

# Planificación y evaluación participativa e integral

*Pol De Vos, Mayda Guerra, Irma Sosa, Lilian del R Ferrer, Armando Rodríguez, Mariano Bonet, Pierre Lefèvre, Patrick Van der Stuyft*

---

## 1. Introducción

Inscribiéndonos en los conceptos de participación comunitaria y de empoderamiento, desarrollados por Rifkin,<sup>1,2</sup> Laverack,<sup>3</sup> Pérez<sup>4</sup> y otros, en este artículo presentamos la “Planificación y Evaluación Participativa e Integral” – PEPI (en inglés: “*Comprehensive and Participatory Planning and Evaluation*”). Más que un método, la PEPI es un enfoque que estimula la integralidad del análisis y la participación de los diferentes actores a nivel local, regional o nacional en la planificación y evaluación de acciones de salud.

La PEPI tiene sus raíces en los años 80s, cuando un equipo internacional de investigadores de los Institutos de Medicina Tropical de Amberes (IMT-Bélgica) y Ámsterdam (KIT-Holanda) desarrolló un marco de ‘evaluación integral y participativa’ para programas de desarrollo nutricional. Después de sus primeras aplicaciones en Filipinas, nuevas investigaciones ampliaron el enfoque de la evaluación hacia la planificación. La PEPI se fue perfeccionando con el apoyo de equipos de investigación de Indonesia, Filipinas y Brasil,<sup>5</sup> aplicándolo en diferentes contextos y proyectos.<sup>6</sup> A partir de 2008 se están desarrollando experiencias en Cuba, analizando las posibilidades

de la PEPI para profundizar la participación comunitaria en salud.

Este artículo tiene como objetivo presentar la lógica y los instrumentos utilizados en la PEPI a través del ejemplo de nuestra experiencia en Cuba, en el municipio metropolitano de Centro Habana, en el municipio urbano de Las Tunas y en una comunidad rural del municipio montañoso de Cumanayagua. Sobre la base de estas experiencias discutimos aspectos metodológicos esenciales y las condiciones para su buen desarrollo, además de considerar posibles diferencias entre la experiencia en Cuba y la eventual aplicación de la PEPI en otros contextos.

## 2. La metodología PEPI

Concebimos una verdadera participación como un proceso de desarrollo de capacidades en una comunidad para identificar sus necesidades y desarrollar propuestas e iniciativas que defienden sus intereses. Es un trabajo de construcción paulatina. Por esto, la PEPI tiene una lógica cíclica de planificación, implementación y evaluación, nueva planificación. Periódicamente, por ejemplo cada año, se evalúa el progreso de las iniciativas y el nivel de organización local alcanzado. En cada ciclo, se actualiza el análisis de la situación y se adapta la planificación para el nuevo periodo.

### *Etapa 1. El taller de planificación*

La PEPI tiene como actividad estratégica un taller de aproximadamente cuatro días. Esta duración es flexible, pero se debe asegurar suficiente tiempo para desarrollar las diferentes fases, apoyándose en los instrumentos propuestos (figura 1).

---

**Pol De Vos.** Departamento de Salud Pública, Instituto de Medicina Tropical (DSP-IMT), Amberes, Bélgica.

Correo-e: [pdevos@itg.be](mailto:pdevos@itg.be)

**Mayda Guerra.** Instituto Nacional de Higiene Epidemiología y Microbiología, La Habana, Cuba (INHEM).

**Irma Sosa.** INHEM, La Habana, Cuba

**Lilian del R Ferrer.** INHEM, La Habana, Cuba.

**Armando Rodríguez.** INHEM, La Habana, Cuba.

**Mariano Bonet.** INHEM, La Habana, Cuba.

**Pierre Lefèvre.** DSP-IMT, Amberes, Bélgica.

**Patrick Van der Stuyft.** DSP-IMT, Amberes, Bélgica.

Planificar un buen diagnóstico es esencial, ya que los problemas de salud o de la comunidad, en general, son multicausales y multisectoriales. Este diagnóstico se construye con el *modelo causal*. A partir del diagnóstico, las intervenciones potenciales son identificadas. Una *tabla de selección* – con criterios definidos en conjunto (importancia del problema, factibilidad, costo-efectividad, perennidad...) puede ayudar a los participantes para seleccionar de forma consensuada las intervenciones más adecuadas. Para elaborar los planes de acción para cada intervención seleccionada, se proponen tres instrumentos consecutivos: la *tabla IPRI (insumos – procesos – resultados – impacto)*, el *modelo dinámico*, en el cual se explicita la lógica de conjunto de las actividades propuestas y cómo confluyen en el resultado propuesto y el *plan operacional* (¿Qué? ¿Cuándo? ¿Quién? ¿Con qué? ¿Con quién?).

La etapa de planificación nos lleva a tres resultados: 1. un mejor entendimiento de la multicausalidad del problema planteado, 2. un plan de intervención consensuado y 3. un equipo de trabajo formado y comprometido.

### **Etapa II. La implementación de las intervenciones**

Esta implementación se hace según el plan elaborado, y dirigido por el equipo formado en el taller de planificación. La continua retroalimentación de los planes, de los avances y de los problemas a todo el equipo y a la comunidad

entera son esenciales para mantener y desarrollar la dinámica colectiva.

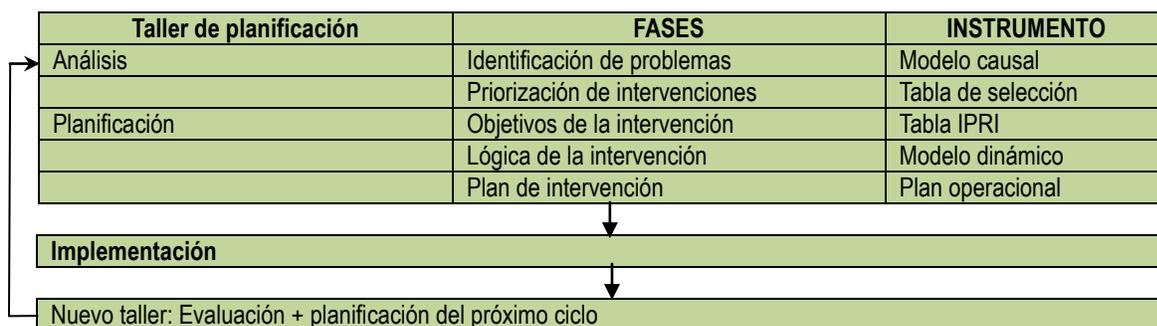
### **Etapa III. La evaluación**

Después de una fase de implementación, el equipo revisa los resultados en un taller de seguimiento (o sea, de evaluación y nueva planificación). Los puntos fuertes y débiles son identificados y se buscan soluciones a los problemas encontrados.

Cada taller de seguimiento empieza con una evaluación de lo realizado, utilizando el modelo dinámico elaborado el año anterior. Este esquema ayuda a los participantes a formular las preguntas de evaluación en tres categorías: 1. las que evalúan los resultados inmediatos de la intervención, 2. las que evalúan la relevancia de los objetivos del proyecto (por ejemplo, ¿Fueron los objetivos adecuadamente formulados o no? ¿Las intervenciones permanecen relevantes?) y 3. los aspectos de implementación del proyecto, enfocando la calidad de la implementación: ¿Logramos incorporar a más personas? ¿Logramos reforzar la organización popular en el barrio?

Después, el mismo equipo formula conjuntamente las respuestas y trata de llegar a un consenso sobre lo que funcionó bien, dónde hubo problemas y porqué. Los acuerdos son un insumo para revisar el modelo causal del año anterior, adaptándolo a la nueva realidad de la comunidad y a su mejor comprensión después de este periodo de intervención. Las intervenciones propuestas para el

**Figura 1**  
**Lógica de la PEPI: planificación – implementación – evaluación y nuevo plan**



**Fuente:** Elaboración propia, 2011.

nuevo ciclo son rectificaciones o ampliaciones de las del año anterior, o pueden tener elementos completamente nuevos [Figura 1].

En el taller de planificación participan aproximadamente entre 15 a 20 personas que representan de la mejor forma posible todas las partes interesadas de la comunidad ('*stakeholders*'). En principio, esto incluye líderes de la sociedad civil y de movimientos populares, además de representantes de los diferentes sectores públicos a nivel local (salud, educación, servicios municipales, agricultura). También se incluyen a líderes informales de la comunidad (por ejemplo, jóvenes muy activos, el peluquero del barrio que conoce a medio mundo, amas de casa que se preocupan por el barrio...). El propósito es que todos los grupos que pueden aportar al desarrollo de la salud estén implicados en la planificación para que se comprometan a participar en la implementación.

### 3. Tres años de experiencia en Cuba

En 2008 se inició la aplicación de la PEPI en Cuba, adaptando esta metodología – desarrollada para la planificación de proyectos de organizaciones y Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) internacionales – al trabajo comunitario en salud, dentro del contexto de un sistema de salud local.<sup>7</sup>

La acción gubernamental cubana asegura un marco en el cual han sido posibles substanciales avances en la salud de la población durante los últimos 50 años.<sup>8,9</sup> Existen muchas conexiones entre los servicios de salud locales y las organizaciones populares en la comunidad.<sup>10,11,12</sup> Aunque en muchas experiencias se logra evitar los riesgos del paternalismo o del burocratismo, desarrollando estilos de liderazgo verdaderamente participativos,<sup>13,14,15</sup> los resultados generales de la participación en salud son mitigados. Las posibilidades de participación en salud no son aprovechadas plenamente. La planificación local de acciones en salud no desarrolla a plenitud la presencia intersectorial y la participación de líderes formales e informales de la comunidad.<sup>16</sup>

En coordinación con el Ministerio de Salud, a través del Instituto de Higiene y Epidemiología

(INHEM) se propone aportar elementos de solución a estos problemas. Partimos de la hipótesis de que un mayor nivel de participación comunitaria en la planificación y la evaluación, no solamente lleva a planes más realistas y factibles, además refuerza la participación activa y sostenible de la comunidad en la implementación de las intervenciones propuestas, dando mejores resultados. Además, una mejor participación refuerza el sentido de pertenencia en la comunidad hacia las acciones de salud, lo cual indirectamente asegura una mejor sostenibilidad de las actividades.

En esta primera fase se está trabajando en tres municipios. El Consejo Popular 'Dragones' se ubica en el municipio Centro Habana, esta zona de comercio es parte de la capital. Con sus 30.000 habitantes en 0.5 km<sup>2</sup> es uno de los lugares más densamente poblados del país. El Consejo Popular La Sierrita del municipio Cumanayagua en la provincia de Cienfuegos es una zona rural con nueve asentamientos populares, ubicada en la base del grupo montañoso Guamuhaya, en la región central del país (Tabla 1). Las actividades económicas fundamentales son la ganadería y el cultivo del café. El Consejo Popular N°5 en el Municipio de Las Tunas se encuentra ubicado en el centro de la capital de la Provincia Las Tunas. Es una zona urbana de la región oriental de Cuba, con 25.000 habitantes, su actividad fundamental es la pequeña industria.

**Tabla 1**  
**Talleres realizados, por región**

	2008	2009	2010
<i>Dragones</i>	planificación / implementación	planificación / implementación	planificación / implementación
<i>Sierritas</i>		Planificación / implementación	planificación / implementación
<i>Las Tunas</i>		planificación / implementación	planificación / implementación

**Fuente:** Elaboración propia, 2011.

Hasta finales del 2010 se realizaron siete talleres (uno en 2008, tres en 2009, tres en 2010) cubriendo cuatro ciclos completos de planificación – implementación y de evaluación y tres ciclos en curso (Tabla 1).

#### 4. Ejemplos de la metodología, basada en la experiencia cubana

Presentamos los diferentes pasos de la metodología, a través de modelos y planes elaborados en Cuba. Para la selección de las intervenciones, primero se construye el *modelo causal*, un análisis de los problemas de la comunidad (Figura 2). A través de una lluvia de ideas, los participantes identifican las principales causas que aseguran o afectan la salud de su barrio o comunidad. Primero se determinan las causas directas de posibles problemas y después los factores que propician estas causas. Dependiendo de los objetivos del análisis, los participantes pueden subdividir ciertas partes del modelo para un análisis más profundo. Un modelo causal completo puede ser bastante extendido. La Figura 3 ilustra el análisis de la ‘higiene en el barrio’ que se realizó en Dragones. En este ejemplo sólo se presenta el análisis del ‘comportamiento de los vecinos’.

El modelo causal nos ayuda a analizar la complejidad de los problemas y a identificar posibilidades para solucionarlos. Una falta de integralidad es un problema recurrente en la planificación y evaluación de proyectos o programas y puede tener consecuencias importantes: las propuestas arriesgan no ser aplicables por no tomar en cuenta las condiciones y sensibilidades existentes. La PEPI puede ayudar a reducir estos riesgos. La discusión permite un mejor entendimiento de cómo las personas perciben la realidad de manera diferente. Hace posible la identificación conjunta de puntos medulares para intervenir.

En principio, el equipo trabaja con la información disponible. La mayoría de los elementos pueden identificarse con el conocimiento común de los participantes. Algunas causas pueden formularse como hipótesis y, si necesario, verificarse con información adicional cuantitativa o cualitativa, antes de continuar con la planificación.

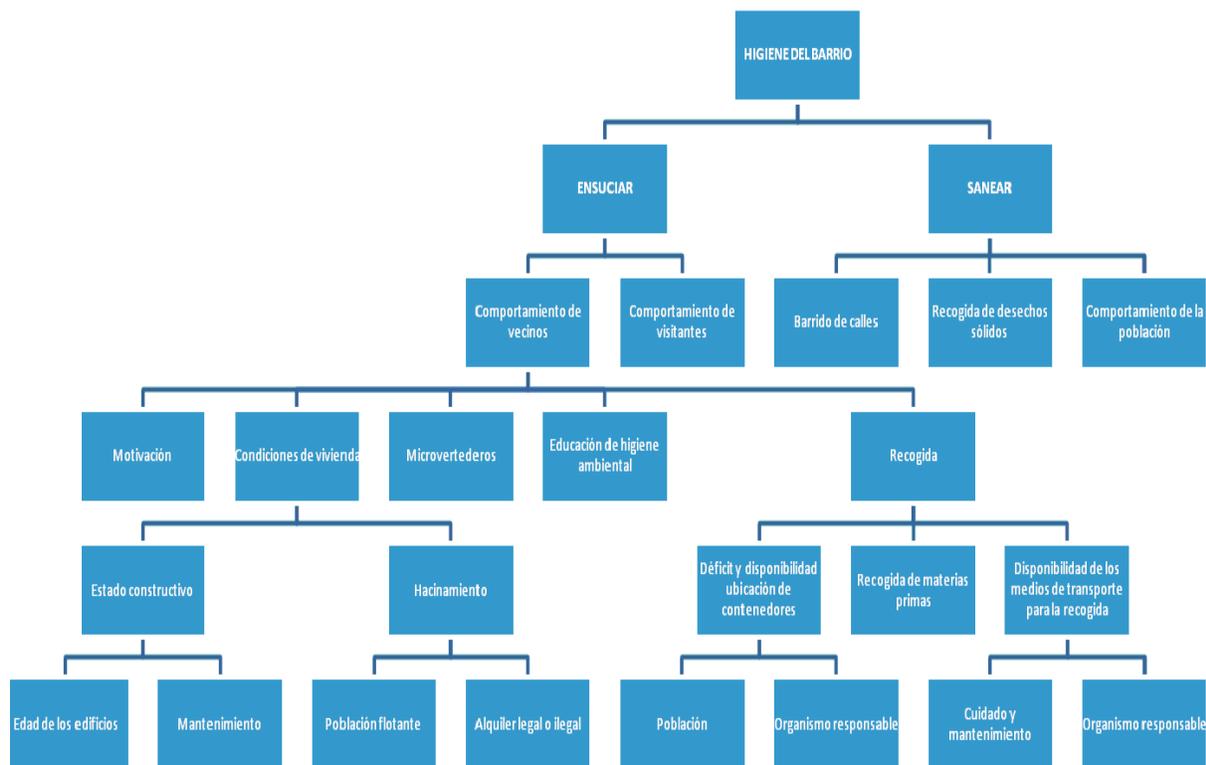
La *tabla de ranqueo* es utilizada para seleccionar las intervenciones. Los participantes definen los criterios de selección: la importancia del problema, su vulnerabilidad, que reduzcan iniquidades en la comunidad, que permitan la participación, etc.

Después, los participantes identifican las acciones más apropiadas para dar solución al problema seleccionado. Con una tabla de ranqueo se analiza para cada criterio, utilizando las calificaciones de Alto (A), Medio (M) y Bajo (B), si se aplica a la intervención propuesta. Teniendo en cuenta la priorización de los criterios, se identifican las intervenciones con más A y menos B. Una tabla de selección asegura un enfoque coherente para seleccionar posibles intervenciones y ayuda a alcanzar un acuerdo entre los participantes sobre propósitos manejables. En la Figura 3 se analizaron las propuestas para avanzar hacia un barrio más saludable. Una vez analizadas las propuestas, el colectivo decide cuáles intervenciones se seleccionan.

En la fase de planificación de las intervenciones, el primer paso de la planificación es la identificación, para cada intervención por separado, de las necesidades para poder realizarla. Esto lo proponemos al hacer la elaboración de una *tabla IPRI*, o sea *Los ingresos (I)* son los elementos necesarios para implementación de la intervención (por ejemplo, presupuesto, recursos materiales, recursos humanos, etc.). Los *procesos (P)* se refieren a la lista de las acciones que se van a realizar para lograr el resultado previsto. Se definen también los *resultados (R)* de las acciones que se realizan y se indica el *impacto (I)*. La Figura 4 muestra la tabla IPRI llenada en función de la reorganización del barrido de calles en Dragones, Centro Habana [Figuras 2, 3 y 4].

El *modelo dinámico* es el ejercicio central de la fase de planificación, es una representación gráfica de la lógica del proyecto (Figura 5): representa cómo los participantes prevén que el proyecto se desarrollará a partir de los insumos, a través de una sucesión de procesos, para llegar a los objetivos operacionales (los resultados, directamente relacionado con la intervención) y, finalmente, los efectos esperados (el impacto). Se construye de la derecha a la izquierda, a partir del impacto y los resultados hacia los procesos y insumos. (Es posible que durante la elaboración del modelo dinámico se considere necesario completar la tabla IPRI. No hay problema en regresar al instrumento anterior para asegurar un mejor resultado.)

**Figura 2**  
**Modelo causal: higiene del barrio Dragones, Centro Habana (2008) – EJEMPLO**



**Fuente:** Elaboración propia, 2011.

**Figura 3**  
**Tabla de ranqueo: propuestas para avanzar en la 'higiene del barrio' – EJEMPLO**

Crterios	Reorganizar barrio calles	Cuadra modelo	Control por comunidad	Comisión permanente	Recogida de materias primas	Educación popular
Impacto	A	A	M	M	B	M
Viabilidad organizacional	M	M	M	A	B	M
Viabilidad financiera	M	M	A	A	B	M
Viabilidad técnica	A	A	A	A	B	M
Participación comunitaria	M	A	M	B	M	A
Sostenibilidad	A	M	M	B	B	M

**Fuente:** Elaboración propia, 2011.

Figura 4

Tabla IPRI: reorganización del barrio de calles con la participación de la comunidad – EJEMPLO

Insumos	Procesos	Resultados	Impacto
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medios de trabajo: escobillones, palas, guantes</li> <li>- Limpiadores de calles</li> <li>- Presupuesto mínimo para estímulos materiales</li> <li>- Materiales para trabajo educativo</li> <li>- Recursos humanos de la comunidad</li> <li>- Tiempo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Información a la comunidad sobre reorganización sobre barrido de calles por circunscripción.</li> <li>- Reunión con especialistas de comunales</li> <li>- Propuesta a la Dirección Municipal de Servicios Comunales</li> <li>- Propuesta a la Dirección Provincial de Servicios Comunales:</li> <li>1. Reunión de todos los sectores involucrados en el proyecto</li> <li>2. Crear un sistema de emulación</li> <li>3. Involucrar a los más jóvenes mediante charlas educativas</li> <li>4. Involucrar a toda la comunidad</li> <li>5. Incorporar a centros de trabajo</li> <li>6. Divulgar el proyecto mediante charlas educativas, transmisión de mensajes en las circunscripciones</li> <li>7. buscar solución a microvertederos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Barrido de calles reorganizado</li> <li>- Calles limpias</li> <li>- Toma de conciencia de la comunidad sobre la importancia de la limpieza del barrio</li> <li>- Higiene ambiental adecuada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Una vida más sana</li> <li>- Mejor salud</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración propia, 2011.

Este ejercicio permite la identificación de puntos cruciales en la implementación. Ayuda a clarificar la sucesión de las actividades y permite incluir momentos de monitoreo y evaluación intermedia. Finalmente, es posible mencionar el tiempo que se estima necesario para poder realizar la actividad, representada en los cuadros y/o en las flechas. Así, ya se prepara la fase del plan operacional [Figura 5].

Una vez llegado a un consenso sobre el proceso integral, los participantes lo traducen en un *plan operacional* de actividades, recursos, fechas y responsables. Este plan debe de responder en detalle a los elementos básicos de las actividades a realizar: ¿Qué? ¿Quién? ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Con qué recursos? ¿Indicador de resultado? (Figura 6). Finalmente, los participantes designan un equipo coordinador que asegurará el seguimiento del plan.

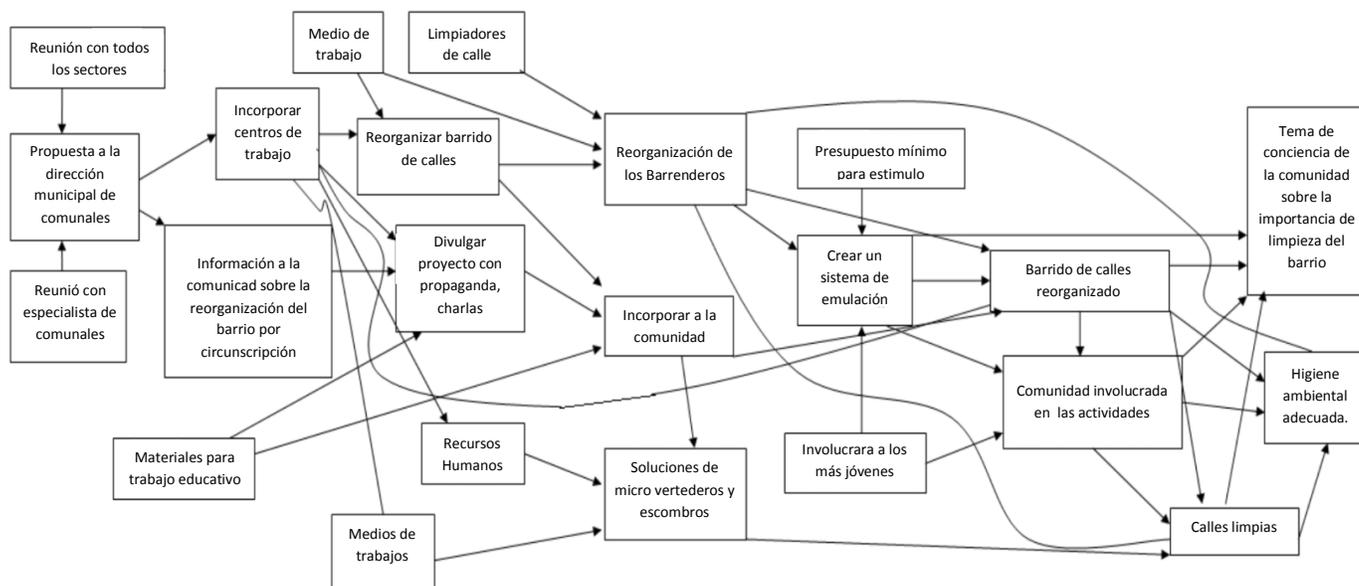
### 5. Ejemplos de iniciativas en el periodo 2008-2010

En Dragones, ya con tres ciclos de PEPI, existe hoy una dinámica muy amplia. Además, su introducción se hizo sobre experiencias previas de participación. El centro comunitario que ya existía

mantuvo y desarrolló su liderazgo. A través de la PEPI se logró asegurar una participación mayor y más diversa. Existe un consenso entre el grupo coordinador ampliado de que el método les ha fortalecido para organizarse mejor. Logran trabajar de una manera más sistemática con un mayor involucramiento de las personas. Además, se coordinan mejor con el gobierno local. En Cumanayagua y Las Tunas también se logró profundizar la participación y la dinámica local, pero, con menos experiencia previa y solamente dos años de práctica, los resultados todavía no tienen la misma profundidad.

Como detallaremos abajo, algunas actividades se insertaron dentro de los servicios de salud o de otro sector del gobierno municipal, con una participación limitada por parte de la comunidad. Otras iniciativas lograron verdaderamente desarrollar formas de atención social o modificaron determinantes higiénico-sociales de la salud, con un protagonismo comunitario pronunciado. La gran mayoría de las personas involucradas directamente o indirectamente en estos procesos confirmaron su satisfacción y entusiasmo con la dinámica desarrollada por ellos y ellas mismo

**Figura 5**  
**Modelo Dinámico: Reorganización del barrio de calles – EJEMPLO**



**Fuente:** Elaboración propia, 2011.

Aún en contextos que lo propician y con personas comprometidas, los procesos de participación no son lineales, necesitan tiempo para desarrollarse y tienen momentos de avance y retroceso. Estos procesos no se pueden forzar, ya que la dinámica en la misma comunidad irá desarrollando la conciencia sobre las formas de organización más adecuadas. La PEPI no hace más que ofertar una manera estructurada para este proceso de construcción, en la cuál un grupo de personas desarrolla sus planes con una creciente participación e integralidad.

Presentamos aquí algunas de las iniciativas desarrolladas en el periodo 2008-2010, como parte de las intervenciones locales en salud, planificadas en los talleres PEPI.

### 5.1. 'Calle modelo' y 'reorganización de barrio'

En enero de 2008, el primer taller PEPI tuvo lugar en el Consejo Popular de Dragones, en el municipio metropolitano de Centro Habana. De los 13 participantes seis eran líderes formales y siete informales, de los cuales 10 eran del sexo femenino y sólo tres del sexo masculino, con edades entre 20 y 70 años. De los líderes informales, dos eran jubiladas, un trabajador por cuenta propia, una estudiante-trabajadora, un ama de casa y un trabajador público. Los líderes formales fueron dos

representantes del sector salud, el presidente del Consejo Popular (gobierno local), una representante de servicios comunales, una representante de la Dirección Municipal de la Vivienda, la enfermera de la casa comunitaria y una médica del área de salud.

Por ser un área comercial, además de tener además de sus 30.000 habitantes, Dragones recibe diariamente unas 60.000 personas para trabajar o de visita. Con tanta gente, la limpieza del barrio es una preocupación constante. Los participantes decidieron incidir en este problema y las intervenciones seleccionadas eran la reorganización del barrio de las calles (con apoyo comunitario) y el desarrollo de una "Cuadra Modelo". Sobre todo esta segunda iniciativa logró movilizar al barrio.

Se escogió una cuadra, con la que se iniciaron sus actividades de higiene. En poco tiempo, tres cuadras aledañas se habían ido incorporando por iniciativa propia de los vecinos, a finales de 2008 dos nuevas cuadras se incorporaron al movimiento.

Se realizaron trabajos voluntarios de limpieza y de embellecimiento las cuadras, en un esfuerzo conjunto de la comunidad, de representantes del sector salud y del gobierno. En un inicio, el liderazgo fue del sector salud pero, a medida que se avanzaba, se ha fomentado una cultura de trabajo

**Figura 6**  
**Plan Operacional – EJEMPLO Calle Modelo con Educación Popular**

QUÉ	QUIÉN	DÓNDE	CON QUÉ	CUANDO	INDICADORES
1. Elegir una cuadra	Consejo Popular(CP) Presidente del CP Organizaciones populares	Sede del CP	Recursos Humanos (RH)	02/2008	Cuadra seleccionada
2. Grupo coordinador	Consejo Popular(CP) Presidente del CP Organizaciones pop.	Sede del CP	RH	02/2008	Grupo coordinador creado
3. Divulgar el proyecto	Comisión creada al nivel del CP	Cuadra seleccionada	RH, folletos, TV	03/2008	# de boletines, folletos y pancartas realizadas
4. Crear guía para trabajo comunitario	Educadora para la salud	Departamento de promoción de salud	RH y Recursos materiales (RM)	03/2008	Guía creada
5. Renovar consejo de vecinos para rectorar el trabajo	Organizaciones pop., líderes formales (LF) e informales (LI)	Cuadra seleccionada	RH	03/2008	Consejo de vecino creado
6. Talleres de capacitación	Educadores para la salud para vecinos y promotores de salud	Dpto. promoción de salud y casa comunitaria.	RH, TV, folletos, videos, murales.	03/2008	Número de talleres realizados
7. Presentación de propuesta a comunidad	Organizaciones de masa y líderes (LF+LI)	Cuadra seleccionada	RH, videos, murales	03/2008	Propuesta presentada
8. Retomar trabajos voluntarios	Consejo de vecinos y la comunidad	Cuadra seleccionada	Utensilios de limpieza	04/2008	Número de trabajos voluntarios
9. Talleres niños y jóvenes sobre higiene/prevención	Educadores para la salud	Casa comunitaria	Videos, materiales didácticos	05/2008	Número de talleres y número de participantes
10. Retomar la emulación cederista	Organizaciones de masa	Cuadra seleccionada	RH	02/2008	Sistema de emulación creado.
11. Motivar vecinos para fondo común para actividades	Consejo de vecinos, y grupo coordinador	Cuadra seleccionada	Cooperación económica	03-04 /2008	Fondo existente
12. Realizar actividades deportivas, recreativas y de salud	Grupo coordinador, consejo de vecinos y comunidad	Cuadra seleccionada	RH, implementos deportivos, boletines, folletos	Trimestral	# de actividades # de participantes
13. Velar por barrido correcto de las calles	Consejo de vecinos, y todos los vecinos	Cuadra seleccionada	RH	Permanente	Calles limpias
14. Ubicar cestos colectores	Servicio de comunales	En la calle	RH, cestos, materiales de construcción	03/2008	Cestos colectores ubicados
15. Confeccionar y colocar rótulos	Vecinos de la cuadra	En el área	RH, material didáctico	04/2008	Rótulos colocados
16. Velar por cuidado y mantenimiento de contenedores	Vecinos de la cuadra y servicio de comunales	Cuadra seleccionada	RH y RM	Permanente	Contenedores en buen estado
17. Programar plan 'tareco' (limpieza de objetos no útiles)	Consejo de vecinos, grupo coordinador, y servicios de comunales	Cuadra seleccionada	RH y transporte	Mensual	Número de planes tarecos
18. Involucrar centros de trabajo y consultorios médicos	Consejo de vecinos y grupo coordinador	Cuadra seleccionada	RH	04/2008	# de centros de trabajo incorporados. # de consultorios médicos incorporados
19. Limpieza de tragantes y alcantarillas	Servicio de comunales y vecinos de la cuadra	Cuadra seleccionada	Medios técnicos	Permanente	Número de tragantes y alcantarillas limpias

**Fuente:** Elaboración propia, 2011.

conjunto, predominando el liderazgo de la comunidad. Entre 50 y 80 personas participaron en cada una de las actividades. Para apoyar la reparación de fachadas y viviendas de estas cuadras, el gobierno municipal entregó a los vecinos cemento, pintura, puertas, ventanas, etc. Se

logró negociar que el 80% de los recursos fueran suministrados por el Gobierno y un 20% aportado por la comunidad misma. En las actividades dominó la espontaneidad de los vecinos del barrio, con colaboración de activistas de organizaciones de y de otros sectores.

Además de actividades de limpieza y embellecimiento, se realizaron actividades de promoción y prevención de salud, actividades recreativas y deportivas con amplia participación.

En 2009, durante el segundo taller, se decidió continuar trabajando en la ampliación y habilitación de las ‘calles modelos’. La entrega de materiales se extendió a la reparación de las viviendas, actividad que fue liderada por la propia comunidad. Los materiales entregados se almacenaron en un local seleccionado por los propios vecinos y custodiado por ellos. El responsable escogido para organizar la distribución de materiales, acorde a necesidades detectadas con anterioridad, fue sustituido en dos ocasiones por los propios vecinos, pues no satisfacía sus demandas.

Además, se incorporaron artistas locales de diferentes disciplinas que dieron su aporte constante a las actividades con sus obras, además de apoyar la decoración de las calles, diseñar el logotipo de la comunidad, ofrecer talleres y exposiciones.

En diciembre de 2009, el gobierno local, que había participado activamente en las actividades, decidió hacer entrega de un local para fortalecer el trabajo comunitario en el Consejo Popular. En una reunión donde participaron todos los líderes comunitarios se decidió la creación del ‘Centro Comunitario para el Desarrollo del Barrio’, con la misión de fortalecer la participación de la comunidad en la búsqueda de soluciones a sus problemas.

En febrero de 2010 se realizó el tercer taller. En la evaluación se destacó el hecho de que la participación de la comunidad en las actividades fuera aumentando progresivamente. Se decidió profundizar la identificación de problemas a partir de “La Salud del Barrio”, de lo cual se derivó la intervención de “reorganización de los Consultorios Médicos de Familia” para profundizar la relación entre los equipos de salud y la comunidad. Este plan incluyó trabajo voluntario para la habilitación de locales, discutir los roles y funciones de los equipos de salud, realizar la formación de promotores, la identificación de necesidades de aprendizaje y a la propuesta de promulgar estos consultorios como ‘consultorios modelos’.

Desde enero de 2008 hasta la fecha (finales de 2010), las reuniones mensuales de análisis del cumplimiento del plan de acción se realizaron cada mes, con una buena participación de la comunidad y de representantes de las diferentes instituciones municipales. Se mantuvo al 100% de los integrantes del grupo coordinador inicial, con la incorporación de nuevos miembros.

## **5.2. ‘Club Social Juventud Acumulada’**

En Las Tunas, una de las iniciativas decididas para 2009 fue el desarrollo de un programa integral hacia el adulto mayor. Anteriormente había existido, pero había decaído mucho. Se decidió rehabilitar de nuevo un local para actividades sociales y charlas. Se logró, además, incorporar a centros de trabajo para asegurarles el almuerzo a ancianos que viven solos. Se desarrolló un sistema de atención social formal e informal a núcleos familiares con necesidades. Adultos mayores de otras circunscripciones se unieron a los ejercicios y a las actividades sociales, lo cual se desarrolló hacia un movimiento de amigos que se ha ido incrementando por todo el municipio. Esta colaboración activa de la población con diferentes sectores del gobierno ha sido provechosa para el adulto mayor.

En abril 2010 se decidió desarrollar un programa ambiental: “Comunidad sembrada, salud garantizada”. El objetivo fue sembrar e higienizar patios y solares, involucrando a las familias y los centros de trabajo.

## **5.3. ‘Caravanas por la salud’**

En la zona rural de Cumanayagua los resultados fueron más limitados. Se decidió organizar ‘Caravanas por la salud’ hacia asentamientos montañosos con poca accesibilidad geográfica. Así, los asentamientos alejados pudieron tener mejor acceso a iniciativas de prevención y promoción, atención médica, asistencia estomatológica y servicios de laboratorio clínico. Se realizaron, además, tres capacitaciones a los promotores de salud, las cuales fueron replicadas en cascada en las escuelas, centros de trabajo, comunidad y diferentes asentamientos. En 2010, se decidió profundizar esta iniciativa para conseguir un seguimiento más continuo a pacientes crónicos.

Aquí, la iniciativa se mantuvo en manos del sector salud mismo, con relativamente poco protagonismo por parte de la comunidad.

## **6. Discusión del enfoque metodológico**

La implementación de los diferentes instrumentos en contextos variados, aportó enseñanzas sobre puntos claves de su aplicación. En general, donde la lógica y las condiciones de la PEPI fueron respetadas, obtuvimos los mejores resultados. Los errores cometidos ayudaron a profundizar ciertos aspectos metodológicos. Presentamos algunas lecciones aprendidas.

### **6.1 La lógica y la secuencia del método**

Es importante desarrollar los diferentes pasos sin quemar etapas. Pueden existir otras y tal vez mejores maneras para desarrollar el análisis de la situación para seleccionar intervenciones y para planificarlas de manera estructurada, pero cada una de estas etapas es necesaria. Los instrumentos refuerzan un desarrollo sistemático y aseguran la participación de todos.

Puede variar el tiempo que se necesita para cada etapa. En nuestra experiencia, un taller nunca duró mucho menos de cuatro días: aproximadamente dos para el análisis de los problemas y la selección de las intervenciones, y dos para desarrollar la lógica de las intervenciones y elaborar el plan. Lo que se gana en tiempo a partir del segundo taller, por la experiencia anterior, se necesita para desarrollar la evaluación del año transcurrido. Si no se toma suficiente tiempo, los diferentes objetivos no se logran: el análisis y el plan, pero también la construcción de un equipo fortalecido que asegura el seguimiento y la movilización durante todo el año.

Este proceso colectivo de planificación debe partir de la realidad concreta del lugar, tomando en cuenta las posibilidades y las limitaciones existentes, en términos de personas, recursos y tiempo. En la medida que los líderes de la comunidad verdaderamente logran retomar la iniciativa, el empoderamiento comunitario se fortalece y la comunidad organizada desarrolla vínculos más efectivos (de colaboración y a veces de conflicto) con los sectores gubernamentales.

El trabajo en ciclos, con talleres periódicos (en nuestra experiencia: anuales) de evaluación y (re)planificación ayuda a mantener la movilización sobre el tiempo. Cada taller reestimula la participación y la movilización.

### **6.2 Los participantes**

Para asegurar que los líderes formales e informales realmente representen los diferentes grupos en la comunidad, es esencial conocerla. La participación de representantes de los diferentes intereses en la comunidad asegura una planificación y evaluación pluralista.<sup>17</sup>

Este enfoque pluralista fue explorado en la evaluación de actividades del poder público en los Estados Unidos y Europa, a finales de los años 80s, por ejemplo, en el desarrollo de barrios desfavorecidos.<sup>18, 19</sup> En el contexto cubano, la presencia y el compromiso de los sectores formales del gobierno local es relativamente fácil de obtener. No existen contradicciones fundamentales de intereses entre los sectores populares y el estado. Las instituciones entienden su responsabilidad respecto a la problemática de salud y sus determinantes en la comunidad.

Aunque nada es perfecto... Sobre los años, se pudo observar también lo que pasa si no se respeta la metodología. Si un representante del gobierno local no logra discutir de igual a igual con los vecinos, entorpece el desarrollo de las propuestas. Si un líder viene con una agenda preestablecida y no quieren abrirse a la discusión, no se logran resultados. La presencia de alguien con un estilo autoritario puede llevar a que se impone la negación de problemas reales. Si no se logra superar estos momentos difíciles, el equipo se desmoviliza. Por lo general, en nuestra experiencia, la metodología es suficientemente flexible para resolver este tipo de tensiones o conflictos.

### **6.3. La facilitación**

El objetivo principal de la facilitación es de asegurar un buen desarrollo del taller. El facilitador o la facilitadora debe estar bien familiarizado con la metodología, para que puede adecuar las

herramientas a las condiciones y necesidades locales. Debe garantizar una discusión franca y abierta, aún en contra de algunas 'caracteres fuertes'. Los conflictos son inevitables en este tipo de talleres, y además son saludables. Si son bien manejados, pueden ser una ocasión para profundizar el entendimiento de un problema y buscar una solución mejor. El consenso después del debate siempre será mejor que la propuesta que se tenía anteriormente.

En una discusión sobre la atención médica en un barrio, se llegó superficialmente a la conclusión de que 'todo estaba bien'... hasta que una vecina desarrolló una serie de elementos críticos, llegando a contradicciones con un líder formal. Después de una intervención oportuna de la facilitadora, este logró (re)aprender la lección de que un verdadero compromiso social no consiste en minimizar los problemas, sino en investigarlos a fondo y movilizar a la comunidad para resolverlos. A partir de este momento, la discusión se abrió mucho más y se logró profundizar en la comprensión de los problemas, la facilitadora había jugado su papel de forma adecuada.

El facilitador es tal vez la persona más importante del taller. Debe asegurar que todo el mundo tenga igualdad de oportunidades para participar. A través de la escucha activa y la formulación de preguntas, los facilitadores demuestran al grupo que la contribución de cada persona es importante, ayudando a todos a desarrollar habilidades de comunicación y a promover la discusión entre ellos. En este sentido, el facilitador también juega un papel esencial en la construcción de un equipo dirigente del trabajo comunitario. Una facilitación adecuada refuerza el liderazgo de esta persona, un liderazgo de escucha, de síntesis, de movilización, de sumar gente a la acción y la organización local. La selección de la facilitadora o el facilitador es esencial. Puede ser miembro de la comunidad o venir de afuera. Aún si el facilitador es parte de la comunidad, debe ser neutral respecto a las apreciaciones de los participantes.

Es necesario tomar suficiente tiempo para la preparación del taller y conocer los antecedentes de la comunidad. Si viene de afuera, un acercamiento preliminar a la situación consiste en la revisión de documentos relevantes, entrevistas para obtener de

las personas involucradas información útil acerca de la comunidad y sus instituciones. Así, obtendrá diferentes percepciones sobre la naturaleza y magnitud de los problemas y sus causas, conocerá las intervenciones ya presentes en la localidad e identificará posibles participantes en el taller que podrán profundizar el análisis.

Para la facilitación es importante explicar claramente el objetivo y la metodología de cada paso, con tiempo para preguntas. Repetir cuando sea necesario. Siempre se debe comprobar que todos están siguiendo el desarrollo del taller. Se debe tratar a todos los participantes como iguales, ya sea alcalde o ama de casa. Es esencial para el facilitador no parcializarse o tomar parte activa en las discusiones entre los participantes, aunque siempre se puede sugerir alternativas. Para un buen desarrollo, no se puede ser demasiado flexible con los tiempos. Finalmente, es importante para una comunidad de no cambiar de facilitador de año en año, si se impone un cambio, debe ser bien preparado.

La organización de entrenamientos para facilitadores llega a ser la tarea central, si se quiere que este método participativo se vaya reforzando y extendiendo. Para este fin, en Cuba se está preparando un 'programa de formación de facilitadores', para lo cual se elaboró una 'guía del facilitador'. Pero existe la limitante de que es imposible 'aprender' esta tarea en teoría. Solamente es posible participando en la facilitación de talleres en la comunidad.

## 8. Conclusiones y perspectivas

La experiencia de tres años demostró el potencial de esta metodología para reforzar el proceso de participación-empoderamiento dentro del contexto cubano.<sup>20</sup> En la realización del derecho a la salud existe una sinergia entre el Estado cubano y las organizaciones populares. Varias organizaciones (de barrio, de mujeres, de trabajadores, de jóvenes..) contribuyeron y siguen contribuyendo significativamente a la transformación del país.<sup>21, 22, 23, 24, 25</sup> El carácter político del estado y la forma de actuar del gobierno local lleva a una mayor identificación con las políticas sociales, no obstante las deficiencias y las limitaciones materiales existentes.

En los próximos años, esperamos continuar este trabajo en Cuba y continuar aprendiendo. Además, en coordinación con el Ministerio de Salud y con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y de la ONG belga INTAL, se está multiplicando el entrenamiento de facilitadores, con la aspiración de asegurar la adecuada capacitación de este recurso esencial.

La PEPI es un método integral de participación que requiere y permite el discurso libre de los participantes y discusiones colectivas en profundidad. Esto conlleva a un incremento de la autoestima y la autorrealización de los participantes, además de un mayor compromiso con su comunidad. La PEPI es muy flexible, en el sentido de que puede ser aplicada a un rango grande de situaciones (servicios, programas y proyectos) y niveles (nacionales, regionales, municipales y locales). Durante 2010, en un estudio sobre ‘determinantes sociales de enfermedades desatendidas y otras enfermedades relacionadas con la pobreza’ en Yucatán, México, introdujimos la PEPI como método de investigación participativa. Demostramos que para toda intervención comunitaria era imperativo involucrar de una forma directa y activa a las comunidades en el análisis de su realidad y en la elaboración de medidas e intervenciones que afectan sus propias vidas. Además, demostramos que la PEPI puede ser un instrumento adecuado para realizarlo.<sup>26</sup> Desde mediados de 2010 se inició un intercambio con el Movimiento para la Salud de los Pueblos en América Latina (MSP-LA) sobre las experiencias de participación y empoderamiento, para seguir aprendiendo y para aportar nuestro grano de arena a la construcción de un MSP-LA más fuerte.<sup>27</sup>

### ***El derecho a la salud en otros contextos***

La política de salud del estado cubano, aún con las limitaciones que puedan haber, parte de la defensa del ‘derecho a la salud’ y, para realizarlo, cuenta con una sinergia entre el estado y los organismos populares.<sup>13</sup> En países donde existe una brecha importante entre los intereses de las élites que dominan los poderes públicos y las necesidades de las comunidades, la negociación y la búsqueda del consenso sobre cómo avanzar en la realización del derecho a la salud, inevitablemente tendrán sus limitaciones. En estos casos, los que demandan sus

derechos (*‘claim holders’*) buscarán otras formas de presionar a los responsables públicos (*‘los portadores de obligaciones’ - ‘duty bearers’*) a escucharlos y a cumplir.<sup>11</sup> A través de reclamos y de protestas, buscarán una posición de negociación más ventajosa. En estos ‘otros’ contextos – donde puedan existir mayores contradicciones de intereses – este mismo ejercicio de planificación puede ayudar a las comunidades a identificar las verdaderas contradicciones y comprender mejor a quién exigir y cómo avanzar hacia la realización de su derecho a la salud.

Un ‘enfoque de derecho’ no solamente significa el derecho a algo, también la posibilidad y la necesidad de exigir este derecho de los que tienen el poder y el deber de asegurarlo. Implica la necesidad de una estrategia de empoderamiento de la comunidad. El ejercicio de planificación puede ser dirigido a buscar como defender mejor sus intereses o conquistar cuotas de poder.

La introducción de conceptos de obligación, deber y responsabilidad por parte del estado, es crucial para empoderar a una comunidad y hacer posible que vaya exigiendo y negociando los cambios necesarios con los que tienen el poder. Si estos responsables no actúan, una acción colectiva puede ser necesaria antes de que se pueda lograr éxitos.

Por otro lado, nadie puede ser tenido responsable si no está en las condiciones para cumplir. La persona debe aceptar la responsabilidad, debe tener la autoridad y acceso y control de los recursos. En un ‘análisis de capacidades’ se evalúa quien debe y puede actuar en cada una de las acciones necesarias (persona o institución). El resultado puede ser un ‘anexo’ al plan de intervención propuesto, indicando las personas o instituciones claves para realizar los objetivos propuestos. Este ‘análisis de capacidades’ puede ser un complemento importante al PEPI, ya que refuerza el enfoque de movilización social hacia las autoridades responsables. En la medida en que más comunidades y organizaciones logren exigir sus derechos, el movimiento por el derecho a la salud se hará más fuerte y obtendrá mayores logros.

La práctica seguirá enriqueciendo este enfoque en función de las realidades diversas en países, regiones y localidades diferentes. Cuando las

circunstancias están dadas, este ejercicio colectivo de planificación no solamente puede llevar a un mayor compromiso y una mejor organización popular, sino también a una mayor conciencia política.

### ***Agradecimientos***

A las y los participantes y equipos de apoyo de las comunidades involucradas en las experiencias aquí mencionadas, por su participación abnegada con el sólo afán de fortalecer el desarrollo de la salud en sus comunidades.

### **Referencias**

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.
2. Rifkin S, Pridmore P. *Partners in Planning*. London: Macmillian, TALC. 2001.
3. Laverack G. Using a domains approach to build community empowerment. *Commun Dev J* 2005. ([www.oup.co.uk/journals/cdj/advance](http://www.oup.co.uk/journals/cdj/advance), accessed on 11 March 2005).
4. Pérez D, Lefèvre 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; 24(5): 335-341. [doi:10.1093/heapol/czp028].
5. Groupe d'étude de la santé urbaine de l'Université Atma Jaya d'Indonésie ; Département d'éducation agricole de l'Université Los Baños des Philippines ; Institut de nutrition de l'Université fédérale de Rio de Janeiro, au Brésil.
6. Fonds international pour le développement agricole (Éthiopie, Kenya, Mali, Ouganda, Seychelles, Tchad), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Save the Children Fund (SCF), Medical Mission Action (MEMISA), etc.
7. Greenwood, D. J. & Levin, M., *Introduction to action research: social research for social change*, Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, 1998.
8. De Vos P, De Ceukelaire W, Malaise G, Pérez D, Lefèvre P, Van der Stuyft P. Health through people's empowerment: a rights-based approach to participation. *Health and Human Rights* 2009;11(1):23-35.
9. Constitution of the Republic of Cuba (1992). [[www.cubanel.org/ref/dis/const\\_92\\_e.htm](http://www.cubanel.org/ref/dis/const_92_e.htm)].
10. De Vos P. No one left abandoned: Cuba's national health system since the 1959 revolution. *International Journal of Health Services* 2005;35:189-207.
11. Delgado G. Desarrollo histórico de la salud pública en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública* 1998;24(2):110-118.
12. Feinsilver J. M. *Healing the masses: Cuban health politics at home and abroad*. Berkeley, University of California Press, 1993.
13. Reyes-Alvarez I, Sanabria Ramos G, Medina Gondres Z, Baez-Dueñas RM. Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud. *Revista Cubana de Salud Pública* 1996;22(1):75-84.
- [14] Ferrer-Ferrer L, Alfonso-Sagué K, Bonet-Gorbea M, et al. Intervenciones comunitarias contra enfermedades crónicas no transmisibles en el consejo popular Dragones. *Revista Cubana de Salud Pública* 2006;32(3). [[www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=38803&id\\_seccion=1250&id\\_ejemplar=4003&id\\_revista=79](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=38803&id_seccion=1250&id_ejemplar=4003&id_revista=79)]
15. Sanabria Ramos G. Participación social en el campo de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública* 2004;30(3). [<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/214/21430305.pdf>].
16. Sosa I. Percepción sobre Análisis de Situación de Salud en un Consejo Popular del municipio Centro Habana en 2008. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* 2011 [in press].
17. Lefèvre P. Acteurs et évaluation de projets de développements. Vers une approche pluraliste de l'évaluation. Universidad Libre de Bruselas 1999 (p.115-117).
18. Guba EG, Lincoln YS. *Fourth generation evaluation*. Beverly Hills, Sage Publication 1989.
19. Monnier E. *Evaluations de l'action des pouvoirs publics*. Paris, Economica, 1987.

20. Sosa I. Study reports PEPI–research. INHEM, La Habana, 2008, 2009, 2010.
21. Dilla H, Fernandez A, Castro M. Movimientos barriales en Cuba: Un análisis comparativo. In: Vázquez A, Davalos R (eds). Participación social: Desarrollo urbano y comunitario: 1er taller de desarrollo urbano y participación. Havana, Universidad de La Habana. Facultad de filosofía e Historia/Departamento de Sociología, 1996.
22. Valdes J. Notas sobre Poder Local, movimiento comunitario y democracia en Cuba. In: Davalos R, Basail A. Desarrollo urbano: Proyectos y experiencias de trabajo. 2do taller de desarrollo urbano y participación. Havana, Universidad de La Habana, Facultad de filosofía e Historia/Departamento de Sociología, 1997.
23. Rojas-Ochoa F, Lopez-Pardo CM. Economy, politics and health status in Cuba. *International Journal of Health Services* 1997;27:791–807.
24. Serrano P. Cuban democracy does not stop at formal representation. Interview with Ricardo Alarcón, 2004.  
[[www.cubanismo.net/teksten\\_eng/democratie/interview\\_alarcon\\_pr.htm](http://www.cubanismo.net/teksten_eng/democratie/interview_alarcon_pr.htm)].
25. Vazquez A, Davalos R. Comunidad y descentralización: Una reflexión desde los 90. In: Vázquez A, Davalos R (eds). Participación social: Desarrollo urbano y comunitario: 1er taller de desarrollo urbano y participación. Havana, Universidad de La Habana, Facultad de filosofía e Historia/Departamento de Sociología, 1996.
26. Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi" Universidad Autónoma de Yucatán (UADY México) y el *Institute of Tropical Medicine* (ITM Bélgica). *Estudio de los determinantes sociales de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades relacionadas con la pobreza en América Latina y el Caribe*. Informe final. OPS/OMS Contrato CS-10-01392, septiembre 2010.
27. Steunfonds Derde Wereld - INTAL (2010) Reinforcing the capacities of PHM - Latin America for better action towards the right to Health. In: Steunfonds Derde Wereld, INTAL. DGCD-program 2011-2013, Empowerment for the Right to Health. (Part 2, pp.99-112).
28. Jonsson U. An approach to Human Rights based programming in (UNICEF ESARO). SCN News 20, July 2000. ACC/SCN, Geneva, and UNICEF ESARO

**Recibido:** 05 de marzo de 2011.

**Aprobado:** 01 de junio de 2011.

**Conflicto de intereses:** ninguno.



**Medicina Social**  
Salud Para Todos