

Propuesta metodológica para la planificación, implementación y evaluación participativas en Áreas de Salud - Consejos Populares

Methodological proposal for planning, implementation and participative evaluation in Health Areas - Popular Councils

MSc. Irma Sosa Lorenzo^I; Dr.C. Pierre Lefèvre^{II}; MSc. Mayda Guerra Chang^{III}; MSc. Lilliam Ferrer Ferrer^I; MSc. Armando Rodríguez Salvá^I; Dr.Mariano Bonet Gorbea^I; MSc. Pol De Vos^{II}; Dr.C. Patrick Van Der Stuyft^{II}

^I Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

^{II} Instituto Medicina Tropical. Amberes. Bélgica

^{III} Casa Comunitaria del municipio Centro Habana. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la participación comunitaria es un componente clave para mejorar la salud y permanentemente ha sido un pilar dentro del Sistema de Salud cubano, sin embargo no se ha garantizado totalmente la participación de líderes formales e informales comunitarios dentro de la planificación de salud y específicamente en la elaboración del Análisis de Situación de Salud (ASIS), lo cual limita el potencial de empoderamiento comunitario.

Objetivo: proponer una metodología de planificación-implementación-evaluación de salud para incrementar la participación comunitaria y el empoderamiento a nivel local.

Método: se propone la aplicación de la Metodología Integral Participativa de Planificación y Evaluación en Salud por sus siglas en Inglés CPPE (Comprehensive Participatory Planning and Evaluation) de uso internacional en proyectos de desarrollo, y adaptada al contexto cubano, para ser utilizada en los servicios de salud, partiendo de una fase piloto dentro de un proyecto de investigación-acción.

Conclusiones: se propuso una metodología de planificación-implementación-evaluación de salud para incrementar la participación comunitaria y el empoderamiento a nivel local, donde se analizó el potencial que encierra para lograr sus propósitos. Si la implementación de la metodología fuera exitosa nosotros

podríamos proponer su introducción y generalización dentro del sistema de salud, como una alternativa para la planificación en el trabajo conjunto de áreas de salud-consejos populares.

Palabras clave: planificación, implementación, evaluación, líderes, comunidad, consejo popular, metodología CPPE.

ABSTRACT

Background: community participation is a key component to improve health and has permanently been a mainstay within the Cuban Health System; however, the participation of community formal and informal leaders within health planning, specifically, in the development of Health Situation Analysis (ASIS) was not guaranteed, which limits the potential of community empowerment.

Objective: to propose a methodology for health planning, implementation and evaluation to increase community participation and local empowerment

Method: the application of the methodology of the Comprehensive Participatory Planning and Evaluation (CPPE), internationally used for development projects, is proposed and adapted to the Cuban context to be used in the health services, starting from a pilot phase within an action research project.

Conclusions: a methodology for health planning, implementation and evaluation to increase community participation and local empowerment was proposed, which analyzed the potential for the achievement of its goals. If the implementation of the methodology were successful, we could propose its introduction and generalization within the health system as an alternative for the planning of group work in health areas and popular councils.

Key words: planning, implementation, evaluation, leaders, community, popular council, CPPE methodology.

INTRODUCCIÓN

En 1978 la OMS a través de la Declaración de Alma Ata, articuló los objetivos de la participación comunitaria y la equidad, subsecuentemente se extendió el concepto de empoderamiento en la Carta de Otawa y la Declaración de Yakarta.¹

El empoderamiento ha sido definido como un proceso orientado a transformar las relaciones de poder durante las estrategias de intervención entre las comunidades e instituciones y los gobiernos. Está basado en el fortalecimiento de las comunidades a través del diálogo y la acción; también es un resultado intermedio en el camino para reducir las disparidades en salud y la exclusión social.¹

Las estrategias para lograr un empoderamiento efectivo dependen del liderazgo de las organizaciones y de las personas involucradas, así como del contexto global en el cual tienen lugar.²

Por otro lado, Álvarez³ plantea que la identificación de los diferentes actores sociales que actúan en la realidad que pretendemos modificar es el primer paso para cualquier proceso de intervención donde se pretenda aplicar el enfoque estratégico, ya que resulta indispensable partir del análisis de la situación, no sólo desde la óptica del sector salud, sino también desde la de otros sectores que pertenecen a dicha realidad, y refiere además que las áreas de participación comunitaria o grados de influencia comprenden la descripción de los tipos de participación en: planificación, ejecución y evaluación.

La participación comunitaria ha sido siempre una prioridad del Sistema de Salud cubano, sin embargo dentro de la planificación estratégica no se ha garantizado totalmente la participación de líderes formales e informales comunitarios, lo cual limita el potencial de empoderamiento de la participación.

Según la línea de base realizada para conocer la percepción de líderes comunitarios en localidades de tres municipios del país, en relación a cómo se desarrolla el Análisis de Situación de Salud (ASIS), se identificó que no se implementan métodos participativos que fortalezcan la presencia intersectorial y de líderes informales dentro del ASIS a pesar de la cohesión y el trabajo permanente entre los diferentes actores comunitarios en la implementación de diversas actividades inherentes o no al sector salud.

Los líderes formales tuvieron una información limitada del análisis y de lo que significa este instrumento, los informales no poseen información total de lo que significa y el personal de salud aunque cree que el ASIS es una herramienta indispensable y conoce el método, no realiza un completo proceso de planificación, ni involucra a la comunidad en la toma de decisiones.

Partiendo de la situación expresada anteriormente opinamos que la metodología que se propone ayudará a mejorar el proceso de planificación, implementación y evaluación de intervenciones sanitarias, incrementando los niveles de participación y sobre todo creando un verdadero proceso de empoderamiento a nivel de áreas de salud_consejos populares.

El objetivo de este trabajo fue incrementar la participación comunitaria y el empoderamiento a nivel local a través de una propuesta metodológica de planificación-implementación-evaluación en salud.

MÉTODOS

1. Antecedentes

La Metodología Integral Participativa de Planificación y Evaluación en Salud, por sus siglas en Inglés CPPE (Comprehensive Participatory Planning and Evaluation),⁴ fue diseñada en la Unidad de Nutrición del Instituto de Medicina Tropical (IMT) "Príncipe Leopoldo" de Amberes, Bélgica, y se ha utilizado en algunos países como parte de proyectos de desarrollo.

2. Propuesta metodológica

En un taller realizado en nuestra institución a finales de 2007 con la colaboración del IMT y en el cual participaron un grupo de investigadores y representantes del sector salud de algunos municipios del país en los que trabaja el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), se presentó la metodología y a continuación se analizó la propuesta de ser utilizada en nuestro contexto a nivel de los servicios de salud, utilizando el espacio concerniente a un grupo de áreas de salud y consejos populares seleccionados de los municipios Centro Habana, Cumanayagua y Las Tunas, como parte de un proyecto de investigación-acción participativo en el marco de la colaboración del INHEM con el IMT "Príncipe Leopoldo" de Amberes, en Bélgica.

En el taller se adaptó la metodología a partir de la original, creando algunas herramientas propias como fueron: la evaluación del taller de planificación que realizaron los participantes al finalizar el mismo, la entrevista a profundidad que se realizó a los actores días después del taller, el Reporte Estandarizado de Estudio de Caso de la Metodología (REECM) y el Reporte Estandarizado de Estudio de Caso de la Implementación (REECI).

Fue propuesto además, la elaboración de un manual cubano sobre participación comunitaria que incluyera la guía para implementar la metodología en todo el proceso de planificación-implementación-evaluación, y que a manera de ejemplos plasmara los resultados de dichos procesos en los lugares donde se implementara dicha metodología como parte de la investigación.

3. Fases de la metodología:

- A) Planificación de intervenciones de salud.
- B) Implementación de intervenciones de salud.
- C) Evaluación de intervenciones de salud.

A) Planificación de intervenciones de salud.

Durante el primer ciclo se realizó un taller de planificación de intervenciones de salud en cada contexto. Para este proceso se incluyeron las siguientes etapas: análisis de problemas (construcción del modelo causal), selección y priorización de problemas, selección de intervenciones, elaboración de la tabla IPRI (insumos, procesos, resultados e impacto), elaboración del modelo dinámico y elaboración del plan operacional.

Análisis de problemas (construcción del modelo causal): se refiere a la representación gráfica y organizada de las causas de una situación problema.

Selección y priorización de problemas: identificación de elementos a intervenir basado en el modelo causal, donde los participantes piensan que se puede intervenir para solucionar el problema. Después de concluida la construcción del modelo causal, el grupo identificó las acciones más apropiadas para darle solución al problema analizado, actuando sobre las causas del mismo.

Selección de intervenciones: proceder flexible, que se realizó para identificar las acciones más apropiadas a ser tomadas como punto de intervención para darle solución al problema.

Elaboración de la tabla IPRI (insumos, procesos, resultados e impacto): es una herramienta descriptiva simple que suministra un cuadro claro, global y coherente de los principales componentes de un proyecto.

Elaboración del modelo dinámico: el modelo dinámico es una representación gráfica de cómo el proyecto se supone que trabaje (teoría de la acción del proyecto) y expresa cómo se supone que los diferentes ingresos del proyecto se transforman, a través de una sucesión de actividades, en objetivos operacionales (resultados) y en efectos (impacto).

Elaboración del plan operacional: es la etapa final de la metodología, donde se expresaron en un cuadro final las diferentes actividades que se realizaron en un ciclo de implementación, con fechas, responsables, lugares, etc.

El taller se desarrolló a través del trabajo en equipos y presentación en plenarias. Durante el proceso fueron aplicadas algunas técnicas participativas por parte del facilitador, de forma intercalada en la metodología, para lograr un clima idóneo de trabajo.

B) Implementación de intervenciones de salud.

Esta fue desarrollada con el liderazgo de los actores presentes en los talleres de planificación y con la participación de la comunidad a partir del plan operacional y con la ayuda del modelo dinámico, los cuales se elaboraron durante la planificación. En esta fase puede existir una diversidad de presentaciones de acuerdo al contexto determinado y por tanto a las características del liderazgo, al rol ejercido por los actores y a los conflictos que puedan presentarse, entre otros factores. **El monitoreo será realizado también por los líderes actores del taller de planificación y con la participación de la comunidad.**

C) Evaluación de intervenciones de salud.

A partir del segundo ciclo, el proceso de planificación en cada lugar fue precedido por la evaluación del proceso de implementación que realizaron los propios actores. El principal propósito de la evaluación fue que los participantes tomaran decisiones que ayudaran a la comunidad a alcanzar los resultados deseados a medida que avanzara el proceso. Estuvo enfocada más sobre los procesos y sobre los resultados inmediatos del plan de acción. Necesitó un alto grado de participación de todos los actores del taller y que las diferentes opiniones fueran tomadas en cuenta. La evaluación incluyó un profundo e integral análisis de las intervenciones y del monitoreo realizado por la comunidad. El modelo dinámico es el elemento central del enfoque de la evaluación y debe entregarse en esta fase a los participantes. Siguiendo el flujo de insumos hasta los resultados, el modelo asiste a los participantes para enfocar las preguntas de evaluación.

Fases fundamentales de la evaluación:

- **Fase de preparación:** formulación de objetivos claros por parte del facilitador.
- **Fase de conceptualización:** elaboración de las preguntas de evaluación por parte de los actores en plenaria con la conducción del facilitador.
- **Fase de propuestas:** se dan respuestas a las preguntas elaboradas y se hacen recomendaciones por parte del facilitador y los actores.

4. Participantes:

Para implementar la metodología se necesita seleccionar actores participantes (líderes), la selección de los mismos se realizará por consenso entre las áreas de salud y sus consejos populares; deben ser seleccionados líderes de la intersectorialidad, que con su experticia puedan influir más en el análisis y solución de los problemas de acuerdo a la problemática de salud comunitaria específica, líderes de salud con experiencia en Salud Pública y en el Análisis de Situación de Salud (ASIS) de sus áreas y líderes informales comunitarios. Se recomienda la selección de entre once y trece líderes y que la mitad más uno de ellos sean líderes informales, para que la parte de la comunidad que no representa a instituciones tenga una representatividad importante en la toma de decisiones.

5. Facilitadores:

Los facilitadores para la conducción de los talleres serán elegidos en las respectivas áreas de salud sobre la base de tener conocimientos sobre Salud Pública, sobre técnicas participativas y sobre la comunidad; en tener habilidades de comunicación para dirigir el trabajo en equipos y en plenarias; para resolver conflictos entre los participantes; para sintetizar la información y deberán tener actitudes sociales adecuadas y reconocimiento social por la función que desempeñan; deberán recibir entrenamiento con los instructivos que rigen la metodología, la cual se apoya en una guía que conduce el proceso a través de: diversas etapas, una guía para el facilitador y diversos instructivos o fichas técnicas para facilitar la comprensión de los participantes.

DESARROLLO

Evidencias que potencian la propuesta:

Debido a que la participación de la comunidad en la elaboración del ASIS como parte de la planificación ha sido fundamentalmente expresada en forma de colaboración en diferentes áreas de salud, tema estudiado por Martínez,⁵ se pensó en la utilización de la metodología CPPE para ser utilizada como una opción de planificación alternativa en nuestro estudio.

En nuestro contexto se ha reforzado la política de descentralización, permitiendo más flexibilidad en la distribución y utilización de los recursos a nivel municipal de acuerdo a las necesidades locales. Este enfoque implica la reorganización de los servicios de salud, que incluye un incremento en la participación comunitaria, como expresan De Vos⁶ y Green.⁷

A pesar de la voluntad política del país y de haberse situado siempre la participación activa de la comunidad entre los principios de nuestro sistema de Atención Primaria de Salud (APS), resulta necesario reconocer que a lo largo de estos años la propia estructura y estilo de trabajo prevaletentes, han limitado los mecanismos existentes para lograr una amplia participación de la población en la toma de decisiones, a la autogestión y la participación colaborativa (vacunación, donaciones, etc.), lo que no refleja la correcta utilización del potencial creativo que pudiéramos encontrar en nuestras comunidades.³

Como plantea Restrepo,⁸ construir capacidad comunitaria y empoderar a las comunidades orientándolas al mejoramiento de sus condiciones de vida, son procesos difíciles desde los puntos de vista políticos y sociales. No es posible implementarlos en el vacío, las personas necesitan de incentivos para participar y en este caso el mejor incentivo es darles las oportunidades para resolver situaciones que afectan su vida diaria.

Por esta razón creemos que una vez que los líderes formales, incluidos los del sector salud y los líderes informales de la comunidad, participen activamente en diversos talleres de forma consecutiva para planificar intervenciones sanitarias de acuerdo a sus necesidades y evalúen la implementación de las intervenciones planificadas, el proceso mejorará en grado superlativo, pues creará un verdadero proceso de empoderamiento a nivel de áreas de salud_consejos populares, ya que estarán analizando su situación sanitaria, identificando sus problemas y creando sus propias estrategias para solucionarlas, al mismo tiempo que estarán capacitándose con el método para lograrlo, lo que conduce a un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan la salud de sus comunidades.

Poland y colaboradores plantean que una estrategia clave para conseguir participación comunitaria en la promoción de salud ha sido orientar su práctica hacia los entornos en los que las personas desarrollan su actividad vital cotidiana.⁹

La capacidad comunitaria necesita apoyo político de los gobiernos, sin embargo, contar con ello no siempre es posible, lo cual resulta en frustración de profesionales, líderes y miembros de la comunidad y además necesita de una comprensión adecuada del proceso a desarrollar. No obstante, aunque nuestra realidad es diferente, como plantea Romeo,¹⁰ algunos factores hacen que sea fructífero este enfoque en nuestro país, como son: la voluntad política y el compromiso social del estado cubano, el proceso de descentralización caracterizado por el desarrollo local y la conformación de los consejos populares.

Los consejos populares son espacios ideales para el proceso de deliberación, concertación y negociación, y para una adecuada planificación de acciones de salud, ya que constituyen una autoridad en contacto directo e inmediato con las actividades sociales, económicas y de servicios en barrios y poblados, y con capacidad real para encausar la solución de los problemas de salud.³ Sin embargo estos autores piensan que se necesita una mínima aceptación de la metodología para ser implementada en los escenarios propuestos, la cual se basaría en un nivel previo y adecuado de negociación y de concertación, para que durante los procesos de planificación-implementación-evaluación no fracasen algunas de sus estrategias, y que una vez iniciado el proceso, perciban la utilidad de la metodología para organizar el trabajo comunitario, para reforzar el papel de la intersectorialidad y de la participación social y para desarrollar el liderazgo.

Si el resultado deseado de la participación social y comunitaria y del empoderamiento es la equidad y previamente la construcción de la capacidad comunitaria y el empoderamiento de las comunidades para promover la salud, no es posible desarrollar un ambiente saludable sin desarrollar estrategias participativas de individuos y comunidades, por tanto el marco concreto donde se ofertan los servicios de salud y su relación directa con el consejo popular como nivel de gobierno en la localidad, parecen ser el escenario idóneo para implementar la metodología propuesta.

La selección de los líderes formales e informales nos parece de vital importancia en la determinación de los resultados de planificación-implementación-evaluación de estrategias de salud, como dice Restrepo.⁸ El aporte del liderazgo de la comunidad es esencial al proceso entero y no puede dejarse exclusivamente al personal técnico.

El ejercicio de identificación de problemas y necesidades es el mejor punto de arranque para construir la capacidad comunitaria y la meta es obtener la participación de todos.

Los autores somos del criterio que los administradores de salud y los líderes formales deben escuchar los problemas identificados por la comunidad para ganar su confianza, eso permitirá un creciente interés, motivación y dinamismo para mantener activo el trabajo en las diferentes áreas de salud y consejos populares.

Por tanto si en sentido general la metodología propuesta fuera entendida, aceptada y se evidenciara su utilidad en la práctica por los diferentes actores en estos contextos, ayudaría a desarrollar la comunicación entre los líderes y permitiría que todos participaran de forma activa durante el intercambio de experiencias, propiciando debates con un análisis profundo que serían muy enriquecedores, ayudando a buscar mejores soluciones a los problemas. Además la presencia combinada de la intersectorialidad y de líderes informales comunitarios, enriquecería la toma de decisiones para mejorar la salud y la calidad de vida de la población.

Un aspecto importante de la metodología parece ser la habilidad del facilitador para la conducción de los talleres, donde es importante el manejo de los equipos, propiciar dentro de estos el análisis y solución de problemas y la toma de decisiones en grupo, establecer un enfoque epidemiológico de los problemas, propiciar el mejoramiento de las relaciones interpersonales, mantener los aspectos éticos, propiciar la negociación y la concertación de acciones, dar un balance adecuado a la situación cuando se presentan conflictos de liderazgo entre los diferentes actores, sobre todo de los formales (específicamente los de salud) sobre los informales, lo cual puede ser radicalmente cambiado sobre la base de la selección de líderes comprometidos con los intereses colectivos y con experiencia en la priorización de problemas y en la solución de los mismos por su factibilidad, y por algo en lo cual enfatiza Castell-Florit.¹¹

Las propias características de la salud, perteneciente a un sistema social altamente complejo, donde participan actores de dentro y fuera del sector, determinan una dinámica de actuación totalmente diferente, que debe ser de obligado entendimiento por la totalidad de los integrantes del Sistema Nacional de Salud.

Sin embargo, este sector deberá mantener su liderazgo técnico, ya que el liderazgo de salud es el proceso de influencia, guía y dirección de las personas para alcanzar objetivos específicos. Estos criterios caracterizan las relaciones entre dichos profesionales y las de otros actores.¹²

Si el dinamismo y el liderazgo de los actores con más experiencia es mantenido y se amplía, puede propiciar una mayor movilización y participación popular en la implementación de actividades planificadas y un efecto en cascada para involucrar cada vez a más y más personas con resultados multiplicados, porque participando en la implementación de esta metodología la comunidad se informa, aprende y tiene poder de decisión, pudiéndose encontrar en este escenario lo que Álvarez³ denomina la influencia extensiva de la comunidad y otras organizaciones y sectores pertenecientes a una localidad determinada, en la que los actores sociales involucrados en el problema reciben información, participan en la toma de decisiones, asignan y controlan recursos decisivos en la ejecución y participan en el proceso de evaluación de las acciones que se tomen.

La experiencia en países como Argentina, Bélgica, Cuba, Guatemala, Panamá y Venezuela, ha permitido identificar una larga lista de problemas de salud, en la mayoría de los cuales resulta muy evidente que este sector, por muy elevado que sea el presupuesto y recursos que posea, no puede resolverlos por sí solo.¹³

La experiencia cubana demuestra que los resultados de la acción intersectorial se incrementan con la descentralización de estos procesos y su aproximación al ámbito local y comunitario, donde los sectores cuentan con el poder y libertad de acción suficiente para detectar y enfrentar conjuntamente los problemas,^{13,14} así como para acceder y tomar control sobre los recursos en la atención de salud, vista desde la perspectiva de entender la participación comunitaria dentro del marco del empoderamiento.¹⁴

Rifkin¹⁵ señala que la participación comunitaria y su evolución al empoderamiento, ha sido vista como un componente clave para mejorar la salud, señalando además que las razones para alcanzar una elevada participación comunitaria incluyen entre otras: involucrar a las personas en las decisiones que afectan sus propias vidas, involucrar también a los profesionales, trabajar en la obtención de percepciones, información y crear un mutuo aprendizaje del entorno. Al respecto también menciona la misma autora, que es relevante involucrar a las personas en los programas para que las mismas sean capaces de movilizar recursos financieros, materiales y humanos.¹⁶

Para dar respuestas a nuestras inquietudes y desde la investigación-acción participativa, podemos documentar la flexibilidad y adaptabilidad en el uso de la metodología, analizando la replicación y cambios durante el proceso en el mismo escenario y entre los diferentes escenarios, además de analizar su sostenibilidad en el tiempo y su reproducibilidad.

Creemos que para que eso se haga realidad deben ser analizados la aceptación y estandarización del método, la reducción de conflictos en la consecución de un liderazgo compartido y la sostenibilidad de las acciones en el tiempo, que incluye el poder de decisión sobre los recursos y ponerlos en función de las verdaderas necesidades comunitarias. Si existiera evidencia del incremento en los niveles de participación comunitaria y de empoderamiento de las comunidades por el uso de la metodología propuesta según los argumentos planteados, pudiera valorarse el potencial que encierra para incrementar la participación y el empoderamiento de las comunidades y además podría proponerse la posible generalización e institucionalización de la misma como una opción alternativa de planificación en nuestros servicios de salud con el trabajo conjunto de áreas de salud-consejos populares.

CONCLUSIONES

Se propuso una metodología de planificación-implementación-evaluación de salud para incrementar la participación comunitaria y el empoderamiento a nivel local, donde se analizó el potencial que encierra para lograr sus propósitos.

Si la implementación de la metodología fuera exitosa, podríamos proponer su introducción y generalización dentro del sistema de salud como una alternativa para la planificación en el trabajo conjunto de áreas de salud-consejos populares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. What is the effectiveness of empowerment to improve health? Europe. Health Evidence Network. 2006. Available from: <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>. [Cited 2010 March] [aprox. 37 p.].
2. NSW Department of Ageing, Disability and Home Care. New South Wales Government. New directions for Community Participation. 2005. Available from: <http://www.healthknowledge.org.uk>. [Cited 2010 March 2010] [aprox. 31 p.].
3. Álvarez AS, Álvarez AG. Planificación Estratégica de intervenciones en salud. Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. Primera edición.1998.
4. Lefèvre P. et al. Comprehensive Participatory Planning and Evaluation. Nutrition Unit Tropical Medicine. Antwerp. Belgium. December. 2000. Available from: http://www.ifad.org/pub/bsf/cppe/cppe_1.pdf . [Citado 10 Noviembre 2007] [aprox. 64 p].
5. Martínez, S. Análisis de Situación de Salud. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2004.
6. De Vos P, De Ceukelaire W, Bonet M, Van der Stuyft P. Cuba's health system: challenges ahead. Health Policy and Planning 2008; 23: 288-290. Available from: <http://www.itg.be/itg/GeneralSite/Default.aspx?WPID=95&L=E> . [Cited 2010 Aug 4]. [aprox. 3 p.].
7. Green R. Effective community health participation strategies: a Cuban example. International Journal of Health Planning and Management 2003; 18:105-16. Available from: <http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/29/2/147.full.pdf> . [Cited 2009 May 20]. [aprox. 17 p.]
8. Restrepo HE. Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la salud. OPS. México, D.F. 5 al 9 de Junio de 2000. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0576.pdf>. [Citado 20 de Mayo 2009]. [aprox. 19 p.]
9. Poland B, Krupa G, McCall D. Settings for Health Promotion: An Analytic Framework, to Guide Intervention Design and Implementation. Health Promotion Practice 2009; 10 (4):505-16. Available from: <http://hpp.sagepub.com/content/10/4/505.long> [Cited 2010 Nov 12] [aprox. 13 p.]
10. Romeo DV. Capacidad comunitaria en beneficio de promover salud en la colectividad. Rev Cubana Med Gen Integr 2007; 23 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000300013&lng=es. [Citado 5 Julio 2010] [aprox. 8 p.].
11. Castell-Florit P. Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. Escuela Nacional de Salud Pública. Rev Cubana Salud Pública 2007; 33 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200009&lng=es . [Citado 4 Mayo 2008]. [aprox. 16 p.]

12. Pérez D, Lefèvre P, Romero MI, Sánchez L, De Vos P and Van der Stuyft, P. Augmenting frameworks for appraising the practices of community-based health intervention. *Health Policy and Planning* 2009; 24: 335-41. Available from: <http://heapol.oxfordjournals.org/content/24/5/335.full.pdf+html> [Cited 2010 July 5]. [aprox. 7 p.]
13. Castell-Florit P. *Intersectorialidad y Sistemas de Salud. La experiencia cubana.* La Habana. ENSAP. 2003.
14. Castell-Florit P, Gispert, E. La intersectorialidad y el desarrollo de la Salud Pública en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública* 2009; 35 (1): Disponible en Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v35n1/spu04109.pdf>. [Citado 4 Agosto 2010]. [aprox. 10 p.].
15. Ratna J, Rifkin S. Equity, empowerment and choice: from theory to practice in public health. *J Health Psychol.* 2007 May; 12(3):517-30. Available from: <http://hpq.sagepub.com/content/12/3/517.long> . [Cited 2010 Aug.]. [aprox. 15 p.]
16. Rifkin SB, Pridmore P. *Partners in Planning. Information, Participation and Empowerment.* Macmillan Education Ltd, London, 2001.

Recibido: 4 de enero de 2013.

Aprobado: 10 de marzo de 2013.

MSc. Irma Sosa Lorenzo. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Teléfono: 8788479. E mail: irma@inhem.sld.cu