

Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: desde Alma Ata hasta la era de la globalización

Pol De Vos¹, Geraldine Malaise², Wim De Ceukelaire³, Denis Perez⁴, Pierre Lefèvre⁵ y Patrick Van der Stuyft⁶

Alma Ata puso a la participación comunitaria en la agenda

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (APS), 1978, reiteró la definición integral de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como "el estado de completo bienestar físico, mental y social". Además, reconoció que profundas desigualdades

en salud son inaceptables y que es responsabilidad del Estado asegurar la salud de sus ciudadanos. Para llegar a este fin, la declaración de Alma Ata defendió un concepto de atención primaria de salud que promovía "la autonomía y la participación individual y comunitaria máximas en la planificación, en la organización, en la operación y en el control". La Declaración de la Conferencia (1) popularizó varios conceptos innovadores en salud pública que han seguido influenciando hasta el presente las prácticas de atención de la salud y los debates. Sin embargo, diversos autores han descrito cómo las tendencias principales de la economía mundial y el ambiente político no han sido favorables para los principios generales de Alma Ata (2-3). En este artículo describimos la evolución del concepto de participación comunitaria desde 1978.

Las raíces del marco de la participación de los años 70s pueden ser halladas en las ideas de empoderamiento y liberación desarrolladas por Paulo Freire, un educador brasileño (4). Freire definió a la educación popular como un diálogo que implica un trabajo respetuoso entre ambas partes, en lugar de una actuación de una parte sobre la otra. Además, su propuesta de educación está orientada a la acción. Su objetivo es el desarrollo de la concientización a través de la educación en la experiencia vivida. El "educador" necesita trascender la división con el "educando", lo que Freire llamó el "suicidio de clase" o "la experiencia de renacimiento" del educador (5-6).

El involucramiento de la comunidad y las iniciativas para promover la participación

¹ Pol De Vos (médico y maestro en salud pública) investigador de sistemas de salud, Departamento de Salud Pública, Instituto de Medicina Tropical, Amberes, Bélgica. Autor para correspondencia: pdevos@itg.be

² Geraldine Malaise (maestra en ciencias), miembro de INTAL (Acción Internacional para la Liberación), Departamento de Políticas y Relaciones, Bruselas, Bélgica

³ Wim De Ceukelaire (médico), jefe del Departamento de Políticas y Relaciones, INTAL, Bruselas, Bélgica

⁴ Denis Pérez (socióloga), investigadora, Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri", Departamento de Epidemiología, La Habana, Cuba

⁵ Pierre Lefèvre (doctor en sociología), investigador, Departamento de Salud Pública, Instituto de Medicina Tropical, Amberes, Bélgica

⁶ Patrick Van der Stuyft (médico y doctor), profesor de epidemiología, Departamento de Salud Pública, Instituto de Medicina Tropical, Amberes, Bélgica.

Los autores han acumulado experiencia en temas de participación a lo largo de veinte en diversos países, el presente artículo está basado primordialmente en su involucramiento en el debate y la práctica de los procesos de empoderamiento en Filipinas, Palestina, la República Democrática del Congo y Cuba.

Conflicto de intereses: ninguno

comunitaria prosperaron en los años posteriores a Alma Ata, probablemente en respuesta al apoyo enérgico de la conferencia a la atención primaria de salud. Para mediados de los 80s, Susan Rifkin (7) ya pudo analizar 200 estudios de caso sobre participación comunitaria, desarrolladas desde principios de la década. La autora identificó tres enfoques distintos hacia el involucramiento de la comunidad: En el *enfoque médico*, la participación comunitaria es usada por profesionales de la salud con el fin de reducir la morbilidad individual y de mejorar las condiciones de salud, el enfoque de *servicios de salud*, tiene como objetivo la movilización de la comunidad para su participación en la organización de los servicios de salud; y, por último, en el enfoque de *desarrollo comunitario*, los miembros están involucrados en las decisiones para mejorar las condiciones sociales, económicas y políticas que afectan su salud.

La participación comunitaria en los tiempos de ajuste estructural

El desarrollo de experiencias con enfoques participativos no fue sorprendente en los años 70s, una época en la que el ambiente social y político era relativamente favorable a las iniciativas que cuestionaban el *status quo*. La misma declaración de Alma Ata reflejaba el equilibrio mundial de fuerzas de la época (8). En 1974, los países del G-77 (la mayoría países del Tercer Mundo, muchos de los cuales se habían liberado recientemente del colonialismo) habían sido capaces de poner en la agenda de las Naciones Unidas al Nuevo Orden Económico Internacional (NOEI). La idea de un NOEI (mencionado explícitamente en la declaración) ilustraba la creciente unión del G-77 y su resistencia a la dominación política y económica del oeste en el escenario mundial (9). La conferencia también reflejaba la fuerza del entonces mundo socialista. La Unión Soviética (en dónde se llevó a cabo la conferencia) y China jugaron un papel clave en la génesis de la declaración (10). Organizaciones de las Naciones Unidas como UNCTAD, UNESCO, FAO, OMS, el Instituto de Corporaciones Transnacionales, etc. fueron reorientados para promover y ayudar a implementar "contratos sociales" a favor del Tercer Mundo. En el campo de la salud, Alma Ata expresó el equilibrio existente en las relaciones

internacionales; un equilibrio que permitió que fuera aprobada una agenda progresista, aunque esta tuviera limitaciones serias (11).

Poco tiempo después de la conferencia de Alma Ata, la promoción de la APS Selectiva (APSS), iniciada por la Fundación Rockefeller, marcó el comienzo del contraataque. La APSS fue vendida como una alternativa más rentable al supuestamente "caro y poco realista" modelo de atención primaria integral (12-13). La atención primaria selectiva le quitó inmediatamente a la APS su involucramiento comunitario, su compromiso con un cambio social más amplio y su visión redistributiva (2).

El contexto socioeconómico de los principios de los años 80s reforzó esta tendencia a minimizar los aspectos integrales y radicales de Alma Ata. La crisis de la deuda y los programas de ajuste estructural del Fondo Monetario Internacional hicieron que para muchos países del sur los ochentas fueran una "década perdida" (14-15). Aumentó la dependencia a los préstamos extranjeros y la carga de la deuda internacional se volvió insostenible (16-18).

En este contexto, la APSS fue percibida con un enfoque más realista (19). La participación comunitaria fue vista como un sustituto conveniente de la retirada del Estado de la entrega de servicios de salud. El concepto de participación comunitaria fue deliberadamente limitado al compartir los gastos (i.e. la imposición de cuotas para usuarios) y a la co-responsabilidad de la organización de la entrega de servicios de salud. En lugar de buscar involucrar al "pueblo" en la definición de su propio desarrollo, el estilo de participación comunitaria de los años 80s se centró principalmente en el involucramiento de "posibles beneficiarios" en proyectos de desarrollo. Además de su potencial como "reductora de costos", las agencias internacionales apreciaron a la participación comunitaria por su potencial para actuar como paliativo en la neutralización de la resistencia popular a las "reformas" impuestas (20-21).

Como respuesta a este hecho, los autores y practicantes empezaron a enfatizar la importancia del empoderamiento como proceso y como

resultado. Rifkin (22), por ejemplo, opone el "marco orientado a metas" al "marco de empoderamiento". El primero es un marco en el que 'grupos objetivo' seleccionados (compuestos por beneficiarios del programa) trabajan para mejorar la organización de servicios de salud. En cambio, el "marco de empoderamiento" moviliza a los miembros de la comunidad para participar en la toma de decisiones en la planificación, en la implementación y en la evaluación del programa con el objetivo (principal) de empoderarse a sí mismos. Aunque el modelo de empoderamiento considera al proceso de participación como algo muy importante, no obstante son los resultados finales los que se consideran aún más fundamentales (es decir, la redistribución de recursos y del poder en el proceso político y la habilidad incrementada de las comunidades marginadas para controlar procesos clave que influyen sus vidas).

El empoderamiento y el capital social desde los años 90s

Después de la caída de la Unión Soviética y del Bloque del Este, fue impuesto un "nuevo orden mundial", en el cual las relaciones de poder mundiales se volvieron cada vez más unilaterales. Durante los años 90s, las instituciones financieras internacionales cambiaron la definición de su misión de manera dramática, intensificando sus intervenciones en las políticas económicas nacionales (23). En el campo de la salud, el Banco Mundial asumió el protagonismo que había tenido la OMS y se convirtió en la institución internacional dominante a cargo de la formulación de las políticas de salud. Como resultado, impuso su visión neoliberal sobre las políticas de los países pobres, y el Banco Mundial recomendó la "inversión en salud", utilizando recetas (neo) liberales que implicaban privatización y liberalización (24).

Las políticas de estabilización se volvieron características permanentes de las políticas gubernamentales, los objetivos cualitativos en términos de legislaciones nuevas, reformas financieras y del mercado laboral y la privatización de los bienes públicos (incluyendo los servicios de salud y los sistemas de seguridad social) eran ahora exigencias de rutina de las

instituciones financieras internacionales (25-27). Estas políticas contribuyeron a la distribución desigual de la riqueza entre grupos socio-económicos. En 1999 la OMS advirtió que de no incrementarse drásticamente el financiamiento público para programas sociales y de salud, la situación de la salud a nivel mundial se deterioraría aún más (28).

En un contexto en el que las contradicciones sociales y económicas se estaban aumentando, no es sorprendente que el concepto de empoderamiento se volviera más controversial (había ingresado al discurso de los organismos no gubernamentales –ONGs– y al de los planificadores de salud). Mayo y Craig (29) discuten que desde la perspectiva de las instituciones internacionales (particularmente, el Banco Mundial) la participación comunitaria y el "empoderamiento" deben contribuir a las metas generales de reducción de costos en el sector público. Haciendo nota de que esto constituye una discrepancia importante con respecto a las perspectivas originales de empoderamiento, cuestionan de manera retórica si la participación comunitaria y el empoderamiento son "la cara humana del ajuste estructural o la herramienta para una transformación democrática."

Las instituciones internacionales también acogieron de manera entusiasta el concepto de capital social, definido por Robert Putnam (30) como "normas de reciprocidad y redes de involucramiento civil que son creadas por la participación en organizaciones civiles". Varios expertos del Banco Mundial lo anunciaron como el "eslabón faltante" en las estrategias de desarrollo y de crecimiento económico (31-32), la creación de capital social fue considerada uno de los pilares (y un prerrequisito) para la generación de empoderamiento (33-35).

La tesis de Putnam sobre el capital social suscitó un debate intenso, así como también lo hizo el uso de este concepto como un determinante de mejor salud. En artículos de reseña de las hipótesis prevalentes sobre el vínculo entre el capital social y la salud, los investigadores observaron que el concepto de capital social es usado en la salud pública como alternativa tanto a la visión de la redistribución económica por acción del Estado

como a políticas de partido, y que, por lo tanto, representa una privatización potencial de la economía y de la política (36). Por otro lado, también fue criticado que el centrarse en el capital social era equivalente a "culpar a la víctima" a nivel comunitario, mientras que las causas reales de los problemas de salud permanecían ignoradas (mismas que habían de encontrarse a nivel social macro y en las políticas económicas) (37). Otros autores señalan que el concepto de capital social es incompatible con las estrategias de empoderamiento hacia la promoción de la salud porque presupone que todos los miembros de la comunidad tienen intereses y acceso a recursos iguales, lo que constituye un supuesto poco realista, dadas las vastas desigualdades en salud y en la distribución de la riqueza (38). El entusiasmo del Banco Mundial respecto al concepto de capital social se entiende como un intento de "despolitizar" al desarrollo por medio de la evasión sistemática de asuntos de contexto y poder (39) y de asegurar la cohesión social necesaria que ha de permitir al libre comercio ejercer la magia de la "mano invisible" (40).

El nuevo milenio: lograr salud a través del empoderamiento del pueblo

“La pobreza entre muchos es el reto mundial más grande,” abre el prefacio del Presidente del Banco Mundial que introduce al *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001* (41). El reporte acepta a la pobreza como acompañante no solamente del bajo ingreso, sino también de los bajos logros en salud, educación y otras áreas del desarrollo. El reporte propulsó al Banco al frente de los debates sobre participación y empoderamiento, ya que el último concepto es identificado como una de las tres estrategias hacia la reducción de la pobreza.

Desde el año 2000, el empoderamiento ha sido una de las áreas de investigación clave del Banco, y su influencia en el discurso del empoderamiento ha sido importante y controversial. El Banco definió al empoderamiento como "la expansión de recursos y capacidades de los pobres para participar en negociar con, influenciar para controlar a y responsabilizar a instituciones que afectan sus vidas" (42).

Las referencias hacia las relaciones de poder y el

cambio social están notablemente ausentes en esta definición, en oposición con las definiciones anteriores de los académicos y las ONGs. Por ejemplo, exactamente una década antes Wallerstein describió al empoderamiento comunitario como "un proceso de acción social por medio del cual los individuos, las comunidades y las organizaciones obtienen dominio sobre sus vidas en el contexto del cambio de su ambiente social y político para mejorar la calidad de vida y la igualdad" (43).

Sigue siendo necesaria la generación de reseñas recientes de las experiencias en el área de la participación comunitaria y del empoderamiento, ya que Alma Ata reitera su importancia y reconoce el potencial completo de la movilización comunitaria para mejorar la salud y reducir la mortalidad (44). Por ende, el empoderamiento y la participación en el mejoramiento de los servicios de salud son identificados como los aspectos más desatendidos de Alma Ata (45).

Discusión

Haciendo una revisión de la evolución del pensamiento sobre la participación comunitaria y el empoderamiento y su importancia para la salud pública, está claro que muchos temas quedan sin resolver. Además, parece haber una tendencia a una interpretación más "radical" de estos conceptos (que enfatiza el cambio social como objetivo) hacia una comprensión más "inofensiva" (que reconcilia a la participación comunitaria con el orden social prevaleciente). Basándonos en estas observaciones y en nuestra experiencia en la salud pública y el trabajo de desarrollo (46-50), ofrecemos tres ejes de análisis como contribución al debate actual sobre el tema.

1. El empoderamiento es un asunto de poder

El cambio gradual de la participación comunitaria al empoderamiento a lo largo de las décadas reitera la importancia de las relaciones de poder para la salud y el desarrollo. Desafortunadamente, la redefinición del empoderamiento realizada por el Banco Mundial en años recientes, ha oscurecido este hecho.

Al reconocer la importancia de las relaciones de

poder en el empoderamiento, la salud se vuelve un asunto político y, por ende, conflictivo. El empoderamiento es el reconocimiento de la existencia de derechos básicos y de la necesidad de retar a las hegemonías establecidas para hacerlos valer. Es el reconocimiento de la necesidad de apoyar la capacidad de cambiar las relaciones de poder en una sociedad. Morgan (51) señaló que los conflictos pueden ser esenciales para hacer surgir prácticas sustentables de participación y empoderamiento, en lugar de evitar conflictos, argumenta, éstos deben ser bien manejados. Un estudio reciente de la OMS sobre la efectividad del empoderamiento para mejorar la salud concluyó que "aunque los procesos participatorios son la base del empoderamiento, la participación por sí misma es insuficiente si las estrategias no fortalecen la capacidad de enfrentar a instituciones no receptivas u opresivas y de reparar los desequilibrios de poder" (52).

2. El Estado y más allá

Si entendemos que el empoderamiento es un asunto altamente político, nuestro enfoque debe ser mucho más amplio que la comunidad local. Paree y Abey Smith (37) han explicado cómo el discurso del capital social tiene la tendencia de centrarse demasiado en la comunidad y de descuidar el contexto social más amplio.

Green (53) considera que, aunque la acción comunitaria es esencial en la definición de las necesidades en salud y en las áreas relacionadas a la promoción de la salud, únicamente la acción gubernamental es capaz de proveer el marco dentro del cual pueden ser realizados los mejoramientos sustantivos. Morgan (54) también enfatiza la importancia del Estado para asegurar la continuidad y la efectividad de las iniciativas participativas de APS.

En un informe para la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, representantes de la sociedad civil señalaron que: *"en el contexto mundial actual que está dominado por el paradigma neoliberal, las luchas por salud, desarrollo y justicia social (incluso en un poblado o en barrio lejano) no pueden ser separadas de la lucha mundial por un orden mundial económico y social más justo"* (55).

Zakus y Lysack (56) han advertido, sin embargo, que los gobiernos también pueden "secuestrar" enfoques de empoderamiento, por ejemplo, pueden considerar a la participación comunitaria principalmente como un medio para legitimizar la política pública o para difuminar la crítica pública y retardar la acción. Por otro lado, es posible que los gobiernos resistan de manera activa a los procesos de empoderamiento ya que pueden ser percibidos como una amenaza contra los patrones de poder establecidos. Además, las compañías transnacionales y las agencias multilaterales pueden ser un obstáculo para el empoderamiento por sus intereses comerciales y financieros.

3. Heterogeneidad de clase

El tercer aspecto, la heterogeneidad de clase de la población considerada, no está desvinculado de los temas anteriores, ya que la mayoría de las comunidades están estratificadas. Dentro de una comunidad, no todos los integrantes tienen los mismos valores, las mismas necesidades y los mismos intereses. Hay, por ejemplo, una relación observada a nivel mundial entre medidas de clase social y varias medidas de resultados en salud, especialmente en la mortalidad. Además, gente influyente o con poder puede usar sus privilegios y su posición a expensas de la comunidad (37,57) como intentos de consolidar sus propias posiciones y de mantener su rango. Es por esto que el concepto de capital social fue criticado, ya que daba la impresión de que "todos estamos en las mismas condiciones" (58).

La idea que estamos de acuerdo en el destino pero discutimos entre nosotros acerca de cómo asesorar al timonero sobre la mejor ruta, es falsa. Evans (59) sostiene que dentro de una comunidad o sociedad los principales conflictos surgen alrededor de los fines, no los medios. Éstos no solamente están vinculados a diferencias políticas, de género, culturales y sociales, sino que tienen su raíz en conflictos fundamentales de intereses económicos dentro de cada sociedad.

La clase social laboral o el rol específico de grupos sociales en el sistema de producción ha sido identificado como un indicador de diferenciales socioeconómicas en la mortalidad (60). La relación de las personas con los medios

de producción (e.g. trabajadores asalariados sin tierra, proletariado rural) o su papel dentro de la organización del trabajo (e.g. sindicatos) deberían ser una consideración importante en cualquier marco de empoderamiento. Un enfoque de empoderamiento que también considere el análisis de clase contribuye al incremento de la autoconsciencia de la posición social de los grupos desempoderados y promueve su transformación progresiva en agentes colectivos de cambio social.

Conclusiones

Desde la Conferencia de Alma Ata en 1978, los conceptos de participación y empoderamiento han evolucionado de manera importante, a pesar de que en los últimos treinta años han tenido la atención de la comunidad de salud pública, su interpretación ha sido, hasta la fecha, tema de continuos debates

Sugerimos se dé importancia a los siguientes principios:

El empoderamiento es un asunto de poder. En el momento en que surgen los conflictos, se ha tocado el problema central, los conflictos no deben ser evadidos, sino bien manejados.

Ir más allá de la comunidad para trabajar sobre la sociedad en general. Es necesario ampliar el horizonte del discurso del empoderamiento a la sociedad más amplia y a las responsabilidades del Estado.

Análisis de clase. El concepto de clase social y el análisis del estatus económico de las personas son esenciales cuando se discuten las relaciones de poder y el empoderamiento.

La renovada atención que los principios de la conferencia de Alma Ata han suscitado en su treinta aniversario demuestra que esta discusión aún es relevante. Creemos que estos conceptos pueden y deben ser enriquecidos por medio de investigaciones empíricas; ya que únicamente las experiencias concretas son capaces de captar las complejidades y las dinámicas de las relaciones sociales.

Referencias

1. WHO. Alma Ata Declaration on Primary Health Care, 1978. (www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)
2. Baum FE. Health for All Now! Reviving the Spirit of Alma Ata in the twenty-first century: An Introduction to the Alma Ata Declaration. *Social Medicine* 2007;2:34-41.
3. Italian Global Health Watch. From Alma Ata to the Global Fund: The History of International Health Policy. *Social Medicine* 2008;3:36-48.
4. Wallerstein N. Empowerment and Health: The Theory and Practice of Community Change. *Community Development Journal* 1993;28:218-227.
5. Freire P. *Pedagogy of the Oppressed*. Penguin, Harmondsworth, 1972.
6. Freire P. *Pedagogy of Hope. Reliving Pedagogy of the Oppressed*. Continuum, New York, 1995.
7. Rifkin S. Lessons from community participation in health programmes. *Health Policy and Planning* 1986;1:240-249.
8. Navarro V. Neoliberalism and its Consequences: The World Health Situation Since Alma Ata. *Global Social Policy* 2008;8:152-154.
9. Bair J. From the New International Economic Order to the Global Compact: Development Discourse at the United Nations *Paper presented at the annual meeting of the International Studies Association, Le Centre Sheraton Hotel, Montreal, Quebec, Canada, March 17, 2004.* (www.allacademic.com/meta/p73063_index.html)
10. Cueto M. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health* 2004;94:1864-1874.
11. Navarro V. A critique of the ideological and political position of the Brandt Report and the Alma Ata Declaration. *Int J Health Serv* 1984;14:159-172.
12. Walsh J & Warren K. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *NEJM* 1979;301:967-974.
13. Werner D & Sanders D. *Questioning the Solution: The Politics of Primary Health Care and Child Survival*. Healthwrights, Palo Alto, 1997.
14. Payer C. *Lent and Lost. Foreign Credit and Third World Development*. Zed books, London, 1992.
15. Chossudovsky M. Policing Countries Through Loan Conditionalities. *The Globalisation of Poverty*. *Third World Network* 1997;51:72.
16. UNCTAD. *Statistical Pocket Book 1989*. UNCTAD, New York, 1989.
17. UNCTAD. *Handbook of international trade and development: Statistics 1990*. UNCTAD, New York, 1991.

18. UNDP. Human Development Report 1992. UNDP, New York, 1992.
19. Newell KW. Selective primary health care: the counter revolution. *Soc Sci Med* 1988;26:903-906.
20. Leal P & Opp R. Participation and Development in the Age of Globalization. CIDA, Ottawa, 1998.
21. Cornwall A & Brock K. Beyond Buzzwords "Poverty Reduction", "Participation" and "Empowerment". Development Policy, UNRISD Overarching Concerns Programme, Paper Nr 10. UNRISD, Geneva, 2005.
22. Rifkin S. Paradigms lost: Toward a new understanding of community participation in health programmes. *Acta Tropica* 1996;61:79-92.
23. Fairfield G. Managed care: origins, principles and evolution. *BMJ* 1997; 314:1823.
24. World Bank. World Development Report 1993: Investing in health. World Bank, Washington DC, 1993.
25. Burkett P. Poverty crisis in the Third World: The contradictions of World bank policy. *Int.J.Health Serv* 1991;21:471-479.
26. Brand H. The World bank, the Monetary Fund, and poverty. *Int.J.Health.Serv.* 1994;24:567-578.
27. Petras J & Vieux S. Myths and realities: Latin America's free markets. *Int.J.health Serv.* 1992;22:611-617.
28. WHO. World Health Report 2000. Making a difference. WHO, Geneva, 2000.
29. Mayo M & Craig G. Community Participation and Empowerment: The Human Face of Structural Adjustment or Tools for Democratic Transformation? In: Craig, G. and Mayo M. (eds) *Community Empowerment: A Reader in Participation and Development*. Zed Books, London, 1995.
30. Putnam R. Making democracy work: civic traditions in modern Italy. Princeton University Press, Princeton, 1993.
31. Grootaert C. Social Capital: The Missing Link? Social Capital Initiative Working Paper Series No. 3. The World Bank, Washington 1998.
32. Dixon J, Hamilton K & Kunte A. Measuring the Wealth of Nations. Expanding the Measure of Wealth: Indicators of Environmentally Sustainable Development. *Environmentally Sustainable Development Studies and Monographs, Series 17*. Washington, World Bank 1997.
33. Grootaert C. On the Relationship between Empowerment, Social Capital and Community-Driven Development, 2003. (http://siteresources.worldbank.org/INTEMPORAL/MENT/Resourses/486312-1097679640919/think_pieces_grootaert.pdf)
34. Baum FE & Ziersch AM. Social Capital. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2003;57:320-323.
35. Bebbington A, Woolcock M, Guggenheim SE & Olson EA (eds). *The Search for Empowerment: Social Capital as Idea and Practice at the World Bank*. Kumarian Press, Bloomfield, 2006.
36. Muntaner C, Lynch J & Davey Smith G. Social capital and the third way in public health. *Critical Public Health* 2000;10:107-124.
37. Pearce N & Davey Smith G. Is social capital the key to inequalities in health? *Am J Public Health* 2003;93:122-129.
38. Erben, R., Franzkowiak, P. and Wenzel, E. People empowerment vs. social capital. From health promotion to social marketing. *Health Promotion Journal of Australia* 2000;9:179-182.
39. Harriss J. Depoliticizing Development: The World Bank and Social Capital. Anthem Press, London, 2002.
40. Labonte R. Social capital and community development: practitioner emptor. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 1999;23:93-96.
41. World Bank. World Development report 2000/2001: Attacking Poverty. World Bank, Washington DC, 2001.
42. Narayan D. Empowerment and poverty reduction: a sourcebook. World Bank, Washington, 2002.
43. Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion* 1992;6:197-205.
44. Rosato M, Laverack G, Howard Grabman L, Tripathy P, Nair M, Mwansambo C, Azad K, Morrison J, qar Bhutta Z, Perry H, Rifkin S & Costello A. Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health. *Lancet* 2008;372:962-971.
45. Walley J, Lawn JE, Tinker A, de Francisco A, Chopra M, Rudan I, A Bhutta Z, Black RE, the Lancet Alma-Ata Working Group. Primary health care: making Alma-Ata a reality. *Lancet* 2008;372:1001-1007.
46. Council for Health and Development. 25 years of commitment and service to the people, community based health programs (1973-1998). Manila: Council for Health and Development, 1998.
47. 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.
48. 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. La Habana: Universidad de La Habana. Facultad de filosofía e Historia / Departamento de Sociología, 1996.
49. Flores L. Health of the People, Health of the Nation, Manila: Council for Health and Development, 2003.
 50. Health Sector Palestinian NGOs Network. Siege is leading to a Health Catastrophe in Palestine, Press Release April 30, 2006.
 51. Morgan LM. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. Health policy and planning 2001;16, 221-230.
 52. Wallerstein N. What is The Evidence on Effectiveness of Empowerment to Improve Health? WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2006.
 53. Green R. Effective community health participation strategies: a Cuban example. International Journal of Health Planning and Management 2003;18:105-116.
 54. Morgan LM. The Importance of the State in Primary Health Care Initiatives. In: The Political Economy of Primary Health Care in Costa Rica, Guatemala, Nicaragua, and El Salvador. Anthropology Quarterly 1989, 3, 227-231.
 55. Representatives of the Civil Society to the Commission on Social Determinants of Health of the World Health Organization. Civil Society's Report to the Commission on Social Determinants of Health. Social Medicine, 2007;2:192-211.
 56. Zakus D & Lysack C. Revisiting community participation, Health Policy and Planning 1998;13:1-12.
 57. Olico-Okui. Community participation: an abused concept? Health Policy and Development 2004;2:7-10.
 58. Erben R, Franzkowiak P & Wenzel E. People empowerment vs. social capital. From health promotion to social marketing. Health Promotion Journal of Australia 2000;9:179-182.
 59. Evans RG. Health for All or Wealth for Some? Conflicting Goals in Health Care Reform. In: Mills A. (ed.). Reforming Health Sectors. London, Kegan Paul International, 2000, pp. 25-53. (Proceedings of the Eighth Annual Forum on Public Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, April 20-24, 1998.)
 60. Davey S, Hart C, Hole D, MacKinnon P, Gillis C, Watt G, Blane D, Hawthorne V. Education and occupational social class: which is the more important indicator of mortality risk? Journal of Epidemiology and Community Health 1998;52:153-160.



Medicina Social

Salud Para Todos