicación socioestructural desventajosa que está articulada sistemáticamente con otros conjuntos de relaciones socioestructurales que van desde una situación élite hasta las medias e incorpora otros criterios relacionados de explotación, alienación, enajenación. (Espina, M. 2003)

Entre los aportes más significativos que identifican la perspectiva sociológica para su análisis está el empleo del enfoque macro/micro y del enfoque relacional en su

estudio que permite comprender las comunidades pobres como espacio social en el que existe un sistema de relaciones mediadas culturalmente.

Entre el copioso conjunto de conceptos de pobreza que encontramos en la lteratura, compartimos el criterio de Oscar Altimir (1979) de identificar la pobreza como aquella situación provocada por desigualdades que precarizan las condiciones de vivienda, alimentación, salud, educación, así como hacen cada vez más traumática la inserción en el mercado laboral.

Entre los fenómenos identificados relacionados a ella están la falta de ingresos y recursos productivos suficientes para garantizar medios de vida sostenidos, el hambre o la malnutrición, mala salud, aumento de morbilidad y mortalidad como causa de enfermedades curables, no acceso o acceso limitado a la educación, abasto de agua y saneamiento, carencia de vivienda o vivienda inadecuada, deficiente participación, falta de seguridad ciudadana, entre otros.

Los estudios sobre pobreza en Cuba no son de larga data. Factores derivados del carácter inclusivo del modelo social cubano, garantizaron desde los inicios del proceso revolucionario en 1959, las condiciones necesarias para exhibir en apenas dos décadas, un descenso en la tasa de mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer muy alta, analfabetismo erradicado como fenómeno social, atención la equidad, la justicia y el progreso social.

El acceso masivo y gratuito a la salud, la educación y la seguridad social, favorecieron un proceso progresivo de dignificación del ser humano, de igualdad y homogenización social, unido a avances visibles en el comportamiento de los parámetros de equidad y no discriminación de raza, género o capas sociales tenían avances visibles.

Todo ello conformó una representación social de ausencia de pobreza, por lo que según el criterio de Patricia Ares, las palabras pobreza y desigualdad, estuvieron desterradas de nuestro imaginario social. Investigaciones como "La erradicación de la pobreza en Cuba" (1983) y "Estrategia del desarrollo en Cuba"(1994) de José Luis Rodríguez y George Carrazo, contribuyeron a sostener desde las ciencias sociales esta percepción.

En la década de los años 90 del siglo XX, la crisis económica propició que se generaran franjas de marginalidad y asentamientos poblacionales en condiciones precarias, producto de la emigración del campo a zonas urbanas y suburbanas, y a la acumulación de necesidades no satisfechas en el momento de la aguda crisis. Pero el efecto modulador de las políticas sociales evita polarización social extrema que impide que el rostro de la pobreza crítica aparezca en los hogares cubanos. (Zabala, M. 2010)

Tras al VI Congreso del Partido Comunista de Cuba en el año 2011 se inicia un proceso de actualización del modelo social, que permita revisar sus políticas de equidad, para desde la heterogeneidad social, ser cada vez más justos,

promoviendo un nuevo concepto de distribución, de revisión de las gratuidades y de ofrecer apoyo a los más vulnerables, evitando las visiones paternalistas y asistencialistas que en otros momentos económicos el país asumió, pero que son realmente improcedentes en este momento concreto.

De los resultados de las investigaciones sociales sobre la temática desarrollada desde el Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas, el Centro de Estudios de la Juventud, el Centro de Estudios Demográficos y el Centro de Estudios Sociales de la Universidad de Oriente, podemos sistematizar que se constata un patrón de selección territorial que genera vulnerabilidades y exclusiones espaciales que se expresan, entre otros rasgos, en una mayor proporción de pobres en determinadas regiones.

El comportamiento del Indice de Desarrollo Humano y Territorial expresa una polarización del nivel más bajo en los extremos de la geografía de nuestro país: Pinar del Río, Holguín, Las Tunas, Granma, Santiago de Cuba, Guantánamo son las provincias de menor índice. (Moncada, M, 2013)

Sin pretender simplificar la diversidad de los diferentes grupos en situación de pobreza, Mayra Espina Prieto considera que es posible llegar a un patrón de pobreza en nuestro país, mencionando como principales tendencias: familias con un tamaño superior al promedio; amplia presencia de ancianos y niños en el núcleo familiar; familias mono-parentales con mujeres jefas de hogar que no tienen trabajo estable; altos niveles de fecundidad y de maternidad adolescente

sin apoyo paterno; ancianos que viven solos o sin apoyo familiar; trabajadores del sector estatal tradicional en ocupaciones de baja remuneración; acceso nulo o muy bajo a ingresos en divisas; sobrerrepresentación de negros y mestizos; personas que no trabajan por discapacidad o ausencia de otras condiciones para hacerlo; niveles de escolaridad relativamente inferiores a la media nacional; precariedad de la vivienda; repertorio reducido de estrategias de vida; mayor frecuencia de abandono o interrupción de estudios; utilización de los niños para apoyar las estrategias de los adultos (cuidado de hermanos más pequeños, venta en el barrio de artículos elaborados o conseguidos por los adultos, realización de tareas domésticas y otros encargos); ubicación espacial preponderante en barrios marginales; sobrerrepresentación de personas de origen social obrero y empleados de baja calificación. (Espina, M. 2003)

La atención a la salud y la accesibilidad a los servicios es considerado como un criterio de expresión de la pobreza que ha estado presente en los distintos métodos utilizados para su medición: el método de las necesidades básicas insatisfechas; el método agregado de consumo, el método integrado o combinado; el IDH y luego el Índice de Pobreza Humana. (PNUD, 2006).

Como abordamos anteriormente, la política social cubana ha garantizado espacios de igualdad prioritarios, como eje central de su modelo social, reflejo de lo cuál es la implementación de la Atención Primaria de Salud como estrategia de atención en el sistema de salud.

De ahí que, la identificación de la Atención Primaria de Salud como espacio social es muy útil para el Médico General Integral pues permite captar la lógica más profunda del mundo social en que está inmersa, devenido en su objeto social y sumergirse en la particularidad de una realidad empírica, históricamente situada en espacio y tiempo en las comunidades que la conforman y sus agentes.

En la Atención Primaria de Salud se precisa entender el papel de un conjunto de variables culturales que definen la representación social que tienen el paciente y los familiares acerca del médico y viceversa, así como del resto de los componentes objetivos y subjetivos del contexto social en el que interactúan médico-paciente-familia-comunidad.

Es necesario tener en cuenta además, que el deterioro de las condiciones de vida de la población, en especial tras el llamado período especial, con su consecuente reducción de las capacidades de supervivencia, son condiciones por determinar que comienzan a escapar de la acción de los programas de salud implementados en nuestro país. (Albizu Campos, 2004).

Las características de estas comunidades demandan una atención diferenciada por los eslabones del sistema de salud, en especial la Atención Primaria de Salud, con miras a eliminar los indicios de pobreza manifiestos, dada las condiciones de desempleo, precariedad laboral, contaminación ambiental, calidad del agua, mal tratamiento de los residuales; que matizan los patrones de comportamiento en salud, traducidos en prácticas y estilos inadecuados de vida, en la búsqueda de

alternativas de curación y sanación no institucionalizadas, a la automedicación y otras manifestaciones que muchas veces ponen en riesgo la vida de las personas y que propician la aparición de brotes epidémicos de gran repercusión social.

Identificar adecuadamente los factores sociales que inciden en el proceso salud/enfermedad en un espacio social con marcadores de pobreza, contribuye a establecer la relación entre la percepción que de su salud tienen las personas y las prácticas de atención que asumen ante los problemas de salud.

La percepción de las personas a cerca de su salud, a pesar de tener un carácter subjetivo, es dependiente de múltiples factores, resultado de la influencia combinada de los determinantes de la salud. Ayuda a las comunidades a identificar necesidades de salud insatisfechas, a identificar y evaluar desigualdades entre poblaciones, así como a caracterizar la carga de las patologías crónicas y la discapacidad que estas producen. Las personas que declaran un mal o regular estado de salud proporcionan una estimación de la calidad de vida relacionada con la salud, o la morbilidad, de una población.

Aunque por mucho tiempo, las condiciones de salud de la población fueron medidas a través de indicadores de mortalidad o de los reportes institucionales sobre demanda de atención entre ciertas enfermedades, se va imponiendo la medición de la salud positiva de la población.

Usualmente la salud se define de una forma negativa, como la ausencia de enfermedad. Por lo regular, al medir el estado de salud, se toma la salud como un nivel basal y se miden las desviaciones que de éste nivel se producen.

Una alternativa útil para la medición de la salud poblacional es la aplicación de encuestas en las cuales se pregunta a la población sobre su percepción del estado de salud en que se encuentran. Esta estrategia ha mostrado ser confiable y consistente y puede proporcionar cifras que son representativas de diversos subgrupos de la sociedad. Una ventaja adicional de esta medición es que refleja el concepto amplio de salud como un proceso dinámico de interacción entre los componentes biopsicosociales, y no sólo se limita a detectar las alteraciones de tipo fisiológico o clínico.

El concepto de percepción de salud tiene un valor predictivo para la mortalidad y la morbilidad; es un indicador de demandas de servicios de salud que permite ubicar la mayor demanda de éstos.

Los datos aportados por la OPS/OMS (2013) muestran resultados a partir de lo observado en distintos países, sin embargo, las estadísticas de salud en Cuba no recogen información al respecto (MINSAP, 2013). La tendencia general que describen los organismos internacionales muestra que la percepción del estado de salud es diferencial según sexos, siendo mejor entre hombres que entre mujeres. En ambos sexos la percepción de buena salud disminuye conforme se incrementa la edad y se asocia de manera negativa con la escolaridad. Por ejemplo, para

individuos de la misma edad, el porcentaje que califican como mala su salud es cuatro veces menor entre los que cuentan con educación superior que entre quienes no realizaron estudios formales. (OPS, 2013)

La percepción de salud como variable en estudios socioepidemiológicos generalmente es medida en una escala a través de categorías como Buena, Regular, Mala; aunque algunas mediciones lo hacen de manera excluyente en Positiva/Negativa.

Si bien la percepción de salud es en primera instancia individual, los grupos sociales y comunidades pueden conformar también una percepción colectiva de su estado de salud, por lo que en nuestra investigación indagaremos sobre la percepción a nivel individual (denominada también como auto-percepción), grupal y comunitaria.

El concepto de auto-percepción de salud (APES) fue introducido a mitad del siglo XX por la psicología siendo utilizado luego ampliamente por la sociología de la salud, desde el paradigma socio sanitario planteado por P. Donati (1996). Desde entonces, numerosos estudios han documentado la validez de su medición y ha sido ampliamente aceptado como una medida confiable del estado de salud general. La APES se considera una medición subjetiva que integra factores biológicos, mentales, pero también sociales y funcionales del individuo, de ahí su importancia para la investigación sociológica.

Los distintos conjuntos sociales prestan distinta atención a los procesos mórbidos de acuerdo con su propia vinculación con el cuerpo. La percepción del dolor o de un malestar está atravesada por una serie de factores que tienen que ver con condicionantes estructurales, pero también con la propia experiencia de vida y se inscribe dentro del proceso general de percepción.

Si bien es un proceso subjetivo, necesariamente la percepción que cada uno tiene de la realidad, se produce de acuerdo al modo y al contexto desde donde se ubique el individuo, por lo que las posibilidades de percibir un problema de salud son diversas y están socioculturalmente condicionadas: factores como la responsabilidad o el rol familiar que la persona desempeñe, así como las prioridades cotidianas y las actividades que realice harán que lo perciba de modo diferente en cada caso.

La idea de enfermedad opera como símbolo que se relaciona con una variedad de experiencias propias de una cultura. Esta significación simbólica no siempre puede expresarse verbalmente, pero su registro es fundamental para comprender el proceso salud-enfermedad-atención. Aún en su expresión oral, requiere de la capacidad de buscar sentido en las expresiones de los otros, elemento esencial de la comunicación humana. (Moncada M, 2013)

La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y sólo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, atravesado por las

condiciones materiales de vida que reflejan de modo singular el espejo de la realidad que cotidianamente vemos.

Partir de que los conceptos salud y enfermedad, sólo tienen sentido, cuando intentamos comprenderlos en el marco de un sistema de relaciones socioeconómicas y culturales que envuelven a cada grupo humano, en un momento histórico determinado, nos ubica en la postura de considerar que las prácticas de atención de salud son diversas y están culturalmente condicionadas. "Todas las sociedades tienen su sistema de cuidados de salud, creencias, costumbres, especialistas y técnicos destinados a conseguir la salud y prevenir, diagnosticar y curar las dolencias". (Kottak P, 1998)

Las peculiaridades socioculturales son significativas para todos los aspectos a evaluar, pues ellas marcan las diferencias entre las prácticas de atención asumen los individuos, las familias y las comunidades, entendidas como las acciones, ya sean individuales o colectivas, que se ejecutan para mantener la salud o curarse, y junto a éste, los patrones de recursos como el cuidado de los niños y de su familia, pedir la opinión de un familiar o vecino, ir a un centro de salud o recurrir a otra alternativa**.**

La utilización del sistema de salud es el resultado de un proceso que se inicia con la percepción de un problema de salud que se convierte en necesidad, y ésta en demanda de algún tipo de atención. Se considera que hay utilización de los

servicios, cuando esta demanda es realmente satisfecha por algún sistema de salud, formal o no.

Sin embargo, éstos son aspectos poco considerados al momento de intervenir desde el sistema nacional de salud, ya que representan un corte en un proceso que no siempre es visualizado por el profesional, específicamente por el Médico de la Familia. Antes de que la persona efectúe la demanda y utilice el servicio sanitario, muy probablemente haya realizado algún tipo de acción, que responde a lo que se denomina auto-cuidado de salud, como medicarse, seguir consejos de vecinos, familiares o amigos, buscar la asistencia de un sobador o curandero, entre otras. Este comportamiento responde a la propia percepción del problema, y tiene que ver con su cosmovisión personal acerca de lo que es estar sano o enfermo. Esto desencadena prácticas, de las cuales sólo una es o puede ser la utilización de algún eslabón del sistema de salud.

Este recorrido previo a la demanda, no sólo no es tomado generalmente en cuenta por el personal de salud, sino que en muchas ocasiones la "mirada" del paciente acerca de su problema, se relativiza como dato a considerar. Sin embargo, a pesar de la importancia que pueda significar para el paciente el diagnóstico y la propuesta de tratamiento sobre su dolencia, ésta es también mediada por su propia concepción y representación de lo que le puede estar pasando. Esa persona, de vuelta en su casa y en su medio, tomará o dejará las prescripciones

dadas por el profesional, de acuerdo a sus posibilidades de cumplimiento, pero también según su propia interpretación de lo que tiene que hacer.

CAPÍTULO 2: CONSIDERACIONES METODOLOGICAS Y PRINCIPALES RESULTADOS.

Epígrafe 2.1: Pautas metodológicas para la investigación.

La lógica con que se desarrolla la investigación empírica dimana del interés científico de profundizar en las características de la relación que guarda la percepción del estado de salud de las personas, con las prácticas de atención que asumen los habitantes del Consejo Popular "Flores".

La estrategia metodológica seguida estuvo centrada en un estudio de caso, en el que se aplicaron métodos de naturaleza tanto cuantitativa como cualitativa para la construcción de la evidencia empírica, para la posterior triangulación de los datos recogidos.

A lo largo del proceso investigativo se emplearon los procedimientos teóricos de análisis y síntesis, la inducción y deducción, así como el método histórico-lógico, sin perder de vista que ellos existen en interconexión, como unidad dialéctica y sólo son separables mentalmente.

El análisis y la síntesis se emplearon con el objetivo de procesar la información que se obtuvo en las consultas bibliográficas y los datos obtenidos del Análisis de la Situación de Salud del CMF No. 11, lo que posibilitó en un primer momento, al descomponer por partes en sus múltiples relaciones y componentes (análisis) la

información obtenida, identificar primeramente las características específicas de la población objeto de estudio, para luego integrar mediante la síntesis, de toda esa información para establecer relaciones, características generales y conclusiones.

La inducción y la deducción se emplean en el estudio de caso, para pasar mediante la inducción del conocimiento particular, a un conocimiento más general que revele los rasgos comunes en las manifestaciones o elementos individuales del caso seleccionado, permitiendo confirmar empíricamente la validez de la hipótesis.

A su vez, mediante la deducción, pasamos del conocimiento general sobre los conceptos estudiados a otros de menor nivel de generalidad, o lo que es lo mismo, a su operacionalización.

El método histórico-lógico nos permitió, a partir del estudio de la concepción del espacio social de P. Bourdieu, y los conceptos de hábitus y campus, ubicarlos en el contexto de la relación percepción de salud y prácticas de atención en el escenario de pobreza en que vive la población objeto de estudio.

La concepción metodológica combina el enfoque cualitativo con el cuantitativo en un estudio de caso, lo que permite estudiar y reconocer la mediación de factores sociales de distinta naturaleza en la conformación de una percepción de salud y las prácticas de atención que los individuos, grupos y comunidades eligen, durante el proceso salud/enfermedad.

Aunque para muchos autores el estudio de casos es un método de investigación, existe consenso en la actualidad al considerarlo como una estrategia de diseño de investigación, que puede basarse en la combinación de evidencias cuantitativas y cualitativas utilizando en nuestro caso técnicas tales como el análisis de documentos, observación, entrevistas y cuestionarios. (Chiva Gómez, 2001)

Ante la existencia de distintos criterios para la clasificación de los tipos de estudios de caso, tomamos el criterio de Bogdan y Biklen (1982) y consideramos la investigación como un estudio de caso comunitario, en el que tomamos como caso objeto de estudio el Consejo Popular “Flores” en el Municipio Santiago de Cuba .

La convergencia de las perspectivas cuantitativas y cualitativas en una investigación se logra a través de la triangulación metodológica. Esta supone el uso de ambas metodologías para abordar el mismo aspecto de la realidad. En este caso, si bien hay independencia en la aplicación de los métodos, existe una convergencia en los resultados. Su utilización implica la aceptación de que ambas metodologías pueden captar igual aspecto de la realidad.

El principal beneficio que brinda el uso combinado de metodologías es la posibilidad de superar los sesgos y limitaciones propios de cada método a partir de su integración con otros. Así, la triangulación permitiría una mirada crítica sobre los datos obtenidos, identificar sus debilidades y la necesidad de abordajes complementarios. (Acevedo M, 2011)

Esta estrategia metodológica nos posibilitó conocer los factores sociales condicionantes de la percepción de salud, como las prácticas de atención que se asumen.

Se asume convencionalmente que la triangulación es el uso de múltiples métodos en el estudio de un mismo objeto. La triangulación se define como la combinación de múltiples métodos en un estudio del mismo objeto o evento para abordar mejor el fenómeno que se investiga.

Por su parte, Morse define la triangulación metodológica como el uso de al menos dos métodos, usualmente cualitativo y cuantitativo para direccionar el mismo problema de investigación. (Hernández, 2003)

Se realizará un estudio de casos comunitario, con el fin de adentrarnos de manera holística en las particularidades del problema a estudiar.

La investigación se desarrolló en los marcos del Proyecto Institucional "La atención a la pobreza como modelo de inclusión: perspectivas de integración en comunidades santiagueras", entre septiembre de 2013 a febrero de 2015, desarrollándose un diseño de tipo descriptivo.

A partir de los elementos observados en un primer acercamiento al escenario investigativo, definimos como **Problema científico:** ¿Qué factores sociales condicionan la percepción de salud y las prácticas de atención en la población del Reparto Flores del Municipio Santiago de Cuba?

Objetivo general: Identificar los factores sociales que condicionan la percepción de salud y las prácticas de atención en la población del Reparto Flores del Municipio Santiago de Cuba, para proponer acciones que contribuyan a una mejor identificación de las demandas de los servicios de salud en el nivel primario de atención.

Hipótesis: Las actividades que desarrollan los individuos para satisfacer las prioridades de la vida cotidiana, la creencia religiosa, el nivel escolar y las condiciones de vida, son algunos de los factores sociales que condicionan la percepción de salud y las prácticas de atención de salud en la población estudiada.

Después de haber realizado una revisión bibliográfica bastante profunda, y analizar los diversos criterios de disímiles autores, asumimos un conjunto de conceptos, que indudablemente nos darán la posibilidad de comprender mejor el fenómeno investigado.

- Conceptos centrales de la investigación:

I.-Factores sociales en salud: Todos aquellos elementos, vinculados a la sociedad humana, que independientemente de su naturaleza, sean capaces de incidir en cualquier problema de salud, en su condición de problema social, y en los distintos niveles de la organización social. Pueden ser de dependencia sociocultural o de dependencia de la política social.

Acorde con el objeto de nuestra investigación, los factores sociales que analizamos son aquellos de dependencia sociocultural, operacionalizados en 4 dimensiones para su estudio: actividades que realizan las personas para garantizar la vida cotidiana, las creencias religiosas, el nivel de escolaridad, las condiciones de vida.

II.-Percepción de salud: Concepto que refiere la manera en que los individuos, los grupos o las comunidades interpretan su estado de salud. Si bien es una construcción subjetiva, es un complejo proceso que está determinado por el contexto sociocultural y una amplia gama de factores que la determinan. En su conformación intervienen no sólo las experiencias previas en torno a un determinado problema de salud, sino también factores como el nivel educacional, el empleo, la alimentación, la vivienda, entre otros. Se considera un indicador de demanda de servicios de salud, de valor predictivo respecto a la mortalidad y morbilidad.

Se analiza en 3 niveles: individual o autopercepción, grupal y comunitaria.

III.- Prácticas de atención de salud: Acciones asumidas por individuos y grupos sociales, vinculadas a su estado de salud. Están directamente relacionadas con la percepción y el significado social y cultural que se tenga de salud o enfermedad, el nivel de conocimientos y el acceso a los servicios de salud, entre otros.

Las prácticas de atención estudiadas son la automedicación; la asistencia al médico; escuchar consejos de vecinos, parientes y amigos; asistir a curanderos, sobadores u otros agentes no institucionalizados de salud.

Operacionalización de las variables:

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Factores Sociales	Actividades de la vida cotidiana	Búsqueda de la alimentación Atención hijos Atención padres/ancianos Trabajar para el sustento económico familiar Atender las labores hogareñas
	Creencia religiosa	Católico Protestante Espiritismo Santería Otros cultos sincréticos Testigos de Jehová
	Nivel Escolar	Primaria Secundaria Básica Pre Universitario / Técnico Medio Universitario
	Condiciones vida	Nivel ingresos Empleo Calidad de la vivienda
Percepción de salud	Individual (autopercepción) Grupal Comunitaria	Buena Regular Mala
Prácticas de atención	Automedicación Asistencia al médico Consejo vecinos, familiares, amigos Acudir a curandero, sobador, otros	Medicamentos Remedios caseros Consultorio Médico Familia PPU Cuerpo Guardia hospital

Para la realización de la investigación, se aplicó un muestreo aleatorio a una muestra seleccionada al azar entre los 1 838 habitantes de la Circunscripción 162, mayores de 14 años. Se determinó un tamaño de muestra de 315 personas, considerado según tabla de muestreo para una población finita a un 95,5% de nivel de confianza. (Sanchez C, 1997)

Entre las técnicas utilizadas empleamos la observación como el proceso de contemplar sistemática y detenidamente como se desarrollan los fenómenos sociales, sin manipularlos o modificarlos, tal y como ocurre cotidianamente. Además esta consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamiento o conducta manifiesta. Puede utilizarse como instrumento de medición en muy diversas circunstancias.

Procedimiento empírico por excelencia, consiste básicamente en utilizar los sentidos para observar los hechos, realidades sociales y a las personas en su contexto cotidiano. Para que la observación tenga validez es necesario que sea intencionada e ilustrada (con un objetivo determinado y guiado por un cuerpo de conocimiento). Se utilizó para observar las condiciones de vida de la comunidad, así como los principales indicadores de pobreza presentes en la misma y las practicas de atención de salud empleada por los miembros de la comunidad.

En este sentido aplicamos la observación del tipo no participante semi - estructurada ya que el mismo es un método que no precisa de la interacción con el objeto de estudio. Esta nos permite contemplar el fenómeno así como ver las

condiciones físicas y medioambientales de la comunidad sus límites, por qué está rodeada y ver las características generales de sus pobladores.

El cuestionario aplicado a las 315 personas escogidas al azar, nos sirvió para la recogida de información ya que este supone un interrogatorio en el que las preguntas establecidas de antemano se plantean siempre en el mismo orden y se formulan con los mismos términos. Esta técnica se realiza sobre la base de un formulario previamente preparado y estrictamente normalizado. Esta herramienta nos brinda la posibilidad de tener una caracterización del objeto de estudio de forma más abarcadora, que nos permitió elaborar la idea a defender.

Las encuestas fueron aplicadas a los pobladores de la comunidad y contiene preguntas cerradas y mixtas donde se puede explorar sobre las actitudes y conocimientos que tienen. Con la aplicación del cuestionario tendremos la posibilidad de conocer las opiniones y puntos de vista de los pobladores de la comunidad de Flores acerca de su auto-percepción y prácticas de atención de estado de salud de estas personas.

Otras de las técnicas empleadas durante el proceso investigativo para la recogida de información fue entrevista la cual constituye, junto al cuestionario, otra vía a través de la cual mediante la interrogación de los sujetos, se obtienen datos relevantes a los efectos de nuestra investigación. Fueron entrevistados los 20 jefes de núcleos diagnosticados por los líderes formales de la circunscripción como familias en situación de vulnerabilidad.

Es una técnica que obtiene información de una forma amplia y abierta, en dependencia de la relación entrevistador-entrevistado. Esto hace necesario que, en primer lugar el entrevistador tenga con anterioridad y bien claro cuáles son los objetivos de la entrevista y cuáles son los problemas o aspectos importantes sobre los que le interesa obtener información del sujeto entrevistado, y en segundo lugar, que ejecute con precisión y dinámicamente la conducción de la entrevista, en un clima de fresca sinceridad y cordialidad.

Nos apoyamos en la entrevista de tipo semi-estructurada, la cual presenta un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos. Esta nos sirvió a través de un proceso de interacción con los miembros de la comunidad conocer su estado de salud, las practicas de atención de salud, entre otros aspectos de representativos para nuestra investigación.

En relación con el tema de investigación, fue necesario aplicar entrevista a expertos la cual por su utilidad para recaudar información de manera verbal, fue aplicada de forma individual pues esto permite un intercambio de información cara a cara y es una excelente oportunidad para establecer simpatía con el personal entrevistado, conociendo de las necesidades y otros aspectos de interés en la problemática estudiada lo que facilitó el desarrollo de la investigación.

Se consideró expertos al Médico y la Enfermera del Consultorio No 11 que atiende a la población escogida, a la Delegada de la Circunscripción, al responsable de la casa culto de la iglesia católica, a dos sobadores de reconocido prestigio en el lugar, a un santero y a una promotora cultural. La entrevista a expertos implica siempre un proceso de comunicación, en el transcurso del cual, ambos actores, entrevistador y entrevistado, pueden influirse mutuamente, tanto consciente como inconscientemente. Los ejes temáticos de la entrevista giraron en torno al reconocimiento por ellos de los factores sociales actuantes en la percepción de salud y las prácticas de atención.

Procesamiento de los datos

Para el procesamiento de los datos se confeccionará una planilla para su vaciamiento, en la que se recogerán los datos obtenidos por las observaciones y el cuestionario. Se tabularán y se utilizará el por ciento como medida resumen. Utilizamos como método, Statistical Packagefor Social Science (SPSS) que se utilizó para el procesamiento de datos aplicados en las técnicas, así como para la construcción de gráficos. Este método es de gran utilidad, ya que permite analizar matemáticamente a través de los porcentajes, las características de la problemática, así como realizar futuras proyecciones. Aplicamos además, la *prueba binomial*, con el propósito de observar las diferencias significativas entre las interrogantes realizadas en las técnicas aplicadas.

Las entrevistas se procesarán a partir de la categorización de las respuestas dadas en cada caso, lo que permitiría profundizar en aspectos específicos, que ahonden en los significados que tienen para las personas las cuestiones indagadas.

Epígrafe 2.2: ***Factores asociados a la percepción de salud y las prácticas de atención en el escenario de estudio.***

El Consejo Popular "Flores" fue constituido en 1972 a partir de la división política administrativa realizada en el país, recibiendo esta estructura de base dicho nombre, en alusión a un terrateniente propietario llamado Pedro Flores, que vivió en estos terrenos y comenzó a vender parcelas de tierra a diferentes pobladores que se fueron asentando.

El Consejo Popular está ubicado en la parte urbana del municipio Santiago de Cuba al Sureste de la provincia santiaguera, con una extensión territorial de: 1,2 km² aproximadamente. El mismo tiene dentro de sus límites:

- Al Norte: El Consejo Popular "José María Heredia". (Calle Trocha, desde 12 de Agosto hasta Celda, Acera derecha.)
- Al Sur: El Consejo Popular "Chicharrones".
- Al Este: El Consejo Popular "30 de Noviembre". (Calle Celda, acera izquierda hasta carretera parenteral) y Chicharrones.

- Al Oeste: El Consejo Popular "Veguita de Galo", (Desde 12 de Agosto hasta calle 2da de Dessy).

El mismo está conformado por 4 repartos: Asunción, Flores, Villalón y Municipal. Existe una marcada tendencia a la marginalidad y al deterioro de las condiciones higiénicas sanitarias y/o de insalubridad (fundamentalmente en las circunscripciones 159, 162, 165, 168,169).

Dentro de las enfermedades más frecuentes que aquejan a los moradores de la demarcación se encuentran las enfermedades respiratorias, los brotes diarreicos, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares.

El Consejo Popular está compuesto por 15 Circunscripciones, 27 Zonas de los CDR y 244 CDR. Existen además 22 bloques de la FMC, distribuidos en 136 delegaciones.

El Consejo Popular cuenta con una población de 22 654 habitantes aproximadamente, agrupados en 9488 familias de ellas 289 son prioridad de atención para el Trabajo Social. La cantidad de personas que conforman los sectores poblacionales se comportan de la siguiente manera:

- Niños de 0 – 15 años: 4415
- Jóvenes de 16 – 30 años: 7628.
- Adultos de 31 – 60 años: 12037.
- Ancianos de más de 60 años: 5087.

En la fase exploratoria del proyecto de investigación desarrollado por el CESCA, como resultado del trabajo en grupo con líderes y dirigentes del Consejo Popular, se definieron un total de 9 circunscripciones como unidades de análisis para la investigación (162,167,159,161,168,156,156,166) representativas de las condiciones de vulnerabilidad social del Consejo, en las que se corrobora el patrón de pobreza identificado por las investigaciones que desde las ciencias sociales cubanas se han desarrollado y que explicamos en el epígrafe 1.3.

Nuestra unidad de análisis se ubicó en la Circunscripción 162 la que abarca una pequeña parte del Reparto Flores con una población de 2 040 habitantes, agrupados en 300 familias aproximadamente, atendidos por el Consultorio Médico de la Familia No.11.

Según la caracterización realizada por el gobierno y los trabajadores sociales, existen alrededor de 20 familias consideradas en situación de franca vulnerabilidad social por diferentes motivos: biológicos, psicológicos y sociales. Estas son familias que presentan problemáticas sociales que viven en condiciones desfavorables de vivienda, otras son disfuncionales porque no existe una adecuada relación entre sus miembros donde la comunicación es nula y otras donde no brindan la atención necesaria a sus hijos llegando al punto de desatención familiar.

La composición de esta población de la circunscripción es:

- De 0 a 14 años: 202 habitantes
- De 15 a 29 años: 170 habitantes
- De 30 a 65 años: 458 habitantes
- De más de 65 años: 210 habitantes

Es considerada por los órganos del poder popular, como una población vulnerable con personas desatendidas con una difícil situación social. Se constatan pésimas condiciones higiénico-sanitarias que en alguna medida afecta la calidad de vida de los habitantes, presenciándose la existencia de micro-vertederos procreadores de vectores. Entre las principales patologías que afectan a la población de esta circunscripción están la hipertensión, diabetes, asma bronquial, glaucoma, problemas cardíacos.

El nivel escolar promedio alcanzado por sus pobladores es de 9no. grado, por lo nivel cultural de los habitantes es medio. El ingreso económico promedio familiar es de $ 225.00 pesos aproximadamente.

La comunidad posee una arraigada tradición afrocubana representada fundamentalmente por la Conga de San Agustín transmitiéndose de generación en generación lo que se refleja en las congas infantiles.

Existe una fuerte influencia religiosa, pero la más representativa es el espiritismo y la santería manifestándose fundamentalmente en celebraciones religiosas afrocubanas laicas como el Bembé.

Dentro de las principales costumbres, tradiciones y hábitos más generalizados se encuentra: la ingestión de bebidas alcohólicas, las asociaciones populares de domino, parchís y cartas, la celebración de fiestas callejeras Pum-Pum, las rumbas callejeras y realización de actividades deportivas de carácter popular (pelota, futbol, fisiculturismo).

Entre las principales problemáticas identificadas por líderes comunitarios, dirigentes y trabajadores sociales en esta circunscripción se listan la comisión de indisciplinas sociales, el número de jóvenes desvinculados, de discapacitados con desventaja social, adultos mayores y menores con desatención familiar y desnutrición, familias disfuncionales, individuos consumidores de bebidas alcohólicas en situación de riesgo.

2.2.1.- Factores sociales y percepción de salud: particularidades según variables sociodemográficas.

La investigación empírica desarrollada nos permitió comprobar que la relación que se observa entre los factores sociales definidos y la percepción de salud que tienen las personas de la Circunscripción 162 del Consejo Popular Flores, es expresión, al decir de P. Bourdiau de la dialéctica entre un campus y un hábitus.

El procesamiento de los resultados del cuestionario nos permitió conocer las características sociodemográficas de la muestra estudiada. (Anexo 5)

Del total de las 315 personas encuestadas, la mayoría pertenecen al sexo femenino, que representan el 70%. El nivel escolar de Secundaria Básica y Pre universitario es el predominante entre los encuestados, ambos con un 30%. En su mayoría habitan viviendas en mal estado (50%), lo que se corroboró tanto por el cuestionario como por las observaciones realizadas en las mismas.

Si bien el 34% declara tener un empleo estable (bien sea de carácter estatal o cuentapropista), es destacable el 30% que se declaran como desempleados, mientras que el 22% son acogidos por la seguridad social y el 13% son estudiantes.

Estos datos guardan relación con el hecho de que la principal fuente de ingreso familiar es el salario para el 42% de los encuestados, mientras que el 40% declara otras vías como su principal fuente de ingreso y solo el 5% reciben remesas.

En los núcleos familiares visitados se constató la convivencia personas de diferentes generaciones en viviendas de 1 o 2 cuartos, lo que indica la existencia de hacinamiento, ya que la cantidad promedio de miembros por hogar es de 6 o más personas, elemento que también puede atentar contra la funcionabilidad familiar. (Ver anexo#6).

El promedio de ingresos mensuales declarados es de aproximadamente de 225 pesos, de lo que se deduce éstos no son suficientes para suplir los gastos del

hogar, así como los gastos médicos, que se incrementan en los adultos mayores, lo que repercute en un mayor deterioro de su estado salud.

En los cuestionarios aplicados a las familias seleccionadas se pudo constatar que el 27% de las personas encuestadas son personas de la tercera edad que padecen de enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión arterial, asma bronquial y limitaciones físico motoras, entre otras enfermedades que afectan su salud. Se comprueba la tendencia al envejecimiento poblacional en ambos sexos, aspecto que debe ser tomado en cuenta por la institución de salud pues ello incide tanto en su posibilidad de acceso a los servicios de salud, como en las prácticas de atención que asumen estas personas.

Entre las actividades de la vida cotidiana a las que dedican mayor tiempo, están las labores del hogar con un 30% y buscar la alimentación (25%) respectivamente, manifestándose esta actividad en mayor medida por las mujeres. El cuidado y atención de los hijos solo constituye una actividad cotidiana para el 10% de las personas, mientras que a la atención de padres y ancianos se dedica sólo una mínima parte de las personas encuestadas (5%).

Trabajar para mantener económicamente el hogar es actividad del 15% (principalmente hombres). Un por ciento similar declara que su vida cotidiana está dedicada fundamentalmente a otras actividades como “la lucha”, la “reventa de productos en lugares públicos”, el “meroliqueo”. (Ver anexo#9).

En los observaciones realizadas se confirmó que en la comunidad hay alto nivel de desvinculación laboral; muchas personas emplean gran porción de su tiempo en realizar otras actividades como lo son los juegos, consumir bebidas alcohólicas, acostarse en altas horas de la madrugada, entre otras, incidiendo en muchos de los casos de manera negativa en la tranquilidad y en la percepción que de la comunidad se forman los otros individuos.

En cuanto al tipo de creencia religiosa que profesan estas personas se observa un predominio de los cultos afrocubanos (santería, paleria) con un 33%, seguida del catolisismo (30%), mientras igual por ciento declaran no profesar ninguna creencia religiosa. Los católicos y los protestantes utilizan en primera instancia la auto-medicación (30%), buscar consejos con vecinos o familiares (15%), acudir con un curandero o un sobador (5%), como prácticas de atención más comunes.

Al margen de la creencia religiosa profesada, el 50% de los encuestados prefieren asistir al médico ante algún problema de salud. En sentido general no se comprueba asociación entre la creencia religiosa y la práctica de atención de salud. Solo en las personas Testigos de Jehová se pudieran observar prácticas que puedan incidir de manera negativa en su salud ya que por su creencia no permiten que se les hagan determinados exámenes médicos, ni aceptan transfusiones de sangre, lo que puede limitar el acceso a los servicios de salud para ser atendidos.

Esto se refleja en las entrevistas a expertos aplicadas al médico de la familia de la comunidad y las enfermeras en las que se pudo confirmar que las principales prácticas religiosas presentes en la comunidad, giran en torno a "…las principales prácticas religiosas que están presentes en la comunidad son la santería y la religión católica y en menor medida la referida a los protestantes, sin incidir estas de manera negativa en la salud de las personas, no siendo así el caso de 7 personas las cuales son testigos de Jehová, que por la creencia a los que están sujetos cuando se enferman no se permiten hacer transfusiones de sangre", lo que incide esto de manera negativa en la salud de estos ya que no se le puede realizar un examen médico completo para valorar su estado de salud. (Entrevista al médico de la familia)

De lo anteriormente expuesto se deduce que en la comunidad hay presencia de varias prácticas religiosas en mayor por ciento practicadas por las mujeres, teniendo los hombres menos participación en ellas, las que no guardan una relación directa con las prácticas de atención de salud desarrolladas por estas personas, no siendo el caso de los testigos de Jehová que en cierta medida si influye de manera negativa en las prácticas de atención de salud de estas personas y en la salud de los mismos de manera general.

2.2.2.- Percepción del estado de salud.

Para el 55 % de la muestra, equivalente a 173 personas, la percepción de su estado de salud es regular, para el 25% es bueno y para el 20% es mala. Esta percepción es diferencial según grupos de edades. Entre las personas encuestadas que alegan que su estado de salud es malo o regular se encuentran principalmente las personas de más de 65 años. En el grupo de 15 a 30 años se concentran las personas que refieren un buen estado de salud **(Ver anexo#11)**. Esta afirmación se pudo constatar en las entrevistas realizadas a una parte de la población donde la mayor parte dijeron que su estado de salud es regular, y dentro de los criterios que alegan están los casos de tres personas de edad avanzada que plantean: "…a esta edad ya nadie se siente bien solo malestares y enfermedades, mi estado de salud es malo porque siempre estoy enferma y no salgo de una enfermedad". (Entrevista realizada a Reina Silveira Figueredo, 79 años)

La percepción de buen estado se vincula a la ausencia de enfermedad, y con respecto a los que se sienten bien que son la mínima parte de las personas entrevistadas, dicen que "… mi estado de salud es bueno porque tengo ninguna enfermedad y me siento en perfectas condiciones de salud". (Entrevista a Migdalia González, 36 años)

Las actividades que realizan las personas encuestadas para garantizar la cotidianidad familiar influyen en la percepción de su estado de salud. Muestra de

ello es que entre aquellas que refieren en sus prioridades las labores del hogar está la mayor concentración de personas que perciben un estado de salud malo, mientras que aquellas que declaran dedicarse a actividades como "la lucha, el meroliqueo", se encuentra una percepción positiva de su salud, lo que sostiene la concepción de la salud como una aptitud social y garantía del desempeño eficaz de los roles de cada individuo.

Los datos de nuestra investigación confirman que la manera en que las personas perciben su salud también es diferencial según el nivel escolar y el sexo. Las mujeres perciben en mayor frecuencia su salud como de regular o mala, mientras que los hombres lo hacen mayoritariamente de buena a regular; en tanto entre las personas de nivel primario se distingue una percepción regular y mala, los de preuniversitario tienden a percibirla de regular a buena, mientras que los universitarios la perciben mayoritariamente buena o regular.

En las persona de nivel escolar secundario encontramos el mayor % de aquellos que perciben su salud como regular y en los nivel primario se concentra una percepción mala. Las personas que habitan en viviendas en estado malo o regular, perciben de igual modo su estado de salud.

A pesar de la diversidad de creencias religiosas ubicadas entre la población estudiada, no se hallaron diferencias significativas entre éstas y la percepción del estado de salud. La diferenciabilidad según creencias, corresponde con el

comportamiento general de la percepción en el que prima la tendencia de ubicarlo de regular a malo.

Se observa una relación directamente proporcional entre la percepción del estado de salud y la valoración que los individuos hacen de la asistencia médica que reciben en el nivel primario de atención, ya que para las personas que perciben su estado de salud como bueno, la atención es buena, mientras que para quienes su salud es mala, consideran que la asistencia es igualmente deficiente.

En cuanto a la percepción del estado de salud a nivel comunitario, constatamos en las entrevistas realizadas que la mayoría de las personas la perciben de regular. Entre los principales criterios que estos exponen se encuentran "…que el carro de la basura pasa cuando le da la gana y las personas no saben dónde echar la basura y es por esto la cantidad de micros vertederos que atentan con la higiene e imagen de la comunidad". (Entrevista a comunitarios)

Otro de estos criterios, es referido a los piensan que el estado de salubridad de la comunidad es malo, siendo una menor parte de las personas entrevistadas, en los que alegan que "…es malísimamente mala ¨ por las malas condiciones de higiene y salud que presenta las áreas de la comunidad". Solo una mínima parte de los entrevistados alegan que es buena, señalando que "….mientras que no llueva todo está bien, porque cuando llueve se ensucian las calles y todos los alrededores de la comunidad", otro de estos gira en torno a "…lo que golpea a la comunidad es la presencia de muchas personas con problemas en los huesos".

Estos criterios coinciden con el de expertos entrevistados, comprobando que el estado de salubridad de la comunidad no es el más adecuado. El Médico de la familia plantea que "…las mayorías de las áreas de la comunidad tienen gran presencia de micro-vertederos, así como el fetalismo al aire libre, incidiendo los mismos en el incremento de las enfermedades como lo son el cólera, dengue, entre otras que atentan con la salud de las personas que habitan la misma".

Esto fundamenta la percepción de la comunidad en torno a que existen algunos factores que atentan de manera negativa a la calidad de vida y en las practicas de atención de salud de las personas que allí viven, dado esto por el poco sentido de pertenencia que tienen las personas de dicha comunidad con respecto a la limpieza y cuidado de los alrededores de la misma.

En la comunidad todavía quedan dificultades relacionadas con el cumplimiento de las funciones por parte de las instituciones sociales de la comunidad como es el caso de las de salud y otras organizaciones sociales en la coordinación y auto-gestión de medios y recursos para garantizar la limpieza e higiene de la comunidad, por tanto es un deber de las instituciones gubernamentales de cada territorio, conocer los problemas que persisten en los mismos y en correspondencia con sus peculiaridades, diseñar estrategias que tributen a su solución.

Sin embargo los criterios dados en las entrevistas aplicadas a los expertos expresan sus consideraciones de que el estado de salud de la comunidad no es

tan malo: "…en la comunidad lo que hay es más presencia de riesgos que atentan con la salud de las personas como lo son los accidentes automovilísticos y las ITS". (Entrevista al médico y a las enfermeras del consultorio médico)

De aquí se puede demostrar que existe una gran contradicción entre la percepción de las personas y los criterios de los expertos, lo que expresa el desconocimiento de éstos del valor de tener en cuenta la percepción de la población, ya que éste es expresión de un conjunto de factores tanto objetivos como subjetivos del proceso salud/enfermedad.

2.2.3.- Prácticas de atención: algunas particularidades.

Las prácticas de atención de salud están directamente relacionadas con la percepción de salud, influencias por los elementos socio-demográficos como lo son edad, sexo, nivel escolar, prácticas religiosas.

Atendiendo al nivel educacional de estas personas con relación al tipo de prácticas de atención de salud que estas asumen cuando se sienten enfermas, se puede observar que la automedicación tiene mayor presencia en aquellas personas que poseen un nivel educación universitario y preuniversitario preferentemente y en menor medida en los que poseen un nivel secundario. Los que declaran asistir al médico como su principal práctica de atención se ubican las personas de nivel escolar secundario y en un 15% los de pre-universitario y universidad. Los que

prefieren buscar consejos con los vecinos o familiares se encuentran entre las personas que poseen un nivel primario y los que refieren acudir con un santero, curandero, sobador, otros es expresada por un (5%) del nivel secundario.(Ver anexo#12).

Por lo que se puede deducir que las personas que tienen un mayor nivel educacional son las que tienen más tendencia asistir al médico en caso de enfermarse y sin embargo aquellas que tienen un nivel primario no lo hacen así. Además de que en las escuelas las personas reciben de manera curricular y extracurricular una formación que gira en torno a los hábitos de conductas y comportamiento social, respecto a la higiene de los hogares, la comunidad, y de aquellas enfermedades transmisibles, gran parte los miembros de la comunidad no manifiestan estas conductas, condicionado esto por las malas condiciones higiénicas del medio en que se han desarrollado los mismos, de aquí que incide de manera negativa en algunos casos en las practicas de atención de salud de estas personas.

En los criterios emitidos por la mayoría de las personas que fueron entrevistadas referidos a las prácticas de atención de salud que utilizan cuando se enferman alegan asisten al médico de la familia donde expresan: "… yo voy con el médico de la familia porque este es quien me puede recetar un tratamiento para mi enfermedad" (Entrevista a los comunitarios Diana Duanis Monje).

Para otras que prefieren auto-medicarse dicen: "…yo no voy al médico porque yo ya sé cuál es mi tratamiento para mi enfermedad y no es necesario asistir a este". (Entrevista a Ibrahim Del Castillo Soler)

En menor parte, aquellas personas que prefieren utilizar las medicinas tradicionales en las que expresan "…yo tomo primero las medicinas tradicionales y en caso de no mejorar entonces voy con el médico" (Entrevista a Mercedes Sánchez García). Se evidencia que las mujeres son las que tienen más tendencia a auto-medicarse y a utilizar medicinas tradicionales, y los hombres prefieren otras como lo es asistir al médico en caso de sentirse enfermos, lo quiere decir que estas personas a pesar de asistir al médico, también muchas de estas se auto-medican ya que conocen su tratamiento y otros prefieren asistir a otros como lo son utilizar la medicina tradicional o ir con un sobador para solucionar su problema de salud. De aquí que el uso de los servicios de atención primaria son relativos en dependencia del nivel educacional que presentan estas personas, incidiendo en muchos casos de manera negativa en la salud de los individuos, asociado esto al tipo de práctica de atención de salud utilizada por cada uno de estos.

En relación a la frecuencia con que estas personas asisten al médico, más de la mitad declara asistir a veces (55%), frecuentemente el 20% y el otro 25% no lo hace nunca. La frecuencia con la que asisten estas personas incide de manera negativa en la salud de estas ya que no se realizan un chequeo sistemático de su

salud y de aquí el alto índice de enfermedades que presentan gran parte de las personas que en esta comunidad viven.

Respecto a cuando estas personas acuden al médico en caso de enfermarse un (75%) acuden al CMF donde alegan que asumen esta conducta porque este servicio es el más cercano que les queda de su casa, aunque una parte de ellos alegan que la atención brindada no es la mejor hacia los pacientes que allí asisten con un problema de salud. Un importante grupo declara buscar asistencia en el cuerpo de guardia del hospital provincial (20%) y una mínima parte señala acudir al PPU (5%) (Ver anexo#13).

Estos juicios tienen relación con los criterios expresados en las entrevistas realizadas a la población donde casi la totalidad de los entrevistados expresaron que cuando se sienten enfermos acuden al CMF y toman esta decisión porque es el servicio médico que "me queda más cerca, mis condiciones físicas no me permiten acceder a otro servicio de mejor calidad" (Entrevista a Lina Esparraguera Brugal).

Otros alegan lo siguiente "…yo prefiero asistir en caso de enfermarme al hospital provincial porque es más seguro y en este prestan un mejor servicio de salud y en CMF de la comunidad casi nunca hay médico de la familia para atender a los personas enfermas que allí llegan" (Entrevista a Leonardo E. Sánchez Goulet).

La mayoría de estos criterios coinciden con los expresados por los expertos donde dicen que (Entrevista al médico de la familia y las enfermeras) "… las personas cuando se enferman a los primeros servicios de salud que acceden en primera instancia es al CMF y en caso de este encontrarse cerrado acceden a otros servicios como lo son el PPU y el cuerpo de guardia del Hospital Provincial", entre otros. Por lo que se puede evidenciar que las personas de esta comunidad acceden más al CMF que a otros centros de atención primaria de salud, prevaleciendo los criterios de que lo hacen por ser el servicio de salud más cercano para atenderse, pero descartando que en este los servicios de atención primaria brindados no sean los mejores. Esto incide de manera negativa en la auto-percepción de salud y las practicas de atención de salud manejada por los individuos e incidiendo en gran medida en la salud de los mismos.

Con relación a la calidad de la asistencia médica se puede decir que casi la mitad de las personas encuestadas alegan que es regular (40%) y el otro por ciento restantes es referido a los que alegan que es buena y mala(30%) en ambos casos, donde los que refieren que es buena. Siendo de igual por ciento en la entrevista realizada a la población en la cual se pudo obtener como información que la asistencia médica que le prestan a estas personas en estos centros, la gran mayoría emiten criterios acerca del mismo donde los catalogan como regular y muchas de estas personas alegan que (Entrevista a comunitarios) "…en el consultorio hay inestabilidad de los médicos de la familia, por lo que no tienen un

seguimiento fijo para la enfermedad que padecen estas personas, porque cada vez que llega uno nuevo le cambian el tratamiento y casi siempre el consultorio permanece cerrado", otros dicen que "…esto de la salud está por el piso y pienso que se le debe de poner orden a esto porque las personas somos las afectadas", y tan solo la (Entrevista a la compañera Yanelis Reyes Ricardo) alego que "…la salud es buena pero no veo que profundizan en la atención a los pacientes, por lo que veo es superficial la atención prestada".

En la observación realizada se pudo apreciar que la atención a las personas en los servicios de atención primaria de salud no es la mejor, ya que el trato dado a estas personas no es el más adecuado, mediado este en muchas ocasiones por las condiciones que presentan estas, causando desmotivación en estas y en muchas ocasiones el CMF permanece cerrado y casi nunca está el médico de la familia.

No siendo el caso de las opiniones expuestas por los expertos entrevistados acerca de la asistencia médica que se les brinda a estas personas donde el médico de la familia alega que ¨…la asistencia médica que se les brinda a las personas que necesitan de la misma a nuestra consideración es buena ¨. Aquí se manifiesta otra gran contradicción de criterios entre las personas de la comunidad con los expertos entrevistados, ya que para estas personas la asistencia médica prestada a las personas que allí asiste no es de la calidad requerida y por tanto crea desmotivación en la población, por lo que se puede apreciar que la prestación de los servicios de atención primaria de salud no son de la calidad que estos

requieren, de manera que han impactado de manera negativa en gran parte de la población, ya que el mayor por ciento de las mujeres encuestadas alegan que la prestación que le dan en estos servicios de salud son regulares y malos en muchas ocasiones, por lo que en mi rol de investigador puedo interpretar que las valoraciones expuestas por los expertos con respecto a la calidad de la asistencia médica brindada giran en función a preservar su status social que tiene los mismos en este medio social, por lo que las respuestas son enfocadas en este sentido y no reconocen que esta asistencia no es la mejor.

CONCLUSIONES

- En los estudios en torno al proceso salud enfermedad, ha estado ausente la perspectiva sociológica que ubique el peso específico del contexto social y en especial, la situación de pobreza, en las alternativas de atención y las percepciones de los individuos estudiados.

- Para acercarnos a esta problemática nos auxiliaremos de una perspectiva sociológica que toma elementos de la Sociología de la Cultura, en especial la concepción de espacio social de P. Bourdieu, para estudiar la interacción de distintos factores sociales en el proceso salud/enfermedad y su incidencia en las percepciones y prácticas de atención, entendidas desde el paradigma socio sanitario que desarrolla la Sociología de la Salud. El enfoque relacional resulta la herramienta que integra ambas perspectivas de análisis, al permitirnos comprender que en ese espacio social donde predominan las condiciones de pobreza, interactúan las distintas formas de capital social, expresión de un habitus y un campus que determinan las prácticas de salud la población.

- En el escenario objeto del estudio empírico, interactúan al menos tres componentes del proceso salud/enfermedad: el paciente (que incluye la interacción familiar), el agente de salud (Médico y enfermera de la familia y personal de la APS), la comunidad que habitan.

- Las comunidades en situación de vulnerabilidad social demandan una atención diferenciada por los eslabones del sistema de salud, en especial la Atención Primaria de Salud, debiéndose tener en cuenta que las condiciones de desempleo, precariedad laboral, contaminación ambiental, calidad del agua, mal tratamiento de los residuales; matizan los patrones de comportamiento en salud, traducidos en prácticas y estilos inadecuados de vida, en la búsqueda de alternativas de curación y sanación no institucionalizadas, a la automedicación y otras manifestaciones que muchas veces ponen en riesgo la vida de las personas y que propician la aparición de brotes epidémicos de gran repercusión social.

- Identificar adecuadamente los factores sociales que inciden en el proceso salud/enfermedad en un espacio social con marcadores de pobreza, contribuye a establecer la relación entre la percepción que de su salud tienen las personas y las prácticas de atención que asumen ante los problemas de salud.

- El estudio empírico desarrollado indica que la percepción del estado de salud de la población estudiada es valorado como de regular por la mayor parte de los encuestados. Confirma que la percepción del estado de salud es diferencial según sexos, al ser las mujeres las que manifiestan mayoritariamente una percepción regular o mala de su estado de salud. El nivel escolar condiciona de igual manera la percepción lo que se corrobora

al constatarse que las personas de nivel primario y secundario clasifican su salud de regular a mala; mientras que aquellas que no tienen un ingreso económico estable perciben desfavorablemente su salud. Entre las personas mayores de 65 años se encuentran principalmente las que perciben su estado de salud de forma deficiente.

- Las prácticas de atención que asumen los habitantes de esta circunscripción se vinculan principalmente con la asistencia al médico, la que no es diferencial según creencias religiosas, pero si por sexos y edades. Es de considerar otras prácticas de atención puestas de manifiesto entre los encuestados las que deben ser interpretadas como respuesta a las carencias asistenciales que encuentran en el nivel primario de atención de salud.

RECOMENDACIONES:

Por Por tanto se recomienda:

- A la Dirección de Área de Salud "Ramón López Peña" tomar en cuenta los resultados de esta investigación en su diseño de acciones para mejorar los servicios de atención que brinda.
- Al personal de salud del Consultorio No.11 del Área de Salud "Ramón López Peña":
- Incorporar las valoraciones sobre la percepción del estado de salud de la población en el Análisis de la Situación de Salud, como indicador de demanda de servicios de salud, de valor predictivo respecto a la mortalidad y morbilidad.
- Realizar actividades de promoción y sensibilización desde el enfoque de las experiencias vividas en prácticas de atención de salud, que favorezcan el acceso a los servicios de salud de la atención primaria, en especial los adultos mayores.
- Realizar actividades de orientación que promuevan las prácticas de atención de carácter preventivo entre la población.
- Al equipo de investigadores del CESCA:

  Que desarrolle acciones de capacitación con los actores y líderes comunitarios para el trabajo con las personas en situación de vulnerabilidad social, que faciliten los diálogos entre los distintos agentes de salud.

[1] Por ejemplo, Mirta Latanzzi en el artículo "*Enfermedades sociales, Drogadicción y alcoholismo"* al estudiar la criminalidad en México, en Tarapopo, se plantea que los "Factores sociales, son los que pueden hacer que incremente la criminalidad en un territorio; pueden ser orgánicos, fisiológicas, patológicas, influencias externas como el medio en el que se desarrollan los primeros años de su vida, la carencia de afecto y atención por parte de los padres o simplemente mala orientación". Página 36

[2] Una perspectiva histórica al respecto, la ofrecen Sánchez G, Merelles, A et al en Enfermería Profesional. Editorial Mac Gran Hill Interamericana. Madrid, 1998. Pag 23-33

[3] Alfred Grotjan, importante epidemiólogo alemán, centra sus esfuerzos en mostrar la importancia de los factores sociales, elaborando un esquema, donde señala que las condiciones sociales crean o favorecen la predisposición a enfermar; son las portadoras de las condiciones a enfermar, son eslabones intermedios de la patogenia e influyen en la evolución de ellas.

Bibliografía

1. Acosta Sariego, J. 2008. Comentarios al artículo "Territorio y contextos en la salud de la población" Rev. Cubana de Salud Pública. v.34 n.1 Ciudad de La Habana ene-mar. 2008.
2. Albizu-Campos, J. 2004 “La mortalidad en Cuba. Transición, desarrollo y cambios”, Seminario Internacional sobre Desarrollo Regional, Tlaxcala, México.
3. Álvarez Alvarez, F. 2008. La dimensión cultural del desarrollo local. Una experiencia del Oriente cubano. Tesis defendida en opción al grado científico de doctor en Ciencias Sociológicas. Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, Cuba.
4. Alves, L. (2005). Determinantes de la autopercpeción de salud entre individuos del Municipio Sao Paolo, Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública, 17 (5-6).
5. Ares, P. 2010. Prólogo, Familia y pobreza en Cuba Estudio de casos. Editorial Ciencias Sociales, La Habana.
6. Arias, M. 2011. La triangulación metodológica: principios, alcances y tendencias. , México McGrawHill.
7. Artiles, L. 2009. Marco Antropológico "generalizado" como herramienta de aplicación de los determinantes sociales en la práctica social. En: Rojas Ochoa F, Márquez M, compiladores. ALAMES en la Memoria. Selección de lecturas. La Habana: Editorial Caminos.
8. Azpiazu, M. Factores asociados al mal estado de salud percibido en adultos mayores de 65 años. Revista española de Salud Pública, 76 (6).
9. Batiseta Moliner, Sansó Soberat F, Feal Cañizares P, Lorenzo A, Corratgé Delgado H. 2001. La dispensarización: una vía para la evaluación del proceso salud-enfermedad. Rev Cubana Med Gen Integr; 17(2):109-20.
10. Borges-Yanes, S. (2008). Usos de servicios de salud en población mayor de 60 años en Mexico. Revista de Salud Pública Mexicana, 40:13-23.
11. Caballero, T; Guzmán O. (2012). La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Revista Santiago 128. Pág. 337

12. Delgado García, G. 2005. Antecedentes históricos de la atención primaria de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública v.31 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun.
13. De Miguel, A. (2001). La percepción de salud de los españoles. Revista Reis, No. 113.
14. Donati, P. 2006. Paradigma médico y paradigma sociológico: las bases teóricas de la sociología sanitaria, en Sociología y Política de Salud. Selección de Lecturas Editorial Félix Varela, La Habana.
15. Durkheim, E. (2000). Las reglas del método sociológico. Alianza Editorial. Madrid.
16. Durán, M. 2006. "Las perspectivas sociológicas en el estudio de la salud y la enfermedad. Problemas metodológicos" en Sociología y Política de Salud. Selección de Lecturas Editorial Félix Varela, La Habana.
17. Espina Prieto, M. 2008. Viejas y nuevas desigualdades en Cuba, en Revista NUEVA SOCIEDAD No 216, julio-agosto d.e 2008.
18. _____. 2003. "Territorialización de las desigualdades y reestratificación de los ingresos. Nuevos escenarios y retos para la seguridad social en Cuba" en Witte, Lothar (ed.) *Seguridad social en Cuba. Diagnósticos, retos y perspectivas* (Caracas: Nueva Sociedad).
19. Ferriol, Ángela. 2004. Política social y desarrollo. Un aproximación global, en Cepal, INIE y PNUD: Política social y reformas estructurales: Cuba a principios del siglo XXI, Cepal / INIE / PNUD, México.
20. Giddens, A y Turner, J. La teoría social hoy. (2001). Alianza Editorial. Madrid.
21. Gómez, G; Flores, G; Jiménez, G. (2004). Metodología de la Investigación Cualitativa. Editorial Félix Varela. La Habana.
22. Fleitas, R. (2006). Sociología y políticas de salud .Selección de lecturas. Editorial Félix Varela, La Habana.
23. Figueras, M; Everleny, O. (2008). La realidad de lo imposible. La salud pública en Cuba. Editorial Ciencias Sociales, LA Habana.
24. Gómez R; Gil G; Jiménez J. (2004). Metodología de la Investigación Cualitativa. Editorial Félix Varela .La Habana.

25. Hemilse, M. (2011). La integración de metodologías: algunas posturas acerca de sus posibilidades y dificultades. Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

26. Hernández, R. (2003). Metodología de la investigación. 3era. Edición, México McGrawHill.

27. Iñíguez, Luisa y Omar Pérez Villanueva. 2006. Espacio, territorio y desigualdades sociales en Cuba, precedencias y sobreimposiciones, en Omar Pérez Villanueva (comp.): Reflexiones sobre la economía cubana, Ciencias Sociales, La Habana.

28. Lineamientos de la política económica y social del Partido Comunista de Cuba, VI Congreso. Editorial Ciencias Sociales, Abril de 2011.

29. Louro Bernal, I. 2003. La familia en la determinación de la salud. Revista Cubana de Salud Pública. v.29 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar.

30. Ibarra, F, (2004). Metodología de la Investigación Social. Editorial Pueblo y Educación. La Habana.

31. Martínez Tena Alicia; Illescas Nájera Idalia. 2007. Los estudios de la cultura en el desarrollo comunitario. Estudios culturales, cultura y desarrollo comunitario. Monografías uo.edu.cu

32. Méndez, Elier y María del Carmen Lloret. 2005. Índice de Desarrollo Humano a nivel territorial en Cuba. Periodo 1985-2000 en *Revista Cubana de Salud Pública* vol. 31 No 2, La Habana.

33. MINSAP. Programa del Médico y Enfermera de la familia. ECIMED. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 2011.

34. Moncada Santos, M. ¿Sociología de la salud para el Subdesarrollo? Revista Santiago, No. 98, 2002. Universidad de Oriente.

35. _____. (2002). El papel de la Sociología en el estudio de los factores sociales en problemas de salud. Tesis en opción a título de Doctora en Sociología. Universidad de Oriente.

36. _____. (2013). Contextualizando la relación pobreza, salud e inclusión social desde una mirada a la atención primaria de salud como espacio social". Revista Caribeña de Ciencias Sociales, Noviembre.

37. Rodríguez, P. (2011). Los Marginales de las Alturas del Mirador. Un estudio de casos. Ediciones Fuente Viva. Fundación Fernando Ortiz. La Habana.
38. Rodríguez, J. (1997). Salud y sociedad. Análisis sociológico de la estructura y la dinámica del sector sanitario español. Editorial Alianza Madrid.
39. Rojas Ochoa, F. 2003. El desarrollo de la economía global y su impacto sobre las políticas de salud, en Revista Cubana de Salud Pública; v.29 n.3. Ciudad de La Habana.
40. Romero, O. (2014). Análisis sociológico de los factores sociales que limitan el acceso a los servicios de salud a los pobladores de la comunidad rural "Cantarrana", perteneciente al municipio Baracoa. Tesis para optar por el título de Licenciado en Sociología. Universidad de Oriente.
41. Sautu, R. (2005). Manual de Metodología de la Investigación. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología. CLACSO, Colección Campus Virtual, Buenos Aires, Argentina.
42. SANSÓ SOBERATS, FÉLIX J. *2005.* Veinte años del modelo cubano de medicina familiar. Revista Cubana de Salud Pública.V.31 n.2; Ciudad de La Habana, abr.-jun.
43. Seculi, E. (2001). Percepción del estado de salud en varones y mujeres en los últimas etapas de la vida, revista Gaceta Sanitiaria, 15: 217-23
44. Organización Mundial de la Salud. (2010). Sobre la Teoría y Práctica de la Salud Pública: Un debate, múltiples perspectivas. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos # 98.
45. Organización Panamericana de Salud. (2011). La Salud y el desarrollo humano. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos # 99.
46. PNUD. Informe sobre desarrollo humano 2006. Madrid: Grupo Mundi-Prensa; 2006.
47. VILLARREAL VALERA, JOSÉ ALFREDO: Sociología y conflictividad en la Atención Primaria de Salud. Revista Santiago No.127/2012. Universidad de Oriente. ISSN 0048-9115.

48. _____. (2012). La dimensión cultural en la Atención Primaria de Salud: interacción prácticas culturales comunitarias-práctica médica familiar. Tesis para optar por el Grado científico de Doctor en Ciencias Sociológicas. Universidad de Oriente.
49. Zabala, M. Jefatura femenina de hogar, pobreza urbana y exclusión social. Una perspectiva desde la subjetividad en el contexto cubano. Editorial Ciencias Sociales. La Habana.
50. _____. 2010. Familia y pobreza en Cuba Estudio de casos. Editorial Ciencias Sociales, La Habana.

Webgrafía

1. Castro Ruz, Fidel. Discurso pronunciado en la cumbre Iberoamericana de 1993. http://herzog.economia.unam.mx/secss/docs/tesisfe/LozanoTD/intro.pdf
2. Departamento de Salud Pública .Universidad de Alicante: El enfoque de género en las noticias de salud. Consultado en cantero@ua.es 5/3/12/8:24am
3. Domínguez Alonso, Enma y Zaca Eduardo: El Sistema de salud de Cuba. La Habana ,2011. Consultado en http://bvs.sld.cu/uats/articilos.
4. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud: Las barreras culturales en el acceso a los servicios de salud. Su papel en el acceso de la población usuaria .México .Consultado en : www.dgplades.salud.gob.mx 12/2/11/ 9:00am
5. Gandía Hernández, Eleuterio: Sistema de creencias y prácticas ligadas a la salud en la ciudad de Villena .Tesis en opción a título de Doctor en Sociología... Universidad de Alicante, 1999. Consultado en: rua.ua.es/despase/bitstream/10045/.
6. Hemilse Acevedo, María: La integración de metodologías: algunas posturas acerca de sus posibilidades y dificultades, en Contribuciones a las Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires, Argentina, mayo 2011, pág.3 .Consultado en: www.eumed.net/rev/cccss/12/ 8/2/13/9:00am.

7. HuatucoCollantes, ZoelAnibal: Tesis presentada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina para la obtención del grado de Maestría. Factores organizacionales y socioculturales que limitan el acceso a los servicios de salud en el Asentamiento Humano Medina Paredes. Consultado en : http://bases.bireme.br 5/2/13/7:40am
8. Iñiguez Rojas, Luisa: Aproximación a la evolución de los cambios en los servicios de salud en Cuba .Consultado en: bvs.sld.cu/revistas/spu/vol38 13/5/12/ 8:30am.
9. La Parra Casado, Daniel: La Atención a la Salud en el Hogar. Desigualdades y Tendencias. Universidad de Alicante, Campus de San Vicente .Consultado en: http://publicaciones.ua.es. 25/5/12/9:35 pm.
10. Mirta Latanzzi: *Enfermedades sociales, Drogadicción y alcoholismo*.www.monografias.com. Consultada 15 enero el 2009, pág.2.
11. Urdinola, Diego Ángel, Tanabe, Kimie: Acceso y calidad de los servicios en Nicaragua después de una década de reformas. Consultado en: siteresources.worldbank.org

Anexo #1

Guía de Observación

Tipo de Observación: no participante

Fecha: 13, 16 de octubre del 2014

Tiempo de Observación: 6 horas.

Lugar: Circunscripción 162 del Reparto Flores

Objetivo: observar cómo se manifiestan las prácticas de salud, condiciones de vida de las personas y salubridad de la comunidad.

Áreas específicas: Circunscripción 162

Indicadores a medir:

- ✓ Condiciones de vida
- ✓ Estado de salud de la comunidad y de los individuos
- ✓ Modo de comportamiento
- ✓ Actividades que realizan

Anexo #2

Cuestionario

El departamento de Sociología de la Universidad de Oriente de conjunto con el Centro de Estudio Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales, realiza una investigación sobre percepción de salud y prácticas de atención, para la cual requerimos de su colaboración y le garantizamos de antemano el anonimato de su información.

Marque con una **(X)** en las opciones según corresponda:

I.-

1. Edad ___ 2. Sexo: M ___ F ___

3. Nivel Escolar: Primario ___ S/B ___ Pre Univ/Tec. Medio ___ Universitario ___

4. Ocupación:

4.1. Empleado:

Trabajador Estatal ___ Cuenta propia ___ ONG ___ Empresa privada ___Otras ___

4.2. Desempleado ___ 4.3. Beneficiado Seguridad Social ___

II.-

1. Fuentes de ingreso: Salario ___ Remesas ___ Seguridad Social ___ Otras

III.

1. Cuál es el estado de su vivienda? Bueno ___ Regular ___ Malo___

IV. Diga cuántas personas integran su núcleo familiar _____

1. Marque los parientes que viven con usted.

_____ Mamá ___ Papá ____ Abuela /o ____ Hermana/o ____ Tíos/a Primos _____ Suegros ____ Otros

Mencione otros: _____

1. ¿Cuáles son las actividades de la vida cotidiana que usted realiza?
   ___Buscar alimentos
   ___Atención de los hijos
   ___Atención de los padres y ancianos
   ___Trabajar para sustentar económicamente la familia
   ___Atender la limpieza del hogar, cocinar y otras labores hogareñas
   ___Atender a mis padres ancianos ___Otras ¿Cuáles?

2. ¿Qué tipo de actividad realiza usted de manera priorizada?

___Actividades dentro del hogar ___Actividades fuera del hogar

3. ¿Qué tipo de creencia religiosa usted profesa?

___Cultos afrocubanos ___Católica ___Protestante ___Ninguna
___ Otras ¿cuáles?

4. ¿Cuál es la percepción de su estado de salud?

___Positiva (me siento en perfectas condiciones de salud)
___Negativa (me considero una persona enferma)
___Regular (tengo algunos problemas de salud)
___No opina

5. ¿Cuándo usted se enferma que practicas de atención de salud usted utiliza?

___ Auto-medicarse
___ Asistir al medico
___Buscar consejo de vecinos o familiares
___ Acudir a un santero, curandero, sobador, otros.
___Otras ¿cuáles?

a) ¿Cuándo usted acude al médico a donde lo hace?:

___Acude al CMF ___Acude al PPU ___Acude a cuerpo de guardia del hospital provincia

6. ¿Con que frecuencia usted acude al médico?

___Frecuentemente ___A veces ___Nunca

7. ¿Podría explicarnos por que asume la conducta antes descrita?

8. ¿La asistencia médica a la que usted tiene acceso es:

___Buena ___Mala ___Regular

Anexo# 3

Entrevista a expertos

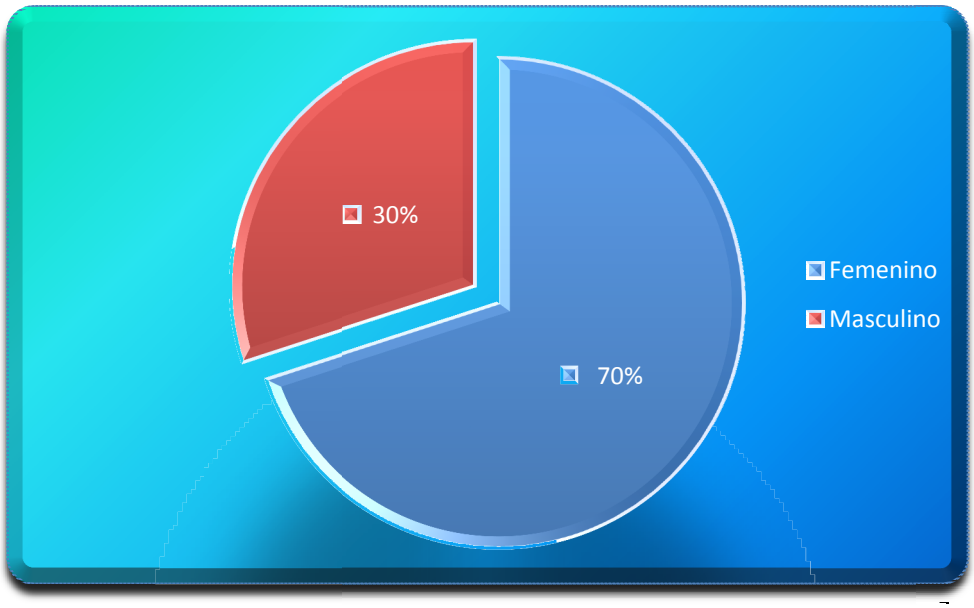
1. ¿Cómo valora usted el estado de salubridad de su comunidad?, ¿cuáles son las principales problemáticas que afectan la salud en la comunidad?
2. ¿Qué tipo de prácticas religiosas están presentes en la comunidad? Influyen de alguna manera en el estado de salud de la población? (positiva o negativamente)
3. ¿Cómo valora el estado de salud de las personas de dicha comunidad? ¿Cuáles factores inciden en él?
4. ¿Los servicios de salud que se brindan están igualmente accesibles a toda la población? ¿Se ven afectados los ancianos de asistir a algún servicio de salud?
5. ¿Cuando una persona enferma, a donde acude en primera instancia?
6. ¿Cómo usted valora la asistencia médica que se les brinda a estas personas?
7. ¿Cómo valora usted la relación de la población con el personal médico que lo atiende?

Anexo# 4

Entrevista a la población

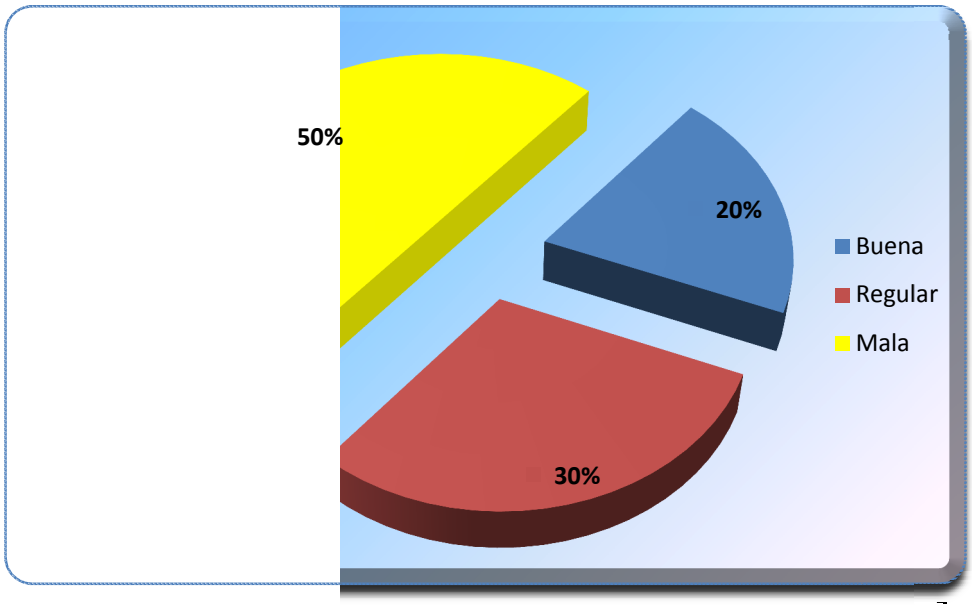
1. ¿Cómo valora usted el estado de salubridad de su comunidad?
2. ¿Qué tipo de actividad realiza usted fuera del hogar?
3. ¿Cuáles son las prioridades de la vida cotidiana que usted realiza?
4. ¿Qué tipo de prácticas religiosas usted practica?
5. ¿Cuál es su percepción con respecto a su estado de salud?
6. ¿Cuándo usted se enferma que practicas de atención de salud usted utiliza?
7. ¿Cuándo usted se siente enfermo a donde acude?
8. ¿Podría explicarnos por que asume la conducta antes descrita?
9. ¿La asistencia médica a la que usted tiene acceso cómo es?
10. ¿Cómo valora usted la relación con su médico?

Anexo # 5. Distribución de la muestra según sexo.



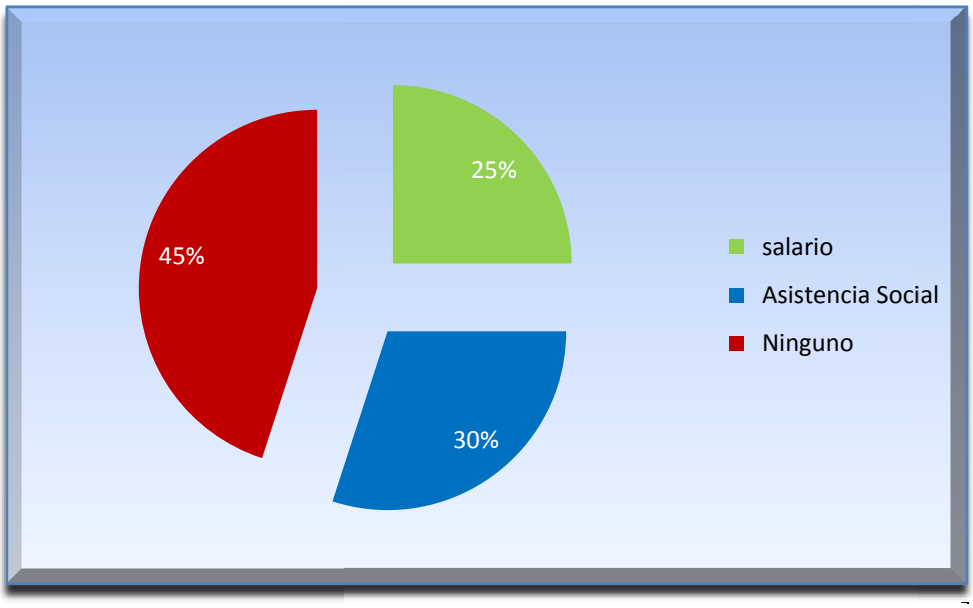
Fuente: Elaboración propia

Anexo # 6 Condiciones de las viviendas en la muestra.



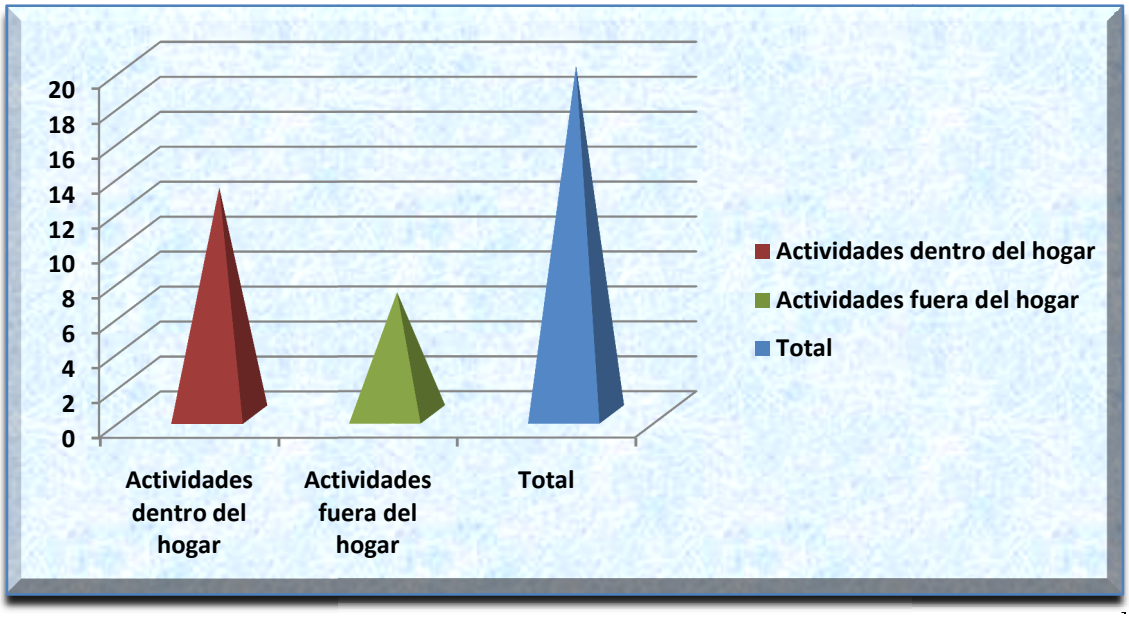
Fuente: Elaboración propia

Anexo # 7 Principales fuentes de ingreso en familias.



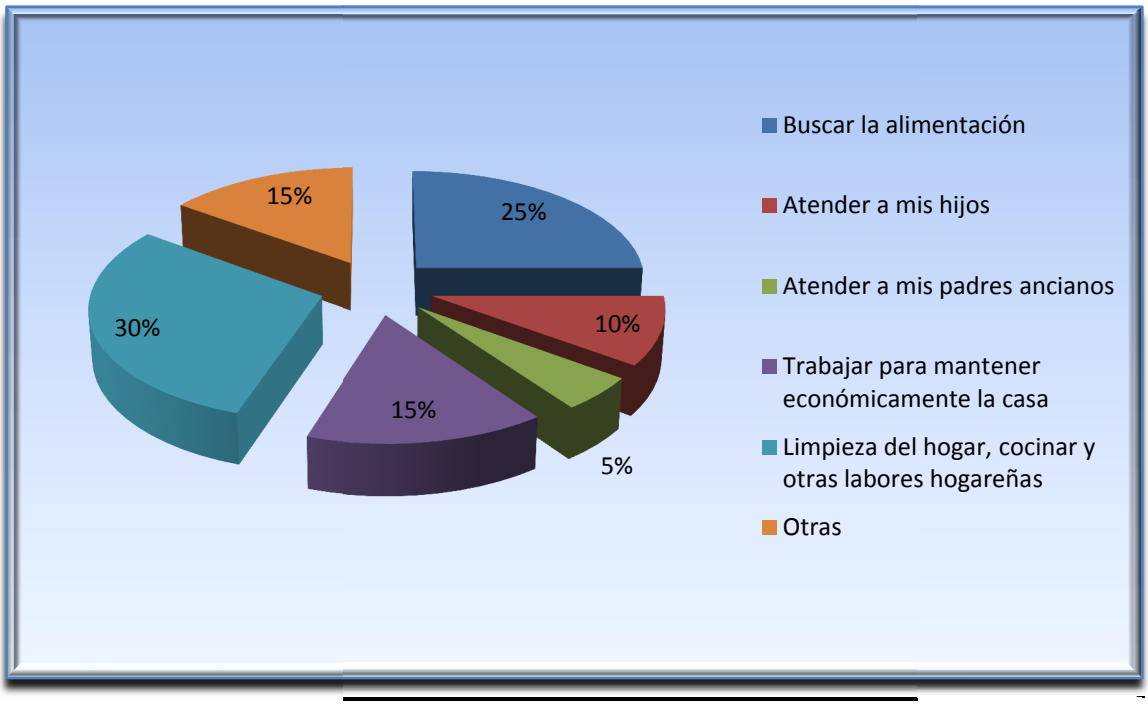
Fuente: Elaboración propia

*Anexo # 8 A*ctividades de manera priorizada que realizan las personas.



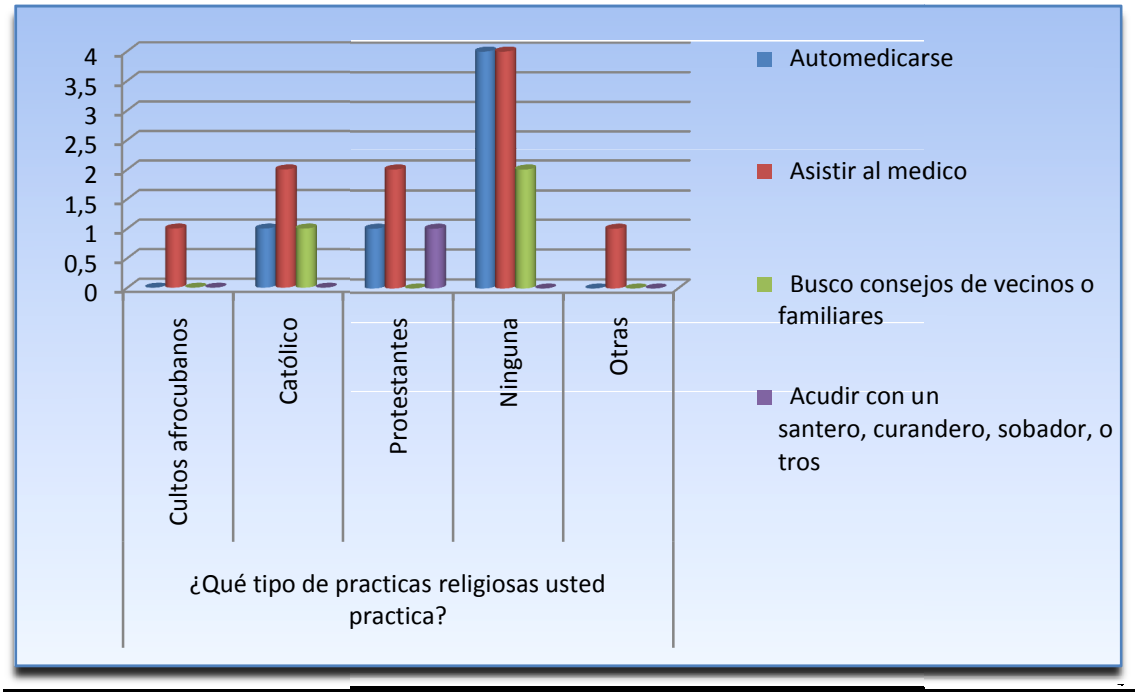
Fuente: Elaboración propia

Anexo # 9 Actividades desempeñadas por las personas en su familia.



Fuente: Elaboración propia

Anexo # 10 Prácticas de atención de salud en relación con las prácticas religiosas que realizan estas personas.

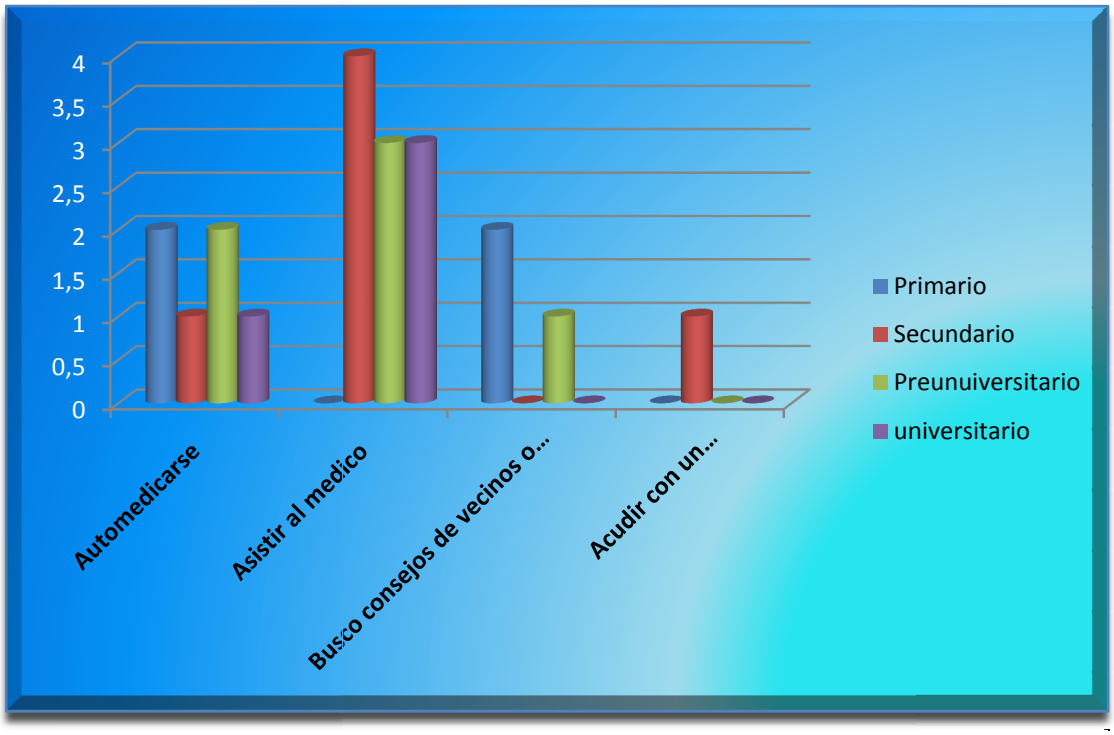


Fuente: Elaboración propia

Anexo # 11 Percepción del estado de salud de las personas según grupos de edades.

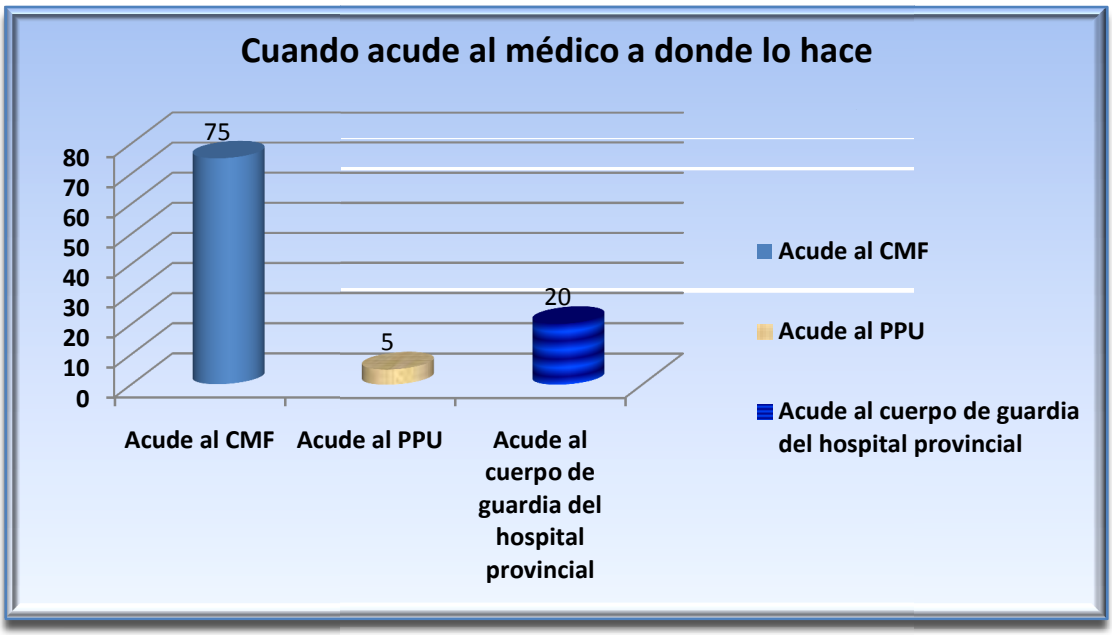
Fuente: Elaboración propia

Anexo # 12 Práctica de atención de salud utilizada por las personas y su relación con el nivel escolar.



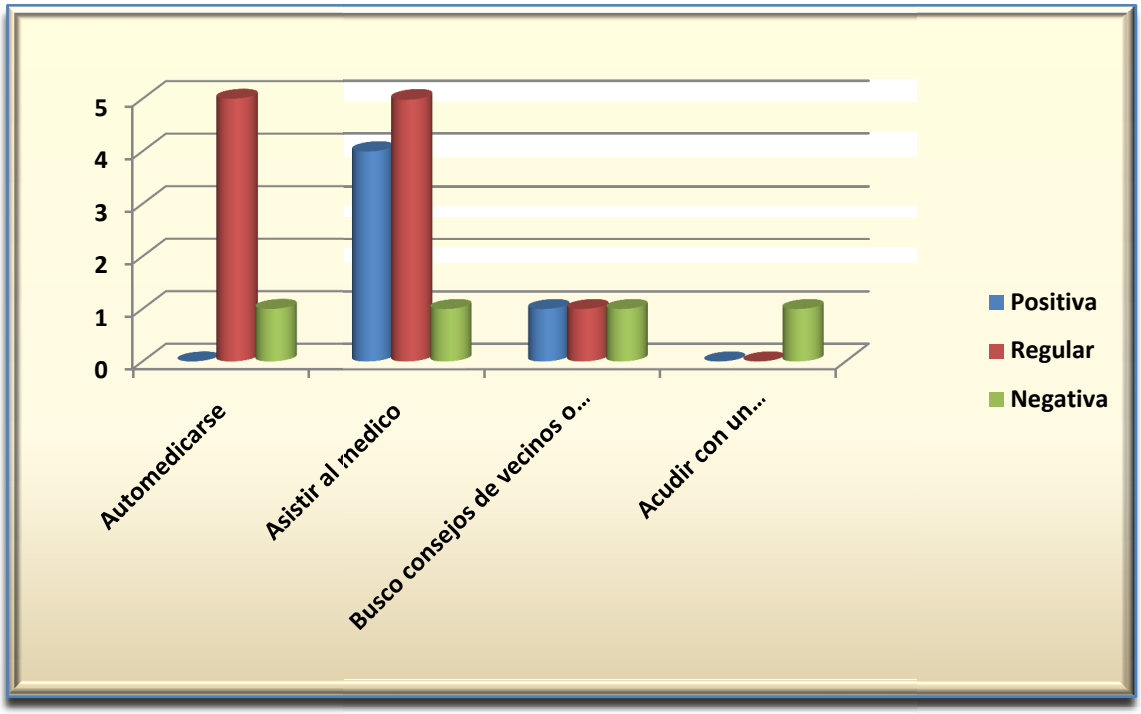
Fuente: Elaboración propia

Anexo#13 Cuando acude al médico a donde lo hace



Fuente: Elaboración propia

Anexo#14 Prácticas de atención se salud que utilizan las personas y la percepción del estado de salud de las personas.



Fuente: Elaboración propia