

ARTÍCULO ORIGINAL

Intersectorialidad y participación en la planificación, implementación y evaluación de intervenciones de salud en Cuba

Intersectoriality and participation in the planning, implementation and evaluation of health interventions in Cuba

MsC. Irma Sosa Lorenzo, MsC. Armando Rodríguez Salvá, MsC. Adolfo Álvarez Pérez y Dr. Mariano Bonet Gorbea

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

RESUMEN

Introducción: la intersectorialidad, como componente de la planificación sanitaria, constituye uno de los pilares de los procesos de organización y reorganización de la salud pública contemporánea y, por ende, de las funciones esenciales de sus sistemas y servicios.

Objetivo: describir la función de la intersectorialidad en la toma de decisiones en el campo de la salud pública.

Métodos: se realizó una investigación de acción participativa en la planificación, implementación y evaluación sanitarias, a través de la metodología conocida bajo el acrónimo CPPE (*Comprehensive Participatory Planning and Evaluation*), en las provincias de La Habana, Cienfuegos y Las Tunas, durante el quinquenio 2008-2012.

Resultados: hubo evidencias de la aplicación del principio de intersectorialidad, trabajo comunitario, capacitación y consolidación de las áreas de salud y los consejos populares. Asimismo, se presentaron algunos de los factores señalados como determinantes, condicionantes y desencadenantes del desarrollo de la intersectorialidad que, aunque no se tuvieron en cuenta al aplicar el enfoque metodológico, fueron analizados durante la planificación e implementación de las intervenciones por los actores.

Conclusiones: la satisfacción y el bienestar por la mejoría de la calidad de vida de las personas y su entorno, así como la voluntad política, fueron incentivos eficaces para llevar a cabo estos procesos. Al respecto, fue evidente la importancia de la intersectorialidad como enfoque tecnológico y se ratificó que el sector de salud no puede actuar de manera independiente, pues la mayoría de los factores determinantes de la salud están fuera de su competencia; de modo que se reveló la necesidad de la perspectiva intersectorial.

Palabras clave: intersectorialidad, participación sanitaria, empoderamiento sanitario, planificación sanitaria, metodología CPPE.

ABSTRACT

Introduction: intersectoriality, as component of the health planning, constitutes one of the keystones of the organization and reorganization processes of the contemporary public health and so, of the main functions of its systems and services.

Objective: to describe the role of Intersectoriality in the decisions making process in the public health field.

Methods: an investigation of participative action in the planning, implementation and health evaluation was carried out through the well-known methodology CPPE (Comprehensive Participative Planning and Evaluation), in Havana, Cienfuegos and Las Tunas provinces, during the five year period 2008-2012.

Results: there were evidences of the Intersectoriality principle application, community work, training and consolidation of the health areas and the People's Councils. Likewise, some of the factors classified as determinant, conditioning and triggering for the development of Intersectoriality were presented, which, although they were not kept in mind when applying the methodological approach, they were analyzed during the planning and implementation of the interventions by the participants.

Conclusions: the satisfaction and the well-being for the improvement of life quality of people and their environment, as well as the political will, were effective incentives to carry out these processes. In this respect, the importance of the Intersectoriality as technological approach was evident and it was ratified that the health sector cannot play its role in an independent way, because most of the health decisive factors are out of its competence; so the necessity of the intersector perspective was revealed.

Key words: intersectoriality, health participation, health empowerment, health planning, methodology CPPE.

INTRODUCCIÓN

La intersectorialidad, como componente de la planificación sanitaria, constituye uno de los pilares de los procesos de organización y reorganización de la salud pública contemporánea y, por ende, de las funciones esenciales de los sistemas y servicios de salud; de ahí que la mayoría de los procedimientos de la reforma sectorial, desarrollados o propuestos en las 2 últimas décadas, la contemplan como una de las condiciones para su éxito, y con ello, para el mejoramiento de la salud de las poblaciones y sus factores sociales determinantes.

Con referencia a lo anterior, la mayoría de los estudios señalan el ejercicio intersectorial como una de las acciones que ha permitido, sin distinción de país o territorio, controlar de manera integral y participativa los factores que determinan la salud y sus características diferenciales. Este es un tema ampliamente conocido, debatido y generalmente aceptado por todos los actores involucrados o responsabilizados (o ambos), en la producción y reproducción social sanitaria, y el tratamiento a sus elementos sociales definitivos, entre los cuales se destacan los gobiernos, las autoridades y los profesionales de la salud, así como las agencias internacionales.^{1,2}

Por otra parte, la promoción de salud, como una de las funciones esenciales de la salud pública, se basa indiscutiblemente en la capacidad de su personal de aprender a mirar más allá del contexto médico, con vistas a identificar y solucionar los problemas, a partir de un protagonismo junto con los demás sectores de la sociedad, incluida la población, lo

cual es un aspecto imprescindible en cualquier proceso encaminado al progreso de los indicadores de salud y el bienestar de los ciudadanos.³⁻⁵

Cabe agregar que la salud es un proceso social, cuya especificación incorpora cuotas importantes de complejidad, provenientes de campos y variables diversas, en especial los que se integran al área de los componentes estructurales y contemplan factores socioeconómicos, los cuales determinan que el concepto sector de la salud, de manera aislada o independiente, resulte excesivamente pobre al enfrentar los problemas y las necesidades sanitarias, por lo que muy difícilmente puedan ser resueltos mediante acciones generadas y desarrolladas exclusivamente por dicho sector.⁴

Mediante este estudio se intentó fortalecer la capacitación sobre salud en diferentes localidades, para así incrementar la participación comunitaria y el empoderamiento sanitario, además de reforzar el papel de la acción intersectorial en la toma de decisiones en salud.

MÉTODOS

Se realizó una investigación de acción participativa en la planificación, implementación y evaluación sanitarias, a través de la metodología conocida bajo el acrónimo CPPE (*Comprehensive Participatory Planning and Evaluation*),⁶ durante el quinquenio 2008-2012, la cual facilita el análisis integral de la situación local de salud y la participación de varios actores.

Para ello, se adaptó dicha metodología al contexto cubano con la introducción de un cuestionario, de manera que los propios actores participantes pudiesen evaluar los talleres; asimismo se realizaron entrevistas y grupos focales durante las intervenciones de los investigadores, quienes además llevaron a cabo los registros estandarizados de estudios de casos de la metodología y de la implementación, a fin de posibilitar una mejor documentación de los procesos desarrollados. Esta propuesta incorporó nuevas herramientas al análisis de la situación de salud en todos los niveles, al favorecer una participación más integral de los distintos actores involucrados en el proceso de planificación sanitaria.⁷

Fueron efectuados, progresivamente, 16 talleres participativos de planificación y evaluación en 4 áreas de salud y 4 consejos populares, pertenecientes a 3 municipios cubanos, a saber: 2 áreas de La Habana, "Marcio Manduley" y "Reina", y sus consejos populares "Dragones" y "Los Sitios", respectivamente; un área rural montañosa de la provincia de Cienfuegos (región central), "San Blas" y su Consejo Popular "La Sierrita", y una localidad urbana de la región oriental (provincia de Las Tunas), "Gustavo Aldereguía", y su Consejo Popular No. 5. Durante los talleres se elaboraron relatorías, y las intervenciones de salud diseñadas fueron implementadas y colectivamente inspeccionadas a lo largo de un año.

El análisis de los datos (codificación e interpretación) fue apoyado con el uso del software NVivo versión 8.0. En cuanto a los aspectos éticos, el objetivo se basó en fortalecer valores como la solidaridad y el respeto a la diversidad de opiniones, así como en utilizar la cohesión social existente como potencial en el proceso de solución de conflictos, pero a la vez trabajar en ella, con vistas a obtener su fortalecimiento y destacar el potencial de las comunidades en la toma de decisiones que afectan su salud, además de verificar la responsabilidad de los actores involucrados en el proceso para alcanzar esos objetivos.

RESULTADOS

Construcción de capacidades en los procesos de planificación, implementación y evaluación

A través de la capacitación desarrollada con los talleres, se logró asegurar una participación mayor y de los más diversos sectores en la identificación de los problemas de la comunidad, lo cual permitió abordar la problemática sanitaria desde la multicausalidad de los fenómenos y bajo el enfoque de la determinación de la salud, incluidas las causas sociales, de manera que facilitó una mejor comprensión del origen de los problemas a los actores participantes. Al respecto, la siguiente opinión es una muestra de ello:

“El taller tiene una importancia grande. En él se desarrollan las capacidades de líder que tienen o no los participantes; se evidencian las relaciones entre organizaciones, grupos, entre diferentes sectores y salud, el papel de cada sector en el trabajo comunitario y las iniciativas que tengan cada uno, así como la motivación por realizarla... La metodología una vez más prueba que es muy útil, porque nos ayuda a vincular el trabajo de las organizaciones e instituciones presentes en el Consejo Popular, en bien de obtener logros de salud en la comunidad” (palabras de un líder formal en la entrevista a profundidad).

De 20 intervenciones planificadas, 17 fueron totalmente implementadas y evaluadas; de estas, 3 se hicieron de manera parcial, porque los recursos fueron destinados a acciones instructivas, priorizadas por el Ministerio de Salud Pública debido a razones de emergencia.

Las intervenciones alcanzaron diferentes niveles de empoderamiento, desarrollados por medio de los siguientes puntos:

- 1) Dirigir los factores sociales determinantes de la salud de acuerdo con las necesidades.
- 2) Involucrar a diferentes tipos de líderes en el proceso de toma de decisiones.
- 3) Incrementar las capacidades de los actores en términos de análisis, planificación, implementación y evaluación.
- 4) Incrementar los sentimientos de apropiación hacia las intervenciones.

Consecuentemente hubo un consenso entre todos los actores, de que la citada metodología había proporcionado la capacidad de organizarse mejor y lograr trabajar de una manera más sistemática, con un mayor involucramiento de las personas y una mejor coordinación de los gobiernos locales. Lo anterior fue un exponente de que la existencia de un trabajo intersectorial previo, más la adición de una estrategia participativa de planificación, implementación y evaluación, introducidas para la capacitación de los actores; provocaron cambios en la participación y el empoderamiento de estas comunidades, además de fortalecer en su organización a las áreas de salud y la acción intersectorial.

En efecto, el proceso de capacitación con el empleo de la metodología, propició la identificación y priorización de los problemas, el análisis de sus causas, la formulación y selección de propuestas de intervención, el diseño de planes de acción, su implementación y la evaluación de los procesos, con marcada participación intersectorial (incluido el sector de la salud) y de la comunidad, y un mayor nivel de empoderamiento de estos grupos.

Enfoque intersectorial y comunitario

El trabajo comunitario, con un fuerte liderazgo intersectorial predominante en todos los lugares y procesos, manifestó la percepción de los actores involucrados, lo cual se ilustró con algunas citas: "Yo creo que la composición de los grupos de trabajo fue buena. Importante fue que participaran líderes informales de la comunidad y representantes de todas las instituciones y organizaciones necesarias en el proceso" (señalado por un líder formal en el cuestionario de evaluación del taller). "La participación colectiva entre el personal de salud y otros líderes comunitarios, ofreció aportes importantes en la toma de decisiones" (expresado por un líder de salud en el grupo focal).

Esta labor en la comunidad requirió de la interacción del sector de la salud con otros sectores o instituciones, o ambos, implicados en el avance de las estrategias de promoción y prevención, así como de intervenciones dirigidas, fundamentalmente, a mejorar la integridad del ambiente y fomentar comportamientos saludables en las personas, con énfasis en la atención y el control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, lo que constituye un problema sanitario en el país, y fue identificado progresivamente en el presente estudio, como una dimensión vulnerable que debe ser modificada desde la acción intersectorial. Asimismo, los planes operacionales diseñados a los efectos, mostraron durante las intervenciones, la utilidad del aprendizaje colectivo en función de resaltar la importancia del enfoque interactivo de diferentes líderes y, en esencia, la participación intersectorial, el fortalecimiento del sector sanitario y el mejoramiento de la salud.

Al respecto, fue señalado: "La utilidad del plan diseñado es que se convierte en el manual de trabajo para la labor comunitaria... es un plan de acción que controla el trabajo comunitario e incentiva la intersectorialidad" (presidente de un consejo popular durante la entrevista a profundidad). "El plan final fortalece la acción intersectorial para trabajar por la calidad de los servicios de salud y la calidad de vida de la población" (por un líder de salud en un grupo focal).

Factores determinantes de la intersectorialidad

De esta forma fueron analizados, en dependencia del contexto, distintos factores sociales determinantes de la salud, que fueron tratados desde una perspectiva intersectorial; entre ellos se destacaron: la educación sanitaria de la población, el abasto y la calidad del agua de consumo, la presencia de microvertederos y escombros, los agentes contaminantes del medioambiente, la atención al anciano, las prácticas sexuales, el tabaquismo, el alcoholismo y otras adicciones; la capacitación sobre temas de salud de los líderes formales e informales; la autorresponsabilidad individual y colectiva en cuanto a la salud; la cultura alimentaria de las comunidades; la práctica de ejercicios físicos; la competencia y el desempeño de profesionales y técnicos para abordar el tratamiento y control de hábitos tóxicos y de enfermedades no transmisibles; por citar algunos.

Una de las herramientas de la metodología: el modelo causal, permitió abordar las causas de los diferentes problemas identificados desde el enfoque necesario de la intersectorialidad, lo cual permitió obtener planes de acción bien consensuados, en los que se mostró la presencia y el compromiso de las diferentes instituciones gubernamentales.

Factores condicionantes de la intersectorialidad

Entre estos factores se destacaron: la voluntad política de los gobiernos locales (consecuencia de la voluntad del Estado cubano) para convertir en realidad los objetivos del trabajo en la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población, la participación y la intersectorialidad como funciones esenciales de la salud pública, la descentralización en salud, con predominio de la autoridad, la responsabilidad y la disponibilidad de recursos para ejercer su liderazgo, negociar las acciones conjuntas y tomar decisiones; el capital humano que constituyó, tanto en el carácter condicionante como desencadenante de la intersectorialidad, la existencia de personas comprometidas con el trabajo participativo; la cohesión y la cooperación mutua; la inversión tecnológica, expresada o materializada en la producción científica a partir de los resultados de la investigación y la acción; y la sociedad organizada con sus objetivos, funciones y acciones bien definidos.

Los líderes de la intersectorialidad mostraron, en todo momento, un compromiso y la responsabilidad para fortalecer los servicios de salud, en especial con el proceso de reorganización que condujo el sector de la salud durante el período analizado. Otro factor condicionante del papel de la intersectorialidad, para lograr transformaciones en función de la salud, fue la rectoría de los niveles locales y municipales, la cual propició los resultados satisfactorios en el accionar de estas comunidades.

Factores desencadenantes de la intersectorialidad

El principal factor lo conformó el trabajo en equipo, como componente de la metodología y premisa de la acción gerencial, liderada por el sector de la salud en el análisis de la situación sanitaria, pues en este se establecieron la coordinación, la ética en el proceso de participación, el análisis y la solución de problemas (efectuados en grupos con sus dinámicas respectivas en cada contexto), la interacción, la toma de decisiones en grupo, el liderazgo de diferente tipo y la motivación de sus líderes, la negociación, la concertación, la gestión intersectorial en salud y el trabajo comunitario con el aporte de todos, especialmente las experiencias de los líderes informales.

Por su parte, el liderazgo, que es un factor relevante, se concentró en las fortalezas grupales, a medida que avanzaron los procesos en cada lugar, así como en las relaciones basadas en la confianza y el respeto, expresados en los aportes y las sugerencias de cada participante, la creatividad, los retos compartidos, la buena solución de los conflictos y la disposición de trabajar con cohesión para mejorar la salud de las comunidades y su calidad de vida.

Se mostró satisfacción por las técnicas empleadas, la forma en que se trabajó y los cambios en el grado de conciencia, habilidades y confianza entre los participantes.

Actores, liderazgo y movilización de recursos

En los procesos de planificación y evaluación participaron 16 líderes formales, que representaron al sector de la salud, 53 líderes informales de la comunidad y 49 como muestra de la intersectorialidad (líderes formales de las diversas instituciones de los consejos populares, como representantes locales de varios sectores públicos: educación, cultura, deportes, agricultura, gastronomía, servicios municipales de abasto de agua y de recolección de desechos sólidos y líquidos) y de algunas organizaciones (federación de mujeres y círculos del adulto mayor). En todos los contextos, y a través de los diferentes procesos, los sectores formales agrupados en los consejos populares en nombre de la intersectorialidad, se destacaron por el liderazgo en la planificación y evaluación, aunque

los líderes informales (representantes comunitarios) incrementaron sucesivamente su papel de sumar, progresivamente, a más y más integrantes de las respectivas comunidades durante la implementación de los planes de acción.

No obstante, aparecieron algunos conflictos durante la implementación de las intervenciones, debido a la desmotivación producida por los cambios, a fin de ejercer un liderazgo compartido en los diferentes sectores e instituciones al ejecutar los planes operacionales, sobre todo entre líderes de otros sectores que no habían estado en la planificación o de los que sí habían estado, pero después habían abandonado el proceso por desinterés. Estos desacuerdos, surgidos generalmente por el criterio de que los cuidados de la salud son responsabilidad del personal sanitario, fueron resueltos gracias al liderazgo de los consejos populares, específicamente de algunos presidentes con amplia trayectoria en el trabajo intersectorial y la comunidad, quienes lograron unir a todos los participantes en los procesos.

La movilización de los recursos (considerados a partir de los presupuestos planificados) para implementar las intervenciones, en las áreas de salud y sus comunidades, fue apoyada por la acción de los gobiernos locales. Los recursos financieros destinados al sector de la salud están descentralizados a nivel municipal y son utilizados en las áreas de salud y sus consejos populares, a través de un presupuesto que se planifica participativamente entre todos los sectores sociales.

DISCUSIÓN

Raeburn *et al*⁸ optan por el uso de capacitaciones comunitarias en salud, relacionadas con aspectos clave enfocados en: 1) el concepto de capacitación y empoderamiento versus enfermedad y deficiencia, 2) procesos y agendas determinados desde la comunidad *bottom-up* versus *top-down* o procesos establecidos desde afuera de esta, y 3) procesos para el desarrollo de competencias comunitarias. También destacan que el potencial humano a nivel de la comunidad no puede ser subestimado cuando las personas trabajan juntas sobre objetivos comunes, y la gran importancia que posee la sinergia entre la acción comunitaria y otros actores, quienes influyen en la determinación de la salud.

La intersectorialidad como elemento básico de la dirección en salud, ha requerido de importantes transformaciones tecnológicas en su evolución histórica, para contar con instrumentos de planificación, intervención y control que permitan asegurar su sostenibilidad. Como tecnología, se basa en la aplicación del conocimiento científico en la solución de problemas prácticos, a través de un sistema de competencias que les permiten aplicar a los distintos actores implicados, métodos o medios para controlar el entorno y perfeccionar las condiciones de vida, al tiempo que brinda posibilidades para el mejoramiento de los procesos de gestión en los sistemas y servicios de salud.⁹

Por otro lado, el proceso de construcción de capacidades en un marco de empoderamiento, sigue una metodología que asegura el diálogo entre iguales -- aquellos que comparten valores, objetivos comunes e equivalentes oportunidades --, el aprendizaje basado en la experiencia, la contribución colectiva al construir el conocimiento y una relación dialéctica entre teoría y práctica. Este criterio caracteriza las relaciones entre los profesionales de la salud y las de otros actores.¹⁰

El alcance de la intersectorialidad y la participación social en Cuba no es consecuencia de la espontaneidad, pues se ha requerido de una concepción adaptada al Sistema de Salud cubano, una voluntad política que la sustente y un diseño tecnológico que la inserte

naturalmente en la producción de sanidad. Consiste fundamentalmente en convertir la cooperación fortuita o casual en acciones, que lideradas por el sector de la salud y apoyadas en políticas nacionales o locales debidamente concertadas, se orienten estratégicamente sobre aquellos problemas identificados y priorizados, en los que las actividades de otros sectores pueden ser determinantes. Se enfatiza en la importancia que posee la sinergia entre la acción comunitaria y otros actores, quienes influyen y determinan la salud. De esta manera, la intersectorialidad tiene su justificación en la propia naturaleza de los problemas sanitarios, de su determinación social y en la causa de las orígenes de estos.^{4,8,9}

Al desarrollarse la primera etapa de la metodología (construcción del modelo causal)^{6,7} en este estudio, se analizaron los factores influyentes o determinantes de los diferentes problemas identificados, lo cual desencadenó la participación inherente a cada sector representado en el análisis.

Castell-Florit Serrate⁴ señala que sin la concepción clara y precisa de los factores determinantes de la intersectorialidad, no sería posible establecer formas de actuación con enfoques y métodos científicamente fundamentados en este tipo de proceso. En el contexto cubano, la presencia y el compromiso de los sectores formales del gobierno local es relativamente fácil de obtener, puesto que no existen contradicciones fundamentales de intereses entre los sectores populares y el Estado, y los directivos de las instituciones entienden su responsabilidad respecto a la problemática de salud y sus factores definitivos en la comunidad.⁷

Durante los procesos de análisis, planificación, implementación y evaluación, la intersectorialidad también fue impulsada por los denominados factores condicionantes y desencadenantes, los cuales se destacan como clave en su desarrollo.⁴

Al respecto, los hallazgos derivados de la presente investigación, guardan correspondencia con los aspectos conceptuales y metodológicos que sirvieron de pauta para su diseño e implementación; tal es el caso de la selección de diversos actores sociales, entre ellos, los líderes formales e informales, que representan a la intersectorialidad y a la comunidad, respectivamente. Según Álvarez,¹² la identificación de los diferentes actores sociales que actúan en la realidad que se pretende modificar, es el primer paso para cualquier proceso de intervención en el que se pretenda aplicar el enfoque estratégico, pues resulta indispensable partir del análisis de la situación de salud, no solo desde la perspectiva del sector de la salud, sino también de otros sectores que pertenecen a dicha realidad.

Efectivamente, la intersectorialidad, conceptualizada como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida, forma parte importante de esa respuesta social organizada.⁴ Basta observar lo que Castell-Florit Serrate⁴ plantea sobre la subordinación de la práctica de la intersectorialidad a una serie de condiciones previas, de las cuales depende la existencia de un escenario proclive a su materialización, donde además se articula con las necesidades comunitarias.

Sapag y Kawachi¹² discuten cómo y por qué deben ser aspectos importantes en una estrategia de promoción de salud, el empoderamiento y la participación comunitaria, la interdisciplinariedad y el trabajo intersectorial, que pudieran ayudar a alcanzar los objetivos de la salud pública y un cambio positivo sostenible en el logro del desarrollo global. Los aspectos relativos a la movilización social de redes, el perfil de los actores

involucrados, los tipos de incentivos y los niveles de integración institucionales, son tratados como elementos cruciales en el análisis de los programas y las iniciativas que articulan los propósitos intersectoriales.¹³

Sobre la base de los planteamientos anteriores, los autores de este trabajo opinan que se avanzó un poco más en la promoción de salud en la medida en que el sector de la salud de estas localidades se “despojó del paternalismo” acostumbrado y dejó espacio a la participación de otros actores e instituciones, debido a que generalmente se acostumbra a que la participación de figuras externas sea colaborativa. Como señala Rojas Ochoa:¹⁴ “ya son numerosos los médicos e instituciones del sector de la salud que aceptan la participación de otros en la búsqueda de soluciones a problemas, que se llaman de la salud o médicos, pero que son de todos”.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que el empoderamiento comunitario trae consigo algunas dificultades, pues de cierta forma implica que simultáneamente se reduzca el poder y la autonomía de una parte de los miembros de la comunidad. En el sector de la salud cubano existen muchas conexiones entre los servicios sanitarios locales y las organizaciones populares de la comunidad; entre ellos, los consejos populares, expresión máxima de la intersectorialidad, logran evitar riesgos de paternalismo o burocratismo, al desarrollar estilos de liderazgo verdaderamente participativos.¹⁵⁻¹⁷

Lo referido anteriormente permite que se logre un verdadero proceso de empoderamiento, el cual es descrito en el sentido de la obtención de poder, como al de grupos de personas que trabajan juntas para incrementar el control sobre los acontecimientos que determinan su salud y las condiciones en que transcurre su vida (la causa de las causas), o como el proceso que involucra continuamente las relaciones de poder entre individuos y grupos sociales, el que es visto como resultado de la redistribución de recursos y de la autoridad en el proceso de toma de decisiones.¹⁸

En la serie, los actores sociales de estos contextos, no utilizaron los recursos de poder para influir en la toma de decisiones. Según la experiencia de los autores de este documento, los procesos de toma de decisiones no se caracterizaron por diferentes niveles de asimetría de poder entre los actores; contrario a lo que sucede en otras realidades latinoamericanas, donde ciertos actores con poder económico ejercen influencia sobre las autoridades que controlan la agenda de discusión, o donde algunos pueden influir por el poder que les brinda un cargo (sea religiosa, política o burocrática), mientras que en otros, los conocimientos técnicos y el acceso a la información los sitúa en una posición de influencia.¹⁹

Asimismo la comunidad y sus organizaciones tuvieron acceso a estos recursos a través de los servicios de salud y de otras instituciones, pues la política del Sistema de Salud y, por supuesto, del Estado cubano, preconizan su distribución equitativa. Es necesario destacar que en dicho Sistema se aseguran los recursos financieros y el capital humano para garantizar servicios de calidad, cobertura universal de la seguridad y asistencia social.¹

Existieron evidencias de la aplicación del principio de intersectorialidad, trabajo comunitario, capacitación de los actores sociales y consolidación de las áreas de salud y los consejos populares. Igualmente, la satisfacción por el trabajo realizado y el logro de los objetivos, así como el sentimiento de bienestar por la mejoría de la calidad de vida de las personas y su entorno, y el compromiso de los actores y la voluntad política; fueron poderosos incentivos para desarrollar estos procesos. Se ratificó que el personal del sector de la salud no puede actuar aisladamente, pues la mayoría de los factores

determinantes de la salud están fuera de su competencia, lo cual revela la necesidad del enfoque intersectorial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Pérez A, García Fariñas A, Rodríguez Salvá A, Bonet Gorbea M. Voluntad política y acción intersectorial. Premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2007 [citado 28 May 2012]; 45(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032007000300007&script=sci_arttext
2. Castell-Florit Serrate P. Intersectorialidad: discurso y realidad. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2004 [citado 28 May 2012]; 42(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032004000100001&lng=es
3. Organización Panamericana de la Salud. Desafíos de la educación en salud pública. La reforma sectorial y las funciones esenciales de la salud pública. Washington, D.C.: OPS; 2000.
4. Castell-Florit Serrate P. Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. *Rev Cubana Salud Pública*. 2007 [citado 28 May 2012]; 33(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200009&lng=es
5. Zayas Vinent M, Cruz Llaugert J, Torres Sarmiento A, Salinas Duany P. La intersectorialidad en la prevención del dengue en un área de salud de Santiago de Cuba. *MEDISAN*. 2012 [citado 28 May 2012]; 16(2): 175-81. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000200004&lng=es
6. Lefevre P, Kolsteren, P, De Wael MP, Byekwaso F, Beghin I. *Comprehensive Participatory Planning and Evaluation*. Bélgica: Nutrition Unit Tropical Medicine; 2000.
7. De Vos P, Guerra M, Sosa I, Ferrer LR, Rodríguez A, Bonet M, Lefevre P, Van der Stuyft P. Planificación y evaluación participativa e integral. *Medicina Social*. 2011; 6(2): 120-33.
8. Raeburn J, Akerman M, Chuengsatiansup K, Mejia F, Oladepo O. Community capacity building and health promotion in a globalized world. *Health Promot Internat*. 2006; 21(Suppl 1): 84-90.
9. Castell-Florit Serrate P. La intersectorialidad, una tecnología que despegua con fuerza. *Rev Cubana Salud Pública*. 2010 [citado 28 May 2012]; 36(2): 101. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200001&lng=es
10. Pérez D, Lefèvre P, Romero MI, Sánchez L, De Vos P, Van der Stuyft P. Augmenting frameworks for appraising the practices of community-based health interventions. *Health Policy Plan*. 2009; 24(5): 335-41.

11. Álvarez AS, Álvarez AG. Planificación Estratégica de intervenciones en salud. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 1998.
12. Sapag JC, Kawachi I. Social capital and health promotion in Latin America. Rev Saude Publica. 2007; 41(1): 139-49.
13. Magalhes R, Bodstein R. Evaluation of initiatives and intersectorial programs in health: challenges and learning. Ciênc Saude Colet. 2009; 14(3): 861-8.
14. Rojas Ochoa F. Interdisciplina e intersectorialidad. Rev Cubana Salud Publica. 2010 [citado 3 Jun 2012]; 36(3). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300001&lng=en
15. Sánchez L, Pérez D, Alfonso L, Castro M, Sánchez LM, Van der Stuyft P, et al. Estrategia de educación popular para promover la participación comunitaria en la prevención del dengue en Cuba. Rev Panam Salud Publica. 2008; 24(1): 61-9.
16. De Vos P. "No one left abandoned": Cuba's national health system since the 1959 revolution. Int J Health Serv. 2005; 35(1): 189-207.
17. Ferrer Ferrer L, Alfonso Sagué K, Bonet Gorbea M, Guerra Chang M, Rodríguez Méndez M, Díaz Perera G. Intervenciones comunitarias contra enfermedades crónicas no transmisibles en el consejo popular "Dragones". Rev Cubana Salud Pública. 2006 [citado 3 Jun 2012]; 32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300009&lng=es
18. Laverack G. Improving Health Outcomes through Community Empowerment: A Review of the Literature. J Health Popul Nutr. 2006; 24(1): 113-20.
19. Flores W, Gómez Sánchez I. La gobernanza en los Consejos Municipales de Desarrollo de Guatemala: Análisis de actores y relaciones de poder. Rev Salud Pública. 2010 [citado 3 Jun 2012]; 12(Supl 1). Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000700010&lng=es&nrm=es

Recibido: 20 de febrero de 2013.

Aprobado: 28 de febrero de 2013.

Irma Sosa Lorenzo. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Infanta 1158 entre Llinás y Clavel, Centro Habana, Ciudad de La Habana. Correo electrónico: irmasosa@infomed.sld.cu