

**PARTICIPACIÓN E INTERSECTORIALIDAD EN LA PLANIFICACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES EN SALUD EN CUBA.**

**PARTICIPATION AND INTERSECTORIALITY IN PLANNING, IMPLEMENTATION AND EVALUATION OF HEALTH INTERVENTIONS IN CUBA.**

- MSc. Irma Sosa Lorenzo. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.
- MSc. Armando Rodríguez Salvá. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.
- Lic. Irideysi Abreu González. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.
- MSc. Adolfo Álvarez Pérez. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.
- Dr. Mariano Bonet Gorbea. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.
- PhD. Pierre Lefèvre. Instituto de Medicina Tropical “Prince Leopold”, Amberes, Bélgica.
- PhD. Pol De Vos. Instituto de Medicina Tropical “Prince Leopold”, Amberes, Bélgica.
- PhD. Patrick Van der Stuyft. Instituto de Medicina Tropical “Prince Leopold”, Amberes, Bélgica.

**Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), Infanta No. 1158 e/ Llinás y Clavel, Centro Habana, La Habana CP 10 300, Cuba.**

Teléfono: 8705531 ext. 154. (Email: [irma@inhem.sld.cu](mailto:irma@inhem.sld.cu)  
[irmasosa@infomed.sld.cu](mailto:irmasosa@infomed.sld.cu))

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue describir el rol de la intersectorialidad en el proceso de toma de decisiones, en la movilización de actores sociales y en la movilización de recursos acerca de los resultados de una investigación - acción participativa en planificación, implementación y evaluación sanitarias donde se utilizó la metodología conocida bajo el acrónimo CPPE (Comprehensive Participatory Planning and Evaluation), la cual facilitó el análisis integral de la situación local de salud y la participación de varios actores. En los resultados se muestran evidencias de la aplicación del principio de intersectorialidad, trabajo comunitario, capacitación y consolidación de las áreas de salud y Consejos Populares. Son presentados 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. La satisfacción, el bienestar por la mejoría de la calidad de vida de las personas y su entorno, así como la voluntad política fueron poderosos incentivos para desarrollar estos procesos. Como conclusión fue evidente la importancia de la intersectorialidad como enfoque tecnológico y se ratificó que el sector salud no puede actuar solo, pues la mayoría de los factores determinantes de la salud están fuera de su competencia, lo cual revela la necesidad del enfoque intersectorial.

## INTRODUCCIÓN

La intersectorialidad, como parte integrante de los procesos de 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 procesos de reforma sectorial desarrollados y/o propuestos en las dos últimas décadas, contemplen a este proceso como una de las condiciones para el éxito de estos mismos y con ello para el mejoramiento de la salud de las poblaciones y sus determinantes sociales.

La mayoría de los estudios ubican a la acción intersectorial como una de las acciones que ha permitido, sin distinción de país o territorio, manejar de manera integral y participativa los factores que determinan la salud y sus diferenciales.<sup>1</sup> Este es un tema ampliamente conocido, debatido y generalmente aceptado por todos los actores involucrados y/o responsabilizados en la producción y reproducción social de la salud y

el manejo de sus determinantes sociales; destacándose entre ellos a los gobiernos, autoridades y profesionales de la salud y agencias internacionales.<sup>2</sup> La promoción de salud, como una de las funciones esenciales de la salud pública,<sup>3</sup> descansa indiscutiblemente en la capacidad sectorial de aprender a mirar hacia afuera para identificar y solucionar los problemas, a partir de un protagonismo conjunto con los otros sectores de la sociedad, incluida la población, aspectos imprescindibles en cualquier proceso encaminado al mejoramiento de los indicadores de salud y bienestar de la población.<sup>4,5</sup>

La salud es un proceso social cuya determinación incorpora cuotas importantes de complejidad provenientes de campos y variables diversas, en especial aquellos que se integran en el campo de los determinantes estructurales y que contemplan factores económicos y sociales, determinando que el concepto de “sector salud” aislado o independiente resulte excesivamente pobre para enfrentar los problemas y necesidades de salud, de ahí que muy difícilmente puedan ser resueltos por acciones generadas y desarrolladas de manera exclusiva por el sector de la salud.<sup>4</sup>

A través de un proyecto de colaboración internacional que investigadores cubanos y belgas vienen desarrollando, se pretendió fortalecer la capacidad local para incrementar la participación comunitaria, reforzar el papel de la acción intersectorial y lograr el empoderamiento en salud durante la toma de decisiones.

## **OBJETIVO**

Fortalecer la intersectorialidad y la participación en la planificación, implementación y evaluación de intervenciones de salud.

## **MÉTODO**

Este estudio ha sido desarrollado durante el periodo 2008 – 2012 a través de una investigación - acción participativa en planificación, implementación y evaluación sanitarias usando la metodología conocida bajo el acrónimo CPPE (Comprehensive Participatory Planning and Evaluation) <sup>6</sup> la cual facilita el análisis integral de la situación local de salud y la participación de varios actores. En el contexto cubano ha sido adaptada a través de la incorporación de un cuestionario para evaluación de los talleres por los propios actores participantes, además de la realización de entrevistas y grupos focales durante el proceso de implementación de intervenciones realizados por los investigadores, el reporte estandarizado de estudio de caso de la metodología y el reporte estandarizado de estudio de caso de la implementación también realizados por los investigadores, los cuales permitieron documentar de una mejor manera los procesos desarrollados. Esta propuesta incorporó nuevas herramientas al proceso de análisis de la situación de salud a todos los niveles, favoreciendo una participación más integral de los distintos actores involucrados en el proceso de planificación sanitaria.<sup>7,8</sup>

Dieciséis talleres participativos de planificación y evaluación fueron progresivamente realizados en cuatro áreas de salud y cuatro Consejos Populares, de tres municipios cubanos: dos áreas de la capital (La Habana) “Marcio Manduley” y “Reina” y sus Consejos Populares “Dragones” y “Los Sitios” respectivamente; un área rural montañosa del centro del país “San Blas” y su Consejo Popular “La Sierrita” (provincia Cienfuegos) y un área urbana de la región oriental “Gustavo Aldereguía” y su Consejo Popular No. 5. (provincia Las Tunas). En los procesos de planificación, implementación y evaluación participaron globalmente dieciséis líderes formales que representaron al sector de la Salud, cincuenta y tres líderes informales de la comunidad y un total de cuarenta que representaron a la Intersectorialidad (líderes formales pertenecientes a diversas instituciones representadas en 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 algunas organizaciones (federación de mujeres, círculos de ciudadanos de la tercera edad).

Durante los talleres se elaboraron relatorías, estos talleres fueron evaluados a través de la aplicación de cuestionarios o a través de grupos focales. Las intervenciones de salud diseñadas fueron implementadas y colectivamente monitoreadas durante un año, además fueron realizadas entrevistas individuales a profundidad y grupos focales de discusión durante la implementación de las intervenciones por parte de los investigadores. El análisis de los datos (codificación e interpretación) fue apoyado por el software NVivo versión 8.0.<sup>9</sup> En cuanto a los aspectos éticos tomados en cuenta el objetivo fue fortalecer valores como la solidaridad, el respeto a la diversidad de opiniones; utilizar la cohesión social existente como potencial en el proceso de solución de conflictos, pero a su vez trabajar en ella para obtener como resultado su fortalecimiento y destacar el potencial de las comunidades para tomar 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**

A través de un proceso de construcción de capacidades desarrollado a través de talleres y conducidos por facilitadores del sector salud entrenados con la metodología, se logró asegurar una participación mayor y más diversa. La representación de los más diversos sectores en la identificación de los problemas de la comunidad permitió abordar la problemática sanitaria desde la multicausalidad de los fenómenos bajo el enfoque de la determinación de la salud, incluyendo las causas sociales, lo que permitió para los actores participantes una mejor comprensión de las causas de los problemas, la siguiente opinión ofrece muestras 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 realizarlas....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”.*

Veinte intervenciones fueron planificadas y de ellas diecisiete totalmente implementadas y evaluadas, tres de ellas fueron parcialmente implementadas porque los recursos fueron destinados a intervenciones priorizadas por el Ministerio de Salud por razones de emergencia. Las intervenciones alcanzaron diferentes niveles de empoderamiento a través de: 1) Dirigir los determinantes sociales de la salud de acuerdo a necesidades sentidas 2) Involucrar a diferentes tipos de líderes en el proceso de toma de decisiones 3) Incrementar las capacidades de los actores en términos de planificación, implementación y evaluación 4) Incrementar los sentimientos de apropiación hacia las intervenciones.

### **Enfoque intersectorial y comunitario**

El trabajo comunitario con un fuerte liderazgo intersectorial predominante en todos los lugares y en todos los procesos, reflejó la percepción de los actores involucrados lo cual ilustramos 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”, “la participación colectiva entre el personal de salud y otros líderes comunitarios, ofreció aportes importantes en la toma de decisiones”.*

El trabajo comunitario requirió de la interacción del sector salud con otros sectores y/o instituciones implicados en el avance de estrategias de promoción y prevención, así como también de intervenciones dirigidas fundamentalmente a mejorar la integridad del ambiente y al fomento de comportamientos saludables en las personas, fundamentalmente en el manejo y control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo que constituyen un problema de salud en el país, y que progresivamente a través del periodo se identificó como dimensión vulnerable para ser trabajada desde la acción intersectorial. Los planes operacionales diseñados, mostraron durante la implementación de las intervenciones la utilidad del aprendizaje colectivo en función de resaltar la importancia del enfoque participativo con diferentes líderes y fundamentalmente con la participación intersectorial, el fortalecimiento del sector salud y el mejoramiento de la salud.

Al respecto fue señalado: *“La utilidad del plan diseñado es que se convierte como en el manual de trabajo para la labor comunitaria... es un plan de acción que monitorea el trabajo comunitario e incentiva la intersectorialidad”, “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.”*

### **Factores determinantes de la intersectorialidad**

Durante los talleres fueron analizados en dependencia del contexto, diferentes determinantes sociales de la salud a ser manejados desde una perspectiva intersectorial, entre ellos se destacaron: la educación sanitaria de la población, el abasto y calidad del agua de consumo, la presencia de micro vertederos y escombros, los factores contaminantes del medio ambiente, la atención al anciano, las prácticas sexuales, la situación del tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones, la capacitación sobre temas de salud de los líderes formales e informales, la autorresponsabilidad individual y colectiva con la salud, la cultura alimentaria de las comunidades, la práctica de ejercicios físicos, la competencia y desempeño de profesionales y técnicos para el abordaje del manejo y el control de hábitos tóxicos y de enfermedades no transmisibles, entre otros.

### **Factores condicionantes de la intersectorialidad**

Durante los talleres y en los procesos de implementación, la intersectorialidad fue propulsada por sus denominados factores condicionantes, entre ellos se destacaron: la voluntad política, la participación, la descentralización en salud, los recursos humanos motivados, la cohesión y la cooperación mutua, la inversión tecnológica y la sociedad organizada.

### **Factores desencadenantes de la intersectorialidad**

El liderazgo, factor relevante, se concentró en las fortalezas grupales del trabajo en equipo a medida que avanzaron los procesos en cada lugar, y en las relaciones basadas en la confianza, el respeto en cuanto a los aportes y sugerencias de cada participante, en la creatividad, en los retos compartidos, en el buen manejo de los conflictos surgidos y en la disposición de trabajar con cohesión entre todos para mejorar la salud de las comunidades y su calidad de vida. Las técnicas empleadas propiciadas por el trabajo en equipo reflejaron la satisfacción por la forma en que se trabajó y los cambios en el grado de conciencia, habilidades y confianza entre los participantes.

### **Actores, liderazgo, movilización de recursos.**

Los hallazgos derivados de nuestro estudio guardan correspondencia con los aspectos conceptuales y metodológicos que nos sirvieron de pauta para el diseño e implementación del mismo; tal es el caso de la selección de diversos actores sociales, entre ellos los líderes formales (representantes de la intersectorialidad) y los líderes informales (representantes de la comunidad).

En todos los contextos y a través de los diferentes procesos los sectores formales agrupados en los Consejos Populares, se destacaron por el liderazgo en los procesos de planificación y evaluación, aunque los líderes informales incrementaron sucesivamente su papel en sumar progresivamente a más y más integrantes de las respectivas comunidades durante la implementación de los planes de acción.

No obstante algunos conflictos aparecieron durante los procesos de implementación de las intervenciones por desmotivación durante los procesos de cambio, en cuanto al manejo de un liderazgo compartido entre los diferentes sectores e instituciones para ejecutar los planes operacionales, sobre todo entre líderes de algunos otros sectores que no habían estado en los procesos de planificación o entre algunos que sí habían estado presentes, pero que después habían abandonado el proceso por desmotivación; pero estos conflictos, muchas veces de poder o más en nuestro contexto por estimación de que los cuidados de salud son responsabilidad del personal sanitario, fueron resueltos gracias al liderazgo de los Consejos Populares y específicamente de algunos líderes con amplia trayectoria en el trabajo intersectorial y con la comunidad, que lograron sumarlos a los procesos.

Otra de las estrategias fue crear redes y alianzas durante la implementación de los planes de acción que facilitaran la negociación y solución de conflictos, así como que permitieran potenciar el rol de la intersectorialidad. En los procesos de desarrollados en las áreas de salud y sus comunidades, la movilización de recursos para implementar las intervenciones fueron apoyadas por la acción de los gobiernos locales (Consejos Populares donde están presentes los representantes de la intersectorialidad); los recursos financieros destinados al sector salud están descentralizados a nivel municipal y son utilizados a nivel de las Áreas de Salud y sus Consejos Populares a través de un presupuesto que se planifica participativamente entre todos los sectores sociales; los recursos para implementar las intervenciones planificadas en el periodo analizado se tuvieron en cuenta a partir de los presupuestos planificados.

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 una distribución equitativa de los mismos.

Existió un consenso entre todos los actores de que la metodología utilizada les capacitó para organizarse mejor, logrando trabajar de una manera más sistemática con un mayor involucramiento de las personas y coordinando mejor con los gobiernos locales; siendo esto 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 cuanto a participación y empoderamiento de estas comunidades, además de fortalecer en su organización a las áreas de salud y a la acción intersectorial. La construcción de capacidades comunitarias describe un incremento genérico en las capacidades de los grupos comunitarios para definir, evaluar, analizar y actuar en salud o en algún otro sector, en la promoción de salud asiste a los grupos comunitarios en los procesos.

El proceso de capacitación con la metodología utilizada 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 de la intersectorialidad (incluido el sector salud) y de la comunidad, así como de un mayor nivel de empoderamiento de estos grupos.

Por esa razón la construcción del modelo causal permitió que se analizaran los factores influyentes o determinantes de los diferentes problemas identificados, lo cual desencadenó la participación inherente a cada sector representado en el análisis. Este modelo dentro de la metodología, permitió el abordaje de las causas de los diferentes problemas identificados desde el enfoque necesario de la intersectorialidad; lo cual permitió llegar a obtener planes de acción bien consensuados donde se mostró la presencia y el compromiso de las diferentes instituciones gubernamentales.

Hubo disposición plena de los gobiernos locales (reflejo de la voluntad del Estado cubano) para convertir en realidad los objetivos de trabajo en salud, bienestar y calidad de vida de la población, la propia participación como función esencial de la salud pública, la descentralización en salud donde se destacaron la autoridad, la responsabilidad y la disponibilidad de recursos para ejercer su liderazgo, negociar las acciones conjuntas y tomar decisiones, los recursos humanos motivados que constituyeron tanto en su 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 – acción y la sociedad organizada con sus objetivos, funciones y acciones bien definidos, fueron elementos claves del desarrollo de la intervenciones sanitarias.

Los líderes de la intersectorialidad mostraron en todo momento un compromiso y responsabilidad para fortalecer a los servicios de salud y en especial con el proceso de reorganización que conduce el sector salud en el período analizado, al tomar en cuenta el papel de la intersectorialidad para lograr cambios o transformaciones en función de la salud; la rectoría de los niveles locales y municipales, fueron propiciadores de los resultados obtenidos en el accionar de estas comunidades.

Un factor fundamental en el desarrollo del proceso lo constituyó el trabajo en equipo como componente de la metodología y como premisa de la acción gerencial liderada por el sector salud en el análisis de situación de salud y donde se establecieron la coordinación, el análisis y solución de problemas en grupo con sus dinámicas respectivas en cada contexto, la interacción, la toma de decisiones en grupo, el liderazgo de los diferentes tipos de líderes y la motivación de los mismos, la negociación, la concertación, la gestión intersectorial en salud y el trabajo comunitario con el aporte de todos y especialmente con el de las experiencias de los líderes informales.

Este estudio muestra 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 para alcanzar el desarrollo global. Los aspectos relativos a la movilización social, 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.

El liderazgo de los diferentes actores requirió de una base participante fuerte, justamente como la participación requirió de un liderazgo fuerte en la dirección y en la estructura de los Consejos Populares; ambos aspectos jugaron un rol importante en el desarrollo de los procesos.

Lo anteriormente señalado permitió que se lograra un verdadero proceso de empoderamiento; el cual ha sido descrito en el sentido de la obtención de poder, como al grupos de personas trabajando juntas para incrementar el control sobre los eventos 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 en la sociedad y que es visto como resultado de la redistribución de recursos y de la autoridad en el proceso de toma de decisiones.

Los actores sociales en estos contextos no utilizaron los recursos de poder para influir en los procesos de toma de decisiones. En nuestra práctica, los procesos de toma de decisiones no se caracterizaron por diferentes niveles de asimetría de poder entre los actores, muy por el contrario a lo que sucede en otras realidades latinoamericanas, donde algunos actores con poder económico ejercen influencia sobre la autoridad que controla la agenda de discusión, o donde otros pueden ejercer influencia por el poder que les brinda un puesto de autoridad o los conocimientos técnicos y el acceso a la información los sitúa en una posición de influencia.

Es necesario destacar que en el Sistema de Salud Cubano se aseguran los recursos financieros y humanos para garantizar servicios de calidad, cobertura universal de la seguridad y la asistencia social.

## **CONCLUSIONES**

Existieron evidencias de la aplicación del principio de intersectorialidad, trabajo comunitario, capacitación de los actores sociales y consolidación de Áreas de Salud y los Consejos Populares.

La satisfacción con el trabajo realizado, con los objetivos logrados, el sentimiento de bienestar por la mejoría de la calidad de vida de las personas y su entorno, así como el compromiso de los actores y la voluntad política, fueron poderosos incentivos para desarrollar estos procesos.

Se ratificó que el sector salud no puede actuar solo, pues la mayoría de los factores determinantes de la salud están fuera de su competencia, lo cual revela la necesidad del enfoque intersectorial.

## REFERENCIAS

1. Álvarez AG, García A, Rodríguez A, Bonet M. Voluntad política y acción intersectorial: Premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 2007; 45(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032007000300007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000300007&lng=es).
2. Castell-Florit P. Intersectorialidad: discurso y realidad. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 2004 ; 42(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032004000100001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032004000100001&lng=es).
3. OPS/OMS. Desafíos de la educación en salud pública. La reforma sectorial y las funciones esenciales de la salud pública. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de salud. Washington DC, 2000.
4. Castell-Florit P. Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. *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).
5. Zayas M, Cruz J, Torres A, Salinas P. La intersectorialidad en la prevención del dengue en un área de salud de Santiago de Cuba. *MEDISAN* 2012; 16(2): 175-181. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192012000200004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000200004&lng=es).
6. Lefèvre P, Kolsteren P, De Wael M-P, Byekwaso F, Beghin I. Comprehensive Participatory Planning and Evaluation. Rome: IFAD/BSF-JP. 2001.
7. De Vos P, Guerra M, Sosa I, Ferrer LR, Rodríguez A, Bonet M, *et al*. Planificación y evaluación participativa e integral. *Medicina Social*. 2011; Vol. 6 (2): 120 – 133.
8. Sosa I, Lefèvre P, Guerra M, Ferrer L, Rodríguez A, Herrera D, *et al*. Empoderamiento comunitario en salud en tres municipios cubanos *Rev Cubana Med Gen Integr* (in press)
9. Software Cualitativo NVivo versión 8. Copyright. 2008. QRS Internacional PTy. LTD. ABN. 47006357213. March 2005.