

# SALUD COMUNITARIA

ENFOQUE DE DESARROLLO



*Autora:*

**Dana Melva Navarro Arroyo**

*Dra. Gestión y Ciencias de la Educación  
Ms. Enf. Salud Familiar y Comunitaria*

SALUD COMUNITARIA  
ENFOQUE DE DESARROLLO HUMANO  
2007, DANA MELVA NAVARRO ARROYO

Dra. En Gestión y Ciencias de la Educación

Ms. En Enfermería Salud Familiar y Comunitaria.

Lic. Enfermería

Docente de la Escuela Académico Profesional de Enfermería –  
Universidad Nacional del Santa.

Queda prohibida la reproducción total de este texto por cualquier medio o procedimiento sin la autorización escrita de la autora, bajo las sanciones establecidas por las leyes. Se autoriza con fines educativos la reproducción parcial de algunos elementos del mismo; citando la procedencia: autora y Salud Comunitaria – Enfoque de Desarrollo Humano.

---

---

## MODELO ESTRATEGICO PARA EL DESARROLLO COMUNITARIO (MEDECO)

### I. PRESENTACION

El Modelo Estratégico para el Desarrollo Comunitario se ha formulado en base a las experiencias, hechos y resultados obtenidos de las investigaciones y aplicaciones en las diferentes áreas de atención a la persona, familia y comunidad de la autora, desde los años 1991 aproximadamente en CARITAS DIOCESANA de Chimbote, como Coordinadora del área de Salud Mujer y en la ejecución de programas de formación de Agentes Comunitarios de Salud en el ámbito urbano, urbano marginal y rural. Así mismo, como docente de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa; en las diferentes asignaturas asumidas hasta la fecha (Pediatria, Materno Infantil, Epidemiología, Enfermería Comunitaria, Metodología de la Enseñanza en Enfermería, Enfermería en Salud Mental y Psiquiatria, Metodología de la Investigación, Tesis I y Tesis II).

Los cuales contribuyeron a mejorar el nivel de vida y de desarrollo de las personas y comunidades favorecidas con las acciones de salud; por lo que motivaron a Diseñar una metodología científica, sencilla y estratégica para lograr el bienestar de la persona, de la familia y de la comunidad; la cual se fue construyendo paulatinamente con un enfoque constructivista y de corresponsabilidad con los participantes en la ejecución del modelo, que se fue sistematizando tratando de conservar siempre la autenticidad cultural de cada comunidad,

fomentando el respeto, valor a la vida y la dignidad de las personas, familias y comunidades; motivándolos a descubrir sus capacidades para ser los protagonistas de su desarrollo personal, familiar y social, demostrando y respondiendo favorablemente a través de la organización y participación comunitaria.

La experiencia profesional de la Dra. Navarro, ha sido adquirida a través de su contacto directo con los miembros de las comunidades, su investigación, su docencia, sus escritos y comunicaciones que la han permitido revolucionar los conocimientos sobre el desarrollo comunitario.

Este Modelo se ha ido aplicando en las comunidades de Santo Domingo del Distrito de Chimbote en el año 1997, San Felipe Distrito de Nuevo Chimbote en el año 1998, San José en el Distrito de Santa en el año 1999, Los Cedros y Los Jardines en el Distrito de Nuevo Chimbote en los años 2000 y 2001 respectivamente. En estos cinco años, todos los participantes hemos ganado y aprendido algo, es decir a visualizar y comprender que frente a las difíciles condiciones de vida y salud de las personas y comunidades nadie sobra, todos tenemos algo que enseñar y compartir.

Presentamos este modelo en el intento de responder adecuada y objetivamente a las exigencias y necesidades de la población y con la intención de poder transmitir “el cómo” y “por qué” de nuestra experiencia. Por haberla vivido como actores, somos conscientes del gran potencial de acción para la salud, del espacio local y de la participación comunitaria.

La compleja realidad cultural, geográfica y social de las diferentes comunidades de los Distritos de Santa, Chimbote y Nuevo Chimbote han permitido ejecutar el modelo propuesto, por lo que es posible adecuarlo a otros espacios comunitarios para trazar y conducir el desarrollo comunitario y así aproximarnos a los anhelos de bienestar de cada poblador.

Este Modelo ha facilitado la profundización en el conocimiento del estado de salud de las cinco comunidades de los distritos antes mencionados y generar un proceso participativo de trabajo en este campo en la que construimos un Modelo Estratégico de Desarrollo Comunitario (MEDECO) a través del método de Investigación Acción Participativa (IAP). Con el propósito de ir transformando y contribuyendo al desarrollo de las comunidades a través de la experiencia en salud centrada en el conocimiento de la realidad, la organización y participación de los actores sociales.

## ***II. ELEMENTOS DEL MODELO:***

Una demanda de hoy es aportar en la formación de profesionales con una excelencia académica y un permanente compromiso social. Queremos contribuir desde el ámbito universitario, a educar a profesionales de la salud con sólidos conocimientos teóricos y metodológicos, formados en y para el planteamiento de alternativas que apunten a la solución de nuestros problemas, así como al diseño de acciones para hacer realizables los derechos ciudadanos y a la aspiración del desarrollo de una sociedad democrática, justa y equitativa.

---

La actual coyuntura latinoamericana impone a los profesionales de salud una práctica orientada a crear condiciones objetivas como sociales para la modernización de las ciudades. Un signo de la época es el cambio a partir del desarrollo de la persona. Es la búsqueda de la auto-dependencia, de la trascendencia y autoafirmación del ser. En este contexto se requiere de la formación de actores sociales protagonistas del desarrollo.

El Modelo Estratégico para el Desarrollo Comunitario (MEDECO) es un bosquejo organizado que pretende simplificar la realidad del trabajo comunitario, estableciendo las directrices en forma clara y explícita del ejercicio del profesional de salud en este ámbito; así como la implementación de estrategias para desarrollar la acción comunitaria, el autocuidado y fortalecimiento del rol profesional buscando que la comunidad tome medidas para lograr su propio desarrollo.

Esta experiencia debe analizarse desde una perspectiva de bienestar social, donde sus objetivos principales son:

- ❖ Preservar la dignidad humana,
- ❖ Promover el desarrollo y el bienestar total de la comunidad.

Sus ejes centrales son la organización y la participación comunitaria. La orientación general de este modelo está centrada en el método de Investigación Acción Participativa, en las estrategias de Atención Primaria, Educación Popular y la Planificación estratégica.

El bienestar social se refiere al grado en que la comunidad, sector social o sociedad han satisfecho las necesidades humanas fundamentales, de: empleo, ingresos, educación, salud; vivienda y

---

servicios públicos, y en otros aspectos como la seguridad social, la cultura, el ocio y las posibilidades de participar en la toma de decisiones.

En este sentido bienestar social es sinónimo de progreso y desarrollo comunitario, de la calidad de vida, pero es al mismo tiempo un concepto abstracto y genérico, sobre los niveles promedios de vida alcanzados por una determinada sociedad, en la cual, en estricto sentido, coexisten distintos niveles de bienestar vinculados a las diferenciaciones económicas y sociales existentes.

En efecto el bienestar se refiere al conjunto de condiciones de existencia y de disfrute de la vida, que además de las condiciones materiales, son las condiciones sociales, culturales, espirituales y afectivas cuya importancia y significación en la felicidad y el bienestar humano son innegables.

El bienestar en un sentido amplio e integral en las sociedades contemporáneas ha estado influenciado también en forma significativa; de una parte por el estado con sus políticas y programas y por otra la propia sociedad civil, incluyendo en ella a la familia, las organizaciones sociales, la vida comunitaria, etc. con sus valores, normas y patrones de solidaridad, de convivencia, entre otras.

El ser humano necesita vivir en sociedad, y ésta se ha desarrollado sobre la base de la organización familiar y comunal. Las comunidades siempre se han organizado para satisfacer sus necesidades colectivas, de alimentación, infraestructura, servicios básicos, etc.

Estas organizaciones comunitarias a través del esfuerzo conjunto contribuyen en su desarrollo. La organización de la comunidad es un proceso de adaptación, de cambio, pero cambio hacia metas que el pueblo de una localidad ha deseado o ha aprendido a desear necesita de esfuerzos cooperativos, si el pueblo no participa activamente no hace su propia adaptación y es efectuado por otros.

La organización es importante para satisfacer nuestras necesidades de relación y comunicación, reconocimiento social, expansión y recreación, ampliación de conocimientos y satisfacción de intereses intelectuales, físicos y espirituales, desarrollo de nuestro criterio y autonomía.

Existen dos niveles de organización para el trabajo comunitario:

La organización al nivel de la población, que es el instrumento que permite a la población situarse en el mismo nivel que las instituciones públicas para dialogar y participar en la programación de las obras y actividades y tomar decisiones que afectan su desarrollo. La organización debe abarcar espacios sociales significativos para garantizar la representatividad de sectores geográficos y sociales importantes.

Y la Organización al nivel de las instituciones, existentes de diferentes sectores y otras instituciones a las que debemos identificar y coordinar de acuerdo a nuestro nivel para evitar realizar acciones aisladas o dispersas y duplicar esfuerzos y recursos, manteniendo cada institución su identidad.



---

Participar es tener un rol activo, que verdaderamente sea propio en los asuntos de su interés y que le afectan, decidido y buscado libremente por uno mismo. Es ponerse en movimiento por sí mismo y No es “estar obligado”. La auténtica participación se configura como una acción personal y original que responde a las exigencias de la propia conciencia y exprese las propias convicciones, debe estar dotada permanentemente de un sentido crítico que no acepta cualquier propuesta sino que la pondera y sabe decidir sopesando antes los pro y los contra; dado que, toda participación supone una renuncia de sí mismo para integrarse en el quehacer comunitario. Así mismo la participación es potenciadora y enriquecedora de la persona y de la comunidad.

La Participación debe ser consciente, libre y responsable; supone un alto grado de organización de la población para armonizar intereses y tareas y una verdadera capacidad de transformación de las estructuras institucionales; y debe darse en la toma de decisiones, en la ejecución de las mismas y en el disfrute de los beneficios, producto del esfuerzo colectivo. (Conferencia Episcopal 1989).

La participación será responsable en la medida que sea consciente, libre y eficaz.

La estrategia de la Atención primaria de Salud (APS), es primordial para priorizar aquellas intervenciones en salud que puedan solucionar los problemas en forma rápida, efectiva y eficiente, cuyos objetivos son de prevención y cuidado, su contenido es la promoción de la salud, el cuidado continuo y global, está organizado por el médico

---

general y otros profesionales de la salud (enfermera, odontólogo, asistente social, nutricionista, etc.) basado en el trabajo en equipo; compartiendo la responsabilidad con la colaboración intersectorial, participación comunitaria y autorresponsabilidad de la población.

La Atención Primaria de Salud es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye función central y el núcleo principal; como del desarrollo social, económico de la comunidad; representa el primer nivel de contacto de las personas, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

La prevención entendida como una práctica social encaminada a reducir y evitar los factores de riesgo, fortaleciendo la capacidad de respuesta y autonomía de las personas y comunidades, con el fin de ampliar el rango de seguridad en su desarrollo. Prevenir es ayudar a mejorar la capacidad de las comunidades, relaciones interpersonales y acciones individuales, para movilizar redes de solidaridad, auto – eficacia en el ejercicio del control para diseñar y construir de manera compartida su futuro, fortaleciendo los valores ciudadanos, la identidad cultural y los recursos para el manejo de conflictos y toma de decisiones acertadas.

Vamos entendiendo entonces que cuando hablamos de prevención estamos hablando de promoción, de desarrollo, bienestar y equilibrio, de estrategias para alcanzar el éxito e ir triunfando en promover personas y comunidades saludables que tiene como variable y componente la socialización y dentro de ella el fortalecimiento

de la educación para el desarrollo comunitario. En definitiva, se trata de una tarea encaminada al cambio de un modo de pensar, sentir y actuar en el cual debemos invertir recursos y esfuerzos comunes. Donde es necesario confiar en los procesos y establecer aquellos que promuevan la organización y participación activa de la población para generar programas promocionales – preventivos donde la comunidad desarrolla la capacidad y sus miembros permiten ese desarrollo a la par con otros organismos.

Entendemos que la prevención es la tarea por excelencia de desarrollar roles potenciales en el yo. La tarea de prevenir pasa por reconocer un trabajo activo, creativo y con gran iniciativa, pero sobre todo con la organización comunal que busca crear grupos de apoyo, soporte y referentes de conducta y formas de vida saludables.

La prevención debe darse insertada dentro de los sistemas comunales, locales, regionales y nacionales de todos los sectores de la sociedad generando espacios de soporte, redes sociales y comunales, buscando para ello trabajar bajo un modelo, convocando para esta acción a todos, generando una acción y actitud de trabajo multidisciplinaria y multisectorial, comprometiendo y concertando en y con la sociedad en su conjunto.

En definitiva prevenir es buscar, crear, promover y desarrollar habilidades y competencias tanto personales como comunales; trabajando por informar y educar para una vida saludable. La meta de la prevención primaria es informar, educar y disminuir los factores de riesgo, potenciando los factores protectores de las

personas, las familias y de la comunidad, creando ambientes sociales y físicos que sean positivos, para evitar el problema antes de que éste ocurra.

La “promoción es un proceso que da a la población, los medios de ejercer un mayor control sobre su propia salud y, de mejorarla” (OMS, 1986). La promoción de la salud liga a la salud, al concepto de bienestar, es decir que toma el aspecto positivo de ella, al encaminar las acciones del hombre hacia su propio desarrollo, crecimiento y hacia el logro de un alto nivel de bienestar personal (Brubaker s/f).

Los elementos fundamentales de la promoción de la salud son la participación social y la educación en salud. La promoción de la salud empieza con las personas que están básicamente sanas y busca crear medidas en la comunidad, pero también al nivel individual, que puedan ayudar a adoptar estilos de vida, permitiendo mantener y realzar el estado de bienestar.

Además puede ser considerada como una combinación de medidas de protección de la Salud (medidas de organización social, económica, que favorecen la mejora o el mantenimiento de la salud) y de acciones de Educación para la Salud (proceso de aprendizaje voluntario, individual o colectivo, que implica comunicación, participación y autorresponsabilidad).

La promoción entonces es el proceso que capacita a las personas de la comunidad para aumentar su control sobre las determinantes de su salud y por lo tanto mejorarla.

Los profesionales de salud tienen que enfatizar más en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad como formas importantes de atención sanitaria, porque ayudarían en el mantenimiento y mejora de la calidad de vida.

Educar en salud, es un proceso que promueve cambios de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud y a la enfermedad, al uso de los servicios y refuerza conductas positivas. Este proceso implica un trabajo compartido del conocimiento local a través del diálogo, reconociendo su pluralidad cultural en que se desarrolla, lo que facilite al personal de salud y a la comunidad en la identificación y análisis de los problemas y a la búsqueda de soluciones de acuerdo a su contexto sociocultural, que contribuye al desarrollo de la sociedad.

La educación en salud es el pilar más importante en la Prevención y Promoción de la salud, ya que con ella se busca brindar conocimientos para promover estilos de vida saludables.

La Investigación Acción Participativa (IAP) según Rodríguez Rojo (s/f), es un "Modelo de investigación dentro del paradigma cualitativo que observa y estudia, reflexiva y participativamente, una situación social para mejorarla". Es una actividad integrada, que combina la investigación social, la labor educacional y la acción.

Tiene una concepción de unidad y totalidad entre teoría y práctica, supera la dicotomía entre "conocer" y el "hacer", facilita a los actores sociales un mayor conocimiento de su propia realidad, para que con base en sus necesidades y expectativas puedan participar activamente en la planificación de las acciones.

---

Introduce a los actores sociales de una comunidad, área o distrito en la dinámica económica – social y de salud; al tiempo de involucrarlos en la búsqueda de posibles alternativas de acción para intervenir en los problemas críticos detectados en el proceso de la Investigación Acción Participativa.

El proceso metodológico de la IAP se apoya en el “Paradigma Crítico Reflexivo” partiendo del hecho de que la vida social es dialéctica por lo que su estudio debe abordarse desde la dinámica del cambio social, como manifestación de un proceso anterior que le dio origen y el cual es necesario conocer. La aproximación a los hechos sociales parte de sus contradicciones y desigualdades sociales, en la búsqueda de la esencia del problema.

Los criterios metodológicos se insertan en lo activo y/o participativo propiamente dicho. Debido a ello busca promover la participación activa de la comunidad, tanto en el estudio y la comprensión de sus problemas, como en la planeación de propuestas de acción, su ejecución, la evaluación de los resultados, la reflexión y la sistematización del proceso seguido. Va de lo particular a lo general y, viceversa es participativa, se desarrolla siguiendo una espiral introspectiva: una espiral de ciclos de planificación, acción, observación, reflexión... y luego re-planificación, nuevo paso a la acción, nuevas observaciones y reflexiones”.

Es colaboradora; crea comunidades autocríticas, es un proceso sistemático de aprendizaje, induce a las personas a teorizar acerca de sus prácticas, exige que las ideas, las suposiciones y las practicas sean sometidas a examen haciendo acopio de pruebas.

Este proceso continuo y la manera en espiral se basa en la acción – reflexión – acción y vuelta a la acción, profundizando cada vez más en los niveles de reflexión hasta lograr un grado de concientización y de acción para la transformación.

El método de Investigación Acción Participativa promueve la búsqueda por parte de la comunidad de soluciones para sus propios problemas. El modelo comienza cuando los miembros de la comunidad reconocen que tal o cual problema requieren una atención especial. Cuando esto ocurre, la comunidad siente la necesidad de organizarse para poder estudiar más a fondo el problema. Se comienza por reunir información, intercambiar ideas y experiencias. Se determina las causas del problema y se comienza a pensar en las posibles soluciones. Los participantes trazan planes de acción que se llevan a la práctica si así lo resuelven, para tratar de solucionar el problema y cambiar la situación.

El enfoque estratégico y prospectivo busca un rol más dinámico y protagónico de los actores frente al futuro, reconoce la capacidad del hombre para transformar la realidad y trabajar para lograr los proyectos que se propone. La prospectiva tiene el mérito de buscar las potencialidades para aprovecharlas en la construcción de los escenarios deseados.

El enfoque estratégico y prospectivo siempre busca el cambio, es dinámico, y exige de los actores el conocimiento de la realidad, superar la mentalidad fatalista, y abocar el futuro como algo posible de cambiar desde el presente.

Este enfoque es profundamente humanista, cree en la capacidad del ser como actor protagónico, reconoce la importancia de la organización como soporte de los procesos sociales y plantea la participación como fundamento de este método.

A juicio de la autora, este enfoque permite y facilita el proceso de participación del profesional de salud en la dirección de promover el mejoramiento de la calidad de vida, hacia un desarrollo comunitario.

La educación popular la entendemos como un proceso de formación y capacitación desde la perspectiva del compromiso con la comunidad, para que este a través de su acción organizada logre romper los esquemas de dominación con el objetivo de construir una sociedad nueva de acuerdo a sus intereses.

Coincidimos con Francisco Vio Grossi (s/f) cuando define a la educación popular como “una educación en la cual las personas y los grupos populares se van convirtiendo en sujetos de su propio desarrollo, desplazando su solidaridad y cooperación en el proceso de transformación”

Entonces, la educación popular es una herramienta básica para el desarrollo de nuestros pueblos y la lucha por la democracia, es un espacio que propone nuevas dimensiones para el proceso de constitución de los sectores populares en sujetos sociales y políticos; las pequeñas experiencias al respecto vienen demostrando la posibilidad que se tiene de aportar en el proceso de la toma de conciencia, de impulso al desarrollo autónomo de los grupos, de nuevas formas de democracia, etc. y la clave de los éxitos radica en partir de aquello que está ligado a la vida cotidiana de las personas.



Este proceso continuo implica momentos de reflexión y estudio sobre la práctica sistematizada, con elementos de interpretación e información que permiten llevar dicha práctica consciente a nuevos niveles de comprensión.

Utiliza al método dialéctico, esto significa que la metodología de la Educación Popular nos permite tener como punto de partida lo que el grupo hace, sabe, vive y siente; es decir, su contexto o realidad objetiva; su práctica social o accionar consciente e intencionado; y la concepción que tiene de su realidad y su práctica social.

Este punto de partida es el inicio de un proceso de TEORIZACION que se puede definir como la reflexión sistemática, ordenada y progresiva que permite ir pasando de la apariencia exterior de los hechos, a sus causas reales, lo cual nos ayuda a ubicar lo cotidiano, lo inmediato, lo individual y parcial dentro de la social, lo colectivo, lo histórico y estructural, llegando paulatinamente a adquirir una visión totalizadora de la realidad.

Este proceso permite entender cada hecho particular en su articulación con la totalidad social en un momento histórico concreto a la vez que se propicia la adquisición de una visión crítica y creadora de la práctica social.

El proceso dialéctico se completa con el regreso a la práctica para transformarla y mejorarla poniendo en juego los elementos adquiridos que supone una mayor comprensión de la realidad y de la práctica del grupo. Pero el regreso a la práctica no es un hecho final del proceso educativo sino por el contrario es el nuevo punto de partida.

---

### III. UNIDADES PRINCIPALES DE ESTUDIO:

El Modelo Estratégico para el Desarrollo Comunitario propende una práctica que sea reflexiva y transformadora de las realidades de salud de las poblaciones.

Los Profesionales de salud tenemos el derecho y el deber de conocer y analizar los procesos socioeconómicos y políticos del sector salud y de nuestro país. Lo cual nos permitirá trabajar con enfoques y estrategias coherentes y homogéneas, dirigidas a ponernos al servicio de nuestra población con eficiencia, eficacia, calidad y calidez; es decir prestar una atención de salud a su completa satisfacción, tal como nos gustaría que nos la presten a nosotros.

El Ministerio de Salud está comprometido en mejorar la calidad de los servicios de salud que brinda a la población y, en este intento, promueve la participación plena de la comunidad y de los diversos sectores, fomentando la corresponsabilidad y el autocuidado de la salud. Recordemos que el trabajo comunitario es parte de nuestro quehacer cotidiano y que, por muchos años, venimos trabajando en ello. Forma parte de la prestación integral de salud en el primer nivel de atención, es por lo tanto un todo que permitirá alcanzar metas y objetivos trazados para llegar al desarrollo comunitario.

En este modelo los problemas de salud son vistos desde la base de una concepción más amplia de la salud y la manera de cuidar de la salud. El objetivo es preservar la dignidad humana y promover el desarrollo y el bienestar total de la persona. Es decir el trabajo en salud comunitaria debe estar orientado a la acción social y la plena realización de la persona.

Debe partir de que cada persona se ocupa ya de cuidar de su propia salud recurriendo a sus conocimientos y posibilidades para resolver los problemas cotidianos.

La comunidad que participe debe contribuir con sus conocimientos y competencias, y no sólo con recursos y trabajo. La comunidad y los profesionales de salud comparten sobre un pie de igualdad la responsabilidad y la toma de decisiones. En este marco la comunidad debe encontrarse en primera línea, analizando los problemas y buscando soluciones. Los especialistas deben apoyar las medidas individuales y colectivas necesarias; la misión de los profesionales de salud es ayudar a la comunidad a lograr los objetivos que se haya fijado por sí misma.

Es la propia comunidad quien reflexiona sobre sus problemas, es ella quien define las prioridades y llega a sus propias conclusiones sobre lo que es necesario. Los profesionales de salud deben hacer comprender a la comunidad que es preferible asumir la responsabilidad que ser los meros beneficiarios de los servicios sanitarios. Así tomarán conciencia de las injusticias que les impiden gozar de buena salud y desarrollo permanente. Para que luego la comunidad se dé cuenta de que es necesaria una movilización del pueblo en favor del cambio social.

El Modelo Estratégico de Desarrollo Comunitario tiene como foco de atención a las comunidades, es decir, al hombre no sólo, sino en grupo. Donde sus necesidades de atención son continuas y permanentes y no intermitentes o episódicas. Donde el trabajo del profesional de salud es concebido como una ciencia humanista que se preocupa del bienestar total de las personas, siendo su responsabilidad ayudarlas a tomar decisiones con respecto a la salud

---

y a su desarrollo, proporcionándoles la información que para esto necesitan. El personal de salud clarifica y moviliza las interrelaciones familiares o comunitarias a la luz de los significados que se dan para el desarrollo y de sus formas de expresar sus valores y herencia cultural (Pearse s/f).

Visto así el profesional en salud comunitaria tendrá que preocuparse de toda la población, de todas las necesidades e incluso de aquellas que actualmente pudieran caer bajo el ámbito de otros sectores del desarrollo, tal vez no para satisfacerlas directamente sino para orientar su satisfacción.

Tendría que aceptar que son las familias y las propias comunidades los principales determinantes de su asistencia sanitaria y que ellos deben participar activamente en el diagnóstico de su situación de salud, en la planificación de las acciones en la búsqueda de recursos disponibles para su desarrollo y en la evaluación de resultados.

Tendrán que comprender además que las personas de la comunidad tienen el potencial para resolver la mayor parte de sus problemas si cuentan con la información y capacitación necesaria y si son guiados por el ejemplo, por lo tanto, los servicios de salud no necesitan imponer sus programas creando un sentimiento de dependencia o paternalismo. Tendrá que aceptar que mucho del saber popular puede ser positivo para el desarrollo y aprovecharlo para encausarlo racionalmente. Es decir la naturaleza intrínseca del personal en salud comunitaria es la Atención Primaria. Desde esta perspectiva o enfoque dicho personal debe atender a la comunidad buscando modelos alternativos de atención que puedan operacionalizarse.

Esto implica que el profesional en conjunto con otros y la propia comunidad utiliza la acción social que, parece ser la más importante para ella, en términos de su desarrollo en un momento histórico dado; para desde allí, ir ampliando las aspiraciones de una determinada comunidad, e ir incorporando la atención propia de salud con una participación activa de la propia comunidad.

El personal de salud que se ocupa del desarrollo y la salud comunitaria en forma grupal logra más, que trabajando individualmente. Un equipo es superior a la suma de sus partes, las habilidades se realzan y las debilidades son minimizadas. El aprendizaje en equipo, representa la posibilidad de establecer un todo en donde la potenciación del grupo resulte de la potenciación de la persona, y donde la potenciación de la persona se derive de la potenciación del grupo. Tiene tres dimensiones críticas. Por una parte, el equipo debe aprender a extraer el potencial de muchas mentes para poder ser más inteligente que una sola mente.

Por otra, el equipo debe promover una confianza y una complementación operacional, en tanto que cada integrante puede asumir el papel de complemento de las visiones y acciones de los demás.

Finalmente existe el papel que ejercen los miembros de un equipo dentro de otro equipo diferente. Esto permite la multiplicación del aprendizaje y prolonga los ámbitos de los enfoques de cada persona y de cada equipo.

---

---

## ***CONCEPTOS BASICOS***

Hombre/comunidad, ambiente/contexto, salud/desarrollo y personal/equipo de salud comunitaria son los elementos básicos que sustentan este modelo y la claridad de estos conceptos es lo que dará la direccionalidad para el actuar y lograr el desarrollo comunitario.

COMUNIDAD: es una agrupación organizada de personas que se perciben como unidad social, cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento, objetivo o función común, con conciencia de pertenencia, situados en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas, interacciona más intensamente entre sí que en otro contexto. (Ander Egg, 1984).

SALUD: equilibrio y armonía al nivel físico, emocional, mental social y espiritual que posibilitan 3 condiciones esenciales para el desarrollo personal y colectivo: sabiduría, liberación y trascendencia.

SALUD COMUNITARIA: es el punto de reunión de todas las áreas del conocimiento y la actividad profesional relacionado con la salud de la población.

Puede ser abordada en tres dimensiones: Como condición de salud de un conjunto poblacional; Como estrategia de atención de la salud, desde el Estado y como estrategia de atención de la salud de iniciativa popular.

**DESARROLLO COMUNITARIO:** es un proceso de adaptación y ajuste de tipo interactivo y asociativo y una técnica para lograr equilibrios entre recursos y necesidades. Esta expresión, se entiende con dos alcances diferentes: como proceso y como técnica social.

**PERSONAL EN SALUD COMUNITARIA:** Son personas que trabajan realizando actividades en pro de la salud de la comunidad y prestando servicios de salud pero a la vez son integrantes y pertenecen a la comunidad en la que viven. Sirviendo de puente entre ambos grupos sociales, reconociendo la dualidad de nuestra participación para interactuar eficiente y eficazmente.

**CONTEXTO:** todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de la comunidad y que pueden prevenir, suprimir o contribuir a la enfermedad, a la muerte y al cambio o transformación social.

## V. SUPUESTOS:

- El desarrollo comunitario no es un producto que puede suministrarse sino una calidad de vida que es preciso sustentar.
- La comunidad, las familias y las personas deben formar conjuntamente una asociación en la que asumirán la responsabilidad de su propio desarrollo, trabajando unidos para tomar en sus manos los acontecimientos que influyen sobre su salud y bienestar.
- Los profesionales de la salud y de otros sectores brindarán apoyo y orientación adecuada pero respetarán los principios de independencia y autodeterminación de la comunidad.
- Los programas de desarrollo parten de la base de que cada persona se ocupa ya de cuidar de su propia salud recurriendo a sus conocimientos y posibilidades para resolver problemas cotidianos.
- La comunidad que participa en estos programas de desarrollo contribuye con sus conocimientos y competencias. La comunidad y los especialistas comparten sobre un pie de igualdad la responsabilidad y la toma de decisiones.
- La comunidad debe encontrarse en primera línea, analizando los problemas y buscando soluciones. Los especialistas deben apoyar las medidas individuales y colectivas necesarias, su misión es ayudar a la comunidad a lograr los objetivos que se haya fijado ella misma.



- Los profesionales y agentes de salud deben tener continuamente presente que su función no es proporcionar salud sino ayudar a la comunidad a poner en práctica su propia acción en pro de su desarrollo.
- En este modelo se respeta el concepto de desarrollo que tiene cada comunidad, es la propia comunidad la que define sus prioridades y llega a sus propias conclusiones sobre lo que es necesario. Las personas toman conciencia de las injusticias que les impide gozar de buena salud, también planifican sus propios programas.
- El ser humano se hace persona a través de la satisfacción de sus exigencias de participar, es decir, de formar su comunidad, de integrarse en ella en la exacta medida que en ella actúa y de ella recibe influencia.
- La promoción de la salud es un derecho inalienable de la persona humana. Es una prioridad para el sector salud por su importancia en el desarrollo social y en el mejoramiento de los niveles de vida.
- La participación es un proceso social mediante el cual se fortalece la solidaridad de compartir la pertenencia a una comunidad (convicción comunitaria) y se consolida la responsabilidad que asegura la eficiencia (participación responsable).

---

---

## VI. SISTEMA DE VALORES:

Lograr el Desarrollo Comunitario por el Profesional de Salud es:

- Incrementar conocimientos, actitudes, habilidades de organización, participación y autocuidado en la población.
- Incrementar la salud y bienestar entre personas, familia y comunidad; Así mismo disminuir la enfermedad e incapacidad.
- Ayudar a la persona, familia y comunidad a tomar decisiones relacionados con su autocuidado, salud y bienestar.
- Promover estilos de vida saludables que respeten la cultura y la demanda local.
- Incrementar expectativas de vida, empoderamiento personal y comunal, autogestión de prácticas de autocuidado, bienestar, calidad de vida.

## VII. PRINCIPIOS BASICOS

1. Es necesario conocer a las comunidades a las que estamos brindando los servicios de salud. Identificando sus usos y costumbres, tradiciones y especialmente su dialecto o idioma, nos permitirá aprender sobre la organización comunal y trabajar más eficientemente con la comunidad y sus líderes.

- 
2. Trabajar con la comunidad, ayudándola a que use sus propios recursos y habilidades para mejorar la calidad de vida y salud, evitando asumir y dar a la comunidad lo que creemos que necesita.
  3. Explicar sobre los reales beneficios que recibirá la comunidad de los servicios de salud. No prometa beneficios irrealizables, pues se perderá la confianza de la población.
  4. La plena participación de la comunidad significa la unión de esfuerzos, decisiones y voluntades entre el personal del sistema formal y miembros de la comunidad; es un hacer juntos las cosas, aunando ideas, conocimientos y experiencias.
  5. Los derechos y deberes en salud de la población deben ser difundidos mediante la educación permanente generando conciencia de participación social, así como el autocuidado personal y colectivo de su salud hacia el logro de estilos de vida saludables y desarrollo permanente.

Estos principios nos permiten mantener una relación horizontal de colaboración mutua y el compromiso permanente de la población en las actividades. Para ello es necesario partir reconociendo que el trabajo comunitario no es secundario, es gravitante e importante en nuestro éxito: mejorar las condiciones de vida de nuestra población.

## VIII. PAPEL DEL EQUIPO EN EL DESARROLLO COMUNITARIO

- a) Ayudar e interpretar las necesidades de salud de la persona, del grupo familiar y de la comunidad.
- b) Colaborar en la interpretación de las normas de salud y avances de la ciencia médica frente a la comunidad.
- c) Colaborar en la identificación de los problemas de salud y en su jerarquización.
- d) Planificar las acciones de desarrollo, considerándola como parte integral del plan total.
- e) Dar atención integral de salud a la persona, familia y comunidad, a través de técnicas que le son propias y de la acción educativa individual y de grupo.
- f) Participar con los demás miembros del grupo en promover el involucramiento de la comunidad, el logro de sus aspiraciones y su autosuficiencia.
- g) Evaluar su programa de trabajo y participar en la evaluación total con los demás miembros que constituyen el equipo.

- h) Ser consciente de la influencia de la percepción sobre la acción.

Debemos percibir al público usuario que no sólo es un daño o enfermedad, sino también un ser que abriga temores, esperanzas y deseos, es un miembro integrante de una familia y comunidad. Por lo tanto, es importante unificar la percepción de un mismo hecho o costumbre.

- i) El trabajador de salud es productivo en diversos contextos sociales.

Debemos servir de puente en los grupos sociales, reconociendo la dualidad de nuestra participación para interactuar eficiente y eficazmente. Para ello es necesario desarrollar la capacidad de identificarnos con ambas comunidades (en la que se vive, y en la que se trabaja) y entorno social.

- j) El trabajador de salud debe saber dialogar y concertar con personas y entidades diversas.

Como trabajadores de salud debemos estar alertas y preparados para entablar relación y comunicación con la persona más sencilla y la más compleja, conocer el idioma del grupo, ser receptivo a la comunicación verbal y no verbal, hacer evidente que hemos entendido el mensaje y elegir las palabras y los medios No verbales que se ajusten al contexto dado; interesarnos por la simbología utilizada por la población.

- k) El trabajador de salud debe comprender que distintas personas valoran el tiempo de manera diferente.

Los trabajadores de salud simplificaremos nuestras actividades si conseguimos armonizar nuestra propia percepción del tiempo con la de la comunidad. Necesitamos ver como se percibe el pasado, conocer los planes futuros y utilizar el presente para tomar medidas adecuadas, evaluar el tiempo que la población dedica a sus actividades, y como adecuar las horas de nuestro servicio al usuario.

- l) El trabajador de salud debe utilizar conocimientos tomados de diversas disciplinas.

El conocer y examinar las costumbres tradicionales de una comunidad a la luz de los conocimientos extraídos de diversas disciplinas (sociología, antropología, psicología, economía, etc) nos permitirá atender mejor las necesidades de salud de la población.

- m) El trabajador de salud debe tener empatía.

El interés por la gente puede resultar beneficioso tanto para el que sirve como para el que recibe la atención. Los trabajadores de salud deben estar dispuestos a abandonar su función directiva tan pronto como la comunidad asuma responsabilidades y colabora con la atención de salud. Asimismo debemos tener y demostrar actitud de servicio.

- n) En la relación con la población se requiere fundamentalmente que el trabajador de salud:
- Esté convencido de que el esfuerzo de la comunidad va a contribuir a resolver los problemas que los aqueja.
  - No tenga una actitud vertical, ni paternalista.
  - Respete el saber de la comunidad.
  - Demuestre humildad.
  - Sea inteligente y establezca una relación horizontal.
  - Tener entereza y honradez para reconocer que el problema de la comunidad es también nuestro problema.
  - Crear conciencia que la población tiene derechos y que es nuestra obligación darlos a conocer y cumplirlos constantemente.

---

---

### ***IX. MOMENTOS Y METODOLOGIA***

Partiendo del marco conceptual de que el conocimiento del estado de salud, debe ser realizado por los actores sociales de las comunidades, son ellos los que deben conocerse, reconocerse y apropiarse de su situación, de sus problemas, al mismo tiempo que deben ser los protagonistas de las decisiones propuestas y acciones para enfrentar no sólo los problemas de salud, sino también enfrentarse a aquellas determinantes y condiciones que inciden en los procesos de salud enfermedad.

Sin embargo, esto implica la firme voluntad de quienes estamos involucrados en esta tarea, (universidades, comunidades, grupos, instituciones de salud, etc.) el desarrollar en nosotros una visión objetiva que permita apoyar la capacidad de los actores sociales de las comunidades, en el análisis de la situación, identificación y priorización de problemas, la capacidad de visualizar alternativas de acción viables con miras a coadyuvar en la solución de los problemas.

Este proceso conlleva a desarrollar una cultura de articulación, coordinación y planificación conjunta para generar una lógica de atención en salud horizontalizada e integral, desarrollando capacidades de análisis y planificación conjunta con miras a coordinar esfuerzos, seleccionar espacios territoriales y conseguir recursos.

La posibilidad de desarrollar acciones adecuadas y necesarias dirigidas a coadyuvar en la solución de los problemas de salud, pasa por generar la participación real y efectiva de los actores sociales,



---

hecho que sólo es posible en la medida que sean ellos los que: Se involucren en la recuperación de una información fidedigna a través de métodos adecuados y que den cuenta de la situación socio - económica y de salud de sus comunidades; fortalezcan su capacidad de análisis y desarrollen la capacidad de visualizar alternativas de solución y que sean concretadas en proyectos factibles y posibles de ser desarrollados.

En esta perspectiva, formulamos el Modelo Estratégico de Desarrollo Comunitario (MEDECO), utilizamos para su construcción el método de Investigación Acción Participativa, porque en él se generó:

Procesos de investigación con la participación efectiva de los actores sociales, quienes se involucraron desde la discusión del referente teórico, formulación del problema, hipótesis o interrogantes, objetivos, determinación de dimensiones variables y/o mediaciones, la elaboración de instrumentos, su ejecución, procesamiento, análisis y explicación de los hechos o fenómenos encontrados.

Procesos de capacitación en una perspectiva horizontal y crítica, en el que los actores sociales se instrumentaron en el para qué, en el qué, cómo, cuándo y dónde realizar las investigaciones. Así mismo en un proceso de reflexión, se apropiaron de elementos teóricos, metodológicos y técnicos dirigidos al fortalecimiento de su capacidad de análisis de la situación de salud; así como la utilización de criterios técnicos para la determinación y priorización de problemas, al tiempo de visualizar alternativas de solución, cuya concreción estuvo dada por la capacidad de formular técnicamente proyectos de acción, previo un análisis de viabilidad al nivel interno y externo.

Al nivel interno – comunidad, determinando su capacidad y potencialidades para la resolución de los problemas. Al nivel externo, identificando instituciones públicas y privadas con quienes efectuar las necesarias coordinaciones que coadyuven al logro de los objetivos propuestos, mejorar las condiciones de vida y por ende de salud de las comunidades, grupos y personas, coordinación con miras a unir esfuerzos humanos, técnicos, materiales y económico – financieros.

Así mismo el método de Investigación Acción Participativa propició:

Procesos de comunicación al nivel interpersonal y comunicación colectiva, constituyéndose en uno de los elementos de socialización de los procesos de investigación, capacitación, organización y planificación participativa.

La comunicación interpersonal y colectiva proporcionó información posibilitando la apropiación de los insumos necesarios, coadyuvando de esta manera en la toma de las decisiones. El desarrollo de los procesos de investigación, capacitación y comunicación sólo es posible en la medida en que la comunidad este organizada.

Las acciones inherentes a la Investigación Acción Participativa, fortalecieron las organizaciones de base existentes en cada comunidad. La organización es uno de los requisitos para desarrollar una participación social, la misma que se plasma en el hecho concreto de, Planificar las acciones implicando la toma de decisiones en consenso y democracia.

Estamos conscientes de haber abierto un espacio de trabajo en una perspectiva cualitativamente distinta lo que conlleva las necesarias “rupturas” de paradigmas teórico, metodológico y técnicos y por esto mismo no es una tarea fácil, pero tampoco imposible.

Como resultado del proceso y ejecución desarrollamos la metodología del MEDECO, que tiene como finalidad generar transformaciones en las situaciones abordadas, partiendo de su comprensión, conocimiento y compromiso para la acción de los sujetos inmersos en ella, siguiendo un proceso metodológico sistemático insertado en una estrategia de acción definida y con un enfoque investigativo donde los sujetos de la investigación producen conocimientos dirigidos a transformar su realidad social.

Las fases del método son flexibles ya que permitieron abordar los hechos sociales como dinámicos y cambiantes, por lo que estuvieron sujetos a los cambios que el mismo proceso generó.

Fue crítico – reflexivo por que partió de entender a los participantes como sujetos de la acción con criterios para reflexionar sobre lo que se hace, cómo se hace y las consecuencias de la acción.

Este modelo en su metodología hace referencia a procesos específicos y sistemáticos, debiendo asumirse con la rigurosidad necesaria para la construcción de un nuevo conocimiento fundamentado en la relación dialéctica teoría – práctica y vuelta a la acción profundizando cada vez más en los niveles de reflexión.

---

Contempla el uso de recursos y técnicas que permitieron registrar la información recopilada conforme el análisis de la información y la dinámica de los procesos.

Este Modelo busca resultados a corto, mediano y largo plazo: Resultados a corto plazo, incremento de conocimientos, actitudes, habilidades de organización, participación y autocuidado en la población. Resultados a mediano plazo: estilos de vida saludables que respeten la cultura y la demanda local. Resultados a largo plazo incrementar expectativas de vida, empoderamiento personal y comunal, autogestión de prácticas de autocuidado, bienestar, calidad de vida. Con todos estos resultados se busca lograr el Desarrollo comunitario.

Consta de cuatro momentos denominados:

Momento I: Socialización del MEDECO en la cual se realiza el Análisis, Reflexión teórica y el posicionamiento de los profesionales de salud como equipo participativo, los cuales cumplirán funciones específicas. Aquí se tienen que fijar la posición del equipo respecto a los principios epistemológicos que guiarán la acción, y se realizará una Reseña histórica de cada comunidad que permitirá el conocimiento y la comprensión de la naturaleza social y personal de los pobladores de dicha comunidad.

Realizándose actividades como talleres, sesiones educativas, conversatorios, las técnicas que se utilizarán serán seleccionadas de acuerdo a los objetivos que se pretenden lograr.

---

Momento II: Estudio del perfil de salud y desarrollo comunitario, es aquí donde se realiza el Acercamiento a la Realidad, que responde a la interrogante ¿Cuál es la situación de salud y desarrollo que tenemos en la comunidad? Para lo cual se establecen las relaciones del equipo participativo con los actores sociales de la comunidad, mediante comunicaciones informales y a través de la técnica de observación, indagación, entrevista y análisis documental se intenta captar de manera general las condiciones de la comunidad. Realizando lo siguiente: Identificación del área de estudio, descripción de las condiciones de infraestructura y recursos de la comunidad, nivel de organización y experiencia, La práctica en salud.

Recabada toda la información y debidamente asentada en el Diario de Campo, se inicia el primer momento de la reflexión crítica de la realidad con la finalidad de partir con una evaluación realista y objetiva de lo que se es, lo que implica por lo menos conocer realmente la localización, la organización, la calidad de vida y la integración de las instituciones de salud con la comunidad. Estas reflexiones serán descritas para ser asumidas y utilizadas posteriormente como un recurso que guía la acción y permita determinar las potencialidades y limitantes de la institución (comunidad).

Momento III: Confrontación del Ser con el Debe Ser, a partir de este momento se da inicio a la acción a través de procesos de sensibilización, aprovechando toda ocasión desde los primeros contactos de acercamiento a la comunidad, mediante: Contactos informales, conversaciones con los representantes, directivos, profesionales y técnicos en salud, líderes comunitarios, etc.; reuniones de información y

discusión de lo observado con los dirigentes y líderes formales de la institución y la comunidad, donde se incentiva a participar, analizar y planificar la Asamblea para la toma de decisiones.

Luego se forma los grupos de trabajo dirigidos a informar e incentivar la participación de la comunidad en general. Es aquí donde se incorporan los profesionales de salud al proceso de incentivación de los demás miembros de la comunidad para formar los grupos de acción y el inicio del proceso de reflexión sobre los problemas existentes y las necesidades reales y sentidas por ellos. Durante esta fase, el equipo participativo debe crear un ambiente de confianza con aquellos que integran la comunidad interna y externa.

Culminado este momento, se organiza el retorno de la información obtenida al grupo o devolución sistemática donde se parte del hecho de un conocimiento que va de lo más sencillo a lo más complejo, de lo conocido a lo desconocido. La técnica fundamental que se utiliza es la Asamblea, la cual debe ser preparada siguiendo los pasos secuenciales siendo el requisito indispensable contar con la participación mayoritaria de las familias que viven en la comunidad y los representantes de las organizaciones e instituciones que son de interés para este proceso. Aquí se toma decisiones basándose en la devolución sistemática de lo observado y discutido, se incentiva a la reflexión, análisis y discusión de la información presentada.

Luego se pasa a la determinación y jerarquización de los problemas donde el equipo participativo ayudará en esta labor reuniendo a los miembros del grupo, facilitando las discusiones y

---

dirigiendo sesiones de reflexión para que el grupo identifique sus problemas más críticos y comprenda sus elementos constitutivos para tomar acuerdos entre sus miembros acerca de los aspectos para analizar el problema.

Los instrumentos utilizados serán el diario de campo, registros fotográficos, actas de reuniones y/o asambleas, los cuales permitirán sistematizar los resultados obtenidos en este segundo momento y así poder contar con los elementos para su reflexión crítica de la realidad.

Se define a los grupos de acción denominándolo Comités (conformados por el equipo participativo y los pobladores elegidos voluntaria o democráticamente en la Asamblea) por que a través de las interrelaciones generadas entre los miembros del comité se posibilita el alcance de metas propuestas y se llega a la integración. Las técnicas utilizadas serán los trabajos en equipo, las cuales permitirán la motivación y conducción de las actividades propuestas.

Para ello se realizará la planificación que conllevará a un diseño de un plan de trabajo que facilitará la acción evitando que esta se disgregue. Será elaborada en cada comité y en reuniones pautadas para este fin. Los aspectos generales que este plan debe considerar son: Identificación del propósito general del proyecto, establecimiento de metas, estrategias de acción, las técnicas, el tiempo, los recursos, los responsables y la evaluación.

Pasando luego al segundo momento de la reflexión crítica, donde se discute el nivel de comprensión de la realidad que tienen los

---

sujetos de la acción. Para esto se realiza el análisis de la situación, tomándose en cuenta los siguientes aspectos: los resultados obtenidos con las técnicas empleadas, los logros alcanzados con los actores sociales detectados en la comunidad, los efectos derivados del proceso, las potencialidades y limitaciones detectadas, la discusión y análisis realizado, se describe como se incentivó la participación de los representantes a través de la programación comunicacional y los medios para lograrlo (radio, prensa, pancartas, afiches), evaluándose y analizándose el proceso y los resultados obtenidos.

Momento IV: Desarrollo de la Acción, aquí se ejecuta los planes cotejando los datos recopilados y explicando cómo se desarrolló lo planificado. Se utiliza el diario de campo para tomar notas de los acuerdos, negociaciones y como se desarrollan: a través del debate, la discusión, torbellino de ideas, la crítica reflexiva entre otras. Registrándose los cambios, los logros alcanzados y sistematizando las derivaciones obtenidas del proceso de reflexión crítica y autocrítica.

Luego se paso a desarrollar el tercer momento de la reflexión crítica de la realidad partiendo de lo que se tiene y de lo que se logra reflexionando sobre lo realizado, aciertos y desaciertos, la percepción y expectativas de los actores sociales que participan sobre las actividades, técnicas y resultados obtenidos durante el proceso.

Se analiza y se llega a las conclusiones (con los comités) que permitirán evaluar si los objetivos del plan de acción se lograron a través de las estrategias de acción y de los planes de cada uno de los comités.



Se reconsideran las oportunidades y las restricciones de la situación, se revisan los logros y se examinan sus consecuencias, se analizan las contradicciones encontradas y los cambios generados.

Se evalúa en función de los objetivos y propósitos planificados, estos resultados se sistematizan para realizar el retorno del conocimiento adquirido a la comunidad o devolución sistemática, es aquí donde los grupos de acción conformado por los profesionales de salud y pobladores presentan a la comunidad en general la sistematización de todo el proceso seguido, destacando los principales logros y el análisis e interpretación. Los resultados obtenidos se someten a discusiones amplias y profundas entre el equipo participativo y la comunidad y los comités involucrados en el estudio.

De estas discusiones surge la Re-planificación que son las acciones nuevas que se recomienda seguir para profundizar en la acción, realizándose con la comunidad conformada por los grupos de acción (comité) el diseño de un nuevo plan de Acción o una revisión y actualización del existente.

Todos los datos se recogen abordando a los participantes en la investigación en sus hechos y realidades concretas, a través de las técnicas e instrumentos que fueron seleccionados de acuerdo a los momentos del MEDECO. Se debe considerar en todo momento los criterios de Cientificidad (Coherencia, Consistencia, Originalidad, Objetivación) y los criterios de Confidencialidad, Confirmabilidad, Ética de la Investigación (Consentimiento informado y garantía del anonimato de los participantes).

---

El análisis e interpretación de datos, debe hacerse en forma cuantitativa y cualitativa, La descripción de los datos debe avanzar hacia la interpretación de los mismos extrapolando datos específicos de la investigación. Se establecerá la reciprocidad de acción tanto de la comunidad como del equipo participativo del estudio, lo cual permitirá que los actores sociales tomen una postura activa en la investigación, profundización y así tomarán conciencia en torno a la realidad apropiándose de ella misma y llegando a la expresión de la temática bajo diferentes modos expresando sus dudas, anhelos, esperanzas, aspiraciones, finalidades y motivos humanos.

#### X. IMPLICANCIAS DEL MODELO:

1. La salud comunitaria es un derecho y responsabilidad de todos.
2. El trabajo comunitario puede transformar a las comunidades creando conciencia crítica en cada una de ellas a través de la educación, asistencia, administración e investigación.
3. La participación es ciencia sana indispensable para el desarrollo humano y está ausente en las instituciones de las estructuras verticales.
4. La solidaridad es una acción muy efectiva para demostrar respeto por la dignidad de las personas y un compromiso del personal de salud debe ser la realización de acciones de solidaridad para conseguir resultados precisos.

- 
5. Lograr la salud y el desarrollo de las comunidades es un desafío que tiene que afrontar el personal de salud para contribuir a lograr la autorrealización y autodeterminación de las personas que no la tienen y por tanto tampoco sus comunidades.
  
  6. El personal de salud tiene que conocer y hacer cumplir los principios de la atención primaria de salud utilizando como instrumentos la participación comunitaria creando una conciencia crítica en todas las personas, buscando el respeto por su salud, convirtiendo a las comunidades en dueñas de su propio destino y desarrollo permanente.

#### XI. RECOMENDACIONES:

1. Es imprescindible operacionalizar la noción de comunidad para una adecuada comprensión de la realidad en los grupos poblacionales y zonas geográficas donde se realiza la atención de salud sobre todo en el primer nivel.
  
2. Las comunidades son dinámicas; una vez en funcionamiento, se desarrollan en diversas direcciones y este desarrollo puede ser espontáneo o con objetivos precisos. La población de una comunidad se organiza con el objetivo de mejorar las condiciones de vida en su localidad y realizar el desarrollo local y social. Esto implica una identificación de las necesidades y aspiraciones, así como de los problemas y recursos existentes en la comunidad.

- 
3. El personal que trabaja en salud comunitaria debe estar consciente de que hay muchas clases de comunidades en las cuales trabajamos. A medida que experimenten estos tipos de comunidades y lean más sobre los cambios en nuestra sociedad, comenzará sin duda a identificar y definir su propia clasificación de comunidades.
  4. En un enfoque de comunidad las acciones del personal de salud están dirigidas al análisis de los datos descriptivos de agregados y grupos más que a clientes individuales.
  5. El enfoque de comunidad se ocupa del diseño y de la implementación de programas y cursos de acción para cubrir las necesidades de salud de poblaciones identificadas. De este modo las acciones del personal de salud pueden estar guiadas por el concepto del cuidado primario de salud de la Organización Mundial de la Salud, en el cual existe un interés común entre la comunidad y los proveedores de salud para la identificación de problemas de salud y el desarrollo de soluciones aceptables.
  6. Un enfoque de comunidad pone énfasis en el trabajo con la comunidad para desarrollar su habilidad por la autodeterminación y la autoconfianza en asuntos de promulgación de leyes en la formulación de reglamentos para dar forma a un entorno que ayude a la salud.

7. No es posible definir teóricamente un nivel aceptable de desarrollo, ya que cada grupo y cada individuo adopta, dentro de su dominio, aquel que mejor se ajusta a sus aspiraciones y posibilidades reales y concretas.
  
8. Por ser la salud un fenómeno tan complejo y multidimensional, la aproximación al mismo no puede realizarse desde la perspectiva limitada de una única disciplina científica. Es indispensable abordarla a partir de un modelo teórico transdisciplinario, que permita crear las condiciones para una comprensión más real y acabada del fenómeno, que contemple todas sus dimensiones.
  
9. La salud en el desarrollo tiene por finalidad y propósito el bienestar de las personas, de las familias, de las comunidades y, en general, de toda la sociedad.

---

---

## BIBLIOGRAFIA

- ALARCON VILLAVERDE, Jorge, (1993), Epidemiología General, tomo I, Taller gráfico Colegio Médico del Perú, Lima Perú.
- ALFARO, Rosa (1986), De la conquista de la ciudad a la apropiación. Educación Popular 1986.
- ALVAREZ ALVA, Rafael, (1991), Salud Pública y Medicina Preventiva, Edit. Manual Moderno S.A., México.
- ALVAREZ R. Adolfo, (1994), El Bienestar Social, en Diseño de Proyectos de Bienestar Social, un enfoque estratégico, GLAY MEJIA, Jesús, serie de cuadernos de trabajo social, Universidad del Valle, Santiago de Cali.
- ANDERSON y CARTER, (1990) en Enfermería en Salud Comunitaria un Enfoque de Sistemas.
- ARCHER, Sarah Ellen, FLESHMAN, Ruth. (1977). Enfermería de Salud Comunitaria- Modalidades y Práctica. OPS-OMS.
- ARELLANO, Teresa. (s/f), Educación, crisis y alternativas de respuestas.
- ARROYO, Juan E. (1999), La Reforma del Sector Salud en el Perú 1990 – 98, en busca de nuevos modelos de políticas sociales, Ponencia presentada en el Seminario Pobreza y Políticas Sociales. Octubre 1998. Pp. 2 – 21.
- ASOCIACION PERU MUJER, (1989), Estudió y Acción, Seminario “Compartiendo metodologías en la formación de promotores legales y el desarrollo de la defensa legal en las comunidades”, 3 al 8 de Julio, Lima, Perú.
- ASOCIACION DE ASISTENTES SOCIALES, (1989), Testimonio de Trabajo Social de los Asistentes Sociales del Sector Salud en el Departamento de Ancash, Perú.

- 
- AUBEL, Judi, (1999), Guía para la capacitación en Empoderamiento Comunitario, CARE
  - BARONA DE INFANTE Nohemy y ALVAREZ A. Lugarda. (1991). Sociedad y Salud. Formas Precisas Impresores. Cali Colombia. pp: 395 - 423.
  - BECKER, Marshall, (1974), The Health Belief Model and Personal Health Behavior, New Jersey; Charles B. Slack Inc.
  - BERKMAN, LF. (1985), The Relationship of Social Networks and Social Support to Morbidity. In COHEN, S., SYME, SL. (Eds). Social Support and Health. New York: Academic Press.
  - BERTRAND, (1990) en Enfermería en Salud Comunitaria un Enfoque de Sistemas.
  - BOBADILLA DIAZ, Percy, (1995), Diseño y Gestión de Proyectos de Desarrollo con Perspectiva de Género, Material de Referencia, 25 al 29 de Octubre, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Pachacamac.
  - BOBADILLA DIAZ P. DEL AGUILA RODRIGUEZ, L. DE LA LUZ MORGAN M. (S/F) Diseño y Evaluación de Proyectos. Programa de Capacitación Integral para ONGs, USAID.
  - BRIONES, Guillermo, (1996), La investigación de la Comunidad, Formación de Docentes en investigación educativa, Convenio Andrés Bello, 3era. Edic. Editora Guadalupe, Colombia.
  - BURNOTT, George y Otros. (1987). Manual de Microbiología y Enfermedades Infecciosas, Edit. Ciencia y Técnica S.A. México.
  - CAPELLA RIERA, Jorge, (2001), Planificación y Gestión de la Educación, documento de trabajo, Lima/Chimbote, Perú.
  - CAPLAN G. (1974), (De.), Support Systems and Community Mental Health. NY: Behavioral Publications.

- 
- CARRASCO CORTEZ, Victor, (1995), El Enfoque Estratégico Aplicado a la Vigilancia Nutricional a nivel local, FOVIDA
  - CARTA DE OTAWA, (1986), Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, OMS, OTAWA, 12 de noviembre, Canadá.
  - CASE, K Y FAIR, R. (1993). Fundamentos de Economía, 2º Edic. Prentice-Halla, México.
  - COGRAINS MARTIN, E. (1971). Científicos "Colección grandes hombres de la historia". Editorial Ecoma, Lima.
  - CONGRESO DE LA REPUBLICA, (1997), Ley General de Salud N° 26842, El Peruano, publicación del 20 de julio de 1977 Pp. 151 – 245.
  - CONGRESO DE LA REPUBLICA, (2002), Ley del Ministerio de Salud N° 27657, El Peruano, publicación del 29 de enero del 2002 Pp. 216 – 517.
  - CONGRESO DE LA REPUBLICA, (2002), Ley del Trabajo de la enfermera (o), 16 de febrero, Lima, Perú, P.p. 217410.
  - CONSORCIO ESAN, (1998), Programa de Capacitación Materno Infantil (PCMI), Manual, Proyecto 2000, un Proyecto del MINSA y USAID, Lima, Perú.
  - CONTACT, (1994), Acción Comunitaria en Pro de la Salud, como organizarse, Publicación bimestral N° 123, septiembre, Ginebra, Suiza.
  - CUETO, Marcos, (1998), Curso Historia de la Salud Pública, Maestría en Salud Pública Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima - Perú.
  - DE ALMEIDA FILHO, Naomar, (1992), Epidemiología sin números, OPS, serie PALTEX, para ejecutores de programas de salud.
  - DE ROUX, Gustavo y Otros, (s/f), Participación Social y Sistemas de Salud.



- 
- DICCIONARIO ENCICLOPEDICO,(2002), Tutor color, Bogota, Colombia.
  - DICCIONARIO DE LAS AMERICAS, (s/f) Edit. Plaza & Janes S.A. Editores.
  - EL PERUANO, (2002), Normas Legales – Salud, Decreto Supremo No 004-2002-SA, Reglamento de la Ley del Trabajo de la enfermera (o), 22 de Junio Lima, Perú, P.p. 225126.
  - EZEQUIEL, Ander (1980), Metodología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad, Cuestiones en torno a Métodos y Técnicas del trabajo Social, 10ª edición, Buenos Aires, Argentina.
  - FIGUEROA, María. (1990). Modelos de Enfermería en Salud Comunitaria. Profesor Depto. de Enfermería. Universidad de Concepción. Chile.
  - FORONDA F. María, (2003), La participación como factor clave de la descentralización y el desarrollo, ponencia.
  - FRANCO, Rolando, (1996), Los paradigmas de la Política Social en América Latina, en Revista de la CEPAL 58. Caribe, Pp. 9 – 22.
  - FRENK, Julio (1995), Comprehensive policy analysis for health system reform. Health Policy, México.
  - HALFDAN, Mahler, (1973), Las enfermeras que el mundo necesita, Revista Salud Mundial, OMS, Diciembre.
  - HALL, Joanne E. REDDING WEAVER, Barbara.(1990). Enfoque es Salud Comunitaria: Un Enfoque de Sistemas. OPS-OMS. E.U.A.
  - HIGASHIDA, Bertha. (1991). Ciencias de la Salud, Edit. McGraw. Hill. 2º Edic. México.
  - HOLSHOF, Joséé, (1988), Economía Aplicada del Sistema de Salud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, DESCO, Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo.

- 
- HORNEY, Karen, (1959), Nuestros conflictos interiores, Buenos Aires; Psique.
  - HORNEY, Karen, (1960), El autoanálisis, Buenos Aires; Psique.
  - HOUSE JS. KHAN RL, (1985), Measures and concepts of social support. In COHEN, S., SYME, SL. (Eds). Social Support and Health. New York: Academic Press.
  - HUERTA BENITES, Francisco, (2003), Desarrollo Regional y Pobreza en Ancash, Exposición en Taller "Operativización del Proceso del Plan Concertado y Presupuesto Participativo 2004, Huaraz, Ancash, Abril.
  - JIMENEZ, Marta, (1991), Modelo de Creencias en Salud. En JIMENEZ, Marta, Modelo de Creencias en Salud. Modificaciones de Conductas en Salud. Crisis Familiares. Universidad de Concepción, Chile.
  - JUAREZ MONTALVAN, Jhony, (s/f) en Módulo Salud Comunitaria UNISAP, OPS, Perú, 1996.
  - KESSLER, RC. MCLEOD, JD, (1985). Social support and mental health in community samples. In. COHEN, S., SYME, SL. (Eds). Social support and health, New York, Academic Press.
  - KILLIEN, Marcia, (s/f), Un enfoque de entorno para la práctica de Enfermería en Enfermería en un Enfoque, HALL, J. y REEDING, B.; OPS, OMS, Washington, 1990.
  - KROEGER, Axel y LUNA, Ronaldo, (1992), Atención Primaria de Salud, Principios y Métodos, 2da. Edic., OPS, México.
  - LANCASTER, Jaenette. (s/f). Enfermería Comunitaria Modelos de Prevención de Salud Mental. Edit. Panamericana
  - LARA PONCE, Antonio, (1998), Manual para el Trabajo Comunitario, Perú.

- 
- LEAHY, COOB & JONES, (1980), Enfermería para la salud de la comunidad, Prensa Mexicana, México.
  - LEVAV. I. (1992). Temas de Salud mental en la comunidad. Serie Paltex para ejecutores de Programas de Salud N° 19, OPS.
  - LIENDO DE ENGEL, Lindaura, (2000), Programa de Atención de Salud a la Madre, Intervención de Enfermerías.
  - MALDONADO, J.; MARTINEZ, T.; RODRIGUEZ, G. y otros (1996), 1200 Test de Atención Primaria de Salud, Edit. Olaya, Madrid, España.
  - MAZZAFERO, Vicente y Colaboradores. (1988). Medicina en Salud Pública. 1° Edic. El Ateneo, Buenos Aires.
  - MEJIA M. Raul, (1990), Hacia otra escuela desde la Educación Popular tarea. Lima.
  - MENDIBURO MENDOCILLA, Armando. (s/f). Cultura y Salud, 1° Edic., Universidad Nacional del Santa.
  - MEZA CUADRA, Antonio, (1989), Atención Primaria de Salud y Participación Popular en INSAP, Salud Popular, 10 Años después Atención Primaria de Salud, 1989, Lima, Perú.
  - MILOS, Pedro, (s/f) Educación Popular Didáctica.
  - MINISTERIO DE EDUCACION, (2002), Estrategias Metodológicas, Programa de Formación Continua de Docentes en Servicio, Dirección Nacional de Formación y Capacitación Docente, Lima - Perú.
  - MINISTERIO DE SALUD, (1981), Atención Primaria de Salud en el Perú, Comisión Nacional de Atención Primaria de Salud, Lima - Perú.
  - MINISTERIO DE SALUD, (1992), Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, D.S. N° 002 – 92- S.A., Lima, Perú.

- 
- MINISTERIO DE SALUD, (1994), Salud Básica para todos, Lima, Perú.
  - MINISTERIO DE SALUD, (1995), El desafío del Cambio del Milenio: Un Sector Salud con Equidad, Eficiencia y Calidad: Lineamientos de Políticas de Salud 1995 – 2000, Lima, Perú.
  - MINISTERIO DE SALUD, APRISBAC, (1997), Vigencia de la Atención Primaria en el Proceso de Modernización del Sector Salud, Convenio Multilateral, Perú, Holanda Suiza y la Dirección Regional de Salud Cajamarca, APRISBAC, Cajamarca – Perú, 1, 2 y 3 de Setiembre, Lima – Perú.
  - MINISTERIO DE SALUD, (1998), Reunión Nacional de Administración Compartida, Perspectivas de Administración Compartida, Acuerdos de Gestión y Salud Básica para Todos en el Marco de la Modernización, Lima – Perú, 1, 2 y 3 de Setiembre, Lima – Perú.
  - MINISTERIO DE SALUD, (1998), Estrategias para el Trabajo Comunitario en Salud Integral, PAAG-PSBPT, Lima, Perú.
  - MINSA (1998), Financiamiento del Sector Salud, 1995 - 1996, Lima, Perú.
  - MINISTERIO DE SALUD, (1998), Plan Operativo Institucional, Curso de Gestión en la Redes de Establecimientos y Servicios de Salud, Módulo 1, Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud, Lima, Perú.
  - MINISTERIO DE SALUD (1998), Programa de Salud Básica para todos, Memoria 1994 - 1997, Lima, Perú.
  - MINISTERIO DE SALUD (1999), CLAS, Boletín informativo del programa de administración compartida N°1, Enero, Lima, Perú.

- 
- MINISTERIO DE SALUD, (1999), Investigación de Brotes y Emergencias Sanitarias, módulo II Programa de Especialización en Epidemiología de Campo (PREC I), Lima – Perú.
  - MINISTERIO DE SALUD, (2000), Participación Comunitaria, Dirección Regional de Salud La Libertad, Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, Dirección de Participación Comunitaria.
  - MINISTERIO DE SALUD, (2000), Sistema de Vigilancia Comunal (SIVICO), Directiva No 006-2000-CTAR A-DIRESA/DSP/PAC - Dirección de Participación Comunitaria - IEC, Huaraz - Perú.
  - MINISTERIO DE SALUD (2001), Lineamientos para la conformación de Redes de Salud, Lima, Perú.
  - MINISTERIO DE SALUD, (2001), Modifican Artículos del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, R.M. N° 163 – 2001 - S.A/DM, Lima, Perú.
  - MINISTERIO DE SALUD (2002), Acuerdo Nacional, extractos referentes al sector salud, julio, Lima, Perú.
  - MINISTERIO DE SALUD, (2002), Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002 – 2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 – julio 2006. Dirección General de Comunicaciones, Lima, Perú.
  - MINISTERIO DE SALUD, (2002), Promoción de la salud basada en la participación comunitaria, Dirección Ejecutiva de Participación Comunitaria, Lima - Perú.
  - MINISTERIO DE SALUD, (2002), Promulgación de dos leyes que reforman la salud en el Perú, Lima, Perú.

- 
- MINISTERIO DE SALUD, (2002), Sistema de Vigilancia Comunal (SIVICO), Guía Metodológica para la Implementación del Sistema de Vigilancia Comunal de Salud (SIVICO) para el personal de salud, Huaraz-Perú.
  - MONTOYA, BENAVIDES, Amanda, (2000), Ética del Cuidado de Enfermería, XIV Congreso Nacional de Enfermería, "La Ciencia del Cuidado de Enfermería: Un Compromiso Profesional, Colegio de Enfermeros del Perú, 29 – 30 Noviembre, Lima , Perú.
  - MOSBY/DOYMA libros. (1995). Diccionario Mosby de Medicina y Ciencias de la Salud". Edit. Mosby. Doyma, Colombia.
  - MURPHY, Juamile (1995), Teoría del conflicto.
  - NAVARRO ARROYO, Dana Melva, (2000), Marco Conceptual de Comunidad, Universidad Nacional del Santa, Nuevo Chimbote, Perú.
  - NAVARRO ARROYO, Dana Melva, (2001), Planeamiento Estratégico Curricular de la Gestión del Capital Intelectual en una Institución Universitaria, Separata, Universidad Privada San Pedro, Escuela de Post Grado, Doctorado en Gestión y Ciencias de la Educación, Chimbote, Perú.
  - NAVARRO ARROYO, Dana Melva (1999-2000), Planificación Estratégica en Salud Comunitaria, Módulo, Universidad Nacional del Santa, Chimbote, Perú.
  - NAVARRO ARROYO, Dana Melva (1999), Prevención y Promoción de la Salud Mental, Separata, Universidad Nacional del Santa, Chimbote, Perú.
  - NAVARRO A. Dana M. (2003). Modelo de Enfermería en el Desarrollo Comunitario (MEDECO), UNS. Nuevo Chimbote - Perú.

- 
- NAVARRO A. Dana M. (2003). Módulos Educativos del I al VIII: Salud Pública y salud comunitaria, Comunidad, Proceso Salud Enfermedad, Modelos y Teorías de Enfermería comunitaria, Sistemas de Salud, Políticas de Salud, Estrategias del cuidado en enfermería en salud y desarrollo comunitario, Transición de enfermería en salud comunitaria, UNS. Nuevo Chimbote - Perú.
  - NUÑEZ, Carlos (1986), Educar para transformar. Lima, Primera Edición
  - OPCION (2001), Gestión en Programas Sociales, Corporación Peruana para la Prevención de la Problemática de las Drogas y la Niñez en Alto Riesgo Social, Lima, Perú.
  - OPS, OMS, (1990). Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud, Washington, U.S.A.
  - OPS, OMS, (1993). Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, La Participación Social, Washington, U.S.A.
  - PAUCAR, POZO (S/F), Aspectos Sociales de la Educación
  - POLITZER, Georges. (1975). Principios Elementales y Fundamentales de Filosofía, 1º Edic. Espasa, Perú.
  - POTTER, P. PERRY, A. (1998), Fundamentos de Enfermería, Teoría y práctica de Enfermería, 3era. Edic. Edit. Harcourt –Brace. Madrid, España.
  - QUINTA CONFERENCIA MUNDIAL DE PROMOCION DE LA SALUD, (2000), Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud, 5 de junio, México.
  - REVISTA DEL COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERU, (1990), El proceso de Planificación Estratégica, Vol. IV, Marzo, Lima, Perú.
  - RITZER, George, (1993), Teoría Sociológica Contemporánea.

- 
- RODRIGUEZ, BRONDAO, C (1986), La Educación Popular en América Latina. Segunda Edición, Madrid, 1986.
  - RUIZ ROJAS, Ana Isabel, (1991), Salud Comunitaria y Promoción del Desarrollo, Módulo I: necesidad y calidad de vida, Curso de educación a distancia, CELATS Programa de Formación Profesional.
  - SHARMA R., Ritu, (2000), Introducción a la Defensa y Promoción, Guía de capacitación, Traducción al castellano, Proyecto POLICY/USAID.
  - SILVA DELGADO, Nelya, (1993), Aplicación del Proceso Operativo para la Atención de Calidad en Enfermería, en Revista del Colegio de Enfermeros del Perú, Lima, Perú.
  - SIMONSEN, Jakob y Otros. (s/f). Informe sobre el desarrollo humano del Perú.
  - SRINIVASAN Lyra, (1993), Instrumentos para la participación de la comunidad, Manual para la capacitación de capacitadores en técnicas participatorias. PROWWESS/PNUD- Banco Mundial de agua y saneamiento, Washington, Estados Unidos de América.
  - TESTA, Mario (1993). Pensar en Salud, Buenos Aires, Argentina.
  - TURTON y ORTIZ, Jean, (s/f), Enfermería Práctica Comunitaria, Limusa.
  - TYLER, G. (1994). Ecología y Medio Ambiente, Edit. Iberoamericana, edic. 2º, México.
  - UGALDE, Antonio, (1987), Las Dimensiones Ideológicas de la Participación Comunitaria en los Programas de Salud en Latinoamericana. Cuadernos Médicos Sociales N° 411987, ENSAP, OPS, Serie de Planificación N° 5.
  - UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS. (s/f). Lecciones de Epidemiología, Vol 1, Facultad de Medicina San Fernando.



- 
- UNISAP. (s/f). Módulo Epidemiología y Salud en la Población, Curso de actualización de la Enseñanza de Salud Pública.
  - UNISAP. (s/f). Salud Comunitaria, Módulo, Curso de actualización de la Enseñanza de Salud Pública, Lima, Perú.
  - UNISAP. (s/f). Investigación en Salud, Módulo, Curso de actualización de la Enseñanza de Salud Pública, Lima, Perú.
  - UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA. (1994), Salud y Desarrollo- Sistema de Salud Curso Básico Salud Pública, Lima, Perú.
  - VARGAS VARGAS Laura, y BUSTILLOS de NUÑEZ, Graciela, (1990), Técnicas Participativas para la Educación Popular, Tomo II, Alforja, México.
  - VASCO URIBE, (S/F), Rediseño del Sistema Nacional de Salud de Colombia.
  - WARREN, (1990) en Enfermería en Salud Comunitaria un Enfoque de Sistemas.
  - ZURRO, Martín y CANO, J.E. (1992), Atención Primaria de Salud, Cursos de Verano de la Universidad Complutense, España.

### **PORTALES DE INTERNET**

- [www.insp.mx/salud/407406-1.pdf](http://www.insp.mx/salud/407406-1.pdf) La iniciativa “La Salud Pública de las Américas y su razón de ser.
- [www.escuelaamedpuc.cl/páginas/publicaciones/boletin/html/saludpublica/1.1.html](http://www.escuelaamedpuc.cl/páginas/publicaciones/boletin/html/saludpublica/1.1.html) Los desafíos de la salud pública.
- [www.escuelaamedpuc.cl/páginas/publicaciones/boletin/html/saludpublica/1.1.html](http://www.escuelaamedpuc.cl/páginas/publicaciones/boletin/html/saludpublica/1.1.html) Discusión del concepto de salud pública.