

## POLITICA INTERNACIONAL Y ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN COSTA RICA\*

Lynn M. Morgan

### Resumen

El programa de salud rural de Costa Rica, internacionalmente famoso, ejemplifica los principios resueltos por la Declaración Alma Ata de 1978 sobre la Atención Primaria de Salud, con una excepción: el gobierno no ha tenido éxito en lo relativo a la participación comunitaria activa en la salud. Este trabajo toma una perspectiva histórica y político-económica para explicar por qué el gobierno de Costa Rica falló en sus esfuerzos por aumentar la participación comunitaria después de la Alma Ata. Las agencias internacionales han estado muy involucradas en los diseños y ejecuciones de los servicios de salud rural en Costa Rica desde los primeros años de este siglo, sin embargo la participación comunitaria no figura en estos programas hasta la década de los 70. La destrucción de la participación comunitaria en los primeros años de la década de los 80 es atribuida a una combinación de factores que incluye conflictos partidistas, conflictos entre clases sociales, políticas en grupos de interés, y particularmente, a las cambiantes prioridades de las agencias internacionales de salud y desarrollo.

### Abstract

Costa Rica's internationally-renowned rural health program exemplifies the principles put forth by the 1978 Alma Ata Declaration on Primary Health Care with one exception: the government has not succeeded in achieving active community participation in health. This paper uses a historical and political-economic perspective to explain why the Costa Rican government failed in its efforts to enhance community participation after Alma Ata. International agencies have been closely involved in the design and implementation of rural health services in Costa Rica since the early 1900s, yet community participation did not figure in these programs until the mid 1970s. The demise of community participation in the early 1980s is attributed to a combination of factors including partisan conflicts, social class conflicts, interest group politics and, particularly, to the shifting priorities of international health and development agencies.

### Introducción

Costa Rica es un país pequeño y sin ejército, conocido durante la década de los 80 como un oasis de paz y estabilidad en medio de una América Central destrozada por la guerra. También ha sido citado ampliamente

como una de los casos más exitosos en la atención primaria de salud en el mundo<sup>1</sup>. Las dos imágenes van de la mano, apoyando la idea que comúnmente tienen los expertos internacionales de que una buena salud se obtiene mejor bajo gobiernos estables y democráticos los cuales son más capaces de mejorar la salud de los pobres. Sin embargo, la política nacional por sí sola no explica el éxito (o fracaso) de los programas de salud rural en países capitalistas dependientes, donde los mandatos y políticas internacionales ejercen una influencia excesiva sobre la dirección de la política nacional de salud. La experiencia de

\* Este artículo apareció originalmente como "International Politics and Primary Health Care in Costa Rica," en *Social Science & Medicine* 30(2):211-219, y es publicado aquí con autorización y con derechos reservados de Pergamon Press, 1990.

Costa Rica, con la participación comunitaria en salud, ejemplifica las complejidades y contradicciones sociales que emergen cuando un país pequeño y económicamente dependiente siente la necesidad de adoptar modelos dictados externamente cuando se trata de estructurar servicios de salud rural.

La atención primaria de salud es una estrategia de servicio de entrega que alcanzó popularidad mundial en los años 70. Los elementos de esta estrategia fueron llevados a cabo relativamente temprano en Costa Rica, como feliz resultado de eventos internacionales y nacionales. En 1970, el gobierno recién elegido en Costa Rica se concentró en responder a necesidades de bienestar social. Con fondos internacionales comenzó en 1973 un programa de salud rural innovativo, demostrando que tenía la voluntad política para hacer de la salud rural una prioridad nacional. El gobierno construyó pequeños puestos de salud en todo las zonas rurales y entrenó asistentes y auxiliares de salud rural para llevar atención médica y cuidado preventivo a la población rural mal servida<sup>2</sup> Así, cuando la Conferencia Alma Ata tuvo lugar en 1978, la infraestructura para la atención primaria de salud se encontraba ya organizada en Costa Rica.

Sin embargo, faltaba un componente de la atención primaria: la participación comunitaria. Antes de la Alma Ata, el gobierno de Costa Rica incentivaba solamente un mínimo de intervención de la comunidad en sus programas de atención primaria de salud; urgía a las comunidades a formar comités para facilitar la construcción de puestos de salud. Sin embargo, las recomendaciones que surgieron de la Alma Ata, convencieron a los oficiales costarricenses de que sería en su propio interés el ejecutar un programa bastante difundido para realizar la participación comunitaria en salud. Ahora, después de 10 años de la Alma Ata, la atención primaria en salud en Costa Rica ha sido declarada todo un éxito, pero la participación comunitaria ha dejado de existir.

Este trabajo explora algunas de las razones por las que la participación comunitaria fue un fracaso, en un país alabado por su éxito en la atención primaria de salud. El enfoque que se usa aquí difiere de estudios que se concentran en los impedimentos de tipo psicológico, personal, tecnocrático y

organizacional para la participación en salud en América Latina<sup>3</sup>. Usando una perspectiva histórica y político-económica, este trabajo destaca el papel de las agencias internacionales en la decisión de la política sobre salud rural de Costa Rica. Se trata de encontrar una respuesta al fracaso de la participación comunitaria en una combinación de políticas nacionales e internacionales, argumentando que se hubiera podido predecir el resultado si los récords históricos hubieran sido examinados, pues había muy poco precedente para el grado o el tipo de participación que el gobierno de los últimos años de la década de los 70 buscó. Antes bien, el concepto de participación fue introducido por los Estados Unidos y fue promovido por una ideología política occidental democrática. Una vez que la función ideológica fue justificada y se revelaron las contradicciones de una participación comunitaria patrocinada por el estado, el concepto fue abandonado por las agencias y el gobierno costarricense.

Los políticos costarricenses han dado publicidad al programa de atención primaria de salud como un éxito rotundo, y éste sí fue exitoso en la medida en que se tomen en cuenta los indicativos estándares como la tasa de mortalidad infantil, esperanza de vida y las tasas de enfermedades infecciosas y parasitarias<sup>4</sup>. Pero este programa fracasó en cuanto a su propósito de alcanzar una participación activa y continua de los residentes rurales, en la planificación y ejecución. Este fenómeno requiere una explicación: si la participación comunitaria fue una idea tan buena, y hubo casi un consenso unánime de que lo fue, ¿por qué entonces falló?

## **La Ideología de Participación y Democracia**

El Artículo IV del Documento Alma Ata dice: "La gente tiene el derecho y la obligación de participar individual y colectivamente en la planificación y ejecución de su propia atención de salud"<sup>5</sup>. Los pilares de la estrategia de la atención primaria de salud de la Organización Mundial de la Salud/UNICEF fueron: (1) una atención primaria global de salud a un nivel local que sería alcanzado por servicios de salud que se extendieran a áreas

mal servidas, y la participación comunitaria en la salud. El componente de atención global fue justificado por investigaciones que demostraron que los residentes rurales tenían que viajar grandes distancias, a un alto costo, para recibir atención médica por enfermedades que se podían prevenir fácilmente. Los planificadores de salud argumentaron que la salud mejoraría y que los costos bajarían si servicios como vacunación y control prenatal estuviesen disponibles para la gente donde ésta viviera y trabajara.

La justificación para la participación comunitaria fue menos aparente. Ahora parece que las agencias internacionales justificaron la participación comunitaria en la salud más porque querían reforzar la identificación simbólica de "salud" con "democracia" que porque ellos sabían que la participación comunitaria mejoraría el nivel de la salud. Foster escribe que, dentro de la OMS, se seleccionaba con mucho cuidado la evidencia que apoyase la suposición a priori de que la participación comunitaria llevaría a una mejor salud.

En altos niveles dentro de la OMS las investigaciones de comportamiento pueden usarse también como un mecanismo válido para suplir evidencia de que una política que se ha promulgado es de hecho la política correcta. Esto estuvo muy claro para mí 10 años atrás (1977) cuando trabajé con un pequeño grupo en Ginebra en un estudio sobre los antecedentes de participación comunitaria en la Atención Primaria de Salud, que se usaría en la conferencia PHC (de atención primaria de salud) Alma Ata en 1978. Era generalmente aceptado, como un miembro del equipo de la OMS me recordó, que "nuestro propósito es el de probar que la participación comunitaria en la Atención Primaria de Salud es el modo correcto de alcanzar salud para todos." Nuestro reporte, que resumió la evidencia de casos estudiados y seleccionados cuidadosamente, demostró concluyentemente que la participación comunitaria era un elemento muy importante al establecer PHC (atención primaria de salud) a niveles locales<sup>6</sup>.

De hecho, se hizo de la participación comunitaria una estrategia central, porque ésta satisfacía las necesidades político-ideológicas. Las agencias internacionales necesitaban un enfoque cooperativo y sin conflictos para atender asuntos de pobreza y distribución desigual

de la riqueza. Navarro dice, "las llamadas morales a la comunidad mundial provocarían una cooperación, apelando al humanitarismo de la gente y a su sentido de justicia social, junto a llamadas a los países capitalistas desarrollados para hacerlos conscientes de su propio interés"<sup>7</sup> La participación comunitaria fue perfecta para esta función ideológica. Se la predicó en términos burgueses de autodependencia y responsabilidad individual en la Declaración del Alma Ata: "[La] Conferencia enfatizó la importancia de una participación comunitaria completa y organizada y una autodependencia esencial, con individuos, familias, y comunidades asumiendo más responsabilidad por su propia salud". Los programas de participación comunitaria serían dirigidos por los gobiernos, ayudando así a extender su control a comunidades rurales. Los gobiernos nacionales, a cambio, serían supervisados y asistidos por las agencias internacionales patrocinadoras.

La Conferencia además pensaba que las organizaciones internacionales, las agencias multilaterales y bilaterales, las organizaciones no gubernamentales y otras asociaciones internacionales de salud deberían promover activamente el desarrollo nacional de atención primaria de salud y dar una gran apoyo tanto técnico como financiero con un total respeto a los principios de autodependencia nacional y determinación propia y una máxima utilización de recursos disponibles localmente.

"La participación" tiene un significado especial para gobiernos que claman ser democráticos, porque los líderes democráticos adquieren legitimidad, en parte, al citar un mandato popular<sup>8</sup> Un estado que promueve participación popular gana respeto y legitimidad como una potencia democrática ipso facto. El Instituto de Investigaciones para Desarrollo Social de las Naciones Unidas (UNRISD) ha notado las similitudes filosóficas entre participación y democracia, declarando: "El asunto de participación popular es básicamente idéntico al de 'democracia' en el sentido más amplio"<sup>9</sup>. Siguiendo este argumento, los países más democráticos presumiblemente serían los más activos en apoyar la participación comunitaria. Consecuentemente, un miembro del panel de la UNRISD recomendó

que un caso-estudio de la participación comunitaria en Costa Rica estimaría las "posibilidades y restricciones" de la participación bajo un sistema político que "goza de un alto estatus siendo la forma preeminente de democracia"<sup>10</sup>. Este miembro definió participación genuina como "presión ejercida por la base para dar dirección e impulso a una política efectiva de desarrollo." ¿Fue esto posible, preguntó, en Costa Rica democrática?

El no reconoció que segmentos de las clases gobernantes podían usar la retórica de la participación sin dar mayor oportunidad a la intervención masiva en las decisiones del gobierno; en efecto, limitando el concepto de participación, o usándolo metafóricamente para demostrar su compromiso con los principios democráticos, la retórica de participación puede ser una forma conveniente para un gobierno de perpetuar la ilusión de una democracia representativa, mientras que se niega el acceso al proceso político a grandes segmentos de la población. Esto no quiere decir que las élites del gobierno conspiran para engañar a sus electores, pero los planes competitivos de las diferentes clases sociales algunas veces resultan en políticas que refuerzan el control de la élite. El programa de Costa Rica para promover participación comunitaria en la salud es un ejemplo de cómo esto sucedió dentro de una sociedad democrática.

### **Las Directivos de las Agencias Internacionales: ¿Quién paga los platos rotos?**

No es sorprendente que los gobiernos Tercermundistas usen la retórica valorada por las agencias internacionales. Desde la Segunda Guerra Mundial, "la asistencia económica a gran escala de países 'desarrollados' hacia países 'en desarrollo' ... se convirtió en una parte importante de la diplomacia internacional"<sup>11</sup>. Los gobernantes del Tercer Mundo gozan de la asistencia económica ofrecida por agencias multilaterales y bilaterales, pero el dinero depende de los edictos hechos por las agencias patrocinadoras. Por estas razones, la participación comunitaria como una estrategia de desarrollo debe ser entendida en el contexto de las relaciones políticas y económicas

en las que los donantes internacionales tienen el control sobre el poder.

### **La Historia de la Atención de Salud Rural en Costa Rica y la Participación Comunitaria**

Costa Rica, como casi todos los países latinoamericanos, dedicó un mínimo de los recursos del estado a la salud rural antes de la Segunda Guerra Mundial. Existían muy pocos programas de higiene y sanidad pública financiados por organizaciones de los Estados Unidos como la Fundación Rockefeller y la United Fruit Company<sup>12</sup>. Sus operaciones debían ser supervisadas por la Secretaría de Gobernación y Policía porque una agencia separada de salud pública no fue creada sino en 1922. Tres aspectos de esta historia son importantes para nosotros: los esfuerzos para mejorar la salud rural en Costa Rica han sido frecuentemente emprendidos por iniciativa extranjera con capital extranjero; los servicios de salud de Costa Rica no apoyaban nada que se pareciera a la participación comunitaria hasta que las Naciones Unidas patrocinó un movimiento de participación comunitaria en los años 50; y la participación comunitaria no se convirtió en componente central de los programas de salud hasta los últimos años de la década de los 70. Antes de eso, los programas de salud rural fueron planificados y ejecutados exclusivamente desde arriba hacia abajo, mientras que se esperaba que la gente se mantuviese agradecida y sumisa.

En los primeros 40 años de este siglo la salud rural fue orientada alrededor de la producción de productos exportables, especialmente café y banano. Dos organizaciones de los Estados Unidos, la United Fruit Company y la Fundación Rockefeller, proveyeron grandes cantidades de dinero, equipo, y técnicos expertos para Costa Rica. En las tierras bajas del Atlántico, la United Fruit Company fue la autoridad más importante en salud pública, así como la mayor fuente de empleo. La compañía, con sede principal en Boston, creó un departamento médico en 1905 para controlar la inmensa cantidad de problemas de sanidad y control de enfermedad en las regiones bananeras. Mientras tanto, el programa de

control de anquilostoma de la Fundación Rockefeller que comenzó en el sur de los Estados Unidos, se extendió a otros países incluyendo Costa Rica y el blanco eran los altiplanos en la meseta central donde se producía el café.

Ambas organizaciones vieron el control de enfermedades como la clave para una mejor oportunidad económica. Sus reportes están llenos de imágenes de 'conquista de los trópicos' y de usar la selva para su explotación económica. Se vio la mejora en la salud como un medio para llegar a este fin, en vez de que esta mejora fuera una meta en sí misma. Un cronista de los avances médicos de la United Fruit dijo:

"Una buena salud es un buen negocio en cualquier parte, pero en los trópicos, una buena salud tiene que ser comprada. Esta inversión en salud es un prerequisite para todas las otras inversiones... La United Fruit Company no conduce su departamento médico como una obra de caridad. Por el contrario, al ser la compañía bananera más grande del mundo, ésta está interesada en sus ganancias"<sup>13</sup>

Ya que el servicio médico fue considerado como un gran negocio de inversión en vez de un acto de caridad humanitaria, los doctores de la United Fruit jamás se preocuparon por los de abajo. Esto comprendía distinciones racistas y elitistas. La compañía tenía sus hospitales segregados racialmente y generalmente favorecía al personal norteamericano en lugar de a los trabajadores nativos. Muchas veces no se daban los servicios sanitarios reconocidos a los trabajadores, aparentemente porque la compañía anticipaba una no-conformidad de parte de los trabajadores:

"Hemos provisto de casas con mallas, particularmente a las mejores clases de empleados... Entre los empleados más inteligentes, quienes se dan cuenta de la importancia de las medidas protectoras instituidas, es donde generalmente encontramos un apoyo leal; pero entre los trabajadores sin educación o inteligencia, cuya clase constituye la gran mayoría de nuestros empleados, una cooperación cercana es casi imposible."<sup>14</sup>

El modelo reinante para mejorar la salud rural durante estos años fue estricto hasta el punto de ser militarista. Los programas diseñados por autoridades extranjeras o locales fueron impuestos rígidamente. Había una simple razón para todo esto: los programas de control del mosquito de la United Fruit fueron modela-

dos igual que los desarrollados por el Coronel de la Armada de los Estados Unidos, William Gorgas, quien tuvo éxito en sus esfuerzos para controlar las enfermedades transmitidas por vectores durante la Guerra Americana-Española en 1898 y la construcción del Canal de Panamá. La mentalidad militar mandaba que todos los violadores debían ser castigados. En 1935 un relato denotaba que en una de las plantaciones de la United Fruit la presión para cumplir las medidas higiénicas, "era ejecutada para lidiar con trabajadores que no cooperasen negándoseles el salario, y se administraban sanciones o se imponían multas en contra de gente no empleada descuidada, por magistrados locales"<sup>15</sup>. Se suspendían los salarios de los trabajadores enfermos cuando tenían una condición permanente o se repatriaba a trabajadores incapacitados a sus países de origen (frecuentemente a las Indias Occidentales), aliviando así a la compañía el costo de atención a esta gente.

Se juzgaba que un cumplimiento obligatorio, y no la cooperación voluntaria, era la forma más eficiente de mejorar la salud entre poblaciones analfabetas. La participación comunitaria como se la conoce ahora, probablemente nunca ocupó lugar en las mentes de los médicos norteamericanos y los ingenieros sanitarios enviados a América Central a luchar contra la fiebre de las aguas negras. En efecto, no había ninguna razón para que se considerara la posible intervención de la comunidad local, porque los programas de la United Fruit Company alcanzaban sus metas sin participación comunitaria en la salud. Por ejemplo, la prevalencia de la malaria se redujo en la costa de Costa Rica de un 29% en 1926 a un 12% en 1929, creando así más incentivos para la migración hacia esa área<sup>16</sup>. La población de la provincia de Limón creció de 7484 en 1882 a 32.278 en 1927, de la cual la mayoría eran hombres en busca de trabajo en las plantaciones<sup>17</sup>. Este afluencia de inmigrantes mantenía los salarios bajos y las ganancias altas. Sin los programas de sanidad de la United Fruit, el único puerto de Costa Rica en el Atlántico hubiera seguido siendo la región inhabitable y dominada por enfermedades que había sido desde la Conquista Española.

Las campañas de salud y sanidad de la United Fruit crearon las mismas jerarquías

clastas y raciales presentes en los enclaves de plantaciones de Norteamérica a lo largo de la costa Atlántica de América Central. Se reforzaba mucho el control profesional estricto e institucional sobre el área médica; por ejemplo, no se daban tratamientos a pacientes fuera de las clínicas -- todo trabajador enfermo tenía que ser hospitalizado. Se despreciaba la educación: los trabajadores eran considerados como ineducables e incapaces de apreciar los esfuerzos sanitarios hechos en su favor. Se perpetuó una dependencia internacional en medicina: las políticas de salud y la asistencia financiera eran decididas por el Departamento Médico de la United Fruit con una intervención auxiliar de las autoridades nacionales de salud y ninguna participación de los mismos trabajadores. Las políticas que se ejecutaron más tarde para promover la participación deben ser evaluadas en comparación con estas primeras políticas que incentivaban la dependencia y el control.

### **Políticas en Tiempo de Guerra y Salud Internacional**

La influencia de las agencias internacionales en la atención de salud rural en América Latina se comenzó a consolidar durante la Segunda Guerra Mundial, cuando Nelson A. Rockefeller estableció el Instituto de Asuntos Internacionales (IAA) como parte del esfuerzo militar de los Estados Unidos. Los objetivos del IAA eran de tipo militar, político y económico. Estos incluían el asegurar los intereses militares nacionales de los EEUU en América Latina durante la guerra; remover los elementos fascistas del hemisferio y promover regímenes que mantuviesen buenas relaciones con los EEUU, así como tomar ventaja del bloqueo naval del Atlántico para disminuir la dependencia económica de América Latina en Europa y aumentar su dependencia de los EEUU como un mercado para productos no procesados y una fuente de bienes importados.

Los intereses militares proveían la mayor justificación para el componente de salud del IAA. Rockefeller lo declaró como un programa de cooperación entre los EEUU y América Latina para alcanzar mayor preparación médica. Su "plan hemisférico para la salud" en 1942 fue diseñado para "promover la salud y

defensa del Hemisferio Occidental." Los programas de salud patrocinados por los EEUU "se concentrarían en esas áreas que son consideradas vitales para defender el hemisferio. Estos, por ejemplo, se llevarían a cabo en áreas que tuviesen potencial para el desarrollo del caucho y otros materiales necesarios para nuestro esfuerzo militar"<sup>18</sup>. Los proyectos del IAA incluían el mejorar las fuentes de agua y los sistemas de recolección de basura, la construcción de hospitales en áreas de defensa y el entrenamiento de especialistas latinoamericanos en salud y sanidad. Dillon S. Myer, quien fuera presidente posterior del IAA, explicó que los programas:

"Se crearon para ayudar a la población de América Latina para que ésta se alimenten mejor durante la guerra, para estar seguros de que se pueda proveer comida a nuestro propio Ejército y otra gente que estuvo allí, en vista de la situación de navegación que existía en ese tiempo. El programa de salud se organizó ... para eliminar enfermedades tales como la malaria y otras enfermedades similares en áreas alrededor de minas y otras actividades de defensa en particular"<sup>19</sup>.

La división de salud y sanidad del IAA era conocida en América Latina como el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP), financiada en Costa Rica por los EEUU y por una contrapartida del gobierno de Costa Rica. Desde 1942 hasta 1947, las actividades del SCISP incluían construir y remodelar algunos centros de salud, mejorar los sistemas de agua y sanidad en zonas rurales, ayudar a financiar un hospital para niños, diseñar un hospital para tuberculosis y proveer asistencia técnica al Ministerio de Salud<sup>20</sup>. A los ojos de los empresarios estadounidenses, estos programas tenían un gran potencial económico y de comercio. Por ejemplo, un representante del Departamento de Estado de los EEUU dijo al Congreso:

"[Este programa] significa que habrá mejores mercados para nuestros productos y proveedores más efectivos para nuestras necesidades. Incidentalmente, estos programas tienen un efecto directo en el incremento de la demanda de ciertos productos de los EEUU al introducir y demostrar en gran escala el uso de nuestros equipos de agricultura, nuestros productos farmacéuticos, equipo de hospital, suministro médico y otros más."<sup>21</sup>

Esta retórica imperialista y descarada era característica de esa época, y muestra claramente

que la participación comunitaria no estaba entre las prioridades del involucramiento de los EEUU en el desarrollo rural internacional. El programa del SCISP tenía implicaciones tanto políticas como económicas. Se lo llevó a cabo como una campaña publicitaria cuidadosamente orquestada, diseñada para demostrar los beneficios de una alianza cercana entre los EEUU y Costa Rica. En un memorándum del IIAA al Congreso de los EEUU se dice:

"Se ha dado mucha atención a la información que se ha difundido por toda América Latina sobre el rol que los EEUU está desempeñando en estos programas de cooperación. Se organizan ceremonias públicas cada vez que se completa una escuela, un centro de salud, un sistema de abastecimiento de agua y cada inauguración de oficinas de extensión de agrícolas. El embajador americano atiende personalmente la mayoría de estas ceremonias y la contribución de los EEUU se hace muy clara. Además, la historia de la cooperación amistosa de los EEUU y sus vecinos se repite en resoluciones adoptadas en conferencias interamericanas, discursos de oficiales de gobiernos latinoamericanos, en periódicos y revistas, en panfletos y en la distribución de alrededor de 15 películas que se hicieron durante la guerra."<sup>22</sup>

Muy aparte de su función como líder de la diplomacia internacional, el SCISP también ayudó a la movilización de apoyo para los políticos costarricenses en su país. En los años 40, Costa Rica era una nación en transición, y los políticos necesitaban tener el apoyo de la población rural para construir un electorado nacional viable. Cuando Rafael Angel Calderón Guardia se convirtió en Presidente en 1940, los costarricenses ya estaban sintiendo los efectos de la guerra: "La nación sufrió una suspensión de las fuentes normales de importaciones; su producción doméstica fue presionada por las grandes demandas de una creciente población y por la necesidad de incrementar sus exportaciones hacia Panamá y la Zona del Canal -- su contribución a la causa aliada"<sup>23</sup> Calderón Guardia ejecutó una serie de reformas para calmar la creciente inquietud social, incluyendo el establecimiento del ahora famoso sistema de seguridad social del país<sup>24</sup> Cuando los EEUU ofreció ayuda para el área de salud a las zonas rurales de Costa Rica a través del programa del SCISP, Calderón Guardia vio que su administración podía beneficiarse de la generosidad de los EEUU. Entonces, aceptó la ayuda de los EEUU, para en parte impulsar sus propias ambiciones políticas.

Los políticos costarricenses, durante este período, trataron de incentivar la dependencia y el paternalismo en las áreas rurales, para crear un sentido de identidad nacional y lealtad hacia los partidos políticos. Una de las formas en que hicieron esto fue ofreciendo programas de salud, asistencia a las escuelas y agricultura para recompensar la fidelidad hacia los partidos. Este período marcó los comienzos de la extensa red de bienestar social de Costa Rica, el costo base que paradójicamente proveería al gobierno más tarde un impulso para promover la autonomía comunitaria, la participación y la autodependencia.

Los EEUU también incentivaron la dependencia conscientemente. A medida que los superpoderes entraban en la Guerra Fría en los últimos años de la década de los 40 y los primeros de los 50, los políticos de los EEUU insistían en que las mejoras en los estándares de salud eran como escudos contra el comunismo. Los programas del IIAA podían ser usados, entonces, para apoyar la batalla de los EEUU por obtener la hegemonía política en América Latina. Willard L. Thorp, Secretario Asistente de Estado testificó delante del Congreso:

"Las actividades del IIAA se basan en una cooperación técnica y científica con otras naciones libres del mundo para reforzar las cimientos de su libertad y la nuestra. Esta actividad también tiene un interés propio. Está basada en una evaluación realista de lo que sería una amenaza a nuestra libertad si quienes buscan regir y esclavizar a la humanidad triunfaran en el resto del mundo."<sup>25</sup>

Dillon Myer, Presidente del IIAA en 1949, dijo que la asistencia de salud que los EEUU proporcionó a los gobiernos de América Latina tendría un impacto político favorable:

"Se proveería un tipo de gobierno más estable, del tipo que nosotros hubiéramos querido que se continúe en el Hemisferio Occidental, si pudiéramos proporcionar las bases para que la gente tenga sus estómagos llenos, para eliminar algunas de sus peores enfermedades que hacen que la gente sufra y que afecta sus patrones de trabajo."<sup>26</sup>

Las actividades del IIAA durante la Segunda Guerra Mundial sentaron un precedente para una futura asistencia bilateral entre Costa Rica y los EEUU porque fue ahí cuando se empezó a empuñar la salud como una herramienta para intensificar los intereses políticos, militares, económicos e ideológicos

de los EEUU. Desde este entonces hasta ahora, los programas de salud bilaterales han introducido personal, valores económicos e ideológicas políticas de los EEUU en las áreas rurales de América Latina. Desde los años 40 hasta los 60, estos programas han incentivado el paternalismo y la dependencia al proveer servicios sociales a cambio de apoyo en las elecciones. Esta noción de simbiosis y dependencia mutua está ahora arraigada en las expectativas que los políticos y el electorado rural tienen el uno del otro. Este carácter paternalista, promovido a través de los años por programas de salud nacionales e internacionales, contradice la auto-determinación inherente en el concepto de participación comunitaria en la salud. No debe sorprendernos, entonces, que los oficiales de salud han encontrado tan difícil el alcanzar una participación comunitaria activa y continua en los programas de salud rural.

### **Participación Comunitaria como la Estrategia Internacional de Desarrollo**

La participación comunitaria en el desarrollo rural fue mencionada en primera instancia después de la guerra, cuando la ayuda económica internacional había sido institucionalizada a través de organizaciones multilaterales. Publicaciones que surgieron del movimiento de Desarrollo Comunitario de las Naciones Unidas de los años 50 se referían a la participación comunitaria como un componente adecuado, pero no esencial, en los esfuerzos para el desarrollo rural patrocinados internacionalmente. Al mismo tiempo (y no casualmente), los documentos de salud de Costa Rica comenzaron a citar la necesidad de campañas de educación rural y de los comités comunitarios de salud. La filosofía de Costa Rica era consistente con la estrategia de las Naciones Unidas; esto es que los programas iniciados por el gobierno tendrían una mejor oportunidad de éxito si fueran patrocinados por los futuros beneficiarios, pero procederían de todos modos sin intervención comunitaria. Los documentos de las Naciones Unidas aseveraron que la intervención de la comunidad incentivaría formas políticas democráticas: "Uno de los objetivos de desarrollo más importantes a largo plazo es el de asistir a

gente aislada en zonas rurales para que se conviertan en ciudadanos más efectivos, participando democráticamente en las decisiones sobre políticas tanto nacionales como locales"<sup>27</sup>. El desarrollo rural debería proceder, en los términos de las Naciones Unidas, en una dirección predeterminada por las agencias mismas.

La comunidad de desarrollo internacional discutió las estrategias de participación ya en los años 50, pero la participación comunitaria no funcionó realmente hasta 1966, cuando el Congreso de los Estados Unidos pasó la enmienda del Artículo IX para el Acta de Ayuda Internacional de 1961. El Artículo IX especificaba que los programas administrados a través de la Agencia Internacional de Desarrollo (AID) deberían preocuparse del desarrollo tanto político como económico al establecer instituciones democráticas y entrenar líderes democráticos para el futuro. Con la enmienda del Artículo IX los programas de ayuda internacional de los Estados Unidos explícitamente confirmaban por primera vez la participación popular como el principal medio de alcanzar instituciones políticas democráticas. Existieron algunas razones de por qué una política particular fue promulgada cuando lo fue.

Hubo frustración entre los miembros del Congreso con los programas de la Alianza del Progreso, que trajo masivas infusiones de ayuda de los EEUU a América Latina. Contrariamente a las expectativas, ese dinero ayudó en muchos casos a consolidar la desigualdad social. Algunos legisladores argumentaron que las oligarquías y gobiernos militares podrían haber sido más valiosos para los pobres si la ayuda internacional de los EEUU hubiera sido contingente en la participación de los pobres en la toma de decisiones. Además, la intervención de los EEUU en la guerra de Vietnam continuó su escalada dramática bajo la administración de Johnson. La guerra se hizo muy impopular en los EEUU. Hubo críticas de que el gobierno de los EEUU ponía mucho énfasis en la explotación militar y económica de países subdesarrollados mientras que éstos no compartían los beneficios de riqueza y superioridad tecnológica de este país. Una elevada conciencia política en los EEUU presionó a los legisladores a responder a la inquietud social doméstica, en parte al hacer que la política internacional de los



EEUU fuera más sensible a las preocupaciones populares. Al promover la participación popular fuera del país, el Congreso expresó un mensaje simbólico a los electores de los EEUU de que éste sería igualmente sensible a las opiniones domésticas acerca de los derechos civiles, la Guerra de Vietnam y otros temas nacionales. El Congresista Donald Fraser, quien introdujo la legislación del Artículo IX, testificó delante del Congreso:

"Existe ahora en América, mucha aprehensión entre la gente acerca de la naturaleza de nuestra presente intervención en el extranjero y una incertidumbre angustiosa sobre la forma de las intervenciones en el futuro. Debe encontrarse un objetivo positivo consistente con los ideales americanos y que sea compartido por la mayoría de la gente en el mundo."<sup>28</sup>

Tal objetivo fue la participación comunitaria. El Artículo IX fue designado para hacer más atractivo el apoyo doméstico a la ayuda internacional; este objetivo era más importante que el deseo de hacer algo por los asuntos internos de otros países. Hubo al menos tres maneras por las que el Artículo IX podía aumentar el apoyo del público a la ayuda internacional: 1) al crear un programa de ayuda bilateral completamente bajo la discreción presupuestaria del Congreso de los EEUU, en vez de recurrir a agencias multilaterales; 2) al añadir un componente humanitario a la ayuda internacional, desviando así la atención pública de los aspectos imperialistas y explotadores de los programas, y al mismo tiempo dar a los Congresistas las bases morales para apoyar estas otras formas de ayuda internacional; 3) al demostrar a la comunidad internacional el compromiso de América hacia ideales democráticos, reforzando así la imagen de los EEUU de ser el portador de la libertad.

Con el Artículo IX, los políticos podían determinar las "buenas cosas" que los dólares de los EEUU promovían fuera del país, así por ejemplo enfermeras de programas de salud pública que vacunen niños, voluntarios del Cuerpo de Paz que construyan escuelas y ingenieros agrónomos que entrenen a campesinos para incrementar la producción de sus cosechas. Tal propaganda de relaciones públicas fue usada para esconder la distribución real y las verdaderas prácticas políticas de los programas de ayuda de los EEUU. Por ejemplo Quimby anota que de los 501 técnicos de

salud y sanidad empleados por la AID en 1967, 197 estuvieron en Vietnam y solamente 34 estaban trabajando en toda América Latina<sup>29</sup>.

Las dimensiones políticas e ideológicas del Artículo IX eran claras, a pesar de las débiles protestas de sus proponentes:

"El Congreso y la AID rechazaron explícitamente cualquier insistencia sobre el establecimiento de copias al carbón de las instituciones Americanas u Occidentales. Sin embargo, los programas y actividades dirigidas al incentivo de instituciones democráticas públicas y privadas, al nivel local, provincial y nacional, deberían trabajar para obtener resultados dentro de esos parámetros ... Se deberían establecer instituciones y reforzar aquellas abiertas a los ciudadanos a quienes sirven, receptivas a la influencia de abajo, sensibles a requerimientos y aspiraciones, y aquellas, que en resumen llevan a una base de decisión más amplia y reflejan una organización democrática de esfuerzos populares."<sup>30</sup>

Con esta legislación, el Congreso hizo de la ecuación entre democracia y participación un objetivo de la política internacional de los EEUU. "Las distinciones que aquellos que apoyaban al Artículo IX trataban de trazar entre 'participación popular' y democracia fueron algunas veces. .. un poco más que prestidigitación verbal"<sup>31</sup>, aún así el mandato de incentivar tendencias democráticas contradujo la intención señalada de respetar las diferencias entre estructuras políticas en países diferentes. Los legisladores encontraron muy dificultoso el reconciliar 'respeto hacia la soberanía nacional' con 'el incentivo hacia instituciones democráticas públicas y privadas'. Este dilema se hace particularmente difícil cuando las inversiones de los EEUU se ven amenazadas, cuando grupos en otros países buscan incrementar una representación democrática.

Los problemas surgen cuando la participación amenaza el statu quo, y una participación efectiva inevitablemente alcanza este punto. Por ejemplo, las estrategias de participación pueden dar a la gente pobre las herramientas analíticas y organizacionales para entender las causas sociales de las enfermedades. Reuniones comunitarias organizadas por el Ministerio de Salud en Costa Rica desde 1978 hasta 1980 identificaron la desigualdad en la tenencia de la tierra y el desempleo como graves problemas de salud. Alguna gente comenzó a ver más claro que antes, que la desigualdad social era tolerada y perpetuada por su gobierno. Contrariamente a

las intenciones del gobierno de los EEUU cuando se pasó el Artículo IX, la participación vino a significar agitación política para muchos gobiernos del Tercer Mundo.

### **La Experiencia de Costa Rica con la Participación Comunitaria en Salud**

El famoso programa de salud rural de Costa Rica comenzó en 1973 y continúa hasta el presente. El componente de participación comunitaria de este programa, sin embargo, duró solamente cuatro años, desde 1978 hasta 1982. Este se convirtió en la pieza central de la agenda social del gobierno en 1978, el mismo año que la Alma Ata se reunió. La Conferencia Alma Ata dió un gran impulso a este cambio de política; como un trabajador de salud lo puso, "Todo el mundo en el continente hablaba acerca de la participación comunitaria." Como resultó más tarde, el Alma Ata también proveyó la justificación que el Presidente Rodrigo Carazo necesitaba para realizar una de sus objetivos políticos. Su administración de 1978-82 fue la primera en ocho años que no fuera controlada por el partido social demócrata, Partido Liberación Nacional (PLN), y Carazo quería que su partido tuviera crédito por la atención primaria de salud. Carazo escogió el hacer de la participación comunitaria en la salud su prioridad más alta en el bienestar social, haciendo propaganda de su programa tanto en su país como afuera.

El Vice-Ministro de Salud de Carazo fue citado en los periódicos diciendo que 1980 sería el "año de consolidación" del "Plan Nacional de Participación en Salud." El Ministro de Salud actuó rápidamente. Una nueva sección, conocida como la Unidad de Participación Popular (UPP), contrató a más de 40 empleados. El primer objetivo de la UPP era el de conducir lo que ellos llamaban "un diagnóstico de comunidad" en cada cantón para saber lo que la gente percibía como sus problemas más graves de salud. La UPP condujo el diagnóstico en 43 cantones rurales, cubriendo más de la mitad de los cantones del país. Planes escritos conjuntamente entre el estado y las comunidades exponían las que podían ser soluciones viables para los

problemas diagnosticados. Los planes eran ambiciosos, muchas veces involucrando a algunos ministerios de gobierno y dirigiéndose a problemas de sistema fuera del área de salud tales como desempleo, vivienda y tenencia de la tierra. No es sorprendente entonces que el diagnosticar los problemas fue más fácil que el resolverlos. Un antiguo empleado de la UPP estimó que entre 1978 y 1982 el estado cumplió con una quinta parte de las reformas prometidas (los archivos de la UPP fueron quemados después del cambio de gobierno en 1982, de tal manera que no existe ningún récord de lo que se prometió o cumplió en cada cantón). A pesar del bajo nivel de continuidad, los métodos de la UPP fueron muy respetados en las áreas rurales, donde los residentes felicitaban el deseo del estado de oír al pueblo.

Además del trabajo de desarrollo comunitario, el Ministerio de Salud de Carazo fortaleció las estructuras administrativas de la participación comunitaria en un intento de formalizar los cambios filosóficos. Los servicios de salud per se no cambiaron, pero los organizadores de la UPP crearon comités de salud dondequiera que había un puesto de salud. (Los comités de salud fueron inicialmente creados en la administración anterior, pero muchos se desintegraron desde entonces.) Representantes de los comités fueron organizados en asociaciones a nivel de cantón (Asociaciones Cantonales de Salud), las cuales a la vez formaban federaciones regionales (Federaciones Regionales de Salud). El paso final y el de mayor importancia en la pirámide fue la formación de una Confederación Nacional de Salud que se inauguró en abril de 1982, solamente tres semanas antes de que Carazo dejara la presidencia. El Doctor Héctor Acuña, director de la Organización Panamericana de la Salud, en Washington, estaba entre los dignatarios que asistieron a la ceremonia de inauguración que tuvo lugar en el prestigioso Teatro Nacional. La publicidad que se le dió a la ceremonia fue obviamente diseñada para que ésta se mantuviera en la mente del público costarricense y de los observadores internacionales, tal vez para deliberadamente prevenir que el programa fuera suprimido por la próxima administración.

Sin embargo, nada podía garantizar el futuro de la participación comunitaria, ni

rituales, ni cambios administrativos. Cuando Luis Alberto Monge del PLN fue proclamado presidente en mayo de 1982, éste inspeccionó la eliminación de la participación comunitaria en salud. El Ministro de Salud entrante se rehusó a reconocer el estatus legal de las asociaciones cantonales de Carazo, las federaciones nacionales y la confederación nacional. Solamente los comités de salud rural permanecieron intactos, puesto que éstos servían a la función utilitaria de proveer suministros y de pagar los gastos de los puestos de salud. El presupuesto de la UPP fue suspendido y sus oficinas se cambiaron de la soleada planta alta del Ministerio de Salud a un sótano húmedo y sin ventanas. El nuevo ministro insistió en que la UPP había sido motivada políticamente y dijo que él no quería saber nada de la participación comunitaria en salud. En las palabras de un antiguo empleado de la UPP, "el dijo que hasta el nombre del programa era desagradable, sonaba ideológicamente peligroso." Aparentemente el Ministro asoció la frase "participación popular" con el partido político izquierdista, Vanguardia Popular, así que se cambió el nombre a Programa de Promoción y Fomento de la Comunidad (conocido como PROFOCO). Sin dinero y sin alguien que les dirigiese, los empleados de PROFOCO encontraron empleos más gratificantes. Cinco empleados desalentados eran los que quedaban cuando el Ministro desmanteló secretamente PROFOCO en 1985.

El nuevo Ministro de Salud debió haberse sentido incómodo con el prospecto de erradicar completamente la participación comunitaria, por lo que en 1983 creó un sustituto de PROFOCO, las Juntas de Salud y Seguridad Social (JSSS), una en cada cantón<sup>32</sup>. Cada JSSS estaba formada por siete miembros escogidos por el Ministro. Puesto que las JSSS fueron creadas por decreto ejecutivo, el tema no fue discutido públicamente ni en la Asamblea Legislativa. Ochenta y una JSSS fueron creadas de acuerdo con la ley, pero un año más tarde 60 de ellas habían desaparecido. Algunas personas a las que entrevisté para este estudio consideraban que las JSSS eran "históricamente retrógradas" en comparación con el programa de la UPP, porque los miembros de las JSSS eran escogidos en vez de ser elegidos, los grupos eran dirigidos por profesionales en el área de salud en lugar de miembros de la comu-

nidad, y se negaba a la comunidad cualquier aparente poder en la toma de decisiones. Por todas las razones, las JSSS eran un pobre sustituto del proceso de participación comunitaria que se comenzó durante la administración anterior.

### **¿Por qué la desaparición de la participación comunitaria?**

La desaparición de la participación comunitaria es explicada alternativamente como pragmática, conspiratoria, inepta, o inspirada, pero ninguna de estas razones explica completamente la decisión de la administración Monge de desmantelar el programa. Conflictos entre partidos políticos, amenazas contra la estabilidad política percibida por las élites nacionales, recesión económica y cambios de política por las agencias internacionales fueron las causas de que la participación comunitaria fuera menos deseada en 1982 que lo que había sido en los años 70. Finalmente, la historia y la política económica global no favorecían el éxito de la participación comunitaria en la salud.

### **Políticas Partidistas**

El Partido de Liberación Nacional encontró algunas buenas razones para justificar la eliminación de la participación comunitaria. Algunos liberacionistas simplemente no querían una parte del programa favorito de sus oponentes. Más allá de eso, ellos se dieron cuenta de que el 80% de las promesas hechas en el despertar de los diagnósticos de comunidad de la UPP no se habían cumplido, así que un interés económico propio les llevó a distanciarse de los compromisos de la UPP. Algunos liberacionistas señalaron que Carazo había dejado al país en una confusión económica, y hasta había cerrado algunos centros de salud rural para ahorrar dinero<sup>33</sup>, "¿No es la salud una parte integral de la justicia social?" preguntó un ex-oficial de salud del PLN "No puede haber democracia donde no existe justicia social, y no puede haber justicia social donde se perjudica a los servicios de salud." Los programas de participación comunitaria

de Carazo parecían poco sinceros y falsos, dijo él, al ser examinados a la luz de los cortes de presupuesto y servicios que Carazo autorizó.

A los miembros del PLN que se oponían a la participación comunitaria se unieron otros del partido de Carazo de su misma coalición Social Cristiana. La UPP había sido planeada y administrada por un grupo pequeño y muy unido de la rama de izquierda del partido, quienes defendieron la participación comunitaria en contra de los deseos de muchos miembros de la corriente principal del partido. Aún el Ministro de Salud de Carazo tenía reservas en cuanto al trabajo de la UPP; éste brillaba por su ausencia en los eventos más publicitados que celebraban participación comunitaria. Muchos observadores me informaron que la participación comunitaria era inconsistente con la mayor parte de la plataforma política de Carazo, que enfatizaba un conservadurismo fiscal y prácticas antiparticipatorias de trabajo. En efecto, la fuerte destrucción de sindicatos apoyada por la administración de Carazo<sup>34</sup> hace de la participación en salud una aberración.

La controversia sobre participación comunitaria revela sismas sociales que algunas veces fueron más allá de los partidarios políticos. Por ejemplo, los doctores se preocupaban de que su control profesional pudiera ser amenazado por asistentes paraprofesionales de salud. Los organizadores de los dos grandes partidos políticos sospechaban que sus oponentes usaban la participación comunitaria como una forma secreta de fortificar sus bases políticas rurales. Los comunistas sospechaban que el gobierno estaba usando la participación para explotar a los campesinos y el proletariado rural, y los anticomunistas empedernidos creían que los comunistas estaban detrás de todo esto. Cada grupo percibía la participación comunitaria como potencialmente, sino realmente, dañina sus intereses.

### **La estabilidad política amenazada**

La participación comunitaria fracasó en parte porque parecía estar destinada al éxito. Algunos comités de salud rural se reunían irregularmente, a lo mucho, o limitaban su trabajo a actividades inofensivas para reunir fondos (juegos de bingo y rifas se encontra-

ban entre los favoritos). Pero para 1982 algunos cantones habían construido asociaciones de salud activas, las cuales estaban dirigiendo movimientos comunitarios sociales, independientes y sin partidismo. En San Ramón, por ejemplo, los comités locales de salud analizaban cada muerte infantil, concluyendo en un momento dado que la mortalidad infantil se hallaba fuertemente asociada con la pobreza y el desempleo<sup>35</sup>. Este tipo de conocimiento permitió a los miembros de la comunidad decir a los políticos que algunos problemas de salud podían ser resueltos al crear trabajos. Estos intentos para convencer a los políticos alertaron a las élites locales hacia el hecho de que la participación en la salud podía amenazar sus privilegios. Formas de participación utilitarias fueron permitidas y alentadas por el estado, pero la participación activa e independiente vino a ser vista como agitación social, disidencia mal recibida, sin importar qué partido se encontrara en el poder ejecutivo.

### **Cambios económicos y política internacional**

La crisis económica de Costa Rica se volvió aguda en 1980 y cortes en el presupuesto afectaron directamente la definición de la participación comunitaria utilizada por los trabajadores de salud del gobierno. Antes de 1980 el Ministerio de Salud había definido la participación como una alianza entre el gobierno y la población rural y marginada, una manera de vencer al paternalismo al unir recursos para dedicarse a problemas de salud. Con el cada vez peor estado económico, sin embargo, el gobierno cambió su estilo, afirmando que los individuos y las comunidades debían asumir una mayor responsabilidad por la salud al comer adecuadamente, dejar de fumar cigarrillos, hacer más ejercicio, usar instalaciones de salud apropiadamente y demás. Estos cambios ayudarían al gobierno a reducir los costos de la atención médica, pero también marcaban un cambio ideológico que podría ser llamado "reconcentración descendente"<sup>36</sup>, a medida que el estado intentaba abdicar a su responsabilidad hacia la salud al pasarla hacia el individuo. Hacer dieta podría reemplazar a la participación comunitaria como un acto de patriotismo.

## Conclusión

Debates nacionales sobre la participación comunitaria en salud deben ser evaluados en un contexto amplio que incluya la historia, política y la economía internacionales. A lo largo del siglo XX, los programas de salud rurales de Costa Rica han enfatizado siempre la obediencia comunitaria sobre la intervención comunitaria y el énfasis en la participación de 1978-82 no fue una excepción puesto que la participación era, esencialmente, obligatoria. Estaba basada en edictos internacionales, luego en nacionales, más que en esfuerzos de las bases y fue aplicada de una manera que mantenía el control gubernamental sobre la iniciativas de participación. Cuando las agencias internacionales de ayuda comenzaron a promover la participación comunitaria en salud, ignoraron una larga historia de programas de salud rural no participativos, así como ignoran el hecho de que las comunidades rurales habían estado siempre involucradas en su propia atención de salud a través de su medicina tradicional y un comportamiento que realizaba la salud. La participación patrocinada por el gobierno debe haber confundido a estos residentes rurales autosuficientes, especialmente porque su aporte nunca había sido solicitado anteriormente. Costa Rica no tenía habitualmente un precedente histórico para promover la participación comunitaria en salud, pero sí tenía un patrón fuerte de permitir a las organizaciones internacionales dirigir el curso de la política rural.

La dependencia en las iniciativas internacionales explica por qué la participación comunitaria comenzó en 1978; también explica por qué el gobierno de Costa Rica pudo desechar el programa a inicios de la década de los 80. Respondiendo al inestable clima económico mundial en 1980-81 y a los reportes del gobierno de insatisfacción con la participación comunitaria, la OMS y UNICEF calladamente cambiaron sus prioridades de la participación comunitaria hacia otras áreas. La retórica de la participación continuó siendo importante, por un tiempo, pero en términos prácticos la iniciativa había declinado para 1982. Las comunidades rurales fueron abandonadas como habían estado siempre, dependiendo de su propia

ingenuidad y sin el privilegio de la toma de decisiones de la política sobre la salud.

Esta investigación apoya aquellos recuentos similares en la literatura crítica de los bases ideológicos de la participación comunitaria en salud. De acuerdo a lo definido y puesto en práctica por las agencias de desarrollo internacionales en conjunto con las élites nacionales, la participación patrocinada por el gobierno ha sido un mecanismo ideológico a través del cual, sectores de las clases gobernantes tratan de perpetuar una ilusión de democracia, legitimizando de esta manera su gobierno. Tan pronto como la participación comienza a amenazar las relaciones de poder existentes, es detenida, y algunas veces reprimida violentamente. Sin embargo, la participación activa es inherentemente, inevitablemente "subversiva" porque incentiva a la gente a confrontar las causas fundamentales de pobreza, además motiva disensión y ofrece esperanzas de un cambio positivo. Por estas razones, la participación comunitaria será atacada por aquellos que se han beneficiado por las relaciones sociales existentes en el campo, incluyendo, paradójicamente, las élites nacionales y las agencias internacionales que promovieron el concepto en un primer momento.

## Agradecimientos

La investigación para este trabajo fue financiada por una beca Fulbright-Hays para la investigación en el extranjero de una disertación doctoral, por una beca de investigación de Sigma XI, The Scientific Research Society y el Fondo Robert H. Lowie de la Universidad de California, Berkeley, Departamento de Antropología. Mis agradecimientos a Hans Baer y a James Trostle por sus valiosos comentarios sobre este trabajo. Gracias también a Consuelo Fernández por la traducción al castellano.

## Notas

1. Harrison P. *Success story*. *World Health* Feb.-Mar. 1980.
2. Villegas H. Extensión de la cobertura de salud en Costa Rica. *Biol. Oficina Sanit. Panam.* 83, 1977.

3. Pan American Health Organization. *Community Participation in Health and Development in the Americas*. Scientific Publ. No. 473, Washington, d.C.
4. Ministerio de Salud, Costa Rica. *Salud en Costa Rica: Evaluación de la situación en la década de los años 70*. Ministerio de Salud, San José, 1981.
5. World Health Organization y UNICEF. *Primary Health Care*, p. 3 World Health Organization, Geneva, 1978.
6. Foster G. M. World Health Organization behavioral science research; problems and prospects. *Soc. Sci. Med.* 24, 716, 1987.
7. Navarro V. A critique of the ideological and political positions of the Willy Brandt Report and the WHO Alma Ata Declaratin. *Soc. Sci. Med.* 18, 469, 1984.
8. Ugalde A. Ideological dimensions of community participation in Latin American health programs *Soc. Sci. Med.* 21, 1985.
9. Cohen S. (Ed.) *Debaters' Comments on "Inquiry into Participation: A Research Approach"* (by Pearse A. and Stiefel M.). *Popular Participation Programme Occasional paper*, Report No. 80.5, p. 21. United Nations Research Institute for Social Development, Geneva, 1980.
10. Bergsma H. Comments. In *Debaters' Comments on "Inquiry into Participation: A Research Approach"* (by Pearse A. and Stiefel M.). *Popular Participation Programme Occasional paper*, Report No. 80.5, p. 71. United Nations Research Institute for Social Development, Generava, 1980.
11. Justice J. The bureaucratic context of international health: a social scientist's view. *Soc. Sci. Med.* 25, 1301-1302, 1987.
12. Morgan L. M. The politics of primary health care in Costa Rica. Tesis de grado en Antropología Medica. University of California, Berkeley y San Francisco, Calif., 1987.
13. Wilson C. M. *Ambassadors in White: The Story of American Tropical Medicine*, Holt, New York, 1942.
14. United Fruit Company. *Medical Department Annual Report*, p. 6. United Fruit Company, Boston, Mass., 1921.
15. Kepner C. D. Jr. y Soothill J. H. *The Banana Empire*, p. 113. Russell & Russell, New York, 1935.
16. United Fruit Company. *Medical Department Annual Report*, p.95. United Fruit Company, Boston, Mass., 1929.
17. Casey Gaspar J. Limón: 1980-1940, *Un Estudio de la Industria Bananera en Costa Rica*, p. 215. Editorial Costa Rica, San José, 1979.
18. Hemisphere plan for health set up, *New York Times*, p. 15, 6 March, 1942.
19. United States Congress. *Committee on Foreign Affairs, Institute of Inter-American Affairs. Hearings before a special subcommittee, 81st Congress, 1st Session*, on H. R. 2957, p. 15, 5, 6, 11 July, 1949.
20. Ministerio de Salud, Costa Rica. *Memoria Anual*, pp. 30-32. Ministerio de Salud, San José, 1977.
21. Uniteds. Congress, Op. cit. p. 3.
22. *Ibidem*, p. 79.
23. Bell J. P. *Crisis en Costa Rica: The 1948 Revolution* University of Texas Press, Austin, Tex., 1971.
24. Ver Rosenberg M. Social reform in Costa Rica: social security and the presidency of Rafael Angel Calderón. *Hispanic American Historical Review* 61, 1981.
25. United States Congress. Op. cit. pp. 1-2.
26. *Ibidem* p. 13.
27. United Nations. *Principles of community development: social progress through local action*. Economic and Social Council, Social Commission, Tenth Session, p. 9, Document E/CN.5/303, 31 Jaanuary, 1955.
28. United States Congress. *International Health Agency Act of 1971*. Hearings before the Audiencias previas del Subcomité sobre Organizaciones Internacionales y Monumentos del Comité de Asuntos Exteriores. 92nd Congress, 1st Session, on H.R. 10042, p. 2, 2, 3, 4 August; 6, 7 and 12 October, 1971.
29. Quimby F. H. *The Politics of Global Health*. Preparado por el Subcomité sobre Políticas de Seguridad Nacional y Desarrollo científico del comité de Asuntos Exteriores, pp. 48-49. U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1971.
30. Hapgood D. (Ed.) *The Role of Popular Participation in Development: Report of a Conference on the Implementation of Title IX of the Foreign Assistance Act*, 24 June- 2 August, 1968, pp. 29-30. MIT Press, Cambridge, Mass., 1969.
31. Packenham R. H. *Liberal America and the Third World*. Princeton Univesity Press, Princeton, N.J., 1973.
32. Jaramillo Antillón, J. Changes in health care strategies in Costa Rica. *Pan Am. Hlth Org. Bull.* 21, 1987.
33. Mesa-Lago C. Health care in Costa Rica: boom and crisis. *Soc. Sci. Med.* 21, 1985.

34. Ver Camacho D. *et al. Desarrollo del Movimiento Sindical en Costa Rica*. Editorial Universidad de Costa Rica, San José, 1985.
35. Alvarez Salazar H. M., Espinoza Hernandez F. y Jiménez Camareno M. *Participación Popular en Programas de Salud en la Comunidad "Hospital sin Paredes"*. Tesis para licenciatura en Trabajo Social, Universidad de Costa Rica, 1982.
36. Ver McKinlay J. B. A case for refocussing upstream: the political economy of illness. *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives* (Conrad P. y Kern R.), pp. 613-633. St Martin's Press, New York, 1981.
37. Heggenhougen H. K. Will primary health care efforts be allowed to succeed? *Soc. Sci. Med.* 19, 1984.