

## Empoderamiento comunitario en salud en tres municipios cubanos

### Community empowerment within health in three Cuban municipalities

**MSc. Irma Sosa Lorenzo<sup>I</sup>; Dr.C. Pierre Lefévre<sup>II</sup>; MSc. Mayda Guerra Chang<sup>III</sup>;  
MSc. Lilliam Ferrer Ferrer<sup>I</sup>; MSc. Armando Rodríguez Salvá<sup>I</sup>; MSc. Delia Herrera Travieso<sup>I</sup>; MSc. Pol De Vos<sup>II</sup>; Dr.Mariano Bonet Gorbea<sup>I</sup>; Dr.C. Patrick Van Der Stuyft<sup>II</sup>**

<sup>I</sup> Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Instituto Medicina Tropical. Amberes. Bélgica.

<sup>III</sup> Casa Comunitaria del municipio Centro Habana. La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** la participación comunitaria y el empoderamiento son vistos como elementos importantes para mejorar la salud e incrementar la calidad de vida de las comunidades.

**Objetivos:** presentar una dinámica participativa dentro de la planificación-implementación-evaluación en salud en contextos intervenidos y mostrar su potencial para incrementar la participación comunitaria y el empoderamiento a nivel local.

**Métodos:** presentamos una investigación-acción participativa donde se utilizó la metodología participativa CPPE (Comprehensive Participatory Planning and Evaluation), adaptada al contexto cubano para la planificación-implementación-evaluación de intervenciones de salud. Durante el proceso participaron líderes de salud, líderes formales (intersectorialidad) y líderes informales de áreas de salud\_consejos populares. Se realizaron talleres de planificación y/o evaluación\_planificación y se implementaron intervenciones. Las fuentes de información fueron: la observación participante en los talleres, las relatorías y la evaluación de los talleres, algunas entrevistas a profundidad, los Reportes Estandarizados de los Estudios de Casos de la Metodología y los Reportes Estandarizados de los Estudios de Casos de la Implementación.

**Resultados:** la implementación metodológica permitió mejorar el proceso de la toma de decisiones, tuvo gran aceptación y hubo un interés creciente por la sostenibilidad

del proceso.

**Conclusiones:** se evidenció el potencial de esta metodología para reforzar los procesos de participación-empoderamiento comunitarios en las comunidades intervenidas. En todas las localidades los diferentes tipos de líderes y gran parte de las comunidades pasaron de ser colaboradores en las intervenciones de salud, a constituirse en actores fundamentales en la toma de decisiones.

**Palabras clave:** participación, comunidad, empoderamiento, planificación, implementación, evaluación, líderes, salud, metodología CPPE.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** Community participation and empowerment are seen as important elements to improve health and enhance the quality of life of communities.

**Objectives:** submit a participatory in planning-implementation-evaluation in health contexts intervened and show its potential to increase community participation and local empowerment.

**Methods:** present a participatory action research where the participatory methodology was used CPPE (Comprehensive Participatory Planning and Evaluation) adapted to the Cuban context for planning-implementation-evaluation of health interventions. During the process involved health leaders, formal leaders (intersectoral) and informal leaders of health areas - Councils. Planning workshops were held and / or assessment - planning and interventions were implemented. The sources of information were: participant observation in workshops, rapporteurs and evaluation of the workshops, in-depth interviews, the Case Studies of the methodology report and the Case Studies of the implementation reports.

**Results:** the methodology implementation improved the decision-making process, the methodology was widely accepted, there was a growing interest in the sustainability of the process. **Conclusions:** The implementation methodology, favored the process of participation and empowerment within the target communities.

In all locations the different types of leaders and much of the communities went from being partners in health interventions, to become key players in the decision-making.

**Key words:** Participation, community empowerment, planning, implementation, evaluation, leadership, health, CPPE methodology.

---

## INTRODUCCIÓN

La participación comunitaria es vista como un elemento importante para mejorar la salud e incrementar la calidad de vida de las comunidades. Algunos autores destacan las razones para alcanzar una elevada participación comunitaria que incluyen: involucrar a las personas en las decisiones que afectan sus propias vidas, creando una

responsabilidad hacia los programas; involucrar a las personas y a los profesionales capaces para obtener percepciones e información importante de experiencias pasadas locales, y crear un mutuo aprendizaje del entorno; involucrar a las personas en los programas, movilizando recursos financieros, materiales y humanos.<sup>1-4</sup>

Laverack describe al empoderamiento en el sentido de la obtención de poder como al grupo de personas que trabajan juntas para incrementar el control sobre los eventos que determinan su vida y su salud, o como el proceso que involucra continuamente las relaciones de poder entre individuos y grupos sociales en la sociedad y que es visto como resultado de la redistribución de recursos y la autoridad en el proceso de toma de decisiones, o como el incremento en el sentido de autodeterminación y autoestima.<sup>5,6</sup>

La participación comunitaria se ha incluido como un objetivo importante de forma permanente dentro del Sistema Nacional de Salud cubano, pero la Planificación Estratégica como método propuesto para la toma de decisiones y dentro de esta la realización del Análisis de Situación de Salud, no han sido utilizados en todo su potencial para incrementar la participación de la comunidad en el proceso, hecho que parece ser un obstáculo para obtener un verdadero empoderamiento comunitario.

Este artículo tiene como objetivos presentar una dinámica participativa dentro de la planificación-implementación-evaluación en salud en contextos intervenidos y mostrar su potencial para incrementar la participación comunitaria y el empoderamiento a nivel local.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo con un diseño de investigación-acción participativa aplicando la metodología CPPE (Comprehensive Participatory Planning and Evaluation),<sup>7</sup> la cual fue adaptada a nuestro contexto para utilizarse en áreas de salud y consejos populares de tres municipios cubanos: Centro Habana, Cumanayagua y Las Tunas.

Los escenarios seleccionados fueron: el área de salud "Marcio Manduley"-consejo popular Dragones y área de salud "Reina"-consejo popular "Los Sitios" del municipio Centro Habana; el área de salud "San Blas"-consejo popular "La Sierrita" del municipio Cumanayagua; y el área de salud "Gustavo Aldereguía"-consejo popular Número 5 del municipio Las Tunas.

Fueron seleccionados un total de 129 líderes, de ellos 16 representaron al sector salud, 40 a la intersectorialidad y 53 a la comunidad. La selección de los facilitadores de los talleres fue realizada por cada área de salud sobre la base de que tuvieran conocimientos sobre Salud Pública, sobre la situación de salud de sus áreas, sobre técnicas participativas y sobre el manejo de proyectos comunitarios, además por poseer habilidades de comunicación para dirigir el trabajo en equipos y en plenarias, para resolver conflictos entre los participantes, para sintetizar la información y por tener reconocimiento social por la función que desempeñaban.

Desde el primer ciclo, los talleres de planificación constaron de las siguientes fases metodológicas: 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.

A partir del segundo ciclo los talleres comenzaron con una evaluación de la implementación de intervenciones que se planificaron en la etapa anterior. La fase de implementación a partir de los talleres de planificación y/o evaluación\_planificación fue desarrollada con el liderazgo de los actores de los talleres y con la participación de la comunidad, los cuales se apoyaron en el plan operacional y en el modelo dinámico.

Se aplicó la técnica de la observación participante durante el desarrollo de los ocho talleres de planificación o de evaluación\_planificación y se elaboraron ocho relatorías por un equipo de investigadores; se aplicaron 109 cuestionarios a los líderes para evaluar los talleres; se realizaron 40 entrevistas a profundidad a algunos de los líderes días después de los talleres; y se confeccionaron 8 Reportes Estandarizados de los Estudios de Casos de la Metodología (REECM).

Para evaluar la implementación de intervenciones la propia comunidad realizó el monitoreo de sus intervenciones, por su parte el equipo de investigación elaboró 8 Reportes Estandarizados de los Estudios de Casos de la implementación (REECI). Para codificar la información e interpretarla se utilizó el programa cualitativo NVivo versión 8.0<sup>8</sup> y el procesamiento del texto se realizó en Microsoft Windows XP Profesional versión 2002.

## **RESULTADOS**

En el período 2008-2010 se realizaron los talleres de planificación o de evaluación-planificación propuestos con una frecuencia anual. La selección de los líderes se realizó en las áreas de salud y los consejos populares participantes y de acuerdo a la problemática de salud de cada contexto, para que ellos pudieran brindar su experticia y mejor colaboración en la toma de decisiones. Se propuso metodológicamente, que la mitad más uno fueran líderes informales para que la comunidad tuviera una representación importante, sin embargo esta selección no fue efectiva en todos los escenarios, aunque globalmente hubo más líderes informales seleccionados. Tampoco hubo permanencia de algunos líderes seleccionados al inicio del proceso en los ciclos siguientes, hecho acaecido por diversos motivos como enfermedad, cambio de residencia, de lugar de trabajo o fallecimiento.

En el área de salud "Manduley"\_consejo popular "Dragones" durante 2009 no hubo permanencia de todos los líderes, se incrementó un líder formal y se sustituyó otro y fue también sustituido un líder de salud; por su parte en 2010 hubo igual cantidad de participantes que representaron a la extrasectorialidad, así como a los líderes informales de la comunidad, tampoco en este año hubo permanencia de todos los líderes, hubo tres líderes formales nuevos, un líder nuevo de salud y dos nuevos de los siete informales que representaron a la comunidad.

Por su parte en el área de salud "San Blas"\_consejo popular "La Sierrita" en 2010 se incrementó un líder formal con respecto al año anterior, de los dos líderes de salud que participaron uno era nuevo, participaron dos líderes informales menos que en 2009 y de ellos, dos también participaron por primera vez.

En el área de salud "Gustavo Aldereguía"-consejo popular Número 5 siempre participaron más líderes formales que informales, se incrementó un líder formal en

2010 con respecto al año anterior y de los mismos, cuatro fueron nuevos participantes en el último año; también participó un líder informal más que en 2009 y se sustituyó otro.

En el área de salud "Reina"-consejo popular "Los Sitios", que comenzó en este proyecto durante el 2010, se seleccionaron igual número de líderes formales que informales.

Los talleres de 2008, 2009 y 2010 en los consejos populares de Dragones, La Sierrita y Los Sitios fueron conducidos por una facilitadora de la casa comunitaria del municipio Centro Habana.

En el municipio Las Tunas el taller de 2010 fue conducido por una facilitadora del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología y por otra del área de salud "Gustavo Aldereguía". Las facilitadoras de La Sierrita y de Los Sitios no estuvieron suficientemente preparadas para guiar los talleres durante el período.

En sentido general la metodología utilizada fue aceptada por los participantes de todas las comunidades, los cuales opinaron que la misma ayudó a desarrollar la comunicación entre los diferentes tipos de líderes e hizo que todos participaran de forma activa durante el intercambio de experiencias, propiciando debates con un análisis profundo que fueron muy enriquecedores y ayudaron a buscar mejores soluciones a los problemas, tanto en los procesos de planificación como de evaluación.

En todas las localidades además de la aceptación, la satisfacción con el método fue incrementándose año tras año, exceptuándose el consejo popular Los Sitios, el cual inició el proceso durante el último año, pero en donde hubo aceptación de la metodología, lo que propició el desarrollo de la misma de una forma satisfactoria en el ciclo realizado.

La participación activa en la elaboración de los planes operacionales fue también incrementándose año tras año en los lugares donde comenzaron el proceso antes de 2010. Los participantes percibieron en todos los lugares que los planes elaborados fueron relevantes porque estuvieron bien estructurados, tuvieron visión de trabajo para la comunidad, fueron hechos por los equipos de trabajo en representación de las comunidades e implementados a favor de ellas. Hubo satisfacción con los planes elaborados y confianza en su implementación, es decir, hubo un sentido de apropiación.

Hubo además un incremento por años en la variabilidad de las intervenciones propuestas en todos los escenarios donde hubo más de un ciclo de planificación, aunque durante los procesos de implementación que le sucedieron se siguió trabajando en el monitoreo de los resultados de las intervenciones de los primeros períodos.

Durante el periodo analizado se realizó la implementación de las intervenciones diseñadas durante los procesos de planificación en todas las localidades, excepto en el área de salud "Reina"-consejo popular "Los Sitios", donde se inició pero hubo algunas dificultades para cumplirse en el tiempo propuesto por diversas eventualidades, lo que hizo que el proceso avanzara más lentamente.

## **DISCUSIÓN**

Siendo esta una intervención que los autores piensan continuar por otro período posterior al 2010, podemos señalar, aunque de forma preliminar, que se evidenció un incremento en la participación comunitaria, pues todos los procesos tanto de planificación, como de implementación o de evaluación realizados en las diferentes localidades, tuvieron un carácter muy participativo. Como plantean Carvalho y Gastaldo,<sup>9</sup> la participación comunitaria en los procesos decisarios y en las actividades de planificación e implementación de acciones de salud, constituye una de las estrategias centrales de la promoción de la salud.

Esta premisa enfoca la necesidad de realizar intervenciones de salud buscando fortalecer la actuación de los individuos y los grupos para ofrecer un soporte social a los colectivos comunitarios; en este sentido la capacitación de las comunidades, al mismo tiempo que se implementó el proceso fue relevante para fortalecer conocimientos, habilidades, actitudes positivas y mejorar la resistencia al cambio, que tan frecuentemente se da en situaciones semejantes. La presencia combinada de líderes formales, incluidos los del sector salud, y líderes informales comunitarios, enriqueció la toma de decisiones y esto nos pareció un elemento clave y de vital importancia en la determinación de los resultados.

Según Restrepo,<sup>10</sup> el aporte del liderazgo de la comunidad es esencial al proceso entero y no puede dejarse exclusivamente al personal técnico, sin embargo durante la planificación en algunas áreas de salud \_consejos populares, hubo presencia de mayor cantidad de líderes formales, lo que en las primeras etapas predispuso a un mayor liderazgo de los actores formales, tanto en el análisis como en el proceso de toma de decisiones; la excelente conducción de las facilitadoras supo dar un balance adecuado a las situaciones para propiciar la participación en igualdad de condiciones de todos los líderes.

Aunque los líderes informales tuvieron menor capacidad técnica en salud como es de suponer, sí supieron identificar los problemas que más afectaron a sus comunidades y propusieron las mejores soluciones a sus necesidades con ayuda del resto de los participantes, fundamentalmente con el liderazgo técnico de los del sector salud.

Sánchez et al,<sup>11</sup> han señalado en sus resultados para incrementar la participación comunitaria en la prevención del dengue, que el liderazgo del sector salud pasó de ser paternalista a compartirse con otros líderes de la comunidad, en la medida en que las técnicas utilizadas en los talleres favorecieron la interacción y elevaron la conciencia de los participantes sobre los problemas locales. En nuestra intervención esto se evidencia también por el hecho de que los actores, a la vez que planificaban o evaluaban, estaban recibiendo la capacitación para hacerlo. Como plantea Alejandro,<sup>12</sup> resulta inadmisible que un proceso de desarrollo local o comunitario esté en manos de un número restringido de personas, en este caso de los profesionales de la salud, de efectuarse este comportamiento difícilmente se logre la participación activa del resto de las personas.

A pesar de que la implementación de actividades en los tres escenarios se ha realizado casi en su totalidad por autogestión de recursos, se necesita que algunos actores con menor grado de liderazgo entiendan mejor el papel de la autogestión comunitaria y su vínculo con la intersectorialidad, en el sentido de la capacidad de movilización de los recursos como elemento clave del empoderamiento, pues algunos de ellos tuvieron la creencia de que el aporte de recursos provenientes de donaciones o de la colaboración

que se da a través de algunos proyectos, por sí solo, hace factible o favorece la implementación de las intervenciones o la solución de los problemas.

Los autores entendemos que hubo un salto cualitativo en la participación para todo el proceso en estos contextos, sobre todo porque se entiende por empoderamiento el hecho de que ya la comunidad participe en el proceso de toma de decisiones, aunque sabemos que la evolución en el concepto de participación comunitaria se realiza a largo plazo y por tanto la construcción de capacidades para movilizar recursos a través de la autogestión necesita su tiempo.

Coincidimos con Sánchez <sup>13</sup> en que aún hay un falso concepto de que esos problemas "son responsabilidad de las autoridades sanitarias". 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 el sector de la salud, por muy elevado que sea el presupuesto y recursos que posea, no puede resolverlos por sí solo. <sup>14</sup>

En nuestros resultados se mostró un creciente interés entre los participantes por mantener activo el proceso planificación-implementación-evaluación con la metodología utilizada en los diferentes consejos populares y con el liderazgo del sector salud. Delgado-Gallego<sup>15</sup> menciona que la población señala entre algunos factores facilitadores de la participación, la presencia de mayor y mejor conocimiento e información para participar consciente y eficazmente...", es que el nivel de participación va de acuerdo al nivel de conocimiento que tiene la gente, de los derechos que tiene..." Como plantean Baum y colaboradores, <sup>16</sup> la participación se logra mediante el aprendizaje, el estudio y la investigación de los problemas, la búsqueda de las causas, la formulación de las propuestas y la ejecución y evaluación del proceso vivido.

## **CONCLUSIONES**

Se evidenciaron las ventajas que tiene la metodología de planificación-implementación-evaluación propuesta, para incrementar la participación comunitaria y el empoderamiento a nivel local.

En todas las localidades los diferentes tipos de líderes y gran parte de las comunidades pasaron de ser colaboradores en las intervenciones de salud a constituirse en actores fundamentales en la toma de decisiones.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Rifkin S. Equity, empowerment and choice: from theory to practice in public health. London School of Economics, United Kingdom. Presentation made at Forum 9, Mumbai, India, 12-16 September 2005. Available from: <http://www.jstor.org/stable/>. Cited 2010 October 6. [aprox. 15 p.]
2. Rifkin S, Pridmore P. Partners in Planning. London: Macmillian, TALC. 2001. Cited 2010 October 6. [aprox. 9 p.]. Available from: [http://heapol.oxfordjournals.org/content/early/2010/08/29/heapol.czq039.full\\_.](http://heapol.oxfordjournals.org/content/early/2010/08/29/heapol.czq039.full_.)
3. Pérez D, Lefévre P, Romero MI, Sánchez L, De Vos P and Van der Stuyft. Augmenting frameworks for appraising the practices of community-based health

intervention. Health Policy and Planning 2009;1-7.  
Available from: <http://heapol.oxfordjournals.org/content/24/5/335.full.pdf+html>. Cited 2010 July 5. [aprox. 7 p.]

4. Laverack G. Using a domains approach to build community empowerment. Commun Dev J 2005. Available from: <http://www.oup.co.uk/journals/cdj/advance>. Cited 2009 March 11. [aprox. 15 p.]

5. Laverack G. Improving Health Outcomes through Community Empowerment: A Review of the Literature. J Health Popul Nutr 2006 Mar; 24(1):113-120. Available from: <http://www.oup.co.uk/journals/cdj/advance>. Cited 2009 March 11. [aprox. 8 p.]

6. Laverack G. Health promotion practice: power and empowerment. London: Sage Publications, 2004.

7. Lefévre P, De Wael MP, Byekwaso F, Beghin I. 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](http://www.ifad.org/pub/bsf/cppe/cppe_1.pdf). Cited 2007 November 10. [aprox. 90 p].

8. Software Cualitativo NVivo versión 8. Copyright. 2008. QRS Internacional PTy. LTD. ABN. 47006357213. March 2005.

9. Carvalho SR, Gastaldo D. Health promotion and empowerment: a reflection based on critical-social and post-structuralist perspectives. Ciênc. saúde coletiva vol.13 suppl. 2. Rio de Janeiro Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php> [Cited 2010 August 10]. [aprox. 6 p].

10. 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>. Consultado el 3 de Agosto de 2010. [aprox. 19 p].

11. 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 Pública 24 (1): 61-69, 2008. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php>. Citado 14 Sept. 2010. [aprox. 15 p].

12. Alejandro M. Procesos comunitarios: retos de una experiencia. Rev Cubana Pensamiento Socioteológico. 2003; 27 (3):44-50.

13. Sánchez L, Pérez D, Cruz G, Silva LC, Boelaert M, Van der Stuyft P. Participación comunitaria en el control de *Aedes aegypti*: opiniones de la población en un municipio de La Habana, Cuba. Rev Panam Salud Pública vol.15 no.1 Washington Jan. 2004. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php> Citado 14 Septiembre 2010. [aprox. 16 p.]

14. 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](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200009&lng=es). [Citado 4 Mayo 2008]. [aprox. 16 p.]

15. Delgado-Gallego ME, Vázquez-Navarrete L. Barreras y oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales. Rev. Salud Pública. 2006;8(2):128-140. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php>. Citado 18 de enero 2007. [aprox. 14 p.]
16. Baum F, MacDougall C, Smith D. Participatory action research. J Epidemiol Community Health. 2006;60: 854-7. Available en: <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php>. Cited 2010 April 14. [aprox. 4 p].

Recibido: 14 de marzo de 2013.

Aprobado: 28 de marzo de 2013.

**MSc. Irma Sosa Lorenzo.** Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Teléfono: 8788479. Email: [irma@inhem.sld.cu](mailto:irma@inhem.sld.cu)