

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE PLANIFICACION
ECONOMICA Y SOCIAL
ILPES



SISTEMA DE COOPERACION
Y COORDINACION ENTRE
ORGANISMOS DE PLANIFICACION
DE AMERICA LATINA

boletín de planificación

N°14

Marzo
1982

CEPAL



NACIONES UNIDAS

PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD PARA LA SALUD

Emanuel de Kadt */

I. ATENCION PRIMARIA DE SALUD (APS) Y PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

A fines de 1977, el UNICEF y la OMS copatrocinaron la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en Alma Ata, URSS. La declaración allí adoptada por unanimidad (OMS, 1978) constituye la base para alcanzar "la salud para todos en el año 2000". Han pasado, al parecer, los días en que la atención se centraba exclusivamente en los servicios hospitalarios de las grandes ciudades y en que la respuesta a los problemas de salud de la población se hacía solamente a través de la medicina (curativa y preventiva). Ahora, en cambio, se enfatizan las necesidades básicas de salud de los pobres, todavía predominantemente rurales, utilizando un enfoque "intersectorial" que vuelve disponibles y accesibles para ellos los servicios básicos de salud. Este enfoque va más allá de las actividades médicas convencionales y busca involucrar a la gente misma. Todo esto hace pensar que la participación de la comunidad para la salud se ha ubicado en el centro del escenario.

La expresión "participación de la comunidad" se refiere a arreglos, a menudo informales, que proporcionan un rol más activo en la promoción de la salud a miembros de la comunidad y a organizaciones en las cuales ellos participan, tales como cooperativas, grupos religiosos, asociaciones de padres, etc. En la actualidad comúnmente se piensa que la misma gente debe representar un papel más importante tanto en la identificación de los problemas de salud como en la búsqueda de soluciones apropiadas y eficientes desde el punto de vista de los costos.

*/ Sociólogo, Institute of Development Studies, Sussex, Reino Unido.

II. UNA BREVE PERSPECTIVA HISTORICA: EL MOVIMIENTO DEL DESARROLLO DE LA COMUNIDAD Y LA CONCIENTIZACION

En el campo de la salud, el interés en la participación de la comunidad puede ser relativamente nuevo,^{1/} pero ella ha sido discutida y promovida como un elemento de desarrollo por más de treinta años. Han habido dos tendencias principales: el movimiento de desarrollo de la comunidad, con su apogeo en los años 50 y principios de los 60, y el interés en la participación de la comunidad a través de la concientización, un fenómeno principalmente latinoamericano de los años 1960 y principios de los 70.

El movimiento de desarrollo de la comunidad fue activo sobre todo en Asia, especialmente en la India, y en Africa, donde se lo conoció como animation rurale en la parte francófona del continente. El énfasis dado a la importancia de involucrar a la gente en su propio desarrollo proporcionó un contrapeso significativo a la filosofía sobre el desarrollo predominante en la época, que prestaba poca atención a las consecuencias sociales y humanas de promover el crecimiento económico a través de proyectos intensivos en capital a gran escala. El movimiento del desarrollo de la comunidad percibió el efecto limitado de tales proyectos, consecuencia inevitable de que forasteros impusiesen esquemas de desarrollo que no correspondían a las necesidades sentidas por la población, o que tratasen de "inducir" necesidades intentando conseguir que la gente aceptase lo que otros habían ya decidido por ellos.^{2/}

Este modo de enfocar el desarrollo de la comunidad desarrolló metodologías tendientes a promover la creatividad inherente de la gente y a involucrarla en nuevas formas de hacer las cosas. Su éxito fue limitado, debido quizás a que supuso la existencia no solamente de consenso respecto a las necesidades y aspiraciones de las comunidades, sino también una relativa homogeneidad socioeconómica. El movimiento de desarrollo de la comunidad difícilmente reconoció alguna vez las diferencias de intereses existentes entre diferentes miembros de la "comunidad" a ser "desarrollada". Especialmente notable fue que no se percibieran tales diferencias en términos de su control sobre los recursos escasos como la tierra, o sobre el acceso al trabajo y a otras oportunidades para ganarse la vida. Tampoco observó las desiguales relaciones (de clase) predominantes al interior de muchas "comunidades". De este modo no comprendió la dinámica social y política fundamental de las comunidades en muchas partes del mundo.

Aquellos que promovieron la concientización de las masas en América Latina no incurrieron en ese error. Partieron, precisamente, de reconocer la existencia de desigualdades socioeconómicas, la generación de ellas a partir del sistema económico y su apuntalamiento por el Estado. Consideraron que los pobres y explotados necesitaban ser ayudados para tomar conciencia de su situación, y confiaron en la educación para realizar esta

^{1/} La participación de la comunidad en problemas de salud ha captado ampliamente la atención de las agencias internacionales y gobiernos nacionales desde principios y mediados de los años 70, aunque se la había promovido anteriormente en China y en algunos otros países socialistas, así como en proyectos a pequeña escala, a menudo manejados por organizaciones no gubernamentales, llevados a cabo en otros lugares. Ver Djukanovic y Mach (ed), 1975 y UNICEF/OMS (de próxima aparición).

^{2/} Un estudio útil sobre el tema puede encontrarse en Batten (1974).

tarea. El nombre de Paulo Freire está fuertemente asociado con este enfoque.^{3/} La cuestión de la organización y movilización de las masas, para que la conciencia pudiera convertirse en motor del cambio, estuvo condicionada fuertemente por la situación local en cada caso. En los años 1960 se promovieron ampliamente uniones de campesinos o ligas de productores, pero la salud fue también un punto de entrada en algunos sitios, especialmente en Perú.^{4/}

Los promotores del desarrollo de la comunidad obtuvieron poco, debido a que descuidaron las relaciones de desigualdad, conflicto y poder. Los concientizadores, si bien no descuidaron la importancia de estos factores estructurales, sostuvieron puntos de vista más que optimistas, algunos casi ingenuos, sobre las reacciones políticas que sus actividades iban a provocar en la gente y el poder de ésta, para superar las limitaciones.

Pese a todo, debe reconocerse que se adelantaron al pensamiento corriente por entonces sobre la promoción de la salud. Sólo recientemente los "ideólogos internacionales de la salud"^{5/} han comenzado a reconocer la importancia de factores socioeconómicos más amplios, aunque encuadrándolos todavía fuertemente en la necesidad de "colaboración intersectorial", es decir, que los involucrados en programas de salud trabajen con otras agencias gubernamentales encargadas de las obras públicas y el suministro de agua, el desarrollo rural y la agricultura, o la educación. Aún no se ha enfatizado mucho respecto al telón que colorea toda la promoción de la salud, esto es, la existencia de relaciones económicas que crean desigualdades en la riqueza, el poder político, los ingresos, la educación y, consecuentemente, en la salud. Las desiguales "oportunidades de salud" derivan de "oportunidades de vida" desiguales.^{6/} Los concientizadores, dejando de lado su ideología política, se dieron cuenta de que la participación de la comunidad para la salud podría ser significativa solamente tomando en consideración las cuestiones básicas de la economía política de la salud.

III. DIMENSIONES DE LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

El creciente interés en la participación de la comunidad en diferentes áreas, ha dado recientemente como resultado varios documentos que tratan de poner algún orden en un campo cada vez más confuso. Cohen y Uphoff al estudiar la literatura sobre la participación en el desarrollo rural, encuentran que el concepto tiene "popularidad sin claridad" y está sujeto a "caprichos crecientes y a muchos alardes verbales" (1980:213). Presentan tres dimensiones básicas de la participación: 1) qué tipo de participación está siendo considerado; 2) quién está participando; 3) cómo está ocurriendo la participación. Susan B. Rifkin (1980) ha producido una antología útil sobre salud, desarrollo y participación de la comunidad. Además de su propia introducción, varios capítulos analizan diferentes aspectos y argumentos relativos al compromiso de la comunidad en la salud. No se intentará aquí un análisis exhaustivo de las dimensiones y contextos de la participación de la comunidad para la salud. Solamente se destacarán los factores más importantes.

^{3/} Ver Freire (1976).

^{4/} Un buen ejemplo es el proyecto de salud en "Villa El Salvador" de Lima, descrito por Müller (1980).

^{5/} Notablemente UNICEF y OMS.

^{6/} Para una breve discusión de estos conceptos ver De Kadt (1974:129).

Basados en parte en Cohen y Uphoff, se discutirán los siguientes factores:

1. Qué tipo de participación
 - en implementación (a través de contribución de recursos o enlistamiento de miembros de la comunidad)
 - en la toma de decisiones.(Sección IV).
2. Quién está auspiciando la participación
 - el gobierno
 - organizaciones no gubernamentalesy cuál es su orientación sociopolítica:
 - mantenimiento del statu quo
 - reforma o transformación del sistema social(Sección V).
3. Cómo está estructurada socioeconómicamente la comunidad:
 - en forma relativamente homogénea
 - en forma relativamente segmentada o estratificaday cuál es su contexto sociopolítico:
 - el gobierno apuntala las desigualdades socioeconómicas,
 - se trata de un gobierno reformista o radical interesado activamente en reducir las desigualdades(Sección VI).

IV. LA NATURALEZA DE LA PARTICIPACION

1. Participación en la implementación

Para justificar la participación de la comunidad para la salud en los países en desarrollo, se argumenta que los recursos públicos son insuficientes para extender los servicios básicos de salud a quienes carecen de acceso a los mismos. Hay múltiples ejemplos en diversas partes del mundo de proyectos y programas de agencias gubernamentales y voluntarias e incluso dinero para mejorar la salud. Müller (1980) da ejemplos recientes de experiencias en América Latina, como la construcción de la farmacia en Villa El Salvador de Lima levantada por la gente. En este contexto, también son importantes los esquemas locales de seguro de salud, por medio de los cuales las comunidades contribuyen a los costos de medicamentos o incluso a la remuneración de trabajadores de salud locales.

Más allá de las contribuciones comunitarias en dinero, materiales o mano de obra, la manifestación más frecuentemente mencionada de participación de la comunidad en la incrementación de actividades relacionadas con la salud es la incorporación de trabajadores comunitarios en salud (TCS) en proyectos de salud de agencias voluntarias o en la periferia del sistema de atención a la salud. Ellos son considerados el medio más simple de extender los servicios básicos más allá de las unidades de salud. Este tipo de enlistamiento de miembros de la comunidad está ampliamente difundido en el Tercer Mundo. Muchos ejemplos pueden encontrarse en América Latina donde a menudo se los denomina promotores de salud. En los siete estudios de caso reportados por Müller (1980), se recurrió a algún tipo de trabajador comunitario en salud, aunque hubieron considerables diferencias en el balance entre actividades curativas, preventivas y promocionales, y en la cantidad de entrenamiento a que los mismos fueron sometidos.

En Africa y gran parte del Asia, los médicos han sido siempre escasos, de modo que el uso de personal paramédico para tareas curativas ha sido

ampliamente aceptado. Consecuentemente, los "prácticos médicos" o "superintendentes de centros de salud" africanos han tenido un considerable grado de latitud para efectuar diagnósticos y prescribir medicamentos. Cuando los miembros de la comunidad comenzaron a enlistarse para contribuir a ampliar el cuidado de la salud en las áreas rurales, se entendió que debían también ser entrenados para reconocer las enfermedades más comunes y que estarían autorizados para prescribir las medicinas apropiadas. Las comunidades pobres (rurales) desean y necesitan, ante todo, cuidado curativo. Más aún, sus miembros saben que él está disponible en los pueblos. En Africa y Asia además de las tareas curativas, se espera que los trabajadores comunitarios de salud lleven a cabo actividades preventivas y promocionales, ayudando así a los aldeanos a mantener y mejorar la salud de sus familias y movilizarlos en acciones colectivas sanitarias, de suministro de agua y control de enfermedades contagiosas.

A la inversa en América Latina, los médicos han sido relativamente abundantes (aunque siempre muy concentrados en las ciudades principales) y, ciertamente, muy poderosos. En casi todos lados la profesión médica ha sido capaz de institucionalizar -por ley- un monopolio extremadamente fuerte sobre el conocimiento y la actividad médica. Aun la delegación de tareas a auxiliares asalariados, entrenados e integrados en el sistema establecido es muy limitada. El relato de González sobre el Programa de Medicina Simplificada de Venezuela da un testimonio a lo mencionado.^{7/} El programa venezolano está adelantado en comparación con la mayoría del continente y ha producido una clara diferencia en las áreas rurales, previamente completamente olvidadas. Pero en Africa o en Asia un auxiliar rural, operando por su cuenta la mayor parte del tiempo, no está constreñido por las actitudes formalistas y limitantes de las autoridades de salud. Ellas quedan ejemplificadas con el caso venezolano citado: "Por supuesto es vital limitar al auxiliar a este bien definido grupo de tareas. A este fin, el manual que ha servido para su entrenamiento se usa como la "biblia" para el trabajo diario. Es obligación del auxiliar consultar el manual en cada caso, seguirlo exactamente y no dar ningún paso más allá de las instrucciones, y nunca realizar nada de memoria". (Newell, 1975:184.)^{8/}

En muchos sitios de América Latina las restricciones han sido todavía mayores, con relación a los trabajadores comunitarios de salud. La situación más frecuente es que reciban principalmente tareas promocionales y preventivas, aunque también se incluya, usualmente, algo sobre primeros auxilios en su entrenamiento, así como el reconocimiento de las enfermedades más comunes. Sin embargo, no se les enseña el uso o la dosificación de medicamentos modernos, tales como antibióticos simples, e incluso tienen expresamente prohibido prescribirlos. Se espera, que ellos remitan el paciente al doctor más cercano para cualquier problema que requiera algo más que una aspirina o una mezcla para la tos.

Werner (1980:95) recalca en este contexto que el "conocimiento trivial del trabajador comunitario de salud sobre medicina en una comunidad donde se usan ampliamente muchas medicinas, reduce el respeto de la gente hacia ellos y los vuelve menos efectivos, aun en medidas preventivas".

^{7/} Dicho relato está presentado en Newell (1975:169 ff).

^{8/} Otro ejemplo extremo es el de los técnicos de salud rural de Guatemala. Ellos tienen nueve años de escuela y tres de entrenamiento especializado, pero la profesión médica ha logrado mantener la medicina curativa casi enteramente en su poder. (Müller 1980: V.5.4.)

Esta situación produce otras consecuencias negativas. Los trabajadores comunitarios de salud pueden desalentarse de continuar con sus tareas y, de esta forma, se rompe el sutil eslabón de servicio de salud a la comunidad. Alternativamente, ellos adquieren en la farmacia más cercana o aun en el almacén del pueblo, medicamentos que oficialmente les está prohibido usar, especialmente, por supuesto, inyecciones antibióticas y las usan sin enseñanza ni supervisión (Müller, 1980: V.4.8.). De este modo, se asimilan de facto a los curanderos "prácticos", muchos de los cuales usan hoy una mezcla de procedimientos y remedios tradicionales y modernos (Werner, 1980:91).

Partiendo de la discusión precedente sobre los trabajadores comunitarios de salud, se concluye que muchos beneficios pueden obtenerse logrando que la gente común sea realmente más capaz de resolver sus problemas de salud sin el recurso constante e inmediato a trabajadores de salud a tiempo completo, especialmente profesionales. Eso implica romper la mística auto-interesada que la profesión médica ha levantado alrededor de su trabajo y reducir el campo considerado legítimamente exclusivo de los médicos. Aun cuando algunos de sus planteos fueron exagerados, Illich (1976) tenía razón a este respecto: la gente tiene que recibir una oportunidad mucho mayor para tener autoconfianza respecto a los problemas de salud que les afligen. El rol del trabajador comunitario de salud debe ser formulado consecuentemente.

En segundo lugar, si la mala asignación de recursos dentro del sector salud permanece básicamente inalterada, entonces la promoción de la participación de la comunidad en la implementación de programas de salud puede darse concomitantemente con la continua expansión de facilidades sofisticadas ampliamente disponibles para los más acomodados en las áreas urbanas. En estas circunstancias los pobres (rurales) serían "gravados" con el pago de un servicio de segunda clase y la participación de la comunidad no haría mucho más que apuntalar los mecanismos que perpetúan la desigualdad y la injusticia.^{9/}

2. Participación en la toma de decisiones

La participación en la toma de decisiones para la salud, hasta ahora, ha sido mucho menos difundida o genuina que la participación en la implementación de las actividades de salud. Esto se debe, en parte, a la estructura de clases imperantes en la mayoría de las sociedades y, en parte, al problema del predominio médico analizado en la sección anterior: los profesionales médicos han encontrado excepcionalmente difícil, especialmente en América Latina, compartir su autoridad con otras personas y menos con "campesinos ignorantes".

En consecuencia, se involucró a los miembros de la comunidad en la organización y funcionamiento de los proyectos de salud sólo debido, por una parte, a iniciativas individuales de personajes más bien excepcionales ^{10/}y, por otra, a ciertas circunstancias políticas inusuales en

^{9/} Esta es, por supuesto, una conclusión que también se aplica fuera del sector salud. En términos generales, CEPAL (1973) llamó la atención respecto al problema de la movilización de mano de obra voluntaria para programas de mejoramiento de la comunidad en algunos países latinoamericanos.

^{10/} Müller (1980) menciona la influencia de los miembros de la Escuela Nacional de Salud Pública de Colombia en varios proyectos en Antioquia, así como el papel desempeñado por los miembros de la Facultad de Medicina en los "pueblos jóvenes" de Lima, a principios de los años 70.

América Latina, que condujeron a iniciativas gubernamentales a este respecto. En Cuba, ciertas organizaciones populares, especialmente los Comités para la Defensa de la Revolución, han jugado un papel significativo en la promoción de la salud y en la toma de decisiones acerca de las actividades de salud en el plano local. Algunos otros países, como Chile entre 1970 y 1973 y Nicaragua actualmente, han intentado aplicar algunos de estos mecanismos.^{11/} A principios de los años 1970, en Perú y en Chile, y algo más tarde en Colombia, se formaron organizaciones colegiadas de participación creadas por ley. Sin embargo, el poder real de tomar decisiones parece haber sido dejado en manos del personal médico (Müller, 1980; de Kadt, 1974). Solamente en casos excepcionales las prácticas de los trabajadores de salud o las rutinas de los centros de salud han sido significativamente influenciadas por miembros de la comunidad.^{12/}

De hecho, la participación de la comunidad en la toma de decisiones puede significar poco más que la elección de las personas que serán entrenadas como trabajadores comunitarios de salud, o decidir el sitio en que la misma comunidad construirá una instalación de salud. Aunque a menudo se les dice que tienen una tarea de supervisión (y de allí en la decisión) del trabajo de los trabajadores comunitarios de salud, en muchos casos esto es insignificante comparado con el papel desempeñado por los supervisores técnicos de los servicios de salud. En algunos proyectos a pequeña escala, auspiciados por organizaciones no gubernamentales, ha habido participación seria de la comunidad en la toma de decisiones. A veces esto parece haber conducido a la reorientación de las actividades que originalmente habían sido sólo médicas hacia una preocupación mucho más amplia por otros factores que influyen en la salud: agricultura, producción de alimentos educación, caminos secundarios.

Esto ha sucedido, en cierta medida, con el programa Hospital sin Paredes en San Ramón, Costa Rica, que si bien está adjunto a un hospital cantonal, tiene considerable independencia dentro de la estructura gubernamental de atención a la salud. Comenzó como un sistema de atención a la salud centrado en la comunidad, organizado alrededor de puestos de salud, usando auxiliares pagados y trabajadores comunitarios de salud no pagados que actúan como enlaces entre el puesto de salud y su vecindad. La tasa de mortalidad infantil en el área del proyecto, en gran parte rural, está ahora por debajo de 20 por mil, una tasa comparable a la de los países industrializados, más baja que el promedio nacional (30 x mil). El reconocimiento que el programa ha hecho del impacto de los factores no médicos sobre la salud llevó a considerar como población-objetivo a los grupos socioeconómicos más débiles. Ello, en gran medida, se debió a la existencia de comités de salud activos. El programa ha ayudado a elevar la conciencia de las comunidades respecto a estos factores más amplios y ha aumentado la capacidad organizacional para abordar problemas como la tenencia de la tierra, la infraestructura física, por ejemplo, la creación de caminos de acceso, y la producción y mercadeo. (UNICEF/OMS, de próxima aparición).

^{11/} No solamente en Latinoamérica: Yemen Democrático también ha sido influenciado por el ejemplo cubano (UNICEF/OMS, de próxima aparición).

^{12/} Müller (1980:V.4) relata cómo en un centro de salud urbano en un suburbio de Medellín las relaciones entre el personal se volvieron más democráticas como resultado de la participación de miembros de la comunidad en la toma de decisiones.

En ciertas partes de América Latina, especialmente en la sierra andina y en Guatemala (Müller 1980:V.1 y V.5), las estructuras sociales tradicionales todavía subsisten a pesar de la acción del Estado colonial y postcolonial. Dichas estructuras, a las cuales la gente permanece social y culturalmente ligada, pueden ser usadas para involucrar a los miembros de la comunidad en la toma de decisiones sobre acciones dirigidas a mejorar su salud y condiciones generales de vida. En otras partes del mundo, particularmente en África y Asia, esto se hace en mayor medida. Un estudio reciente de Boutmij (1976) sobre proyectos de atención primaria en Indonesia es de interés desde un punto de vista comparativo.

En Indonesia, las relaciones tradicionales de autoridad son todavía aceptadas como legítimas por los aldeanos. Por ello, el jefe de la aldea está en una posición crucial en cualquier tipo de movilización de la comunidad. Se puede conseguir hacer las cosas si se activan los procesos tradicionales y, en alguna medida, las necesidades reconocidas por los forasteros pero no sentidas por el aldeano promedio pueden transmitirse a través del liderazgo tradicional y ser así "incorporadas" en la vida de la aldea.^{13/} Las comunidades rurales reciben a menudo iniciativas de parte de sus autoridades tradicionales para adoptar innovaciones que podrían ser de beneficio para todos: la selección y entrenamiento de trabajadores comunitarios de salud, la limpieza comunal de la aldea o la construcción de pozos o letrinas, la adopción de nuevas prácticas agrícolas que aumentan la disponibilidad de alimentos, o la promoción de formas de comercialización más ventajosas para los aldeanos. En América Latina, el uso de tales estructuras tradicionales es bastante inusual.

En resumen, todavía es raro en América Latina que los miembros de la comunidad estén genuinamente involucrados en la toma de decisiones respecto a asuntos de su interés. En los términos de Cohen y Uphoff (1980:225), el alcance de las decisiones en que las comunidades pueden participar es usualmente estrecho. En cualquier sector, tal como salud, el rango de asuntos sobre los cuales pueden influir, es pequeño. Más aún, los poderes que les son conferidos generalmente son bajos: donde ellos pueden participar, su poder para influir en las decisiones tiende a ser limitado.

V. LOS PATROCINADORES DE LA PARTICIPACION Y SU ORIENTACION

La mayor parte de la participación de la comunidad es, de alguna forma, "patrocinada" -es decir, producida por agentes externos a la comunidad. Abandonadas a sus propios recursos, las comunidades posiblemente no cambiarían su comportamiento o comprensión del mundo que las rodea, aunque los medios de comunicación, especialmente la radio, podrían tener una influencia catalizadora.^{14/} Estos agentes externos podrían estar ligados a instituciones oficiales o apoyados por organizaciones no gubernamentales (grupos

^{13/} Este también es el caso de gran parte del Africa aunque, en general, los proyectos de atención a la salud parecen dar poca atención a los mecanismos relevantes. Sobre Ghana ver IDS, (1978: Capítulos 9 y 10).

^{14/} Incluso en tal caso, la presencia en las comunidades de "intérpretes" de los mensajes -monitores, profesores, etc.- es usualmente una condición para que se tome la acción. En cuanto a Brasil en los años 60, ver de Kadat (1970). También es interesante la descripción de la campaña de salud en Tanzania, por Budd Hall (1980).

religiosos, voluntarios internacionales de desarrollo, etc.). La orientación de los patrocinadores de la participación de la comunidad posiblemente siempre va a expresarse en términos que sugieran su deseo de que las comunidades sean más autoconfiadas, más capaces de influir en su propio destino. En la realidad puede haber considerables diferencias entre diferentes patrocinadores en cuanto a sus vínculos con la estructura sociopolítica existente, y en su deseo de ver a las comunidades desafiar ciertos aspectos de tal estructura. Este es un problema tanto en las sociedades socialistas como en las capitalistas. De este modo, hay dos dimensiones involucradas, que pueden ser representadas así:

Patrocinio Orientación	Gubernamental	No gubernamental
	Conservadora	a)
Reformista o radical	c)	d)

Aunque dicha representación sobresimplifica la realidad y no puede tomar en cuenta los cambios que se dan con el transcurrir del tiempo, es útil como punto de partida. Cada caso será discutido brevemente a continuación.

a) Patrocinio gubernamental con orientación conservadora

Desde Alma Ata, todos los gobiernos han aceptado formalmente el enfoque sobre atención primaria a la salud. Esto implica que alguna forma de participación de la comunidad va a ser "política" en todas partes, incluso en el caso de gobiernos cuyas políticas generales tengan poca o ninguna preocupación real por los desaventajados. El Estado, aunque favoreciendo esencialmente la estructura social existente a través de sus políticas económicas (y quizás también por medio del control y la represión de sindicatos o actividades políticas independientes), podría desear aminorar los efectos potencialmente explosivos de la gran pobreza y la gran desigualdad. De allí que puedan desarrollarse programas comunitarios de salud, aun cuando el sector de la salud permanezca fuertemente dedicado a la atención curativa urbana, que absorbe la mayor parte de los recursos para la atención a la salud del país.

Si las comunidades están siendo "involucradas" por organizaciones oficiales en tales circunstancias, presumiblemente sólo para ayudar a implementar programas de salud, es difícil que se preste atención a las causas principales de su falta de salud, su pobreza y marginalización. La conclusión de David Werner, luego de visitar y estudiar unos 40 proyectos de salud rural en América Latina, podría ser relevante principalmente en este tipo de situación:

"Cuando llegó a la práctica de lo que estaba ocurriendo en el campo, muchos de estos ambiciosos programas "tamaño gigante" realmente tenían un mínimo de participación efectiva de la comunidad y un máximo de limosnas, paternalismo y "normas" superimpuestas, destructoras de la iniciativa" (1980:94).

Más aún, las contribuciones en tiempo y recursos de los pobres rurales se hacen prescindiendo del gobierno, pues las actividades en las comunidades no están acompañadas ni por una redistribución de recursos dentro del sector salud mismo, ni por esfuerzos más amplios para ayudar a los miembros de dichas comunidades a mejorar su bienestar socioeconómico.^{15/}

b) Patrocinio no gubernamental con orientación conservadora

Ciertos proyectos de salud patrocinados por organizaciones religiosas proporcionan ejemplos de este caso, particularmente en América Latina. Müller cita varios casos de Guatemala (1980:V.6) y Perú (1980:V.2). Mientras más "fundamentalista" o "mesiánico" es un grupo religioso, menos factible es que se interese directamente por los problemas relacionados a la estructura socioeconómica: usualmente la preocupación por el Reino de Dios y por la forma de vida de acuerdo a las reglas estrictas de la secta, es predominante. Por supuesto, siguiendo un exigente código de práctica religiosa y moral la posición socioeconómica de los miembros de la secta puede mejorarse. Sin embargo, este no sería el resultado propuesto y aun esperado de una orientación que dé por sentado el statu quo.^{16/}

Fuera de América Latina los programas de salud rural de los hospitales misioneros, aun cuando éstos estén cada vez más imbuidos de sentimientos de justicia social, son de todos modos a menudo esencialmente conservadores, ignorando los procesos socioeconómicos existentes. Más aún, usualmente necesitan cobrar por sus servicios, a fin de sobrevivir lo que puede darles una orientación conservadora.

La participación de la comunidad en proyectos de este tipo posiblemente no sea "emancipadora", esto es, no "contribuya a una interpretación crítica de los problemas involucrados y al fortalecimiento de la organización de la población marginada" (Müller, VII;19).

c) Patrocinio gubernamental con orientación reformista o radical

Hay gobiernos con una orientación reformista cuyo grado puede ser muy variable. Se trata de casos "intermedios" ni claramente conservadores ni obviamente revolucionarios, lo que hace que a menudo haya un amplio desacuerdo en la evaluación de los efectos e intenciones de las políticas de estos gobiernos.

La participación de la comunidad para la salud promovida en tales circunstancias podría ser descartada por ser "integradora", es decir, por su "fortalecimiento del sistema que margina" (Müller VII:19). Alternativamente, se la podría ver como dirigida a capacitar a grupos desaventajados en relacionar sus problemas de salud con las causas más fundamentales del subdesarrollo y de su perpetuación. Además, potencialmente pondría en movimiento procesos dinámicos de cambio, más allá del sistema de atención a la salud. El programa de salud rural nacional de Costa Rica, que fue parcialmente inspirado por el Hospital sin Paredes y en el cual se busca la participación activa de los miembros de la comunidad incluso en cierta medida en la toma de decisiones, busca tener ese tipo de efecto. El fuerte énfasis en la participación social en el Ecuador de hoy parece estar similarmente inspirado.

^{15/} El Programa Nacional de Atención a la Salud Rural de Guatemala, descrito por Müller (1980:V.5), parecería ajustarse a este caso en términos generales, aunque los técnicos de salud rural parecen estar motivados para ayudar a las comunidades a volverse más conscientes de los factores estructurales que juegan un papel importante en la generación de mala salud.

^{16/} Sobre los movimientos mesiánicos ver Pereira de Queiroz (1968), y otras excelentes obras de esta autora.

En Chile, entre 1964 y 1970, también se dio este uso movilizante de la participación comunitaria, que se atestigua en el estímulo ampliamente difundido a las organizaciones comunitarias entre los grupos "marginales" urbanos y entre los campesinos. Aun cuando el método ha sido criticado, por haber estado basado en una interpretación inadecuada o, según algunos, deliberadamente mitificante del sistema socioeconómico, muchos de quienes se involucraron en la movilización comunitaria en comités de salud, organizaciones vecinales, o clubes de madres, lo consideraron una contribución a una transformación radical de la sociedad chilena (de Kadt, 1967).

Más recientemente ha habido un programa de salud rural a gran escala con auspicio gubernamental en Brasil. El mismo ha mirado la participación de la comunidad como una herramienta para la concientización y, eventualmente, para el cambio social. María das Mercedes Somarriba (1980) ha analizado el programa de salud comunitaria del Norte de Minas, mostrando cómo el grupo responsable de este proyecto (que cubre más de un millón de personas) desarrolló una orientación bastante diferente de la promovida por la Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais. Esta última estuvo básicamente interesada en la extensión de la cobertura del servicio de salud y promovió la participación de los miembros de la comunidad en la implementación. El primero, por otra parte, convencido de "que las principales causas de mala salud de la región estaban relacionadas con las desigualdades sociales existentes" (Somarriba, 1980:64), llegó a considerar la participación en el programa de salud como un medio para presionar por cambios en el sistema político-económico.

El éxito en estas circunstancias fue limitado. Los propósitos perseguidos por el liderazgo del proyecto no fueron coherentes ni con otras políticas oficiales predominantes en el campo de la salud, ni con la política general del gobierno. A mediados y finales de los años 1970, las políticas de salud del Brasil giraron alrededor de la extensión de servicios curativos proporcionados en las áreas urbanas, a través del Instituto Nacional de Previsión Social, y comprados directamente al sector privado. Su política de desarrollo buscó a tientas una medida de democratización y alguna reducción de las desigualdades, pero el gobierno continuó sintiéndose extremadamente nervioso por todo aquello que pudiera ser interpretado como subversión. Este ejemplo demuestra incidentalmente el error en que se incurre al asumir que el Estado es necesariamente monolítico. Dentro de cualquier gran burocracia estatal hay siempre rincones y grietas donde puede operarse una orientación más progresista -o conservadora!- que la dominante en el gobierno.

Los gobiernos pueden también intentar movilizar a las masas en apoyo de un cambio radical en las relaciones sociales y productivas. La participación de la comunidad, entonces, es parte de una estrategia de cambio: ésta es un arma usada por el gobierno o partido político gobernante para enfrentar la influencia de grupos y clases poderosos y para trasladar poder y recursos a quienes hasta ese momento están en desventaja. Esto sucede luego de una revolución socialista y en los primeros años de gobiernos electos comprometidos con la transición al socialismo.

Durante los años 1970-1973, las organizaciones comunitarias chilenas recibieron un apoyo mayor. Fueron estimuladas en todos los ambientes, a menudo "dirigidas" por militantes de los varios partidos que formaron la coalición del gobierno de Unidad Popular. En sectores específicos, tales como salud, representantes de estas organizaciones comunitarias se agruparon en comités formales, que recibieron status legal. Existieron dos tipos de comités de salud a nivel local: uno más grande y difuso y otro más

pequeño y con funciones definidas menos vagamente. Aun así, la legislación no fue muy clara en cuanto a si ellos tenían realmente funciones en la toma de decisiones. Por entonces, su eficacia varió, y dependió mucho de la relación entre los dirigentes de la comunidad y el personal del centro de salud, lo cual fue al menos parcialmente un asunto político: los diferentes partidos que constituían la Unidad Popular intentaron usar dichos comités para promover sus propias políticas divergentes (de Kadat, 1973). Lo que faltó, sin embargo, fueron mecanismos para ligar estos comités con sus similares que actuaban en otros sectores. Ello condujo a que su atención tendiera a enfocarse de manera estrecha sobre los asuntos "médicos", exclusivamente.

En Cuba se ha logrado reducir grandemente las desigualdades en la provisión de atención de salud, al igual que de educación o de vivienda. Los comités vecinales de salud juegan un papel central en asegurar que las medidas preventivas y promocionales lleguen a toda la población. Con la desaparición de la desigualdad socioeconómica masiva también se han igualado grandemente las oportunidades de salud (Djukanovic y Mach, 1975).

La participación de la comunidad para la salud, como en muchas otras actividades, está ampliamente difundida en Cuba y completamente integrada con el partido y con el gobierno. Usando estructuras tales como los Comités para la Defensa de la Revolución, las organizaciones de masa de mujeres o jóvenes, o los comités de residentes, se logra movilizar a la población siguiendo las políticas oficiales y defendiendo los logros de la revolución según lo definido por el partido, único canal legítimo de expresión política. Hasta qué punto dicha movilización proporciona un canal, o manipula o suprime los puntos de vista o las demandas de los miembros de las comunidades, es una cuestión sobre la cual hay divergencias. Lo mismo sucede en los otros países socialistas y diferentes respuestas podrían hoy desprenderse de las experiencias de China, la URSS, Polonia, Mozambique o Angola.

d) Patrocinio no gubernamental con orientación reformista o radical

Probablemente, en la actualidad, el grueso de los proyectos de agencias no gubernamentales en América Latina y en cualquier otra parte del Tercer Mundo, son reformistas. Werner (1980:94) ha definido a los programas que apoyan a la comunidad como aquellos "que influyen favorablemente en el bienestar de la comunidad, que ayudan a mantenerla sobre sus propios pies, que fomentan genuinamente la responsabilidad, iniciativa, toma de decisiones y autoconfianza a nivel de la comunidad, y que se basan en la dignidad humana." El concluyó que en América Latina son los programas no gubernamentales los que pudieran caracterizarse por estar apoyando a la comunidad.

Debido a su escala más pequeña y al compromiso humano más directo con las comunidades que implican, los promotores de dichos proyectos probablemente escuchen con mayor atención los puntos de vista de los miembros de la comunidad, compartiendo una preocupación por sus "necesidades sentidas". Sin embargo, cuando se les pregunta acerca de sus necesidades, mucha gente pobre no coloca a la salud en un sitio muy alto en su lista de prioridades. Más urgentes son la comida, el empleo y los ingresos, la seguridad en el trabajo o incluso, algunos bienes de consumo importantes.^{17/} Los patrocinadores de proyectos de salud no gubernamentales con una orientación reformista usualmente se dan cuenta que la gente pobre no se "equivoca" al poner

^{17/} Hay mucha evidencia en este sentido en estudios realizados entre los pobres de los países desarrollados. Ver Hatch (1970:1088); Irelan (1967:57); Kosa (1969:21).

énfasis donde lo hacen. "Equivocadas" son las circunstancias en las cuales las mejoras de salud están aisladas del contexto social y económico más amplio, promovidas por su cuenta, sin consideración de la forma en la cual las condiciones de vida y las relaciones sociales pueden dificultar su implementación o anular su efecto.

Este tipo de proyecto, entonces, parece ser particularmente propenso a alejarse de las actividades de salud aisladas (Rifkin, 1980:3). Puede comprometerse más fácilmente en actividades de desarrollo más amplias que los programas de salud comunitaria auspiciados por el gobierno: los últimos están envueltos en la red de agencias especializadas del gobierno, cada una de las cuales tiene sus propias tareas sectoriales burocráticamente separadas y mantenidas, en "salud", "agricultura", "educación", "trabajos públicos", y así sucesivamente. Esta división del trabajo oscurece fácilmente las interconexiones entre los diferentes problemas. Las organizaciones no gubernamentales tienen menos impedimentos de este tipo.

El éxito de dichos proyectos en la obtención de mejoras para los grupos desventajados y en el uso de la salud como una "palanca" en la arena socioeconómica más amplia depende, en gran medida, del contexto político en el cual operen. Esto será considerado nuevamente en la sección 6.

Los proyectos no gubernamentales pueden también presentarse a sí mismos como portadores de un desafío radical al statu quo, pero esto podría no ser siempre obvio para los ajenos al proyecto. Esta ambigüedad surge principalmente de la relación entre proyectos y el Estado, o las "fuerzas del orden". Mientras más represivo sea el Estado (ver sección 6), más fácilmente definirán las autoridades como subversivos a los proyectos. En el análisis final, cualquier proyecto radical enfrentará, en algún punto, la decisión de si desafía o no abiertamente la autoridad del Estado.^{18/} Antes de que eso ocurra, sin embargo, las actividades del proyecto pueden permanecer dentro de límites aceptables por las autoridades, aunque su orientación y, por lo tanto, la naturaleza de lo que sucede en nombre de la concientización, apunte en dirección al cambio básico.^{19/} Los líderes de proyectos necesitarán tener capacidad para predecir las reacciones de aliados y adversarios potenciales, a fin de medir sus posibilidades de éxito o fracaso. En América Latina, ha habido más fracaso que éxito.

El examen hecho por Müller de la participación de la comunidad en proyectos de salud proporciona varios ejemplos interesantes de estos problemas, especialmente del Perú en los años 1970. Sugiere que el enfoque tradicional o, en el mejor de los casos, biológico, de los problemas de salud que prevalecían en las comunidades campesinas, impidieron a los proyectos establecer un ataque más amplio sobre las causas socioeconómicas estructurales de falta de salud, a pesar de un clima político propicio. Sobre un proyecto en la sierra peruana, escribe:

"Ni los líderes de la comunidad, ni la liga campesina, ni el personal del proyecto parecen haber tenido una clara interpretación social de los problemas de la salud, lo cual habría permitido un desarrollo del programa de salud como palanca social o como práctica política". (Müller, 1980:VII.13.)

^{18/} Ver sobre este punto la discusión en Hollnsteiner (1980).

^{19/} Para un análisis de las consecuencias de una separación entre la naturaleza (mensaje) de concientización y el potencial para la acción en Brasil a mediados de los años 1960, ver de Kadt (1970:Cp. 12 y 13).

Mas en general, las autoridades parecen haber estado interesadas en mantener un control bastante estricto de los proyectos, sea a través del Ministerio de Salud, sea a través de SINAMOS. Si bien la orientación del gobierno era radical en ese momento, no lo fue suficientemente para ciertos grupos detrás de algunos de los proyectos. Además de ciertos proyectos en la sierra andina, es importante el caso de Villa El Salvador de Lima donde los partidos políticos de izquierda y los simpatizantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional trataron de "volver a Villa El Salvador independiente de su medio ambiente nacional" (Müller, 1980:VII.10).

Podría concluirse que los efectos de los proyectos realizados por patrocinadores no gubernamentales radicales no serán demasiado diferentes de aquellos de los proyectos reformistas. Solamente cuando actúan en un ambiente político donde las autoridades comparten completamente sus propósitos, es posible que los radicales de fuera del gobierno animen a las comunidades a desafiar a aquéllos que permanecen poderosos dentro del sistema de atención a la salud, en otros departamentos del gobierno, o en la estructura socioeconómica local.

VI. LA ESTRUCTURA DE LA COMUNIDAD Y SU CONTEXTO SOCIOPOLITICO

En el presente trabajo, el término "comunidad" ha sido usado sin muchas calificaciones. Ahora debe enfatizarse que la participación de la comunidad para la salud presenta, probablemente, problemas y oportunidades diferentes según se aplique en comunidades relativamente homogéneas o relativamente desiguales o segmentadas.

En áreas rurales de América Latina, las distinciones más significativas a este respecto son socioeconómicas. En muchas partes predomina todavía el complejo de latifundio-minifundio, mientras en otras ha sido sustituido por modernas plantaciones comerciales a gran escala. En ambas situaciones las comunidades rurales están formadas por pequeños agricultores o trabajadores sin tierra, mientras los grandes propietarios -que pueden o no vivir en el área- monopolizan el principal recurso productivo, la tierra, y, a menudo, también los canales de comercialización. En estas circunstancias la participación exitosa de la comunidad en gran medida depende de si se ha desarrollado o no un liderazgo formal o informal entre la mayoría pobre. Donde hay una historia de conflictos contra los terratenientes locales,^{20/} la organización de la comunidad puede ser fuerte: existe entonces una buena base para el desarrollo de actividades de salud. Si no es éste el caso ^{21/} será mucho más difícil involucrar a los miembros de la comunidad en proyectos de salud, incluso por temor a las consecuencias que pueden derivarse de emprender actividades sin el permiso expreso de los poderosos locales (de Kadt, 1970:Cp.13).

Cuando los recursos materiales están distribuidos más equitativamente, parece haber una mejor base para las actividades de la comunidad. Sin embargo, aun en tales circunstancias, sería difícil interesar a los miembros de la comunidad en la promoción de la salud si la pobreza es aguda y prevalece el individualismo. Esta situación podría exacerbarse a consecuencia de la segmentación de la comunidad. En Africa, esto puede ser el

^{20/} Müller (1980:V.1) vio esto en varias áreas de proyecto en la sierra peruana.

^{21/} Muchos sitios del Brasil tienen esta característica (cf. Somarriba, 1980).

resultado de divisiones tribales o de clanes; en algunas partes de América Latina es más factible que se deba a sectarismo religioso, estimulado por actividades misioneras promovidas a menudo desde el exterior del país. Müller describe los efectos negativos de este tipo de estructura de la comunidad en la participación en proyectos de salud llevados a cabo en Guatemala (1980:VII.)

Estos factores estructurales son, sin embargo, medidos por el contexto sociopolítico más amplio. Si los grandes propietarios de tierras no pueden pedir la colaboración de las fuerzas del Estado para enfrentar las demandas de los campesinos locales, entonces el resultado de tal confrontación será menos previsible que cuando tienen a la policía (y al poder judicial) a su disposición. Los gobiernos reformistas o radicales pueden crear una diferencia a este respecto, a través de la legislación, así como a través del estricto control de las "fuerzas del orden" locales. A su vez, la movilización de la comunidad se vuelve una condición para la implementación exitosa, en el plano local, de dicha legislación gubernamental y del cambio institucional, frente a la oposición de los poderosos locales. Esta lección ha sido bien aplicada por los movimientos revolucionarios de América Latina y en otros sitios, pero los gobiernos reformistas también han comprendido que la movilización de los grupos desposeídos es una empresa necesaria pero, desde su punto de vista, quizás riesgosa (ver secciones 5.3 y 5.5).

Estas dos dimensiones de la participación pueden ser representadas en la siguiente forma:

Estructura socioeconómica de la comunidad

Contexto sociopolítico nacional	Homogénea/ sin gran desigualdad	Heterogénea/ con considerable desigualdad
Hostil/Represivo	A	B
Tolerante/Favorable	C	D

Los patrocinadores siempre deberían preguntarse a cuál de estos cuatro tipos de caso corresponde su esfuerzo por involucrar a la comunidad. Se evitarían así desilusiones, por cuanto conocerían apropiadamente los factores negativos y podrían eliminarlos desde el comienzo.

VII. CONCLUSIONES

La participación de la comunidad en actividades de salud está siendo promovida por variadas razones. Quizás la más importante sea la necesidad percibida por los gobiernos de aliviar las presiones sobre sus recursos, compartiendo los costos con las mismas comunidades. En América Latina hay varios métodos: el uso de trabajadores comunitarios de salud a tiempo parcial no remunerados; la promoción de esquemas de seguro local de salud; y la provisión de mano de obra local para la construcción de instalaciones como letrinas, sistemas de suministro de agua, o para la limpieza de las aldeas. Podría no haber alternativa para esto si el propósito es mejorar la cobertura y el acceso. Puede suceder, sin embargo, que se trate de que los pobres compartan la carga de proveer insumos para la satisfacción de sus propias necesidades de salud, mientras existe poco o ningún cambio en cuanto a la asignación preferente de los recursos del gobierno a hospitales y al cuidado curativo (urbano). El contexto político, en la mayoría de países latinoamericanos, hace que esto ocurra con bastante frecuencia.

La participación de la comunidad puede mejorar la comunicación entre la población y los trabajadores de la salud, y con ello capacita a la gente para que comprenda más sus propias contribuciones potenciales a la salud, y los compromete en actividades de promoción de la misma. Puede ampliar también el rango de dichas actividades. Puede desarrollarse la conciencia de la gente y del personal del servicio, sobre la importancia de los factores socioeconómicos más amplios en la salud. Si las circunstancias sociopolíticas son favorables, esto podría contribuir a la aparición de procesos dinámicos de cambio y movilización, y el sector salud podría convertirse en un punto de ingreso a la estructura socioeconómica más amplia.

Luego de su extenso estudio sobre los proyectos comunitarios de salud en América Latina, David Werner (1980:95) consideró que el desafío más grande a la atención de la salud rural era la incorporación de las características "favorables al pueblo" típicas de los pequeños proyectos no gubernamentales a los programas regionales o nacionales. La presente discusión apoya ampliamente esta conclusión. Ha relevado, sin embargo, la importancia de la orientación política de los patrocinadores de proyectos dirigidos a comprometer a las comunidades en la promoción de la salud y del contexto político más amplio en el cual operan todos los proyectos de salud. En el análisis final se concluye que solamente bajo los gobiernos que tienen un genuino compromiso con los grupos desaventajados, es que la participación de la comunidad prosperará y contribuirá a resolver la pobreza y la desigualdad social todavía tan extendidas en América Latina.

BIBLIOGRAFIA

- Battén, T.R., 1974 'The Major Issues and Future Direction of Community Development', Comm.Dev.Jn., 9:2, April.
- Boutmij, Hudion L., 1976 Op weg naar nieuwe vormen van gezondheidszorg in Indonesie, Vrije Universiteit, Amsterdam (mimeo).
- Cohen, John M. and Norman T. Uphoff, 1980 "Participation's Place in Rural Development: Seeking Clarity through Specificity", World Development, Vol. 8.
- Djulcanovic, V. and E.P. Mach (ed.), 1975 Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries, a joint UNICEF/WHO study, WHO, Geneva.
- Freire, Paulo, 1967 Educação como prática da liberdade, Paz e Terra, Rio de Janeiro.
- Hall, Budd, 1980 "Development Campaigns in Rural Tanzania", in: Rifkin (ed.), 1980.
- Hatch, John W., 1970 "Discussion of the 'how' of Community Participation in Delivering Health Care", Bull. N.Y. Acad. Med., 46, December.
- Hollnsteiner, Mary Racelis, 1980 "People Power: Community Participation in the Planning of Human Settlements", in: Rifkin (ed.), 1980.
- IDS Health Group, 1978 Health Needs and Health Services in Rural Ghana (Vol.1), Institute of Development Studies, University of Sussex, Brighton, June.
- Illich, Ivan, 1976 The Limits of Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health, Marion Boyars, London.
- Irelan, Lola M., 1967 "Health Practices of the Poor", in: Lola M. Irelan (ed.), Low Income Life Styles, DHEW, Washington, D.C.
- de Kadt, Emanuel, 1967 "Religion, the Church and Social Change in Brazil", in: Claudio Veliz (ed.) The Politics of Conformity in Latin America, OUP for RIIA, London, New York, Toronto.
- de Kadt, Emanuel, 1970 Catholic Radicals in Brazil, OUP for RIIA, London and New York.

- de Kadt, Emanuel, 1973 "Allende's Chile", The Listener, Vol.90:2336, December.
- de Kadt, Emanuel, 1974 "Aspectos distributivos de la salud en Chile", in: CIEPLAN, Bienestar y Pobreza, Ed. Nueva Universidad, Santiago.
- Kosa, John, 1969 "The Nature of Poverty", in: John Kosa et.al. (eds.), Poverty and Health, Harvard U.P., Cambridge, Mass.
- Müller, Frits, 1980 Participation in Primary Health Care Programs in Latin America, National School of Public Health, University of Antioquia, Medellín, (mimeo).
- Newell, Ken (ed.), 1975 Health by the People, WHO, Geneva.
- Pereira de Queiroz, María Isaura, 1968 Réforme et révolution dans les sociétés traditionnelles, Anthropos, Paris.
- Rifkin, Susan B. (ed.), 1980 Health: The Human Factor Readings in Health, Development and Community Participation, CONTACT Special Series, N° 3, CMC, World Council of Churches, Geneva.
- Somarriba, Maria das Mercês, 1980 "On the Limitations of Community Health Programmes", in: Rifkin (ed.), 1980.
- UNICEF/WHO, forthcoming, Country decision-making for the Achievement of the Objective of Primary Health Care, WHO, Geneva.
- United Nations Economic Commission for Latin America, 1973 "Popular Participation in Development", Comm.Dev.Jn., Vol. 8:2, April.
- Werner, David, 1980 "Health Care and Human Dignity", in: Rifkin, (ed.), 1980.
- WHO, 1978 Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978, WHO, Geneva.