

# UNA MIRADA DESDE LA SALUD INTERCULTURAL EN PROGRAMAS DE COOPERACIÓN AL DESARROLLO

**A view from the perspective of intercultural health  
in development cooperation programs**

**Montserrat Pulido Fuentes**  
**Universidad de Castilla-La Mancha, España**

**Resumen:** La dificultad y la complejidad que conlleva hablar de salud intercultural hace necesario que se aborde el tema con rigurosidad y desde estudios sobre el terreno. Este artículo trata de contribuir en el análisis y el estudio de la salud intercultural, de forma particular en América Latina, donde los procesos de capacitación inmersos en proyectos de desarrollo, lejos de trazar puentes entre los diferentes sistemas médicos, persiguen hegemonizar el modelo biomédico participando en el mantenimiento de relaciones etnocéntricas y asimétricas.

**Palabras clave:** intercultural, cooperación al desarrollo, salud, Amazonía, competencia cultural.

**Abstract:** The difficulty and complexity of talking about intercultural health makes it necessary to exercise rigor and consult case studies. This article seeks to contribute to the analysis and study of intercultural health, particularly in Latin America where the training processes involved in development projects, far removed from the building of bridges between different medical systems, seek to hegemonize the biomedical model by contributing to the maintenance of ethnocentric and asymmetrical relations.

**Keywords:** intercultural, development cooperation, health, cultural competence, Amazonia.

## Introducción

El presente artículo trata de exponer la influencia de los proyectos de cooperación al desarrollo en las poblaciones indígenas y sus condiciones de vida relacionadas con la salud, teniendo en cuenta esa perspectiva intercultural que, por otro lado, trata de inculcarse desde las políticas nacionales e internacionales, y es promovida por las agencias de desarrollo.

El trabajo de campo como antropóloga voluntaria —investigadora y enfermera occidental—, durante los años 2008-2010, en un proyecto de cooperación internacional al desarrollo para la promoción de la salud, que una organización española desarrolla en parte de la Amazonía ecuatoriana, permite realizar un análisis profundo sobre lo que se viene debatiendo en torno a la salud intercultural y su posible relación con la eficacia de los proyectos de cooperación (Pulido Fuentes, 2010). Esta mirada, en un gesto casi de desdoblamiento, permite transmitir el desfase que en este sentido se experimenta por no estar a tono con el ambiente, con el tiempo y con la gente que te rodea, y a pesar de la capacidad de adaptación que se pueda desarrollar, como agentes externos, nuestra presencia genera y provoca cambios. Esto no impide que se intente en todo momento ponerse a disposición de los agentes locales y ser respetuosos con los patrones culturales, que debe ser la forma de abordar este tipo de situaciones: «la posición epistémica del antropólogo es muy diferente a la del profesional de la salud, ya que el primero no está vinculado a ningún tipo de rol terapéutico» (Martínez, 2008: 66).

¿Qué ocurre en aquellos casos en los que nos presentamos en el terreno desde las dos perspectivas? La participación como antropóloga y sanitaria abre el debate ya iniciado en la academia sobre cómo estar presente en el campo con los diferentes roles profesionales con los que muchos investigadores se han acercado a reflexionar. Y la cuestión planteada ha sido saber si los antropólogos serían capaces de cumplir con los objetivos y principios de su disciplina y, al mismo tiempo, de colaborar con las agencias de desarrollo y, en concreto, en proyectos de cooperación internacional en el ámbito de la salud, más allá de los dilemas éticos que podamos sospechar que puede presentar este tipo de abordajes, y que deben ponerse de manifiesto para lograr entender también el proceso de investigación. Alcanzamos a señalar que somos al mismo tiempo sujeto y objeto de estudio, con las ventajas e inconvenientes que ello implica, y que es necesario explicitar dicha circunstancia para no tener desengaños.

Las limitaciones de la biomedicina, y sus aplicaciones en los diferentes contextos multiculturales, han tratado de subsanarse con metodologías cualitativas de investigación (Comelles, 2004: 22). La etnografía, arropada de todo aquello que la caracteriza —es decir, la observación participante como técnica de recogida de información, la entrevista cualitativa, el diario de campo, la consideración de la perspectiva *emic* y *etic*—, se convierte en una de las metodologías de investigación más apropiadas para profundizar y tratar de dar luz a un tema que camina entre claroscuros, y que no resulta fácil abordar desde miradas y posi-

cionamientos un tanto asépticos. En este sentido, actualmente se están poniendo los acentos en la formación de los profesionales de la salud con relación a la interculturalidad, tratando que adquieran lo que se ha venido reconociendo como competencia cultural.

## 1. Cultura sanitaria e interculturalidad

La cultura sanitaria se ha construido considerando el rol pasivo del paciente, sea en el interior de un hospital urbano, un puesto de salud rural o una posta sanitaria andina; se trate de personal de salud colono o agentes de desarrollo, que también han construido la imagen del receptor pasivo, con poco espacio para la participación y con pocas posibilidades para opinar sobre su propio destino. Para el caso africano, Nerín afirma que las políticas sanitarias —además de las educativas, económicas, industriales y agrarias— están más condicionadas por los dictámenes de la cooperación que por la voluntad de las propias poblaciones: «los occidentales lo deciden todo y los africanos son espectadores pasivos» (Nerín, 2011: 160).

A los centros sanitarios se acude con todo el bagaje cultural, con las preconcepciones de origen sobre la salud y la enfermedad, con estrategias dispares de acceso a las diferentes terapias. Por tanto, se debe reflexionar sobre las relaciones que se establecen entre el personal de salud y el paciente en todo tipo de situaciones, y con mucho más rigor si cabe en contextos interculturales. Tendremos en cuenta lo que Denoux considera como el principio fundamental de la interculturalidad: la implicación de la diferencia cultural de los sujetos en interacción. Al hablar de salud intercultural, de medicina intercultural, se hará alusión al proceso terapéutico, y como tal al espacio de interacción, comunicativo y de colaboración entre el que consulta y solicita ayuda para resolver un problema de salud o una situación, y el asesor, orientador o consejero al que se considera cualificado para ayudarlo. Hay que tener en cuenta que cualquier contexto ya es intercultural, pues el personal de salud pertenece a una cultura diferente de la del paciente en cuanto que su visión del proceso salud-enfermedad-atención es distinta, con lo cual el nivel de exigencia debe mantenerse en todo ejercicio de la práctica sanitaria (Denoux, 1994: 72).

Para los objetivos de este trabajo haremos especial referencia al personal de salud de origen occidental y con formación biomédica, como principales portadores, junto con los agentes de desarrollo, de los principios de los proyectos de cooperación en salud, siendo los receptores personas de diferente cultura con los que trata de establecerse una relación de diálogo, con búsqueda de consenso y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto sean satisfactorios para ambas partes (Campos, 2004: 153).

Tampoco podemos considerar que cualquier situación intercultural implique una relación y un proceso de interculturación, pues en ocasiones lo que se produce es una interacción a nivel técnico, incluso a nivel laboral, sin entrar en jue-

go las concepciones y lógicas de ambas culturas. Aparece así un tercer espacio, que acoge la relativización de ambas posturas, de sus concepciones, representaciones y prácticas, resultado de la relación; es lo que Denoux llamó la «metabolización de la diferencia» (Denoux, 1994).

En nuestro caso, los promotores de salud, y en ocasiones los auxiliares de enfermería, establecen, a modo de contrato social, una relación con la comunidad, habitando un tercer espacio «marginal», a medio camino entre un modelo biomédico que marca las pautas de los proyectos de cooperación y un modelo de salud local que subsiste y es visible, incluso hegemónico, para aquellos que encuentran las respuestas a sus consultas y a sus preguntas: la población achuar.

No se puede hablar de culturas como entidades monolíticas y prerreflexivas; el contacto entre ellas produce constantemente hibridaciones, préstamos, apropiaciones selectivas de ciertos elementos de las culturas tanto hegemónicas como no hegemónicas, junto con rechazos selectivos de unas y otras. Nunca tiene lugar ni la total asimilación ni la total destrucción de una cultura respecto a la otra: también las culturas hegemónicas son siempre en alguna medida penetradas por las que no lo son. Knipper considera que el reto de la medicina intercultural consiste en el empleo consciente e instructivo de categorías básicas como cultura y etnicidad, pues quedará mucho por hacer mientras dichas categorías no dejen de ser percibidas como exóticas, aptas para excluirlas, por ejemplo, en sistemas e instituciones paralelas a la «medicina académica», como son las propuestas de desarrollo. En este sentido, los requisitos encontrados en diferentes agencias de cooperación confirmando que los agentes de desarrollo deben tener cierta afinidad por la cultura, así como las afirmaciones de voluntarios y/o cooperantes señalando que «los agentes tienen entre sus aficiones conocer otras culturas», ponen de relieve el sentido de mercancía que se adscribió al término de desarrollo en busca de nuevos mercados, y por tanto las relaciones de poder implícitas (Knipper, 2006: 427).

El antropólogo casi siempre pertenece a una cultura distinta a la estudiada, y los grupos estudiados han estado sujetos a situaciones coloniales, después al subdesarrollo económico y social, dando cuenta de las más negativas consecuencias de las relaciones interculturales en términos de etnocidio, siendo el carácter económico y político determinante en los estudios entre grupos diferentes (Bonfil, 1981: 15).

El trabajo de enfermera me ha permitido tener acceso a determinados espacios que de otro modo no me hubiera sido posible, pero ello también ha condicionado la mirada. Por otro lado, resulta fácil comprobar la interiorización de los años de experiencia profesional en el ámbito occidental, y en ocasiones resulta complicado despojarse del «uniforme cultural». Tanto los profesionales de la salud como los agentes de desarrollo reciben una cultura, una educación, un adiestramiento, que adquieren y aprenden durante el proceso formativo en facultades y universidades, los primeros, y en cursos de sensibilización, estudios de posgrado, etc., los segundos, lo que implica la consecución de un *modus*

*operandi* que debe procurar encontrar un tercer espacio neutro donde confluyan las diferencias.

## 2. Diagnóstico comunitario

En la frontera entre Perú y Ecuador se encuentra una zona de selva amazónica donde perviven pobladores jíbaros o aínas, concretamente los achuar de la provincia Morona Santiago, de Ecuador, receptores del proyecto de promoción de la salud mencionado. Junto con sus hermanos shuar y awajun o ahuarunas, con los cuales no existe una separación estricta, constituyen la familia jíbara o aínas. El territorio actual de los achuar está dividido por la frontera de estos dos países. El Tratado de Paz entre Perú y Ecuador, firmado en octubre de 1998, trató de favorecer la unidad de este pueblo indígena, persistiendo una frontera política vigilada a un lado y a otro por militares. Sin embargo, según refieren los propios achuar, el paso a través de esta barrera parece haber quedado reducido tras los trámites fronterizos que hicieron disminuir estos trasiegos en años anteriores.

El pueblo achuar se encuentra amarrado en sus quehaceres diarios; las mujeres, además del cuidado de los hijos, son las que atienden las chacras o huertas de las que extraen los principales productos que les permiten subsistir, junto a la caza y la pesca, tareas que realiza el hombre. Las comunidades indígenas son estructuras con autoridad propia, el síndico, para administrar el territorio en el que viven. A su vez, se organizan en parroquias, y la principal vía de acceso es por avión desde la ciudad de Macas, capital de la provincia de Morona Santiago, donde la población shuar es mayoritaria frente a los achuar, los cuales cada vez más abandonan la selva para dirigirse a estas ciudades en busca de nuevos atractivos.

El proyecto de promoción de la salud se desarrolla en colaboración con el personal de salud local, auxiliares de enfermería, microscopistas y con una médica ecuatoriana dependiente del Ministerio de Sanidad, que lleva trabajando en la zona más de quince años y que es quien marca las pautas de actuación. Este personal realiza su trabajo en cuatro puestos de salud distribuidos por el territorio y en un subcentro de salud de referencia que hace las veces de un pequeño hospital, donde quedan ingresados algunos pacientes y donde la médica realiza la mayor parte de su trabajo asistencial.

La medicina indígena cuenta con sus propios medios de diagnóstico y recursos terapéuticos, entre los cuales destacan las ceremonias rituales o el uso de diversas plantas medicinales. Los límites entre las diversas categorías de dolencias no quedan claramente delimitados, del mismo modo que se diluyen los confines de cada uno de los terapeutas derivados *a priori* en grados diversos del modelo chamánico, gobernado por dos principios: la exterioridad de la causa del mal, y las semejanzas entre estos y los agentes de curación (Descola, 2005: 235). Lo que correspondería a la figura del médico es lo que los indígenas en

esta zona conocen como el «hombre de sabiduría», o *uwishin*, que no solo tiene importancia a nivel sanitario sino que juega un papel importante dentro de la comunidad, ya que debe ofrecer protección y mantener el equilibrio social y del individuo a través de la naturaleza, obteniendo así un poder considerable sobre los miembros de la comunidad.

Un tercer escalón en la medicina achuar lo componen todos los enseres, fármacos, mobiliarios, útiles, remedios y lenguajes que la medicina occidental ha acarreado con las mejores intenciones. Al hablar de medicina indígena no debe suponerse sin más que esta se encuentre en las aldeas indígenas; en cierto sentido, la medicina está allí donde los pacientes —principales protagonistas de la medicina, por mucho que suela obviárseles— la buscan (Calavia, 2004: 169).

En el caso que nos ocupa debemos tener en cuenta —evitando los presupuestos primitivistas que con frecuencia siguen manifestándose cuando se habla de pequeñas poblaciones del interior de la Amazonía— que el panorama de la medicina indígena estaría incompleto si no nos acordásemos de incluir el uso que los indígenas hacen de la biomedicina. No solo estaría incompleto sino que, al ser la más vistosa, la menos oculta, es difícil no dar cuenta de ella, aunque pretendiéramos excluirla de lo que los puristas puedan entender como medicina achuar.

A partir de aquí, tal y como propone Fernández, debe prevalecer el diálogo entre las diferentes posturas que se encuentran en el proceso de salud-enfermedad-atención, la del paciente y la de todas las figuras de salud implicadas. También el debate entre los distintos modelos de salud que en este contexto se dan, y partir también del reconocimiento de todos ellos y de la valía de lo que cada uno de ellos puede ofrecer (Fernández, 2004: 10).

Debido a las condiciones del territorio, de aislamiento y dureza, además de las particularidades culturales, no se ha conseguido que se establezca personal de salud colono en el lugar, puesto que no quieren trabajar en estas zonas de forma continuada. Por periodos intermitentes se ha conseguido que trabajen una enfermera y un médico, que han permanecido en uno de los puestos de salud durante el trabajo de investigación. A pesar de todo, sorprende la capacidad de adaptación del personal de salud colono; la enfermera, que llevaba algo más de un año, participaba en tareas comunitarias y se esforzaba en el aprendizaje de la lengua local. El médico era un joven recién licenciado que tan solo llevaba allí un mes; para él suponía un trabajo temporal para no quedarse descolgado en la carrera médica y que, como otros profesionales, terminará marchándose, puesto que es de origen colono y no se acostumbra al modo de vida local. Una de las enfermeras que se marchó alegó problemas familiares. Otros motivos aducidos han sido no estar dispuestos a trabajar con «salvajes» y con alguien que tiene unas costumbres muy arraigadas. Dada la enorme dificultad para encontrar a profesionales que quieran trabajar con población achuar, desde el Ministerio de Salud se intenta gratificar, de algún modo y cuando es posible, a todo el personal de salud que cubra estos puestos. Debido a estas consideraciones culturales, sumadas a la situación geográfica, económica y de

género, los miembros de la población utilizan poco los servicios de salud existentes en la zona.

El proyecto de promoción de la salud mencionado plantea como uno de sus principales objetivos la constitución y capacitación de una red de promotores de salud y el reparto de botiquines comunitarios, para, entre otros aspectos, mejorar los indicadores epidemiológicos, que siguen reportando una situación donde las enfermedades de origen respiratorio, así como aquellas transmitidas por el agua y alimentos, ocupan los primeros motivos de consulta, siendo la población infantil y las mujeres los grupos a los cuales se les destina una mayor atención y recursos. En este sentido, la desnutrición infantil sigue siendo uno de los principales problemas que hacen que el país implemente programas de seguridad alimentaria y nutricional.

Para la culminación de dicho propósito, se trata de realizar actividades que logren fortalecer y empoderar a estas figuras de salud locales, para lo cual han sido capacitados en medicina tradicional achuar y en medicina occidental. Así de revelador y significativo resulta el sincretismo de dicho objetivo en un intento de transformar las culturas locales a partir de las globales. Se pretende, a través de una serie de actividades de formación, habilitar y adecuar, en este caso a los promotores de salud locales, las nociones, conocimientos, las formas de trabajar y de entender el proceso salud-enfermedad-atención según los cánones de la medicina occidental.

La escasez de personal adecuadamente capacitado para ofertar una atención occidental integrada en su cultura y orientada hacia el respeto mutuo, junto con la infrautilización de los servicios de salud existentes en la zona, justifican estas capacitaciones como la única salida frente a la falta de personal técnico que quiera atender los problemas de salud. Formación en torno a cuestiones biomédicas: tuberculosis, índice de masa corporal, botiquines comunitarios, sobre actividades médico-preventivas, así como en gestión y prescripción de fármacos. De igual forma, el procedimiento que siguen las capacitaciones es tratar monográficamente un padecimiento, además de aumentar el etiquetamiento de las patologías sobre las que se ha capacitado (López, 2004: 159).

El promotor de salud no forma parte del organigrama sanitario; no son reconocidos en la estructura sanitaria del Ministerio de Salud, aunque se les solicita su colaboración, y aun habiendo estado en algún momento remunerados, capacitados e integrados. Sin embargo, a pesar de no percibir retribución de forma oficial, mientras es posible mantienen las tareas encomendadas. Con el proyecto al que hacemos referencia se quiere revitalizar a estas figuras, lo que hace que surjan discrepancias entre los distintos actores involucrados (Ministerio de Salud, ONG, contrapartes, agentes de cooperación como impulsores de los proyectos de salud, el propio personal sanitario, etc.) sobre el lugar que deben ocupar estos agentes de salud.

Michaux, de forma similar a los auxiliares de enfermería, señala que el error puede estar en integrarlos dentro de las instituciones de salud en vez de favorecer su dependencia hacia sus propias autoridades, que en este caso son los

«hombres de sabiduría», o *uwishin* (Michaux, 2004: 116). De acuerdo con la licenciada Celia, entrevistada durante la capacitación sobre tuberculosis que hace el Ministerio de Salud a los promotores, afirmó que era un gusto

[...] estar con ustedes, ustedes son personas muy importantes, ustedes son autoridades en su comunidad, y les vamos a pedir que nos colaboren en identificar las posibles enfermedades, porque ni la doctora ni la licenciada van a estar siempre aquí, ustedes nos tienen que colaborar para tener los mejores resultados.

Los promotores, personal de salud local de origen achuar *a priori* sin formación biomédica, son las figuras comunitarias que tradicionalmente han asumido las tareas sanitarias debido a sus conocimientos sobre plantas medicinales y sobre terapias mágico-religiosas. Por ello cuentan con el reconocimiento de la comunidad. Se busca el recíproco entendimiento entre los distintos modelos de salud con estas figuras de salud local, las cuales deben manejar ambos enfoques, pues siendo originarios se encuentran a medio camino entre la medicina occidental y la medicina tradicional; reciben formación paramédica, pero su identidad cultural les hace tener que manejar situaciones ambiguas para ellos. Si bien fuera de la selva no reciben el reconocimiento que debieran, es en su comunidad donde encuentran su lugar, y es al lado de estas acrobáticas y sincréticas figuras donde se descubre una enfermedad fruto del incumplimiento de normas sociales, de un comportamiento inadecuado, etc. Igualmente, al lado de sus tratamientos más tradicionales se atreven a consultar otras posibilidades terapéuticas, que parecen no adecuarse del todo al contexto en el que nos encontramos.

De acuerdo con el hermano Florencio, uno de los responsables de la misión religiosa próxima al subcentro de salud: «los propios auxiliares y promotores creen más en sus chamanes de lo que ellos dicen y aunque digan que no, cuando les surge un problema de verdad donde acuden es al chamán». Óscar, un médico de la costa ecuatoriana que trabajó durante algunos meses en uno de los puestos de salud, afirmó que le llamaba la atención

[...] que con nuestra mentalidad de la medicina, yo he tenido una formación, después de estudiar y aprender, llego allí y ves que todo el tema de la medicina es completamente distinto, ves que rechazan nuestra medicina, yo les estoy dando una fórmula para sanarse pero ellos dudan y prefieren irse primero al chamán y huyen a su medicina.

Lo referido hasta ahora deja en evidencia que este acercamiento parece aún más difícil y queda aún más lejano cuando el personal de salud es colono, no solamente por la ausencia de competencia lingüística, sino también cultural. Por otro lado, el personal de salud colono es el principal encargado de la formación y de las capacitaciones que reciben los promotores de salud, impartidas por personal dependiente del Ministerio de Salud, por miembros de la contraparte local o de la ONG que respalda el proyecto; en ocasiones por los auxiliares de enfermería achuar vinculados laboralmente al Ministerio de Salud, o bien por expertos locales en el tema o en medicinas tradicionales también de procedencia

peruana. En este sentido, se refuerza la capacidad del principal centro formativo de la zona a través de la inversión en infraestructuras de bajo coste, necesarias para disponer de las condiciones adecuadas para la formación de promotores, tales como instalaciones eléctricas, tanques de agua, letrinas, salas dormitorio o cocinas.

Además, a través de diferentes ONG se ha apoyado la realización de distintas infraestructuras sanitarias como un hospital, un laboratorio y un centro odontológico que sustituye al subcentro de salud, así como botiquines comunitarios regentados por dichos promotores, para tratar de llevar la asistencia sanitaria a gran parte de las comunidades, algunas de ellas alejadas del puesto de salud de referencia. Se lamenta la falta de conocimiento que tiene la población de este y de otros proyectos, así como la relación que hay con el Ministerio de Salud; a la vez que se lamenta no poder asumir su mantenimiento —pues resulta demasiado ambicioso para las posibilidades institucionales—, se alaban el esfuerzo y la dedicación de la organización.

Las instalaciones han sido realizadas con la colaboración de diferentes ONG europeas, las cuales realizan visitas de evaluación y seguimiento del proyecto de forma esporádica. La construcción y puesta en marcha del hospital ha recibido objeciones con relación a su localización en una comunidad de nueva construcción, donde por otro lado se encuentra la misión religiosa, cuya orden participa como contraparte local del proyecto de salud referido. La ubicación en dicha comunidad, con pocos habitantes, obliga a una mayoría de la población a caminar durante varias horas para llegar hasta allí.

El proyecto social se inscribe en el marco del mercado, con un Estado que desplaza parte de sus responsabilidades a asociaciones, movimientos ciudadanos u ONG, que se muestran sensibles y entran en escena como protagonistas de esa protección social sinónimo de custodia, seguridad, resguardo, vigilancia, cuidado y tutela. En este sentido, Unceta considera que la cooperación es más necesaria que nunca en un mundo como el actual, crecientemente desregulado y a merced de los mercados; sigue siendo imprescindible para superar la pobreza y procurar un mundo más justo, equitativo y sostenible, pero matiza que para ello será preciso reinventarla (Unceta, 2013).

Si bien los flujos de ayuda han ido aumentando hasta hace unos años —hasta que la crisis en la cooperación al desarrollo también se ha hecho evidente—, se plantea hoy la cuestión de si los fondos deberían ser canalizados por los sistemas del sector público, o junto con el sector privado, jugando así un papel secundario, o se deberían desviar a miles de ONG, donantes y proyectos filantrópicos (Pfeiffer y Nichter, 2008: 36), señalándose que la relación Estado-agencia es más que necesaria (Asad y Kay, 2014).

La interculturalidad, entendida por el sector salud y gran parte de las ONG como la relación entre la medicina tradicional y biomedicina, implica también alejarse del pensamiento dual y dividido que persiste en el panorama humanitario (donante/receptor; expatriado/local; ONG/Estado; donante/beneficiario; biomédico/tradicional), analizarlo de forma compleja, incluyendo toda la gama de ac-

tores, así como sus formas de entender los procesos de salud-enfermedad-atención, planteando otros objetivos y nuevos instrumentos (Abramowitz *et al.*, 2015).

### 3. La salud intercultural como sistema de comunicación

Para el caso ecuatoriano, la aplicación del concepto de interculturalidad ha servido, igual que ocurriera en otros contextos de Latinoamérica, como punto de partida para los nuevos sistemas educativos que trataban de imponerse. En este sentido, la noción de interculturalidad hace su aparición en el periodo 1979-1985, a través de un proyecto de alfabetización impulsado por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE).

En este país, la noción de interculturalidad también fue impulsada por movimientos indígenas, por la Agencia Alemana De Cooperación Técnica (GTZ) y por el Ministerio de Educación (López, 2009: 20). Posteriormente adquiere una nueva dimensión, y comienza a aplicarse todo su potencial al ámbito de la salud, entendiendo que la interculturalidad en salud se desarrolla como respuesta a reivindicaciones de pueblos indígenas y a su derecho a la identidad cultural. Además, se trata de una tendencia global a incorporar un derecho a la diferencia que propicie la convivencia entre diferentes grupos culturales en un mismo territorio (Salaverry, 2010: 80).

En Ecuador, el Ministerio de Salud, con su Dirección Nacional de Salud Intercultural, los organismos de Cooperación Nacional y Regional, las Instituciones Formadoras de Recursos Humanos, las ONG y diversos conjuntos sociales, trabaja en la implementación de las líneas del Plan Andino de Salud Intercultural (Calderón, 2010: 56). En este sentido, todos ellos tratan de contribuir al ejercicio de los derechos colectivos del total de las poblaciones ecuatorianas: se pone en práctica el desarrollo de las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias; se han organizado y fortalecido redes nacionales y regionales; se han lanzado campañas de sensibilización de la interculturalidad; y el Ministerio de Salud Pública, dentro del Proceso de Normativización del Sistema Nacional de Salud, crea el Subproceso de Medicina Intercultural con el propósito de desarrollar un modelo de salud intercultural que conlleve el *Sumak Kausay*: el Buen Vivir.

La importancia otorgada a la cultura de las poblaciones destinatarias, así como su incorporación en la elaboración de los proyectos de desarrollo, crean el concepto de etnodesarrollo, con propuestas como las de Bonfil (2012: 329), y el «control cultural», frente a la teoría de la modernización que ensalza la dominación del hombre europeo y la desaparición de la diversidad cultural como algo inevitable (Viola, 2000: 22). Uno de los problemas es que el desarrollo es entendido dentro de la teoría de la modernización, cuyos referentes no son los propios sino los de los países centrales capitalistas (Ramírez, 2014), y por tanto asume la evolución unidireccional del cambio social (Hobart, 2012: 97).

Como consecuencia de la dimensión global del mundo contemporáneo, se han incrementado los flujos migratorios, estableciéndose contactos entre personas de diferentes contextos culturales, y produciéndose intercambios como resultado de procesos globales tales como la cooperación internacional al desarrollo. Más allá de que los procesos de globalización y los sistemas de salud basados en la medicina occidental puedan representar una amenaza para las distintas culturas sanitarias ancestrales, se pone de relieve todo un conjunto de interconexiones compartidas, parte de ellas en términos de desigualdad con el Tercer Mundo (Hannerz, 1998: 35). Es lo que permite que la globalización se parezca en gran medida a la occidentalización. Por otro lado, Unceta considera que los procesos de desarrollo están más interconectados que nunca, por lo que apenas hay margen para soluciones autónomas (Unceta, 2013).

La referencia a la globalización lleva a pensar en un mismo destino para todos, y en el campo de la salud nos conduce hacia modelos de salud homogéneos. Esta forma de concebir la globalización se encuentra en la base de la afirmación de que los países del Sur podrán, tarde o temprano, construir sus propios Estados del bienestar gracias al crecimiento y al proceso de desarrollo (Pérez-Castilla, 2005: 83). Autores como Díaz defienden que la globalización no solo no está provocando la mencionada uniformidad, sino que va acompañada de un notable florecimiento de las identidades (Díaz, 2005).

La globalización procura la inclusión universal de las identidades sin que ello signifique la disolución de las diferencias, algo que se plantea a través del concepto de «etnofagia». Este implica el abandono de programas y acciones explícitas encaminadas a destruir la cultura de los grupos étnicos y la adopción de un proyecto a más largo plazo que apuesta por el efecto absorbente y asimilador, principalmente en virtud de la fuerza de gravitación que los patrones «nacionales ejercen sobre las comunidades étnicas». No se busca la destrucción mediante la negación absoluta o el ataque violento a las otras identidades, sino su disolución gradual mediante la atracción, la seducción y la transformación. Entre la población indígena, las nuevas identidades surgen por doquier, y las viejas se redefinen (Gutiérrez, 2009: 8). Por otro lado, las transiciones anuncian que la globalización no es la última etapa de la modernidad capitalista, sino el comienzo de nuevos mundos (Escobar, 2012: 23). La globalización abre las puertas de los mercados y de nuevos sistemas de comunicación.

Los cambios sociales producidos a raíz de los programas y proyectos de cooperación, a partir de la educación inculcada por organismos religiosos, misiones, o por la entrada de las ONG y sus agentes de cooperación, son importantes y hay que tenerlos en cuenta. Quizá todo ello haya contribuido a una reafirmación de la identidad de estos pueblos de una forma un tanto alterada, porque no solo no se han liberado de fuerzas opresoras, manipuladoras y colonizadoras cambiadas de forma, sino que se ha alcanzado poder y una eficacia aculturadora. A diferencia de otras congregaciones religiosas deculturadoras, según plantea Descola, para la población achuar, la asimilación «suave» practicada por la Federación de Centros Shuar, y por los salesianos hace que se produzca una acultura-

ción más eficaz, pues se pone en práctica bajo el nombre de un sincretismo insidioso pero deliberado, ahora de la mano y del proteccionismo de las ONG que las misiones regentan, y de cara a las instituciones públicas (Descola, 1996: 50).

Los promotores de salud, entiende López (2004: 156), se han utilizado como agentes de aculturación, a pesar de haberlos querido presentar como intermediarios entre sistemas médicos. Son considerados operarios mecánicos que siguen las directrices médicas, pues reciben instrucciones claramente impositivas a favor del sistema biomédico, no consiguiendo desarraigarse de su comunidad. Una de las aportaciones que hace la antropología al campo del desarrollo consiste en romper tópicos de antaño en relación con la cultura indígena, como el sentido de comunidad ya discutido, proponiendo proyectos que siguen la deriva del modelo productivo y por tanto su aculturación (Pérez, 2009: 459). Los programas de las agencias de desarrollo, las ONG y los Estados son los impulsores de la única forma de entender la modernidad y el progreso, y, a su vez, de iniciativas de transformación (Schütz *et al.*, 2012).

#### **4. El modelo de empoderamiento: hacia la competencia cultural**

Proponía Menéndez educar para mejorar las malas condiciones de comunicación que *per se* llevan incorporadas las relaciones interculturales; educar no solo para informar sino para establecer niveles de tolerancia y de respeto hacia los saberes de los otros, estableciendo un tipo de interacción que favorezca y mejore la eficacia médica (Menéndez, 2006: 58). Si partimos de los modelos de referencia en educación para la salud, educar no es informar y tampoco obligar. Su objetivo no es tanto que se lleven a cabo comportamientos definidos y prescritos por el experto, como un proceso intencional por el cual las personas son más conscientes de su realidad y del entorno que las rodea, ampliando los conocimientos, valores y habilidades que les permitan desarrollar capacidades para adecuar sus comportamientos a la realidad y para tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud (Pérez *et al.*, 2006). Ramírez ya proponía desplazar el eje de la categoría intercultural de las instituciones sanitarias a la sociedad civil, ya que es en y desde la sociedad civil donde pueden producirse las transformaciones (Ramírez, 2006: 406-410).

Los procesos de interculturación en salud contienen varios niveles en las relaciones de interacción que implican algo más que el respeto mutuo y el trato humano, condiciones previas indiscutibles (Michaux, 2004: 116). A nivel afectivo las relaciones humanas no deben ser discriminatorias, lo que implica tomar en consideración los valores y las expectativas del otro; el nivel cognitivo nos permite entender el sentido de las diferencias «culturales» y metabolizarlas, dando lugar a un saber específico que integra los saberes científicos y los saberes comunes de las partes en comunicación, incorpora experiencias mutuas y busca la obtención de efectos terapéuticos. El nivel político hace referencia al empoderamiento de las comunidades en asuntos de salud, desarrollando habilidades,

recursos, capacidades, aptitudes y destrezas propias en la toma de decisiones y en la experimentación de la realidad.

El término *empowerment for health* se viene utilizando desde los años setenta del siglo pasado en la literatura anglosajona, generalmente vinculado a movimientos sociales y políticos relacionados con el desarrollo, que además denuncian la opresión y reclaman la equidad sanitaria. Su uso se ha generalizado en las declaraciones de los organismos internacionales en los ámbitos de promoción de la salud y el desarrollo.

La cuarta Conferencia Internacional de Yakarta (1997) —sobre la promoción de la salud para el siglo XXI, que fue organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)—, fue la primera que se celebró en un país en desarrollo y en donde se dio participación al sector privado en el apoyo a la promoción de la salud. En ella se puso especial énfasis en el empoderamiento, y se reconoció la necesidad de romper las fronteras tradicionales entre organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, considerando esencial la cooperación. Esto requiere la creación de nuevas colaboraciones en el ámbito de la salud entre los diferentes sectores, sobre un terreno de igualdad y a todos los niveles de la gestión de los asuntos públicos. Desde esta perspectiva, empoderar a los individuos exige un acceso real y constante al proceso de decisión y a las herramientas y conocimientos esenciales para efectuar el cambio o las propuestas de transformación.

Capacitar, permitir y facultar han sido los términos usados por la OMS y por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para traducir *enabling*, que es la facilitación en promoción de la salud, lo cual significa actuar en colaboración con individuos o grupos para conseguir su empoderamiento para la salud mediante la movilización de recursos humanos y materiales, con el fin de promover y proteger su salud. El papel del capacitador es de catalizador, su presencia busca promover y ser capaz de hacer reaccionar, permitiendo el acceso a la información sanitaria, facilitando el desarrollo de habilidades personales y apoyando el acceso a los procesos políticos que configuran las políticas públicas que afectan a la salud. Las propuestas políticas se encuentran lejos de estos principios, así como las capacitaciones que llevan a cabo las agencias de desarrollo y los proyectos, que si bien tratan de mejorar las cotas de salud, el éxito de sus programas de salud se tambalea al marginar la medicina local frente a la salud intercultural.

Las capacitaciones en medicina tradicional achuar dirigidas a los promotores de salud —herederos visibles de este tipo de conocimientos botánicos, entre otros, y con relaciones filiales con algunos de los chamanes ocultos— promueven el uso de dichos productos así como el desarrollo del pueblo achuar, a través de la explotación de plantas tradicionalmente usadas por ellos, y que se abran nuevos mercados con estos productos naturales. En este sentido, Mariano señala que, tras la problematización del concepto de cultura, el discurso desarrollista ha acentuado una visión de apego a lo local, de diálogo con los otros, de intercambio de saberes, mostrando un semblante asimétrico, etnocéntrico y

colonialista. En el caso ecuatoriano, se genera un comercio de cosméticos y fitofármacos en forma de jabones, champús, cremas, aceites, esencias, geles de baño o, para determinadas patologías, en forma de jarabes, ungüentos, bálsamos, etc. (Mariano, 2012: 70).

Bajo la consigna de la medicina natural, se preparan bases, raíces y extractos de plantas procedentes de la selva, que comercializa la contraparte local, y vuelven en forma de productos elaborados a los botiquines comunitarios administrados por los promotores. Hobart señala que la entrega de la ayuda al desarrollo y la ampliación de mercados para los productos manufacturados están más que compensadas por los procesos de contra-desarrollo, mediante los cuales los países en vías de desarrollo constituyen la principal fuente de materias primas baratas y mano de obra, además de ser el conocimiento técnico una mercancía valiosa susceptible de ser vendida o transferida. En el caso referido, se cuestiona el uso de plantas medicinales, lo cual se utiliza para justificar el acercamiento y la implantación de otros modelos de salud (Hobart, 2012: 93).

La visión biomédica hegemónica, presente en las acciones desarrollistas, vela y oscurece tanto como parece iluminar, y suele despreciar los significados locales, lo cual conduce a desencuentros culturales y fracasos en las intervenciones (Mariano, 2009: 400). Las capacitaciones que recibe el personal de salud local en medicina occidental es diversa: prevención e identificación de las enfermedades más prevalentes, técnicas de exploración, tomas de constantes vitales, registro de signos clínicos, empleo de gráficas de peso y talla, así como la utilización de todo tipo de documento donde queden anotadas las actividades realizadas. De este modo se intenta inculcar la necesidad del uso de la historia clínica, en una sociedad de tradición ágrafa donde la lógica de la escritura se ha incorporado recientemente. Por otro lado, se instruye en el empleo de un vocabulario adecuado y oportuno, es decir, deben aprender a manejar la terminología biomédica, así como las indicaciones que desde este modelo se contemplan, con especial énfasis en la prescripción de fármacos. El personal sanitario local trata de adquirir el lenguaje médico en un intento de ser competente y poder conseguir el reconocimiento y el prestigio que de ellos se espera. El proceso de capacitación en medicina occidental se hará visible a través del reparto de botiquines comunitarios. El botiquín, en su acepción más generalizada, es el espacio destinado a contener medicamentos. En este caso, al ser comunitario, dichos fármacos son destinados a toda la comunidad. Además del lugar donde se guardan los fármacos, por botiquín entendemos todo el conjunto de medicamentos que se precisan para proporcionar una asistencia básica, y en el caso que nos ocupa, el botiquín es el emplazamiento donde se aplican estas primeras atenciones. La asistencia médica, en un porcentaje elevado de las ocasiones, es llevada a cabo por personal no médico, considerando imprescindible la presencia del fármaco para poder dar asistencia.

Este artículo abre el debate y supone un cuestionamiento de los procesos de desarrollo, y de forma concreta en el campo de la salud, que caminan alejados de las instituciones estatales con competencias en salud, y que descui-

dan en su incursión en el terreno las concepciones y lógicas locales por parte de los agentes de desarrollo así como de sus sistemas de salud. Además, las capacitaciones —como principal expresión del proyecto— dejan al margen los principios de la medicina indígena y desplazan e invisibilizan a las figuras representativas dentro de la categoría de los chamanes. En este sentido, de forma insidiosa, casi experimental e iniciática, desde el Ministerio de Salud se ha elaborado un registro con el objetivo de identificar las figuras tradicionales de salud, a través del cual se recogen datos personales, años de experiencia, estudios realizados, comunidad en la que viven, medios de diagnóstico y tratamiento de enfermedades culturales. El cuestionario, además de otras observaciones, debe ser cumplimentado por todos aquellos que realizan algún tipo de tratamiento, para poder identificar a las diferentes figuras de sabiduría ancestral y tratar de rescatarlas e incorporarlas en el sistema de salud. Según refería Milton Shiwiach, el coordinador del Servicio de Salud Intercultural Provincial, en una entrevista: «aquí no tenemos recurso humano de la zona achuar, para viabilizar [...] son políticas de salud, la de coacción cultural que los servicios que se brindan desde el ministerio, es por eso que se hace la búsqueda de sanadores».

## Conclusiones

La incorporación de competencias culturales en las carreras de la salud, así como el diseño de herramientas que permitan evaluar dicha adquisición, se reclama de forma global desde los propios profesionales de la salud (Bernaes, 2015; Knipper, 2013). Como ya queda reflejado en estudios anteriores, la competencia cultural que se exige a los profesionales sanitarios resulta también necesaria en las agencias de cooperación al desarrollo, que diseñan, elaboran y ejecutan sus proyectos de salud en zonas indígenas, bajo las lógicas del modelo biomédico, para aumentar la comunicación entre culturas diferentes y las instituciones apropiadas/efectivas a partir de la integración compleja de conocimiento, actitudes y habilidades (Abad, 2005).

La propuesta ideológica de la interculturalidad en el campo de la salud debe considerar al paciente, al otro, al destinatario de los cuidados, el centro de su atención, y dirigirse a él de forma dialógica, sincera y significativa, entendiendo las situaciones de contacto cultural como un encuentro intersubjetivo y el eje central del cuidado holístico. Cualquier programa de salud, y sobre todo bajo la etiqueta de lo intercultural, debe reconocer otras formas de enfermar, otras formas de curar, y el uso de los espacios físicos donde se lleva a cabo la tarea terapéutica, ensalzando el papel protagónico del personal de salud local en las estrategias de atención curativa, teniendo en cuenta que los participantes en un encuentro intercultural interactúan apoyándose en suposiciones culturales propias, que funcionan como extensas superficies sensibles a los mensajes que intercambian (Rizo, 2009: 50).

Siguiendo a esta autora, podemos apreciar que el mayor o menor consenso resultado de toda interacción dependerá, fundamentalmente, de la familiaridad de

los participantes con los antecedentes de su interlocutor, es decir, del grado de conocimiento de uno con respecto al otro, de las percepciones de las diferencias que los separan y de la reciprocidad del propósito de la comunicación.

Se precisan dosis elevadas de sinceridad, así como tratar de entender el significado de las acciones sociales no únicamente como interculturales, sino también como intersubjetivas, es decir, que se construyen reparando en el otro y en interacción con este, recordando que, en este proceso, el lenguaje y la forma de nombrar las cosas son fundamentales. De igual modo el aprendizaje debe considerar el conocimiento propio del discente, el cual queda transformado a partir de las nuevas relaciones interculturales que se deberán abordar (Schütz, 1972). Estas relaciones interculturales, en el campo de la salud, aparecen como relaciones interpersonales y emergen como un proceso intersubjetivo entre los actores involucrados en el proceso de salud-enfermedad-atención, son relaciones individuales y por tanto subjetivas.

La formación en el área de la competencia cultural dirigida a profesionales sanitarios adquiere cada vez mayor relevancia y son muchas las experiencias en este sentido (Willen y Carpenter-Song, 2013; Paul *et al.*, 2006). Diversos estudios respaldan que el abordaje se realice desde la etnografía, pues resulta indispensable para la comprensión de las dinámicas sociales y culturales, que, independientemente de las buenas intenciones y suposiciones teóricas, son decisivas para aceptar precisamente lo que los programas de competencia cultural proponen (Carpenter-Song y Whitley, 2013). No podemos obviar lo que algunos estudios señalan sobre la efectividad de las intervenciones diseñadas para mejorar la competencia cultural en el cuidado de la salud de los pueblos indígenas (Clifford *et al.*, 2015).

A partir de todo ello, se propone realizar evaluaciones futuras bajo diseños rigurosos y extender la medición de los resultados más allá de los profesionales sanitarios, tratando de recoger los aspectos referentes a la salud de los pueblos indígenas y su percepción.

## Siglas utilizadas

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización no gubernamental

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PUCE: Pontificia Universidad Católica del Ecuador

GTZ: Agencia Alemana de Cooperación Técnica

GiZ: Deutsche Gesellschaft für Internationales Zusammenarbeit

## Bibliografía

ABAD, Luisa (2005). «El concepto de “competencia cultural” aplicado a los agentes y actores de cooperación con pueblos indígenas de América latina». En: BRETÓN, V.,

- y LÓPEZ, A. (coord.). *Las ONGS en la reflexión antropológica sobre el desarrollo y viceversa. Perspectivas africanas y latinoamericanas*. Sevilla: Fundación El Monte – ASANA, págs. 87-101.
- ABRAMOWITZ, Sharon; MARTEN, Meredith, y PANTER-BRICK, Catherine (2015). «Medical Humanitarianism: Anthropologists Speak Out on Policy and Practice». *Medical Anthropology Quarterly*, núm. 29, vol. 1, págs. 1-23.
- ASAD, Asad L., y KAY, Tamara (2014). «Theorizing the relationship between NGOs and the state in medical humanitarian development projects». *Social Science & Medicine*, vol. 120, págs. 325-333.
- BERNALES, Margarita; PEDRERO, Víctor; OBACH, Alexandra, y PÉREZ, Claudia (2015). «Competencia Cultural en Salud: una necesidad urgente en trabajadores de la salud. Cultural Competence in health: an urgent need for health workers». *Revista Médica de Chile*, núm. 143, págs. 401-402.
- BONFIL BATALLA, Guillermo (1981). *Utopía y revolución*. México: Nueva imagen.
- BONFIL BATALLA, Guillermo (2012). «El etnodesarrollo: sus premisas jurídicas, políticas y de organización». En: PÉREZ GALÁN, B. (ed.). *Antropología y desarrollo. Discurso, prácticas y actores*. Madrid: Los Libros de la Catarata – IUUC – UCM, págs. 328-339.
- CALAVIA SÁEZ, Óscar (2004). «La barca que sube y la barca que baja. Sobre el encuentro de tradiciones médicas». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya Yala, págs. 169-181.
- CALDERÓN, Luis Fernando (2010). «Seminario regional medicinas tradicionales, alternativas y complementarias en Ecuador. Proceso de Articulación en el Sistema de Salud Pública 2000-2012». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (ed.). *Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak kawsay-Buen Vivir*. Quito: Abya-Yala, págs. 53-65.
- CAMPOS NAVARRO, Roberto (2004). «Experiencias sobre salud intercultural en América Latina». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya- Yala, págs. 129-148.
- CARPENTER-SONG, Elizabeth, y WHITLEY, Rob (2013). «Behind the Scenes of a Research and Training Collaboration: Power, Privilege, and the Hidden Transcript of Race». *Culture, Medicine, and Psychiatry*, vol. 37, núm. 2, págs. 288-306.
- CLIFFORD, Anton; McCALMAN, Janya; BAINBRIDGE, Roxanne, y TSEY, Komla (2015). «Interventions to improve cultural competency in health care for Indigenous peoples of Australia, New Zealand, Canada and the USA: a systematic review». *International Journal for Quality in Health Care*, núm. 27, vol. 2, págs. 89-98.
- COMELLES, Josep (2004). «El regreso de las culturas. Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América latina. Perspectivas antropológicas*. Quito. Abya Yala, págs. 17-31.
- DENOIX, Patrick (1994). «Pour une nouvelle définition de l'interculturalité». En: BLOMART, J., y KREWER, B. (dir.). *Perspectives de l'inter-culturel*. París: L'Harmattan, págs. 67-81.
- DESCOLA, Philippe (1996). *La selva culta. Simbolismo y praxis en la ecología de los achuar*. Ecuador: Abya-Yala.
- DESCOLA, Philippe (2005). *Las lanzas del crepúsculo. Relatos jíbaros alta amazonía*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- DÍAZ-POLANCO, Héctor (2005). «Etnofagia y multiculturalismo». *Revista Memoria*, núm. 200, págs. 5-12.

- ESCOBAR, Arturo (2012). «Más allá del desarrollo: postdesarrollo y transiciones hacia el pluriverso». *Revista de Antropología Social*, núm. 21, págs. 23-62.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord.) (2004). *Salud e interculturalidad en América latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya Yala.
- GUTIÉRREZ ESTÉVEZ, Manuel (2009). «Políticas democráticas y pueblos indios en un tiempo postcolonial». En: LÓPEZ, J., y GUTIÉRREZ, M. (coord.). *América indígena ante el siglo XXI*. Madrid: Fundación Carolina, págs. 3-21.
- HANNERZ, Ulf (1998). *Conexiones transnacionales. Cultura, gente, lugares*. Madrid: Cátedra.
- HOBART, Mark (2012). «Introducción. ¿El crecimiento de la ignorancia?». En: PÉREZ GALÁN, B. (ed.). *Antropología y desarrollo. Discurso, prácticas y actores*. Madrid: Los Libros de la Catarata – IUUC – UCM, págs. 92-121.
- KNIPPER, Michael (2006) «El reto de la “medicina intercultural” y la historia de la “medicina tradicional” indígena contemporánea». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*. Quito: Abya Yala.
- KNIPPER, Michael (2013). «Joining ethnography and history in cultural competence training». *Culture, Medicine and Psychiatry*, núm. 37, vol. 2, págs. 373-384.
- LÓPEZ GARCÍA, Julián (2004). «Promotores rurales de salud en el oriente de Guatemala. De la negociación a la desorientación ante capacitaciones médicas occidentales». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya Yala.
- LÓPEZ, Luis Enrique (2009). «Interculturalidad, educación y política en América Latina: perspectivas desde el Sur. Pistas para una investigación comprometida y dialogal». Boca del Río, conferencia magistral presentada en el X Congreso Nacional de Investigación Educativa.
- MARIANO JUÁREZ, Lorenzo (2009). «Discursos sobre el hambre y la desnutrición en el oriente de Guatemala». En: LÓPEZ GARCÍA, J., y GUTIÉRREZ ESTÉVEZ, M. (coord.). *América indígena ante el siglo XXI*. Madrid: Fundación Carolina – Siglo XXI, págs. 397-444.
- MARIANO JUÁREZ, Lorenzo (2012). «Versiones locales del desarrollo. Unas aproximaciones a las dispepsias desarrollistas desde el oriente de Guatemala». En: LARREA, C., y MARTÍNEZ MAURI, M. (eds.). *Contribuciones antropológicas al estudio del desarrollo*. Barcelona: UOC, págs. 67-81.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Ángel (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2006). «Interculturalidad, diferencias y antropología at home». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*. Quito: Abya Yala.
- MICHAUX, Jacqueline (2004). «Hacia un sistema intercultural de salud en Bolivia. De la tolerancia a la necesidad sentida». En: Fernández, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América latina. Perspectivas antropológicas*. Quito. Abya Yala, págs. 107-129.
- NERÍN, Gustau (2011). *Blanc Bo busca negre pobre*. Barcelona: La Campana.
- PAUL, David; CARR, Sandra, y MILROY, Helen (2006). «Making a difference: the early impact of an Aboriginal health undergraduate medical curriculum». *Medical Journal of Australia*, vol. 184, núm. 10, págs. 522-525.
- PÉREZ GALÁN, Beatriz (2009). «El discurso de las instituciones de cooperación al desarrollo sobre los indígenas de los Andes y su cultura». En: LÓPEZ GARCÍA, J., y GU-

- TÍRRREZ ESTÉVEZ, M. (coord.). *América indígena ante el siglo XXI*. Madrid: Fundación Carolina – Siglo XXI, págs. 445-462.
- PÉREZ JARAUTA, María José; ECHAURI OZCOIDI, Margarita; ANCIZU IRURI, Eugenia, y CHOCARRO SANMARTÍN, Jesús (2006). *Manual de Educación para la Salud*. Pamplona: Gobierno de Navarra.
- PÉREZ-CASTILLA ÁLVAREZ, Lucía (2005). «Desarrollo, globalización y multiculturalismo». En: GIMENO, J. C., y PALENZUELA, P. (coord.). *Culturas y desarrollo en el marco de la globalización capitalista*. Sevilla. Fundación El Monte – FAAEE – ASANA, págs. 81-97.
- PFEIFFER, James, y NICTER, Mark (2008). «What Can Critical Medical Anthropology Contribute to Global Health?». *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 22, núm. 4, págs. 410-415.
- PULIDO FUENTES, Montserrat (2010). «An effective medicine between cultures? The experience of a health program of primary care in indigenous communities from the Amazonian Ecuadorean jungle». *Index de Enfermería*, vol. 19, núm. 2-3, págs. 208-212.
- RAMÍREZ HITTA, Susana (2006). «La interculturalidad sin todos sus agentes sociales». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Abya Yala, págs. 405-412.
- RAMÍREZ HITTA, Susana (2014). «Health, globalization and interculturalism: an anthropological approach to the situation of indigenous peoples in South America». *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 19, núm. 10, págs. 4061-4069.
- RIZO GARCÍA, Marta (2009). «Intersubjetividad y comunicación intercultural. Reflexiones desde la sociología fenomenológica como fuente científica histórica de la comunicología». *Perspectivas de la Comunicación*, vol. 2, núm. 2, págs. 45-53.
- SALAVERRY, Oswaldo (2010). «Interculturalidad en salud». *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, núm. 27, vol. 1, págs. 80-94.
- SCHÜTZ, Gabriel; TAMBELLINI, Ana Maria; ASMUS, Carmen; MEYER, Armando, y CÂMARA Volney (2012). «A agenda da sustentabilidade global sua pauta oficial: uma análise crítica na perspectiva da Saúde Coletiva». *Cien Saude Colet*, vol. 17, núm. 6, págs. 1407-1418.
- SCHÜTZ, Alfred (1972). *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- UNCETA, Koldo (2013). «Cooperación para el desarrollo: anatomía de una crisis». *Íconos-Revista de Ciencias Sociales*, núm. 47, págs. 15-29.
- VIOLA, Andreu (comp.) (2000). *Antropología del desarrollo. Teorías y estudios etnográficos en América Latina*. Barcelona: Paidós.
- WILLEN, Sarah S., y CARPENTER-SONG, Elizabeth (2013). «Cultural competence in action: 'Lifting the hood' on four case studies in medical education». *Culture, Medicine, and Psychiatry*, vol. 37, núm. 2, págs. 241-252.

---

Fecha de recepción: 1 de julio de 2016

Fecha de aceptación: 30 de agosto de 2016

Fecha de publicación: 2 de mayo de 2017