

TÍTULO DE LA PONENCIA:

Salud Rural y Atención Primaria. Mirando el interior desde el interior.

Autora: Psic. Sandra carro

TEMA: Recursos humanos en salud para el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

DOCUMENTOS AMPLIATORIOS DE LA PONENCIA

ANTECEDENTES.

A partir del 2007, la Ley N° 18.211, que rige el SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD (SNIS) en Uruguay, plantea un movimiento tendiente a la transformación del modelo médico hegemónico centrado en una atención de lógica institucionalista hospitalaria, hacia un modelo antropológico, centrado en la persona y su hábitat jerarquizando la proximidad con el usuario, su participación desde sus realidades y aportando sus saberes, buscando un diálogo y cooperación con el técnico para analizar y priorizar las necesidades en salud de las comunidades.

En este marco el Ministerio de salud Pública en Uruguay presenta en junio del 2010 el Programa Nacional de Salud Rural (PNSR), dependiente del área de Promoción de Salud y Prevención, (APROPYEN) del Departamento de Programación Estratégica en Salud (DEPES).

La población objetivo del plan está definida como “rural dispersa” y “localidades de hasta 5000 habitantes”. Apunta a abordar tres aspectos de la atención a la salud de la población objetivo: a) la mejora de la accesibilidad a los servicios de salud de los pobladores rurales, b) el acceso a una atención integral a la salud y c) el aseguramiento de la continuidad de la atención en todo el proceso asistencial.

El plan está diseñado en cuatro componentes:

Componente 1. Organización de la atención integral a la salud rural.

Componente 2. Fortalecimiento de los equipos de salud en las pequeñas localidades y zonas rurales del país.

Componente 3. Fortalecimiento de acciones intersectoriales y participación comunitaria.

Componente 4. Fomento de la investigación en salud rural.

En el componente tres se mencionan las orientaciones pensadas en función de tres estrategias: “ (...) que se apoyan en los procesos de participación comunitaria: Fortalecer el Primer Nivel de Atención; Desarrollar las Estrategias de Atención primaria en Salud y Promoción de Salud; Apoyarse en un enfoque integral: familiar, comunitario, epidemiológico, productivo y social.”

Ana Ferrullo define el estado del arte en relación al tema de la participación desde la psicología social marcando un común denominador dado por un marcado desequilibrio entre las acciones y las teorizaciones. “Mientras las acciones llevadas a cabo en este

ámbito son muy numerosas, y tienden a incrementarse cada día más, la sistematización y construcción de conocimientos teóricos, metodológicos y técnicos que las sustentan y encuadran resultan escasas” (Ferullo, 2006 p. 20)

NOTAS SOBRE EL CONCEPTO DE PARTICIPACIÓN.

Existen dos dificultades inherentes a este tema, la variedad de conceptualizaciones coexistentes y la diversidad de modalidades que adopta en la práctica.

El interés por los procesos de participación no es un aspecto nuevo en las agendas de las ciencias de la salud y el desarrollo.

Reyes Álvarez y cols (Cuba, 1996) identifican la década de los 50 como el período de inicio de la preocupación por el tema, donde la participación tenía un enfoque asociado a la transferencia de nuevas tecnologías, asociada a los conceptos de animación rural o desarrollo de comunidad en que la gente se organizaba alrededor de programas y acciones ya decididas en otros ámbitos o en el sector profesional.

Ana Ferullo(Buenos Aires 2006) plantea que las décadas del 60 y el 70 es un período en que el tema de la participación tomó verdadero auge, delimitando la conceptualización en función de un eje central bastante velado hasta el momento como es el de toma de decisiones. Esta faceta de la participación la vincula a la distribución del poder, tema que desarrollaremos más adelante, relación que como plantea Ferullo, ha estado históricamente soslayada en las formas de gobierno desde la polis griega a la democracia actual. Para esta autora, la democracia participativa se visualiza como una alternativa prometedora ante el desgaste de las democracias representativas. (Ferullo p. 18)

Se puede encontrar en la bibliografía una taxonomía del proceso de participación según el ámbito donde se ejerza diferenciando tres tipos:

Participación ciudadana que se centra en la relación del individuo con el estado. Se inspira en una visión individualista en la que cada quien, dotado de una supuesta libertad de acción, contribuye a la configuración de una trama de relaciones sociales mediante la búsqueda de la máxima utilidad individual. (Vázquez, 1985: 85). La participación ciudadana así entendida se construye a partir de la tensión entre lo individual y lo colectivo.

Participación social: como “los procesos sociales a través de los cuales los grupos, organizaciones e instituciones, (...)se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica soluciones. “(Hevia (1992:255)

Participación comunitaria: Se diferencia de las anteriores por la perspectiva de escala, se centra en lo local. Bronfman y Gleizer (1994:111) describen 3 enfoques en la participación comunitaria en salud, como un fin en sí misma a través de la que se eleva la conciencia de comunidad; como un medio para un fin, el cual sería mejorar la salud, y como estrategia para validar las ideas del sistema, en este caso sería un mecanismo de manipulación encubierto.

Según Cardarelli, G., Lapalma A. y Robirosa M., (Buenos Aires, 1990) , "existen tres niveles de participación, que varían de una más restrictiva a una más amplia. Estas se

refieren a: a) Información: Debe ser la necesaria en calidad y cantidad, y la población tiene que estar en condiciones de evaluar la información que maneja; b) Opinión: Corresponde a un nivel más complejo de participación en la cual los participantes pueden emitir opiniones sobre asuntos: supone un nivel de participación más amplio que la informativa. c) Toma de decisiones: Los participantes pueden decidir sobre sus propios asuntos, lo que supone una adecuada y oportuna información, el reconocimiento de acuerdos, diferencias, mecanismos de discusión y toma de decisiones."

Hernández.E citado por Ana Ferullo (2006:42) identifica tres perspectivas desde donde debe considerarse a los procesos participativos: "ser parte: relacionada al sentimiento de pertenencia e identidad; tener parte: referida a la conciencia de los deberes y derechos y tomar parte: en relación a las acciones concretas".

En nuestro país Guida y cols (Montevideo, 1999) hacen referencia a este aspecto de la tríada incluyendo la gestación de la idea, la creación colectiva, basada en el intercambio de saberes, "donde se encuentren representadas las opiniones e intereses de cada participante" . Esta concepción de participación implica tres aspectos: "Conocimiento participado: que se logra a través de la toma de conciencia colectiva del problema. Dediciones participadas: consideración colectiva de las alternativas para la toma de decisiones y definición de las estrategias. Acciones participadas: compromiso colectivo con la implementación y la ejecución compartida de tareas".

González Ortuya y cols (Montevideo, 2005) integran el concepto de participación en una metodología más amplia que denominan Programación Participativa en Salud Comunitaria, PROPAS, que definen como "un proceso intelectual de construcción colectiva que antecede a la acción, que involucra a técnicos y población permitiéndoles identificar las necesidades, intereses, problemas, fortalezas y recursos en salud, acordar prioridades y estrategias de solución". (pp48) Para estas autoras, la participación social es : "el proceso mediante el cual se contribuye al fortalecimiento de los grupos en el desarrollo de sus capacidades para conocer, identificar, analizar e interpretar su realidad, determinar prioridades, formular y negociar propuestas, mediante la generación de espacios para el intercambio de saberes, experiencias, sentimientos y crear vínculos, lazos de apoyo solidario y de identidad social, mejorando el desarrollo organizacional y la calidad de los servicios." (pp49)

Victor Giorgi define la participación "como un derecho que se efectiviza básicamente como un proceso comunicativo, organizativo y de aprendizaje en el cual se reconocen tres momentos y un conjunto de condiciones (Giorgi, V. p 10).

Victor Giorgi propone tres momentos que deben ser respetados para que los procesos de participación sean auténticos:

Recibir información: entendido como derecho en sí mismo y como condición para la participación. Para que ésta sea garantizada en un sentido auténtico, la fuente de información debe ser accesible, comprensible de buena calidad de modo tal de permitir su apropiación. Sus contenidos deben abordar el tema en cuestión y también los encuadres, marcos institucionales, objetivos, alcances y limitaciones de las propuestas.

Construcción y reconocimiento de la opinión propia: Tanto las opiniones individuales como colectivas se construyen a través de la reflexión, discusión, el intercambio, la síntesis, la reproblematicación. Sin opinión propia la comunicación se vacía y no puede hablarse de participación.

Expresión y Escucha: La libertad de expresión requiere espacios respetuosos. Para que la expresión se concrete es necesario que exista la escucha, que debe ser respetuosa y receptiva. Escuchar implica la voluntad de decodificar el mensaje y tomarlo en cuenta en el momento de tomar decisiones.

Giorgi también menciona cinco condiciones sin las cuales no podemos hablar de procesos participativos: Clima participativo; vínculo; encuentro; oportunidad y aprendizajes significativos.

Según este autor, "los momentos y elementos necesarios para generar un proceso participativo se entrecruzan con los grados de incidencia: *Consultiva*: cuando se recogen opiniones pero estas no se vinculan con la posterior toma de decisiones. *Colaborativa*: cuando las decisiones se toman en conjunto. *Iniciativa y compromiso autogenerado*: situaciones en que los sujetos se auto convocan y regulan su propia participación. Esto se da con menor frecuencia"

En relación a la participación como herramienta en el área de la salud se pueden identificar por lo menos 3 meta acuerdos

1-Incide en la eficiencia de los programas, y por lo tanto contribuye a su éxito.

2-Tiene efectos en el desarrollo de las potencialidades autogestoras de la comunidad, o en la pérdida de capital social si la experiencia fracasa.

3-Incide en las condiciones de salud de la población.

Un elemento no siempre discriminado en las conceptualizaciones manejadas es la equiparación entre los conceptos de participación en el sistema de salud o en el sistema de atención de salud.

En la amplia bibliografía sobre este concepto existen dos grandes sistemas conceptuales transversales al concepto de participación:

- La idea del poder, ya sea en la toma de decisiones, en la priorización de acciones o en su forma más explícita, en el manejo de recursos.
- La concepción de sujeto. Ya sea como sujeto colectivo o individual; como destinatario o usuario; como actor o agente de cambios.

El concepto de poder

Como plantea M. Montero (Buenos Aires, 2003) con el concepto de poder sucede algo parecido al concepto de sentido común, todos sabemos a qué se refiere y pensamos que todos compartimos la misma idea sobre el punto.

“El poder es un problema nos sólo cuando se ejerce abusivamente, en un marco dominante y opresor, sino también cuando se ignora que se posee”. (Montero 2003) .

Muchas veces en el trabajo comunitario plantea la autora, se suele pensar que los grupos o comunidades desposeídos, pobres o excluidos están privados de la posibilidad de transformar sus condiciones de vida. Esto no es más que la naturalización de la concepción asimétrica del poder que generaliza las carencias (educativas, económicas, de servicios, etc) como la perspectiva dominante en ese grupo o comunidad, impidiendo ver otras características, capacidades y saberes que el grupo posee. Esta situación, desde la experiencia recogida en nuestro trabajo es uno de los obstáculos de los procesos participativos que encuentran muchos de los programas sociales.

El poder puede visualizarse como un objeto algo que se tiene o se pierde; como un lugar, un cargo o sitio donde llegar, por ejemplo en la expresión “el poder está arriba”. Cuando pensamos el poder desde esta perspectiva, caemos en una lógica cartesiana, binaria donde existe o no existe.

El poder entonces se vuelve un concepto dilemático cuya resolución se alcanza a través de la anulación de uno de los polos, que queda entonces despojado de poder y por lo tanto a merced de la voluntad del otro.

Existen varias tipologías del poder, la de French y Raven (1959) citados por Montero (2003) , quienes proponen 7 categorías de poder: De recompensa, Coercitivo, Legítimo, Referente (por atracción o admiración), De experto , Informativo.

De Crespigni citado por la misma autora (Montero ,2003) , incluye una modalidad de poder que denomina “de impedir u obstaculizar” que se opera mediante demoras, o impedimentos para la concreción de acciones de otras personas. El ejemplo más conocido y experimentado por todos es la burocratización institucional, donde el empleado ejerce su poder de agilizar o retener un trámite. Otras manifestaciones de ese poder también se expresan a través de la apatía, la falta de entusiasmo que operan como resistencia al desarrollo de propuestas identificadas como ajenas. Es una forma de resistencia pasiva y muda pero muy eficaz.

Irma Serrano García y Gerardo López Sánchez (Guadalajara, 1994) proponen la concepción del poder como una relación social, y lo definen como “una interacción personal o indirecta, cotidiana, en la cual las personas manifiestan sus consensos sociales y las rupturas entre su experiencia y su conciencia”

Es sobre la conciencia donde se asienta la relación de poder. Si no se percibe la necesidad o la desigualdad con la consiguiente insatisfacción no se percibe la relación de poder.

Estos autores aportan entonces un análisis y problematización del poder como una relación donde es necesario tener presente los procesos psicológicos puestos en juego. Establecen así tres aspectos que construyen esta relación:

1-Procesos internos o prerequisites que se hacen visibles cuando se identifica la fuente del recurso deseado. Se relacionan con lo que hemos visto antes: conciencia y

aspiraciones, percepción de la necesidad e insatisfacción e identificación de los recursos deseados

2-El mantenimiento de la relación a través del conflicto que surge frente a la percepción de la desigualdad.

3-El cambio social, definido por estos autores como la alteración de la relación de poder.

Esta concepción de la relación de poder plantea un escenario situacional y dinámico para cuya comprensión y conocimiento debemos entonces articular tres dimensiones de trabajo con la comunidad:

- Aspectos psicológicos de sus integrantes, reflejados en sus creencias, los mitos, su auto percepción en el escenario cotidiano.
- La historia de la comunidad.
- El contexto actual

Podemos encontrar 4 dimensiones donde el término participación está en juego (Rebellato -Giménez Montevideo, 1997)

“Política: donde la participación resulta un fin en sí. Ética: pasaje de las personas de objetos a sujetos de las prácticas. En este sentido se relaciona la participación con la autonomía .Económica: como una forma de potenciar los recursos en los proyectos sociales; en este sentido se la asimila a colaboración. Técnica: como forma de incluir la información que aporta la gente”.

Los fracasos de algunos programas de desarrollo, y en nuestro país, con mayor frecuencia en el ámbito rural, tienen que ver con que se imponen estructuras organizativas que modifican las modalidades tradicionales de relacionamiento, muchas veces incorporando una lógica del consumo (herramientas de crédito a la producción, insumos, etc) que se transforman luego en formas de control.

Promover un cambio, generar procesos de transformación de contextos desfavorables hacia mejores escenarios de vida, no implica implementar acciones donde no hay nada. Implica conocer lo existente para poder construir alternativas, cuya viabilidad estará marcada por la apropiación de las comunidades involucradas. Cuando más lejanas y ajenas se vivencien las propuestas por parte de la población, más lejos se está de generar un cambio. Generalmente, plantea Ugalde (1987) , el fracaso de estos programas se le achaca a la confrontación con tradiciones opuestas a la modernización o trabajo colectivo. Muchas veces estas prácticas ponen en juego la figura de un agente externo, "portador de la herramienta de la participación" ahogando las formas en que las comunidades vienen resolviendo sus problemas desde antes de su aparición.

Concepción del sujeto en los procesos participativos:

Participación y autopoiesis.

Autopoiesis o autopoyesis es un neologismo propuesto en 1971 por los biólogos chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela para designar la organización de los sistemas vivos. Una descripción breve sería decir que la autopoiesis es la condición de existencia de los seres vivos en la continua producción de sí mismos (wipedia 22-7-13). Este término nace de la biología, pero más tarde es adoptado por otras ciencias y otros autores, como el sociólogo alemán Niklas Luhmann. “

Desarrollos posteriores a partir del trabajo de N. Luhmann , individualizan dos niveles de constitución de sistemas autopoieticos, caracterizados cada uno de ellos por operaciones específicas: sistemas sociales y sistemas psíquicos. Las operaciones de un sistema social son las comunicaciones. Las operaciones de un sistema psíquico son los pensamientos y no se dan pensamientos más allá del interior de una conciencia, personal, subjetiva, singular. Este es un nodo conceptual que involucra lo que Serrano García y López Sánchez, mencionados anteriormente, plantean como la ruptura entre la experiencia singular y la conciencia. Esta ruptura, entre lo vivido y el sentido que se le da, se procesa a través del sistema social en formas de respuesta colectiva que van construyendo las pautas culturales de una comunidad y definen la identidad de comunidades y sujetos.

Los procesos participativos, entendemos, inciden directamente en las estructuras tanto colectivas como psíquicas a través de procesos de problematización del contexto y por ende de las respuestas que han existido hasta el momento en el inventario tanto colectivo como singular para abordar las situaciones en las que se han visto inmersos.

Entendemos que en tanto la participación sea auténtica, necesariamente remiten a aprendizajes y modificaciones de los sistemas de sentido y mecanismos operativos de los colectivos y sujetos frente a su entorno, sin que por ello se pierda la identidad de las comunidades.

Aplicando esta perspectiva al campo de la atención de la salud que nos ocupa, los procesos participativos inciden en las concepciones intra subjetivas de salud y enfermedad, tanto de usuarios como de técnicos, así como en las modalidades de respuesta representados por el modelo de atención a la salud predominante y las propuestas emergentes.

La percepción de los sujetos, sus creencias y relacionamiento con el sistema de atención en salud, es particularmente importante en relación a la promoción de salud ya que se trata de un proceso en que se busca incidir en las personas para que a su vez incidan en su entorno a través de la promoción de escenarios de vida más saludables.

Según Beattie (1991) citado por Colomer –Alvarez (2000) pueden delimitarse cuatro estrategias básicas en la promoción de salud:

- Educación Sanitaria. Acciones dirigidas por profesionales.
- Medidas Legislativas. Acciones profesionales y políticas.
- Empoderamiento. Apuntan al desarrollo personal de los individuos.

- Desarrollo comunitario. Apuntan al desarrollo de conocimientos y habilidades de la población en su conjunto para incidir en el control de los factores que afectan la salud. La participación comunitaria está relacionada con esta última estrategia.

PARTICIPACIÓN Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

En el documento Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, se define la participación como una de las líneas estratégicas para el fortalecimiento de los programas basados en la atención primaria de salud y considera que la familia y la comunidad son los ejes principales de la planificación y la intervención de un sistema de salud basado en la atención primaria.

“La participación convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas. A título individual, las personas deben ser capaces de tomar decisiones de forma libre y han de estar plenamente informadas en lo que respecta a su salud y la de sus familias, con un espíritu de autodeterminación y confianza. A nivel social, la participación en el ámbito de la salud es una faceta de la participación cívica en general, garantiza que el sistema de salud refleje los valores sociales, y proporciona un medio de control social y responsabilidad respecto a las acciones públicas y privadas que repercuten en la sociedad.” (pp 11)

Todo proceso participativo, promueve una mayor cohesión social y por lo tanto habilidades comunitarias como colectivo para analizar sus situaciones sanitarias de modo de poder evaluar las mejores alternativas para consolidar y fortalecer lo que se considere que está funcionando bien, y realizar acciones para modificar lo que se considere que funciona mal. La participación genera un empoderamiento de la sociedad civil como colectivo para convertirse en interlocutor de los operadores de políticas de salud sean estos públicos o privados.

Para la gestión social el ámbito de la participación comunitaria exige priorizar las acciones en 2 ejes (Carro, S. Fernández. 59):

Pertenencia: Se basa en el reconocimiento de la comunidad como interlocutor válido. Esto se logra con el desarrollo de confianza a partir del conocimiento cara a cara, reconocimiento de los códigos culturales y compartir intereses comunes.

Pertinencia: Ajustar las acciones, intervenciones o decisiones a las necesidades, intereses, problemáticas percibidas por la comunidad. Tener en cuenta el contexto como marco regulador de las mismas.

La participación así contemplada tiene efectos de significativa importancia:

- Las personas que cooperan en la elaboración de las decisiones se muestran más interesadas y envueltas en su ejecución.
- Las decisiones y los programas se enriquecen por la información, el conocimiento y la experiencia de muchas personas.

- Tienen mayor posibilidad de correspondencia con las necesidades reales y por lo tanto de ser eficazmente direccionalizados.

Obstáculos de los procesos participativos.

En relación a este aspecto del tema, se relevaron varios autores¹, de cuyos planteos se seleccionaron aquellos conceptos que se repetían. Todos ellos mencionan como obstáculos para la participación comunitaria en salud los siguientes elementos:

- Centralización excesiva.
- Políticas de salud desfavorables.
- Paternalismo.
- Carencia de un concepto claro de participación social.
- Niveles mínimos de organización comunitaria.
- Falta de mecanismos para la participación.
- Falta de conocimientos del personal de salud en relación a técnicas de trabajo con la comunidad.
- Inadecuado establecimiento de prioridades.
- Falta de recursos humanos y financieros.
- Resistencia al cambio así como la ausencia de incentivos para mantener la participación comunitaria.
- Modelo Médico centrado en el profesional
- Autoritarismo.
- Tecnicismo.

El sistema de atención en el nivel de APS exige de los profesionales que desarrollen sus prácticas en el marco de esta estrategia, herramientas para la integración de las prácticas sociales y no únicamente el saber técnico médico. La ambivalencia entre el impulso de la atención primaria, y su percepción como una medicina de segunda importancia está impregnada del modelo médico hegemónico, centrado en un modelo clínico – hospitalario , caracterizado por Meléndez (1998) por el biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico.

Por ejemplo, la epidemiología, menciona Meléndez cae en la biologización de las variables, tanto en la selección de las mismas como los períodos de tiempo que se consideran. Las variables de contexto como clase social, mapa cultural, etc involucran la consideración de períodos de tiempo mucho más extensos.

Se produce una “naturalización” de la variable con una pérdida de dinamismo en su comprensión. Plantea el autor, el ejemplo del concepto “estilo de vida” como una interfase entre el sujeto individual y el estrato social.

¹ Ferrer Herrera y cols , Reyes Alvarez, I y cols; (1996). Dixis Figueroa Pedraza (2002) . Dr Benno Kjeizer en el Instituto de Salud de la universidad Veracruzana(entrevista personal 2011)., Luis Gonzaga (en Planificación en la comunicación de proyectos participativos. Cp V.s/d)

En la perspectiva de la Atención Primaria en Salud, partiendo del eje social comunitario, la lógica nacional con una dinámica de sistemas cerrados con que se diseñan muchos de los planes y programas, choca con lo que Boiser (1998) denomina "jerarquía anidada" del territorio.

Esta jerarquía anidada, rompe la lógica sectorial y fragmentada en la dimensión local a través de dos factores:

1-A menor escala geográfica mayor apertura sistémica del territorio.

2- A menor escala toman mayor importancia los recursos psicosociales. No sólo es importante la tecnología de la información, es decir generar, recolectar, procesar información, sino los sistemas cognitivos para transformar esa información en conocimientos.

La paradoja planteada es que la descentralización apuesta a que las regiones puedan contribuir más rápidamente y claramente al logro de los objetivos centrales.

En síntesis, los procesos participativos como estrategia de las acciones de APS, se enfrentan a tres fronteras conceptuales que es necesario comprender para superar:

- Factores relacionados a los diseñadores de las intervenciones (concepción de participación).
- Factores relacionados al tipo de diseño de la intervención. (Objetivos y acciones).
- Factores relacionados con las personas destinatarias. (Identidad, percepción y autopercepción del sujeto como usuario-actor-paciente situado en lo local como escenario o abstraído del contexto.)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Agudelo, C. (1983) Participación Comunitaria en Salud. Conceptos y Criterios de Valoración. Bulletin of Pan American Health Organization

Alonso, N. (2009) Los procesos de participación en salud: dos experiencias que protagonizaron los grupos de usuarios de salud en servicios de salud de Peñarol y las Piedras Facultad de Ciencias Sociales. Tesis. Montevideo .Biblioteca del servicio ubicaciónTS449.

Arias Ma. Et al(2009) Accesibilidad y participación ciudadana en el sistema de salud. Una mirada desde la psicología. Fin de siglo .Montevideo 2009.

Boiser,S .Teorías y Metáforas sobre el Desarrollo Territorial.Revista Austral de Ciencias Sociales. N° 2 - 1998

Bronfman,M ; Gleizer,M.(1994) Participación Comunitaria : ¿ Necesidad,excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria? Cad. Saúde Pública. Río de Janeiro. (111-112) (1)

C, Guida, J. Perea, Daniel Rodríguez, S Rosenberg (1999) Participación comunitaria en el 1er nivel de Atención en Salud. Facultad de Psicología. Área de Salud UR.IMM

Cardarelli, G., Lapalma A. y Robirosa M., (1990) Turbulencia y Planificación social. UNICEF & Siglo XXI Editores. Buenos Aires.

Carro, S. Fernández,A.(2012) Tejiendo Redes. La Relación Escuela, Familia y Comunidad en el medio rural. Ed. Psicolibros Universitario Montevideo.

Cigales, N;Machado, M ; Tabarez, N ; Ferreira, Ma. ; Bueno, L ; Aristimuño,E . (2012) Enfermería Rural En Treinta Y Tres: Interacción Social Y Comunitaria Historia, Evolución Y Cambios. IV Jornadas de actualización en Enfermería Rural La Charqueada. Treinta y Tres. ppt. Material sin editar.

Chiappe, M; Carámbula, M. y Fernández, E. (compiladores). 2009. El campo uruguayo: una mirada desde la sociología rural. Ed. Facultad de Agronomía. Montevideo.

Dixis Figueroa Pedraza citado en la Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición. Universidad Autónoma de Nuevo León. En Vol 3 No.2 Abril-Junio 2002.

Ferrer Herrera, I; Borroto Zaldivar, T; Sanchez Cartaya; Ma. E y Alvarez Vazquez, J. La participación de la comunidad en salud. En Revista Cubana Med Gen Integr ;17 (3):268-73

Ferullo de Parajón,A. (2006) El Triángulo de las 3 P. Psicología, participación y poder. Ed. Paidós Bs As

Giorgi, V. (2010) La participación de Niños, Niñas y Adolescentes en las Américas a 20 años de la convención de los Derechos del Niño. Documento elaborado a solicitud del Instituto Interamericano del Niño. En Menú de Indicadores y Sistema de Monitoreo del Derecho a la Participación de Niños, Niñas y Adolescentes. OEA-Instituto Interamericano del Niño, Niña y Adolescente.

González Ortuya, P; Etchebarne; L; Bozzo Lafranchi; E; Garay Albarracin,M. (2005) Programación Participativa en Salud Comunitaria. Facultad de Enfermería. Comisión Sectorial de Educación Permanente. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

Hernández, E. (1994) Elementos que facilitan o dificultan el surgimiento de un liderazgo comunitario, en Montero, M. (coord.) Psicología Social comunitaria. Teoría, método y experiencia. Ed. de la Universidad de Guadalajara. Citado por Ferullo A (2006) en El Triángulo de las 3 P. Psicología, participación y poder. Ed. Paidós Bs As

IMPO.gub.uy Estatuto del Trabajador Rural. www.impo.com.uy/bancodatos/rural.htm recuperado mayo 2014.

Ley 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud. 2007. Recuperado el 4 de enero 2014 en www.parlamento.gub.uy/leyes/ley18211.htm

Menéndez E. L.(1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451-464

Ministerio de Salud Pública. 2010. Departamento de Programación Estratégica de Salud /MSP. Área de Promoción de la Salud y Prevención Plan Nacional de Salud Rural. Versión 16-12-10.

Montero, M. (2003) Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad. Ed Paidós. Bs As.

Rebellato, J.L; Giménez, L. (1997) Ética de la Autonomía. Desde la práctica de la psicología con las comunidades. Ed. Roca Vica - Laquinta S.R.L Montevideo

Reyes Alvarez. I.; Sanabria Ramos, G; Medina Gondres, Z y Báez Dueñas, R. (1996) Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud. Revista Cubana de Salud Pública.(Revista en la internet) 1996 (1):5-6. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=1875-2967199600100005 recuperado diciembre 2011

Riella, A. y Romero,J. (2003). Nueva ruralidad y empleo no-agrícola en Uruguay. En Territorios y organización social de la agricultura. Editorial La Colmena. Buenos Aires.

Samaja, J. (1994) Epistemología y Metodología: Elementos para una teoría de la investigación científica. 2da ed. EUDEBA. Bs As 1994

Serrano García y López Sánchez. (1994) Una perspectiva diferente del poder y el cambio social para la psicología social comunitaria. En: Psicología Social Comunitaria. Método y Experiencia. M.Montero Coord. Guadalajara. Mx.