



Asociación para el Estudio de Temas Grupales,
Psicosociales e Institucionales

AREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 5 – Otoño - Invierno 1997

El mito de la salud comunitaria: desde lo biológico a lo psicosocial

José Luis Turabián (1)

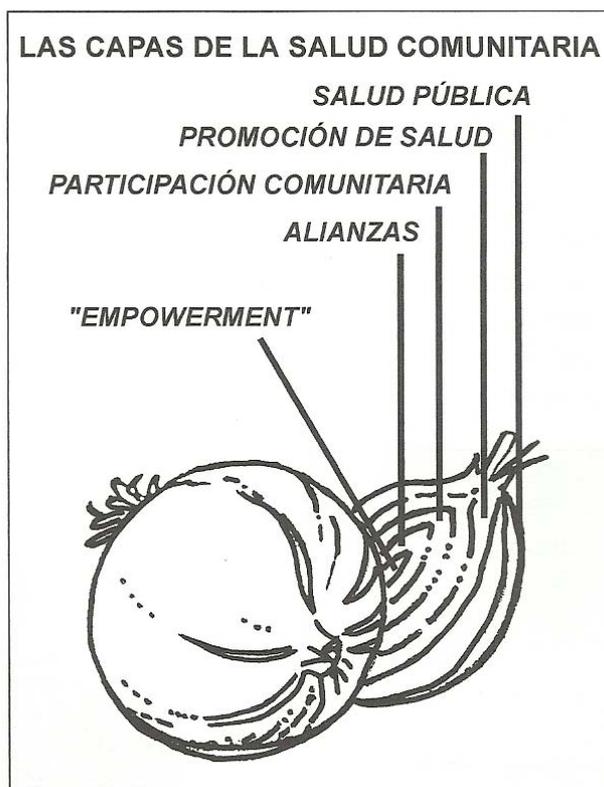
¿Cómo llegar a entender la salud comunitaria (SC)? Para entender la SC es preciso un poquito de Marx, un poquito de Freud, un poquito de Historia Social, un poquito de Epidemiología y algunos conocimientos sobre las cebollas.

Orígenes de la Salud Comunitaria

El concepto de SC en su comienzo, no es en realidad ninguna novedad. Completa y enriquece el acercamiento tradicional dándole coherencia e integrándole en una reflexión más global acerca de las relaciones salud/sociedad. Significa un avance, siendo el resultado de un proceso evolutivo que está en un "cruce de caminos" (1): movimiento de la Nueva Salud Pública, estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), y Promoción de Salud (PS). Podríamos describir la evolución de la SC en niveles de complejidad "como las capas de una cebolla": la capa externa es la más simple y obvia, la otra no tan simple,... y finalmente, el centro. Para tratar de entender la SC, primero trataremos de entender las capas externas, y así sucesivamente hasta su corazón (FIGURA 1).

¹ José Luis Turabián es especialista en medicina de familia y comunitaria. Centro de Salud Polígono Industrial Toledo.

Figura 1



La primera capa de la salud comunitaria: la salud pública

La TABLA 1 presenta las fases evolutivas de la salud pública (2-5). La salud de la población depende de: a) modos de vida, b) servicios sanitarios, c) medio ambiente, y d) biología del hombre, y todos estos factores están determinados por la organización económico-social. En la actualidad, los factores sociales tienen más importancia que los biológicos en la salud. Como en la propia evolución del hombre los mecanismos sociales han terminado por reemplazar a los genéticos en tanto que factores principales de cambio en la vida humana (6). La evolución cultural es responsable de la evolución biológica (genética). Los seres humanos perciben el mundo y responden a él, no a través de todo el espectro de sus potencialidades genéticas, sino solamente a través de las áreas no obstruidas por mecanismos inhibitorios y hechos funcionales por las influencias del ambiente.

TABLA 1

La evolución de la salud pública.

- **Fase precapitalista:** contexto social dominado por una agricultura de subsistencia subordinada a las condiciones naturales, defectuoso saneamiento, promiscuidad entre hombres y animales domésticos e importantes desigualdades sociales. Predomina un patrón epidemiológico de enfermedades infecciosas, epidemias, zoonosis y traumatismos.
- **Tras la aparición del capitalismo,** dominio de las relaciones sociales, planteamiento ambiental-higienista.
- A partir de finales del siglo XIX, planteamiento más individualista, promovido por la **teoría microbiológica** de la enfermedad: cada enfermedad se debe a la acción específica de un germen (control social, aislamiento y la segregación de ciertas categorías de enfermedades sobre todo entre los pobres).
- Desarrollo del **capitalismo industrial:** transformación global de la sociedad con aumento de la tasa de explotación, reducción del costo del capital constante, ampliación del mercado, intervención estatal e internacionalización del capital. Aumento de la patología psicósomática, enfermedades laborales, cáncer, accidentes... Comienza a admitirse una cadena etiológica multicausal.
- **Crítica a las limitadas posibilidades de la ciencia y la técnica** para contribuir por ellas mismas a la salud. La enfermedad no es sólo un desequilibrio biológico que se produce en el interior del organismo y sobre el que se puede actuar aisladamente, sino que existen variados factores de riesgo, entre los cuales se incluyen los sociales, de comportamientos y ambientales. La dimensión colectiva de los problemas de salud es cada vez más evidente. Da origen al concepto de Promoción de salud.

La segunda capa de la salud comunitaria: promoción de la salud (7, 8)

La PS es un enfoque para la acción: no es sólo un conjunto de actividades, ni una parte de la salud pública, sino "una forma de ver" la totalidad de los problemas de la salud colectiva y de las formas de intervenir sobre ellos para enfrentarlos. Los conceptos que incluye la PS son; el mirar desde fuera de los servicios de salud la problemática de la salud/enfermedad (no es una visión biomédica ni preventivista); la salud es vista desde diferentes ángulos, se produce una ampliación de los conceptos de salud (hacia comunidad y hacia salud positiva) y de enfermedad (incluyendo determinantes no médicos y contextos ambientales más allá del individuo); se orienta hacia la promoción en sentido estricto; da gran importancia a lo cultural; se basa en la intersectorialidad; tiene un carácter dinámico y

activo; incorpora información cualitativa y no sólo cuantitativa; hace hincapié en los aspectos positivos; da importancia a confiar en la gente y en el éxito de sus acciones. La literatura sugiere 5 condiciones generales que parecen promover salud en poblaciones: la disponibilidad de recursos materiales; redes y apoyo social; un nivel razonable de habilidades para enfrentarse con los retos diarios; un sentido personal de compromiso ideológico o social; un nivel razonable de estabilidad en las situaciones de la vida. Estas condiciones afectan a la motivación y autoestima individual, y dan origen o se relacionan con comportamientos que pueden promover la salud.

Podemos decir que existen causas estructurales de mala salud: adversas condiciones sociales (minorías étnicas, emigrantes, viviendas de mala calidad, paro, aislamiento geográfico, dificultades de educación...) que dan origen a una falta individual de control sobre sus vidas y hábitos (acontecimientos estresantes de la vida diaria, ansiedad, depresión, comportamientos de riesgo, mala salud mental, problemas de relación interpersonal...) que dan origen a mala salud. El modelo de factor de riesgo de la epidemiología médica tiene sólo un valor limitado, ya que éstos juntos son sólo responsables de menos del 50% de muertes por enfermedades de las que se supone que son sus principales agentes causantes. Hablar del número de cigarrillos fumados, las calorías consumidas... como si eso fuera un "estilo de vida", sin ninguna relación con su contexto social o psicológico... no tiene sentido ("es una tontería"). La salud del cuerpo depende de la salud de la comunidad con la que la gente se identifica.

Es importante reconocer que la salud individual está influenciada por la cultura del país, la política, la industrialización, la economía y las interacciones sociales. Así por ejemplo, no podemos influenciar/cambiar el comportamiento sexual de forma aislada al resto de factores que afectan al bienestar de la persona... o la dieta con embutidos y queso en Castilla-La Mancha. La cultura tiene una profunda influencia en la salud: la salud y la enfermedad están afectadas por los modelos de la vida de cada día, por lo tanto, no hay soluciones "estándar" para los problemas de salud. Las intervenciones socio-sanitarias que no contemplan la complejidad del abordaje multisectorial, se vuelven factores favorecedores del mismo problema, aunque en una área de competencia pueda parecer que disminuye el problema, aparece con más virulencia en otra área distinta.

Los comportamientos tales como no fumar, consumir dietas con pocas grasas o con alto contenido en fibras, son considerados frecuentemente como sanos, ¿podemos entonces usar las medidas de estos comportamientos como indicadores de salud positiva?. No hay ninguna evidencia que muestre que estos comportamientos se asocian con la salud positiva. Se llaman "comportamientos sanos" sólo porque se asocian con una reducción del riesgo de enfermar. Estas medidas de comportamientos deben ser vistas como derivadas del concepto, y por lo tanto medidas de salud negativa.

Los factores que promueven salud son las redes sociales, la relación grupal, la formación de coaliciones/alianzas, la autorresponsabilidad, la autonomía, la capacitación, la participación, y la disponibilidad de recursos. Estos factores promueven salud a través de dos mecanismos: 1) mecanismo inespecífico sobre procesos biológicos básicos (actividad

cerebral, función endocrina, reacciones inmunitarias), y 2) efectos sobre cambios estructurales mediante la acción colectiva.

La tercera capa de la salud comunitaria: participación (9)

Podemos decir que participación es equivalente a salud, y participación comunitaria (PC) a salud comunitaria, pero estos términos nos sugieren conflictos. Conflictos respecto al concepto de participación, de las vías de participación en salud, de la propia sociedad y del sistema sanitario. Participación comunitaria es un término "camaleón" debido a las diferentes definiciones, sentidos y dimensiones de comunidad y participación. Los grupos comunitarios ponen un énfasis casi exclusivo en la reivindicación/petición como única forma de trabajo, lo que puede servir para problemas fáciles, pero no vale para resolver problemas de salud complejos (comportamientos, contextos...). Además, estamos conviviendo con la paradoja de una sociedad democrática que valora la participación y el pluralismo a través de los valores del mercado capitalista, la competencia y el individualismo. Los participantes actúan como "clientes" que piden un servicio. La gente participa cuando obtiene beneficios tangibles y resuelve necesidades: capacidad, autoestima, rutinas saludables, apoyo social, mejor bienestar, concienciación, percepción de control y eficacia personal (10).

La cuarta capa de la salud comunitaria: Alianzas (11,12)

Hablar de participación es hacerlo de "contratos adulto-adulto": "Yo estoy aquí para darle algo, y Vd. esta aquí para darme algo. Estamos en el terreno de las colaboraciones, conciliaciones, transacciones, coaliciones, alianzas,... La vida humana es un tejido de experiencias reversibles, bidireccionales: de experto a gente común, pero también al revés, de líder a vecino, de vecino a líder. Lo que se domina no se encuentra: si reconozco que los demás son centros de iniciativas como yo, se logra la comunicación/colaboración/creatividad: colaboración promocionante. Cuando la realidad se contempla desde ángulos múltiples tenemos más posibilidades de abandonar las vías trilladas y arribar a nuevos continentes. Colaborar/Cooperar significa llegar a apoyar a otros en sus actividades, y esto trae beneficios: mayor fortaleza, mayor dinamismo, mayor aprendizaje, más costo-efectivo. Coalición/Alianza es compartir poder, trabajo y/o apoyo con otros para el logro de objetivos mutuos o compatibles. No se necesita nada más para lograr algo más. Más complejidad (más progreso de un sistema, más salud) es igual a conexiones diferentes entre los elementos. Más complejidad es más flexibilidad. Mantenerse vivo se consigue con el intercambio. Salud es intercambio.

Es importante encontrar un punto departida adecuado para que se puedan dar las coaliciones. La TABLA 2 presenta posibles elementos promotores de coaliciones entre grupos en la comunidad. Los fenómenos de autocuidado, cuidado familiar, grupos de ayuda mutua, atención comunitaria..., desde la medicina no convencional, frecuentemente constituyen formas concretas de participación surgidas de forma espontánea de la gente común frente a

sus problemas concretos, que pueden favorecer la aparición de alianzas entre grupos. En este contexto de salud, la tarea de los grupos comunitarios y del equipo de salud, sería la de buscar alianzas con los elementos con energía de la comunidad, negociar una colaboración que permita el logro de objetivos comunes.

TABLA 2
Elementos promotores de coaliciones entre
grupos comunitarios

1. Diagnóstico de salud ("Audición").
2. Decisiones concretas de una autoridad.
3. La falta de resolución de un problema.
4. Una "revuelta popular".
5. Un evento comunitario:
 - una feria.
 - un museo.
 - una exposición.
6. La memoria anual.
7. Una auditoría.
8. Formación de agentes de salud.
9. Grupos de autoayuda.
10. Grupos de pacientes.
11. Voluntariado social.
12. Dando información a los usuarios.
13. Cursos de Educación para la Salud.
14. Tienda de salud.
15. Biblioteca para pacientes.
16. Consejo de Salud.

La quinta capa de la salud comunitaria: "Empowerment"

La SC y la formación de alianzas se relacionan íntimamente con el concepto de "empowerment" (control/"capacitación"). Se refiere a la habilidad de la gente para lograr comprensión y control sobre las fuerzas personales, sociales, económicas y políticas y así poder actuar en la mejora de sus situaciones de vida. Incluye la mejora de autoestima, autoeficacia y otros comportamientos... pero también el fortalecimiento de redes comunitarias, el autodesarrollo, la calidad de vida, la concienciación y reflexión crítica sobre el origen de los problemas de salud. Hay un "empowerment": 1) individual o psicológico: sentimiento de control sobre la propia vida como consecuencia de la participación activa en grupos que da lugar a autoeficacia y autoestima, así como competencia personal y mejora de habilidades interpersonales y sociales; y 2) comunitario: el aumento de la capacidad individual entre las personas que participan en una acción política que trae como

consecuencia la ganancia de algún tipo de recursos o el control del proceso de toma de decisiones. El "empowerment" se operativiza a través de la autodeterminación y el sentido de propiedad de la comunidad. Ante un problema concreto, por ejemplo mortalidad infantil, significa que la propia gente afectada asume sus responsabilidades para definir, analizar y crear soluciones al problema, más que exigir o recibir soluciones externas. El proceso de "empowerment" comienza cuando las personas se escuchan unas a otras, llegan a un diálogo participativo/liberador, identifican sus necesidades y construyen nuevas estrategias para cambiar.

Los componentes del "empowerment" son: 1) atención personal: recursos para la capacitación sí, servicios no, pero manteniendo la continuidad de la asistencia sanitaria. Oferta de servicios "capacitadora"; que apoye y no controle. Que forme coaliciones. 2) desarrollo de grupos: en los pequeños grupos más que en la comunidad, está el locus de control del cambio. En el grupo se crean identidades y propósitos, interactuando con otros, la gente gana características saludables, control, capacidad, coherencia, pensamiento crítico, concienciación. El apoyo del grupo permite a mucha gente participar en canales formales. 3) organización comunitaria: es el proceso de organizarse alrededor de problemas que sobrepasan las preocupaciones de los miembros de grupos. Hay "movilización de nuevos grupos que apoyan a otros existentes. 4) construcción de coaliciones: grupos que comparten metas. 5) acción política: la intensificación de las acciones que comienzan las coaliciones.

Existen gran número de ventajas para la salud cuando se producen interacciones grupales. La TABLA 3 expone algunas de ellas. Dos son los elementos de los grupos "útiles" en el sector salud: 1) gente con problemáticas comunes, y 2) ambiente de la vida cotidiana.

TABLA 3
Ventajas de la interacción entre los individuos en grupos

- Aporta ayuda y estímulo entre los miembros.
- Favorece motivación para cambios saludables.
- Permite intercambiar conocimientos.
- Une recursos de todos los miembros.
- Da oportunidad de practicar nuevos comportamientos.
- Refuerza los nuevos comportamientos.
- Potencia cambios cualitativos en los participantes.
- Permite participación activa y aprendizaje.
- Capacita a los miembros para cambiar y resolver problemas.
- Educa la conciencia crítica.
- Permite acciones transformadoras (personas y estructuras).
- Aumenta creatividad (recursos).
- Se logran mejores resultados al ser producidos por los "verdaderos expertos".

El corazón de la salud comunitaria: ¿qué definición se puede dar de la salud y de la salud comunitaria?

Estos conceptos están aún en proceso de definición. La salud no es un producto de los servicios médicos. La salud positiva no es solamente la ausencia de enfermedad y puede lograrse mediante el trabajo gratificante, el ejercicio, el aire fresco, la comida sana, el amor, la vivienda, la alegría, las relaciones sociales, la solidaridad, la creatividad, la literatura, la música, "estar sentados al sol, mirando hacia el horizonte", y ser libres (15). La salud significa armonía dinámica del hombre con él mismo y con su medio. El término comunitaria hace referencia a las relaciones con un grupo, con una población determinada donde los miembros tienen, por definición, intereses comunes. Se puede decir también que el concepto SC emana de la constatación del carácter no individual de la salud. Las experiencias de SC son las tentativas de mejoramiento del control por parte de la población de su propia salud, en el seno de un proceso más largo donde la población controle más todavía el conjunto de su devenir. SC es un estado de equilibrio que deriva del balance entre el esfuerzo de progreso individual y colectivo, y los compromisos que demandan el ambiente físico, psíquico, cultural y social.

A lo largo de la historia la idea de progreso se ha asociado a la eliminación de la enfermedad, pero el progreso no consiste en un aumento cuantitativo de ideas, de cosas, o bienes saludables, sino que progresar es aumentar la protección de la complejidad del individuo frente a la contingencia de la incertidumbre del entorno. Toda innovación que aumente el grado de independencia de un sistema respecto a su entorno es progresiva para el sistema. La independencia de un sistema complejo con su entorno no se consigue con su aislamiento, sino, al contrario, con una sofisticada red de relaciones entre ambos. Innovaciones progresivas fueron, por ejemplo, el "invento" de las plumas de las aves, que ayudó a los pájaros a independizarse de los cambios de temperatura y a volar, o el liberarse de vivir inmerso en el agua, o el ponerse de pie o manejar la mano en la evolución del hombre (16).

Vicisitudes, dificultades y resistencias de la salud comunitaria

Mientras crece el interés sobre la SC en unos sectores, en otros ámbitos políticos y académicos aumentan las críticas y las resistencias.

Tendencias neoliberales en la sanidad (17,18):

Hay un énfasis mundial a la creación de "mercado sanitario" dentro de la tendencia de neoliberalismo económico: separación de la financiación de la provisión de los servicios, búsqueda de la eficiencia y reducción de costos, visión del paciente como consumidor de la

empresa sanitaria que trata de lograr la satisfacción del usuario, competitividad, e incentivación del sector privado.

El discurso de la SC ha coincidido en el tiempo con las políticas de contención y recorte del gasto sanitario público y puede servir de argumento para políticas regresivas. Nos encontramos contradicciones crecientes en los sistemas sanitarios: los gastos sanitarios crecen, el estado de la salud de muchos ciudadanos está en regresión y las desigualdades crecientes en términos de accesibilidad a los cuidados y de morbilidad son constatadas en muchos países (a pesar de las diferentes tentativas de los expertos y de los progresos científicos y técnicos). Las iniciativas neoliberales tratan de encontrar respuestas a la explosiva situación que se perfila. ¿Aumentar las cotizaciones? ¿Privatizar? ¿Reducir la oferta de cuidados? La ejecución de los postulados de la OMS y la promoción de la salud, siguen también esas tendencias:

1. Gestionismo (se reducen las metas globales a objetivos medibles respecto a ciertas enfermedades, en clave biomédica. Se fortalece la idea de que avances de la ciencia médica, más que intervenciones sociales, pueden controlar la enfermedad).

2. Mercantilismo (competición entre proveedores, privatización, intervención médica pero no social, promoción del crecimiento económico a toda costa).

3. Individualismo (la gente es responsable de su propia salud y puede mediante cambios de comportamiento, llegar a estar sana).

4. Degradación medioambiental (la salud y la supervivencia están amenazadas por la ruptura de los ecosistemas del mundo).

Actualidad de la salud comunitaria

Démonos por contentos de que la crisis del sistema de salud sea casi unánimemente reconocida, y señalemos el lado eminentemente político del concepto de la SC. Esta crisis se refleja también en el plano cualitativo: los progresos tecnológicos - evidentes- pueden dar la ilusión de una respuesta para todo. La evidencia, sin embargo, es que en las sociedades industriales europeas, las crisis del capitalismo industrial, generan patologías psicológicas (eventualmente con una traducción somática). Diversas corrientes de pensamiento traducen este malestar: desde el "derecho de morir con dignidad", "trabajo y salud mental", "humanización de los hospitales", "comunicación sanitario-paciente", etc.

La SC, como la cebolla en la cocina, tiene limitaciones: no puede agotar el campo de las relaciones entre salud y condiciones de vida. Estos límites son de carácter técnico, metodológico y conceptual, y se relacionan con la complejidad del objeto de estudio. La interdisciplinariedad (no multidisciplinariedad o estudio sumatorio del objeto por diferentes disciplinas, generalmente subordinadas a una hegemónica) que produce progresivamente una síntesis explicativa, abre el camino para recuperar la capacidad de otras disciplinas del campo de las ciencias sociales y el de las ciencias biológicas en la definición, descripción y explicación de la situación de salud de grupos de la población.

Hablar de una alternativa en materia de salud no tiene otro significado que considerar otra relación entre proveedor e individuo, entre servicio de salud y colectividad local. La salud comunitaria define esta relación como interactiva y participativa: una concepción muy política de las relaciones Salud/Sociedad, pero también muy dinámica por la interacción organizada en feed-back regulares de la oferta y la demanda, tratando de introducir cada vez más al demandante en su propia demanda, como participante, como actor, como gestor.

Oportunidades para el progreso de la salud comunitaria

Hay un solapamiento entre algunas de las herramientas del neoliberalismo económico en el área de la salud y la SC (búsqueda de un nuevo sistema, elección de la población, efectividad de la PS, creciente interés en la PC como forma de lograr mayor impacto y eficacia, tendencia a la democratización, aumento de la satisfacción del usuario...). Por otra parte, realmente en la actualidad nos encontramos en una situación distinta a la de Alma-Ata en 1978: se sabe mucho más sobre programas de salud en torno a la APS y PS, se han hecho avances en tecnología aplicable, se han identificado nuestros propios fallos, se sabe dónde están los principales problemas, hay modelos y experiencias con éxito.

Sin embargo, en términos de la historia de las ideas y de las instituciones médicas, las ideas de la SC y su interdisciplinariedad son relativamente nuevas. Varias décadas constituyen un tiempo corto para un acercamiento alternativo al poderoso modelo médico convencional.

Lo realmente nuevo de la salud comunitaria es enfatizar como proveedores de cuidados para la salud, las categorías: familia, grupo, infraestructura social, y otras supraestructuras públicas o privadas, lo que implica estrategias de alianza desde el sector salud con el resto de elementos intervinientes (18). El mundo donde practica el sanitario de salud comunitaria es cada vez más un mundo político: política local, regional y nacional. El conocimiento de estas estructuras económicas y políticas de la sociedad debe incorporarse en la práctica de salud comunitaria. Además, existe un considerable espacio de mejora de la salud con el desarrollo de políticas micro. Cualquier institución, servicio o profesional individual se siente legitimado para actuar en el desarrollo de políticas, protocolos o acciones encaminadas a mejorar la salud de sus pacientes utilizando como marco de referencia el biológico, así sería deseable que junto a políticas, protocolos y acciones para, por ejemplo, vigilar y reducir la frecuencia de infección hospitalaria, se incluyeran otros para disminuir el gradiente por clase social que presenta la mortalidad o para hacer más equitativo el uso efectivo de los servicios (19) y para trabajo grupal programado con pacientes, toma de decisiones informadas por parte de éstos, desarrollo de la historia clínica como narración cualitativa, redes de pacientes con recursos de salud, o "capacitación" de grupos o comunidades.

El sanitario de salud comunitaria debe tomar un papel que ponga en contacto las ayudas profesionales, políticas y sociales, como estrategias convergentes hacia la autcapacidad de la comunidad. Para tener un efecto en la sociedad, el profesional debe compartir su poder con otras personas y grupos comunitarios: pacientes, ecologistas, mujeres, autoayuda, vecinos.

¿Un mito? Mito viene del griego "mytos", la sabiduría del corazón que está más allá del conocimiento que procede del intelecto. Es un tipo de conocimiento que ilumina áreas de nuestro entendimiento que no son accesibles al razonamiento lineal. Nos hace falta más fantasía, más imaginación, más "mitos reales" para trabajar con la SC; no se trata de la invención caprichosa, sino la capacidad para percibir la realidad y reelaborarla luego poéticamente. Uno de los secretos del verdadero entusiasmo, el que vence todos los obstáculos y convierte en realidad cualquier decisión tomada, es la capacidad de hacer aliada suya a la imaginación: imaginar es lo mismo que poder.

Referencias bibliográficas

1. TURABIAN, J.L.: *Cuadernos de medicina de familia y comunitaria. Una introducción a los principios de medicina de familia*. Díaz de Santos, Madrid, 1995.
2. ASHTON, J., SEYMOUR, H.: *La nueva salud pública*. Masson. Barcelona, 1990.
3. MARTINEZ NAVARRO, J.F.: *Ensayo sobre salud comunitaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, 1990.
4. LAMATA COTANDA, F.: "Una perspectiva de la política sanitaria 20 años después del Informe Lalonde". *Gac Sanit* 1994; 8:189-194.
5. ÁLVAREZ-DARDET, C.; RUIZ, M.T., THOMAS MCKEOWN and ARCHIVALD COCHRANE: "A journey through the diffusion of their ideas". *BMJ* 1993; 306:1252-1254.
6. DUBOS, R.: *Hombre, medicina y ambiente*. Monte Avila, Caracas, 1969.
7. A CHARTER FOR ACTION: "Health For All 2000". *Special Conference Issue*, 1986.
8. OMS: "La promoción de la salud: conceptos y principios. Selección de artículos presentados en el Grupo de Trabajo sobre Conceptos y Principios. Copenhague, 9-13 de Julio de 1984". *Papeles Gestión Sanitaria*. 1988; Enero: 34-81.
9. TURABIAN, J.L.: *Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la salud*. Díaz de Santos, Madrid, 1992.
10. TURABIAN, J.L., PÉREZ-FRANCO, B.: "Canales de participación y promoción de salud de los ciudadanos en los centros de salud". *Cuadernos de Gestión*. 1995; 1:115-125.
11. TONES, K.: "Mobilising communities: coalitions and the prevention of heart disease". *Health Journal*; 1994; 53: 462-473.

12. HANSON, P.: "Citizen involvement in community health promotion: a role application of CDC's PATCH model". *Quarterly of Community Health Education*. 1989; 9: 177-186.
13. MINKLER, M., COX, K.: "Creating critical consciousness in health: applications of Freire's philosophy and methods to the health care setting". *International Journal of Health Services*. 1980; 10: 311-322.
14. SCHULZ, A.J., ISRAEL, B.A., ZIMMERMAN, M.A., CHECKOWAY, B.N.: "Empowerment as a multi-level construct: perceived control at the individual, organizational and community levels". *Health Education Research*. 1995; 10: 309-327.
15. SEYMOUR, J.: *Changing lifestyles. Living as though the world mattered*. Victor Gollanz, London, 1991.
16. ANÓNIMO: *El País* 23—11-94, 34.
17. CATFORD, J.: "Health promotion in the market place: constraints and opportunities". *Health Promotion International*. 1995; 10: 41-49.
18. BAUN, F., SANDERS, D.: "Can health promotion and primary health care achieve Health for All without a return to their more radical agenda?". *Health Promotion International*. 1995; 10: 149-160.
19. CORRAL FERNÁNDEZ, J., JAREÑO PARICIO, P., ALONSO MORILLEJO, E.: "Nuevos enfoques para la salud pública". *El Médico* 19-1-96: 50-58.
20. ÁLVAREZ-DARDET, D., RUIZ, M.T.: "Salud y desarrollo del planeta, las mujeres y otros subsidios". *JANO*. 1994; XLVII: 61-73.