

Citar: Apellidos, N. (2014) "Título", en: García Sansano J.; González García, E.; Lago Morales, I. y Rubio Sánchez, R. (Coords.) *Tiempos oscuros, décadas sin nombres*. Toledo: ACMS, pp.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD. A PARTIR DE UNA EXPERIENCIA EN COOPERACIÓN AL DESARROLLO

Montserrat Pulido Fuentes.

Universidad de Castilla-La Mancha

Resumen

A partir de la experiencia en el ámbito de la cooperación internacional al desarrollo en un contexto con “escasos” recursos, concretamente en la Amazonía Ecuatoriana, en el cual he trabajado como enfermera voluntaria, y donde realicé mi trabajo de campo como antropóloga para la realización de mi tesis doctoral, trataré de exponer comparativamente la experiencia de educación sanitaria que realizamos. Desde la perspectiva comunitaria se solicita la participación de la población en las intervenciones de salud, estas reivindicaciones tal y como señala Navas Recio (2010) no son más que términos teóricos que aparecían en los libros de Salud Pública y que poco o nada tienen que ver con la práctica profesional. Se pretende dar a conocer este tipo de experiencias para poder trasladarlas a nuestros entornos más occidentales, así como otros aspectos relacionados como son el empoderamiento, la gestión conjunta en salud y el diagnóstico comunitario.

Palabras Clave

Cooperación, comunitario, recursos, participación, salud.

Introducción

Desde una perspectiva comunitaria se solicita la participación de la población en las intervenciones de salud. Como se desprende de la legislación sanitaria actual se busca el papel protagónico de los ciudadanos en el proceso de salud/enfermedad/ atención, con su apropiación en la toma de decisiones en lo relativo a la asistencia sanitaria desde el inicio del proceso. En la misma línea y desde la perspectiva sanitaria queda reflejado en diversas instancias y leyes promulgadas tanto a nivel internacional, adaptadas a nivel nacional, regional y local que la participación ciudadana es un derecho de los ciudadanos.

Las características del Sistema Nacional de Salud de nuestro país reconoce y regula el derecho a la participación ciudadana en la gestión y planificación de la atención de salud en España tal y como queda recogido en la Ley General de Sanidad 14/1986 de 23 de abril. La Ley 33/2011, Ley General de Salud Pública, trata de alcanzar y mantener el máximo nivel de salud posible de la población, más allá del derecho a recibir cuidados sanitarios frente a la enfermedad y superando la orientación prioritaria hacia la prevención y promoción de la salud, dando importancia a valores tales como la participación, la cual es abordada de forma específica en el artículo 5 del capítulo primero de dicho capítulo como derecho de participación.

La Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla La-Mancha, enuncia que tiene por objeto hacer efectivo en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Castilla La-Mancha el derecho de la ciudadanía a la protección de la salud, delimitar las actuaciones y regular las estructuras que configuran el Sistema Sanitario de Castilla La-Mancha, además de garantizar la participación ciudadana de dicho Sistema. La Ley de Bases de Régimen Local, 1985, otorga a los municipios competencias en salud pública y propugna la participación de los ciudadanos, también a través de los Consejos Municipales de Salud e incluida en la Cartera de Servicios.

A nivel internacional del mismo modo se trata de poner al usuario, paciente o ciudadano en el centro del proceso sanitario, tanto en aquellas situaciones que tengan que hacer uso del sistema de salud por padecer patologías determinadas o desde el punto de vista de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad en el caso de personas sanas reclamado desde foros internacionales e instituciones, los cuales ponen la participación ciudadana en el centro de la cuestión. En este nivel, tanto la legislación como las conferencias internacionales y las diferentes estrategias globales de la OMS sobre temas de salud, reconocen como un derecho y un deber la participación en los ámbitos y problemas de salud, reconociendo el valor de incorporar estas estrategias en las políticas de desarrollo social de cada país, algunas de ellas se encuentran en la Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948, la Carta Social Europea Turín 1980, la Declaración de Yakarta 1997 adoptada en el Cuarta Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud en el siglo XXI considera indispensable la participación ciudadana, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la salud en el 2005, en este mismo año la Conferencia Internacional sobre

Promoción de la salud lleva el lema de “mayor participación en los esfuerzos para mejorar la salud mundial”, la Carta de Toronto de 2010 para la Actividad Física y la Declaración de Adelaida adoptada en la Reunión Internacional sobre la Salud en todas las Políticas mantienen la participación como prioritaria.

Destacar la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud celebrada en 1978 la cual subraya que todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. Así como la Carta de Ottawa documento elaborado por OMS durante la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en 1986, donde se pone especial énfasis en la participación activa en la promoción de la salud y lo que ello implica y como respuesta a las enormes expectativas puestas en el desarrollo de una salud pública y comunitaria define la promoción de la salud como, el proceso que proporciona a las personas los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla, siendo uno de los campos de acción para el desarrollo de este proceso, el fortalecimiento de la acción comunitaria, y el desarrollo de las habilidades personales. Se entiende que sin la participación de la comunidad no es posible alcanzar estos objetivos, por lo tanto se debe contar con las comunidades para establecer las prioridades de salud, para tomar decisiones, para el planteamiento de estrategias, para llevarlas a cabo, y con acuerdos de todos los sectores implicados, se debe intentar que los individuos comprendan cuáles son los factores que influyen en su salud y sepan actuar sobre ellos, buscando ayuda cuando lo precisen.

Son muchas las voces que siguen reclamando los principios de aquellas declaraciones. Desde la perspectiva de salud, persisten las demandas, las solicitudes, las exigencias y reivindicaciones de la participación comunitaria y otros aspectos relacionados como son el empoderamiento, la gestión conjunta en salud, el diagnóstico comunitario, etc, que como señala Navas Recio (2010) y tuvo la oportunidad de conocer en una experiencia de trabajo en América Latina, ya que hasta ese momento no eran más que términos teóricos que aparecían sólo en los libros de Salud Pública y que poco o nada tenían que ver con la práctica profesional que realizaba como enfermera comunitaria en el centro de salud. Se pretende hacer uso de este tipo de experiencias para poder trasladarlas quizás en sentido inverso, considerando lo que señala Ugarte (2013:114), que para que los pacientes asuman y adquieran ese rol participativo, autónomo, que se les asegura en la legislación sanitaria, deben tomar

conciencia de sus derechos y capacidades, es decir deben asumir su rol de titular de derechos, pero esta toma de conciencia va a estar muy determinada por la retroalimentación que reciba del sistema sanitario.

Ubicación Socio-Geográfica

En parte de la frontera geográfica entre Perú y Ecuador se encuentra una zona de selva amazónica donde perviven pobladores Jíbaros o Aínts, concretamente son los Achuar con los que he mantenido contacto, que junto con sus hermanos los Shuar y los Awajun o Ahuarunas con los cuales no existe una separación estricta, constituyen la familia Jíbara o Aínts. Este 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 permite subsistir. Conciben la horticultura sobre el modelo de una relación de consanguinidad entre las mujeres y las plantas que cultivan, mientras que la caza pasa por el establecimiento de un lazo de alianza entre los hombres y las presas (Descolá 2005:159).

Las comunidades indígenas Achuar son estructuras con autoridad propia para administrar el territorio en el que viven, bajo la figura del síndico, se organizan a su vez en parroquias. El acceso a estas comunidades es por vía aérea desde la ciudad de Macas, capital de la provincia de Morona Santiago, donde la población Shuar es mayoritaria frente a los Achuar que poco a poco van saliendo de la selva cada vez más a estas ciudades en busca de nuevos atractivos. Las pistas de aterrizaje definen y determinan el desarrollo de dichas comunidades, cada vez más “todo” llega a través de las avionetas, por lo tanto es una de las primeras demandas, y supuestos reclamos a las administraciones públicas y privadas (Pulido 2013).

El trabajo se desarrolla en colaboración con una ONG española la cual lleva a cabo en este territorio un proyecto sobre promoción de la salud. La labor como enfermera y antropóloga estriba en ayudar a una médica ecuatoriana que lleva trabajando en la zona más de 15 años y es quien marca las pautas de actuación, así como con el personal local, auxiliares de enfermería, microscopistas y promotores de salud. Debido a las condiciones del territorio, de aislamiento y de dureza, además de las particularidades culturales no se encuentra personal sanitario del país que quiera ir a trabajar a estas zonas (Pulido 2013). Las actividades en un

primer período, radican en apoyar el trabajo asistencial en los puestos de salud, en las campañas de vacunación, colaboración en capacitaciones, llevando a cabo tareas de educación sanitaria en las campañas de atención ambulatoria y asesoramiento técnico sobre aspectos generales de atención médica en condiciones de aislamiento y gestión de farmacia. En la segunda estancia se llevaron a cabo actividades de promoción de la salud también en la escuela, sobre todo en la capital de la parroquia puesto que es la comunidad con mayor concentración de población y donde se ubica no solo la escuela infantil, sino la de estudios medios y de diversificado (lo que equivale a nuestro bachiller), a la cual acudían caminando alumnos de diferentes comunidades relativamente cercanas.

A nuestra llegada se suceden diversas reuniones de presentación a los representantes de la comunidad síndico, vicesíndico, vocales, director de la escuela primaria, director de la escuela de diversificado, a los distintos profesores, representantes sindicales, y otras figuras relevantes. En diferentes encuentros se nos exigía todo tipo de credenciales que avalaran nuestra presencia allí, cuando se suponía ya estaba concertada nuestra llegada, quizás no tanto la definición de nuestro trabajo. En este proceso se nos pide dar cuenta de nuestras propuestas, las cuales son valoradas y modificadas tras diversas reuniones y adaptadas a sus peticiones, es la propia comunidad a través de sus delegados la que decidía las actividades que se llevarían a cabo. Tal y como señala Marchioni (2007) la metodología es fundamentalmente una forma abierta y democrática de hacer las cosas, asegurando el máximo de información a todo el mundo. Esto fue esencial no sólo para la aceptación del personal cooperante voluntario, sino para la participación de la comunidad en las actividades llevadas a cabo, que aunque fueron mayoritariamente en la escuela, conseguimos hacerlas extensibles a las familias, toda la comunidad conocía lo que estábamos haciendo con una acogida y respuesta a las propuestas excelente.

Metodología y trabajo de investigación

Este trabajo se enmarca desde una perspectiva crítica a las lógicas de la cooperación al desarrollo, comprobando el reconocimiento creciente dentro de las agencias internacionales y las instituciones ligadas a la cooperación internacional de la necesidad de incorporar profesionales sociales, siendo ya a mediados de los años setenta, coincidiendo con la crisis del modelo de desarrollo, cuando se empiezan a utilizar los conocimientos antropológicos en el diseño de proyectos de cooperación. Esta nueva corriente, no impide que el discurso oficial

del desarrollo en los años noventa se mantenga completamente economicista y productivista, y se insiste en la visión de que la gente desde sus comunidades, su cultura local, sus relaciones sociales, ha de ser responsable y participativa en el diseño e implantación de los programas que les afectan (Monreal 1999:226). Cernea (1995) también señala el valor de dar prioridad a la gente, participando activamente e implicándolos de manera esencial, dejando de lado las perspectivas más economicistas y tecnologicistas que se le había dado a las estrategias para el desarrollo. Phillip Kottak (2000: 103-129) como asesor del Banco Mundial revisó numerosos proyectos de desarrollo rural, constatando que los proyectos culturalmente competentes, es decir aquellos más respetuosos con los patrones culturales, aquellos que recogen la voz de los interesados, que se adecuan al marco cultural de las poblaciones destinatarias resultan ser más exitosos.

En este sentido se potencia la presencia de profesionales sociales con el objetivo de enriquecer los trabajos relacionado con el desarrollo. Pfeiffer y Nichter (2008) consideran, que los antropólogos en su tradicional papel como agentes culturales, estamos a menudo mejor posicionados, como trabajadores de salud y como observadores, más que otros profesionales sanitarios para documentar y contextualizar la eficacia de los servicios sanitarios así como su impacto en la vida de la gente.

La experiencia de campo durante cinco meses en la Amazonía Ecuatoriana es lo que ha permitido tener la posibilidad de acercarse a espacios que de otro modo no hubiera sido posible. La mirada antropológica con su principal herramienta, la observación participante así como a partir de la empatía con los sujetos de estudios, lo que se conoce como construcción del *rapport*, enmarcado en una investigación cualitativa, lo que ha permitido analizar las características de las acciones de desarrollo de forma holística tal y como lo plantean Martínez, Larrea (2010:43). He entendido este tipo de observación (por lo de participante), con mi presencia directa como enfermera investigadora, participando en lo cotidiano desde la observación directa y adecuándome a la realidad social del grupo estudiado. Al mismo tiempo se han realizado entrevistas informales y en profundidad a diferentes técnicos, cooperantes, recogiendo sus testimonios sobre lo que suponen e implican las actuaciones de cooperación al desarrollo, se han recogido las declaraciones de los agentes de salud local, así como de representantes comunitarios. Se ha tenido como premisa una de los principios éticos de la antropología, interferir lo menos posible en lo que uno observa (Barley, 1991:39).

En tanto que investigador, ese actor social está filtrando a través de su subjetividad la información que proviene de su trabajo de campo. De acuerdo con el naturalismo para comprender los comportamientos de aquellos que decidimos estudiar, debemos acercarnos de forma que tengamos acceso a los significados que guían sus comportamientos (Martínez y Vásquez-Bronfman, 1996:83). Se trata de una aproximación personal en la cual no se distingue entre quien obtiene los datos y los analiza. En ella se han establecido contactos cara a cara, pequeños grupos de discusión informales, se han recogido datos estadísticos con el propósito de entender la cultura o subcultura del grupo estudiado, con cierto extrañamiento antropológico intentando hacer explícitas las suposiciones que los nativos naturalizan como miembros de esa cultura. Es por esto que ha habido un intento de integrar los problemas estudiados en el contexto en el que se producen, observando sus relaciones con aspectos más macroestructurales. Ya se ha advertido de lo artificioso que resulta estudiar a los pueblos próximos al abismo, pero los pueblos indígenas bordean el abismo (Pérez Márquez 2009:421)

La población en el centro de nuestros objetivos

El interés se centra en recoger el grado de admisión, las formas y condiciones de aceptación por parte de la población Achuar a la presencia de foráneos agentes de desarrollo, así como del propio proyecto que respaldan, y las actividades que en él están planteadas, así como valorar el grado de participación y el seguimiento en las mismas, planteando las siguientes preguntas de investigación ¿Se trata de un proyecto consensuado con la población local y que responde a sus demandas?, ¿qué nivel de participación local nos encontramos en estos proyectos de desarrollo?, ¿qué conoce la población destinataria del proyecto de desarrollo que se lleva a cabo en su territorio? Desde la perspectiva comunitaria, Marchioni (2001: 11) reclama procesos participativos, para que el desarrollo no sea exclusivamente el fruto de algo totalmente decidido desde fuera, a cuyos cambios solo les queda la posibilidad y la capacidad de adecuarse. “Sin participación no es posible hablar de desarrollo local sostenible o de desarrollo comunitario: sin participación sólo seríamos seres y colectividades dependientes”.

Indicar que la participación política de los pueblos indígenas en un país como Ecuador es muy alta, así como en Bolivia y en México, no siendo la misma situación en otros países de

Latinoamérica, lo que contribuye en la amplificación de su voz y de sus reclamos (Gutiérrez 2009:18).

Desde la llegada a la organización la sensibilidad mostrada hacia los pueblos amazónicos por su cultura, así como la formación antropológica de la autora, facilita el acercamiento a estas comunidades en las que se pretende llevar a cabo el programa de promoción de salud ya citado. Este tipo de trabajos requieren de estancias prolongadas para dar cuenta con cierta seriedad de lo que representa en una zona la medicina local y/o tradicional, tal y como señala Fernández Juárez (2006) así como otros aspectos culturales. En este sentido no se pueden pasar por alto las explicaciones sobre el origen de una serie de problemas graves, por ejemplo aquellos que afectan a los niños y que los Achuar invocan a la influencia accidental de un espíritu, así como el modo de resolverlo, refrescando el cuerpo con el humo del tabaco. Los Achuar entienden dos grandes categoría de males: los tunchi, provocados y sanados por los chamanes, y los sunkur todo el resto. De forma general los Achuar sitúan el origen del mal entre los otros (Descolá 2005:229-247). En este contexto, la medicina indígena se puede ver en muchos aspectos a pesar de parecer oculta, otorgando a la figura que resuelve estos males, el chamán, un rol social fundamental, que quizás está siendo oscurecido pero que no podemos obviar.

Ya en el terreno de campo se persigue desde esta posición de respeto, la cual se basa en un mutuo entendimiento y comprensión de saberes, valores y creencias de los actores sociales involucrados (Campos 2004: 129), abordar aquellos problemas de salud que la población indígena sugiriera, y planteara, por tanto se propone capacitar a la comunidad para que expresaran sus preocupaciones e intereses. En este sentido se corrobora lo ya planteado por Hurtado (1999:97), hay que invitar a participar a los líderes locales, informales, aprender de ellos y mostrar el interés del proyecto, si no se siente la necesidad, ni se ve la utilidad, el proyecto difícilmente va a poder ejecutarse.

En este sentido, las aportaciones de aquellos que más tiempo llevan entre estos indígenas, personal técnico local (ecuatoriano y no achuar), de la propia contraparte y especialmente de una trabajadora, cuyo excelente conocimiento de la realidad socio-cultural Achuar, permite agilizar los trabajos iniciales, además de la estancia previa también exploratoria por parte de la autora, posibilitó y facilitó la realización de diversos talleres. Al mismo tiempo la colaboración del personal de salud local fue determinante, al ser ellos los

que más tiempo permanecen en esas comunidades, siendo alguno de ellos indígenas, supuso una vía de entrada a la comunidad incuestionable, lo que plantea considerar la perspectiva de la sociedad receptora en todos los abordajes de salud tal y como sugiere Meñaca (2004: 53).

Las propuestas iniciales se debatieron en largas reuniones y asambleas, definiendo un calendario de actividades durante seis-ocho semanas. Se llevaron a cabo talleres sobre alimentación, sobre planificación familiar, sobre canalización de aguas, y sobre la gestión de residuos tal y como solicitaron los representantes comunitarios. Este último fue el que se realizó en todos los niveles educativos, el que menos problemas planteó en cuanto a la barrera lingüística se refiere, y el que en mayor medida se consiguió trasladar a las familias de los alumnos. En el caso de la planificación familiar la organización entendía que no era necesario puesto que conocían perfectamente esta realidad y la perspectiva occidental era preferible no mostrarla, a pesar de ello se siguió con la propuesta Achuar. Se buscaba la adquisición de conocimientos, de habilidades y actitudes para favorecer, aplicar y desarrollar la participación de la comunidad en el campo de la salud, teniendo en cuenta la distancia cultural ya señalada. Se trata de procesos lentos, y en los cuales debe incorporarse una verdadera participación de la población Achuar, sin tampoco caer en idealismos y tener muy presente cuales son las circunstancias que rodean a la comunidad Achuar en estos momentos, y a las cuales también quieren adscribirse.

No se pierden de vista algunas de las premisas que plantea Marchioni (2006), tales como que lo fundamental es la «toma de conciencia» de la población de su realidad y de su convencimiento no impuesto de querer cambiarla con su participación, no delegando su solución en la administración o en los recursos técnicos de manera pasiva. La aparición de nuevos residuos debido a los “actuales” contactos con el “exterior”, ha planteado a diversas organizaciones y a las propias comunidades preguntas sin respuestas como la que nos hicieron al inicio de estos talleres, ¿qué hacemos con las baterías? El uso masivo de este tipo de artefacto para el uso de la radio, como principal medio de comunicación, su difícil regreso a la ciudad debido al coste que han de pagar en cada vuelo por el peso añadido, hace que este tipo de residuos y otros, generen sospechas sobre su desintegración. Por otro lado, con los años está aumentando el consumo de comida envasada y enlatada, bebida embotellada, a pesar de ser una sociedad ágrafa su paulatina incorporación a la escritura implica el uso del papel, así como de pilas que van sustituyendo a las velas, además de sus propios residuos orgánicos que

hasta no hace muchos años no era un grave problema debido a la escasa concentración de población.

Se enfatiza la participación y la corresponsabilidad de la gente, a través de su organización, mediante la valoración de su cultura y de sus conocimientos locales, que son fundamentales para definir las necesidades de la gente como la forma de satisfacerla (Monreal, 1999:224). A través de métodos y técnicas de expresión, tormenta de ideas, rejillas cuestionarios, preguntas abiertas, dibujo-palabras, se consigue reconocer y definir los residuos que más les preocupan, siendo las consecuencias de su mantenimiento en el tiempo la principal preocupación. En este sentido, se trata de conseguir que la población detecte los tipos de residuos más abundantes, los lugares en los que se concentran, las vías por las cuales pueden ser eliminados, o controlados.

La parte práctica consiste en recoger aquellos residuos que se encuentran más cerca y puesto que las actividades se desarrollan en las aulas, se recogen los papeles que hay tirados en las mismas y alrededores, toda la basura que rodeaba a la escuela, ampliando el marco de acción al resto de la comunidad y sus proximidades. Se cogieron todo tipos de residuos, plásticos, bolsas, envoltorios, latas, vidrios, papeles... se terminaba cuando los recipientes quedaban llenos, resolviendo los alumnos este trámite yendo a sus casas por sacos, cestos, changuinas (cestas realizadas por ellos mismos para transportar diferentes artículos, casi siempre los productos de la huerta), así como machetes y lanzas para recoger los residuos más sucios sin tener que cogerlos con las manos. Una vez finalizada la recogida se procedía a quemar algunos de los residuos no inflamables y a enterrar la basura orgánica. En días posteriores realizamos varios fosos más profundos y de mayores dimensiones alrededor de la escuela para uso de la misma, ubicados en diferentes lugares, e invitamos a que ellos mismos realizaran al lado de sus casas diferentes tipo de fosas, que como se ha comentado en muchas de las casas comprobamos que se estaban realizando y haciendo uso de ellas. Esto lo pudimos comprobar realizando tareas de censo y de vacunación junto al personal de salud local que también colaboró en realizar fosos para los residuos del puesto de salud.

Las actividades eran las mismas para todos los alumnos adaptadas según las edades y con un nivel de participación diferente si eran niños pequeños y adultos. De toda este tipo de actividades se le dio difusión a través de la radio con la aprobación del responsable de la misma y del síndico, informando y comunicando a las familias y a todas las comunidades

sobre el proyecto que se estaba llevando a cabo durante esos días en la escuela de la capital de la parroquia. Se sospecha si se acerca a la noción local de desarrollo que plantea Escobar (2012:37) que incluye la adquisición de aquellas herramientas de los sistemas de conocimiento dominante que podrían darles la posibilidad de implementar un futuro viable.

Volviendo al ámbito sanitario, el ejercicio de una medicina sin participación del paciente es otro factor que conduce a la medicalización, tratando de evitar este proceso que ya está también instalado en estas comunidades todas las actividades preventivas que se realizaron dentro del marco del proyecto general también caminan en esa dirección, entendiendo la medicalización como un proceso de construcción social de la realidad, de un aspecto de la experiencia humana, como problemática (Meñaca 2008:168). Siguiendo a la autora, se considera la medicalización como una dinámica de dominación ideológica-hegemonía de los grupos en el poder, unido al crecimiento de la biomedicina que define lo normal y lo patológico según los valores, estilos de vida e intereses de los grupos en el poder, se convierte en un proceso de control social que diferencia entre la norma y las desviaciones, que tiene su fuerza en la *naturalización* de la norma como *saludable* y de la desviación como *patológica*, así como en el escudo de la supuesta neutralidad científica del conocimiento biomédico.

Conclusiones

A pesar que a través de este tipo de análisis se trasluce la relación entre lo local y lo global, este trabajo no deja de ser una aportación más a los trabajos sobre globalización que se enfocan sobre las consecuencias de los procesos globales sobre la vida de la gente, más que mostrar la forma en la que la vida de esta gente incide a nivel global (Gimeno y Palenzuela 2005: 17).

Toda una serie de contradicciones se plantean en esta investigación desde el punto de vista metodológico, puesto que la autora no se limita a estudiar un contexto en el que se lleva a cabo un determinado programa de desarrollo, sino que forma parte de ese programa, irrumpiendo los debates en torno al neocolonialismo tal y como lo plantean Bretón, López y Roca (2005:17).

Aunque las comunidades indígenas dan cuenta de una enorme capacidad de organización, de participación ciudadana de una forma un tanto “natural”, en el ejercicio de

muchos programas y proyectos de desarrollo se aprecia que el nivel de participación ciudadana así como el papel que la gente puede desempeñar sigue siendo frecuentemente ignorado tal y como señala Pérez Galán (2009:446), a pesar de poner el énfasis en la participación de la población local y la valoración de su cultura.

Las aproximaciones cuidadosas y respetuosas, tanto con la población local, como con sus creencias, con sus saberes, recogiendo sus experiencias, sus conocimientos, sus recursos, y a partir de sus propias habilidades, permite alcanzar aquello que la comunidad ha demandado, ha mostrado preocupación y por tanto interés. Esto mismo se debe llevar a cabo en nuestras experiencias comunitarias más cercanas, dando voz a la población, a sus representantes y dejando abiertas las “puertas” de nuestras instituciones.

La eficacia simbólica del personal de salud que viene de fuera se puede plasmar en este tipo de experiencias y en otras no tan lejanas y muy próximas a nuestros entornos, del mismo modo que el personal local adquiere poder y establece jerarquía en las relaciones con los demás, siendo más un instrumento para llevar a cabo la medicina occidental y no el vehículo de comunicación entre un tipo de medicina tal y como plantea López (2012).

Involucrar a la comunidad en la planificación y ejecución de acciones de salud es posible, quizás la falta de recursos económicos, tecnológicos y humanos contribuya en muchas de las ocasiones, por tanto y en tiempos de crisis se pueda aprender de experiencias de este tipo para reconocer los factores determinantes de salud, para poder trabajar sobre ellos a partir de conocimientos y habilidades. Sin duda este tipo de experiencias permite plantearnos nuevos interrogantes sobre viejos, antiguos y actuales problemas de salud.

Bibliografía

BRETÓN SOLO DE ZALDÍVAR, V., LÓPEZ BARGADOS, A. (2005), Las ONGs en la reflexión antropológica sobre el Desarrollo y vicerversa: Perspectivas africanas y latinoamericanas, Sevilla, Fundación EL Monte, FAAEE ASANA.

CAMPOS NAVARRO, R., (2004), “Experiencias sobre salud intercultural en América Latina”, en FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.), Salud e interculturalidad en América latina. Perspectivas antropológicas, Quito, Abya- Yala: 129-151.

CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD 1986.

CERNEA, M. (coord.) (1995), Primero la gente. Variables sociológicas en el desarrollo rural,

México, FCE.

DECLARACION DE ALMA-ATA. 1978. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.

DESCOLÁ, P. (1996), La selva culta. Simbolismo y praxis en la ecología de los Achuar, Ecuador, Abya-Yala.

DESCOLÁ, P. (2005), Las lanzas del crepúsculo. Relatos jíbaros alta Amazonía, Buenos Aires, Fondo de cultura económica.

ESCOBAR, A. (2012), Más allá del desarrollo: postdesarrollo y transiciones hacia el pluriverso. "Revista de Antropología Social", 21: 23-62.

FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.) (2006), Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural, Quito, Abya Yala.

GIMENO, J. C., PALENZUELA, P., (coords.) (2005). Culturas y desarrollo en el marco de la globalización capitalista, Sevilla. Fundación EL Monte, FAAEE ASANA.

GUTIÉRREZ, M., (2009), "Políticas democráticas y pueblos indios en un tiempo postcolonial". En, LÓPEZ, J., GUTIÉRREZ, M., (coords). América indígena ante el siglo XXI, Madrid, Fundación Carolina: 3-21.

HURTADO, M., (1999), "Construyendo la participación: el papel de la antropología en los organismos de intervención en desarrollo", en GIMENO, J.C. Y MONREAL, P. (eds.), La controversia del desarrollo. Críticas desde la antropología, Madrid, Los Libros de la Catarata, Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación: 77-111.

LEY 7/1985, DE 2 DE ABRIL, REGULADORA DE LAS BASES DEL RÉGIMEN LOCAL

LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD.

LEY 8/2000, DE 30 DE NOVIEMBRE, DE ORDENACIÓN SANITARIA DE CASTILLA LAMANCHA.

LEY 33/2011, DE 4 DE OCTUBRE, GENERAL DE SALUD PÚBLICA.

LÓPEZ GARCÍA, J., (coord.) (2012). Valoraciones locales/retos globales de la cooperación. Estudio de caso en Guatemala para comparar agendas de donantes y de Receptores, Madrid. Fundación Carolina

NAVAS RECIO, S., (2010), “También en salud, lo importante es participar”. Enfermería comunitaria (Rev. Digital), 6 (2).

PÉREZ MÁRQUEZ, A., (2009), “El indigenismo internacional ante las nuevas identidades étnicas, en LÓPEZ GARCÍA, J. Y GUTIÉRREZ ESTÉVEZ, M. (coord.), América indígena ante el siglo XXI, Madrid, Fundación Carolina.

PFEIFFER, J. AND NICHTER, M.M (2008), “What Can Critical Medical Anthropology Contribute to Global Health? “, Medical anthropology quarterly, Vol.22, (4), 410-415.

PULIDO, M (2013). *Otros colonialismos: La Cooperación al Desarrollo en Programas y/o Proyectos de Salud. Medicinas en cuestión y Medicinas en promoción en un contexto Amazónico Ecuatoriano* Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología.

MARCHIONI, M., (2001) (coord.), Comunidad y cambio social. Teoría y praxis de la acción comunitaria, Madrid, Editorial Popular.

MARCHIONI, M. (2006), Democracia participativa y crisis de la política. La experiencia de los planes comunitarios, Cuadernos de trabajo social 213, vol. 19.

MARCHIONI, M. (2007), Comunidad, Participación y Desarrollo: Teoría y Metodología de la intervención comunitaria, Madrid, Editorial Popular.

MARTÍNEZ, I. Y VÁSQUEZ-BRONFMAN, A., (1996), La socialización en la escuela. Una perspectiva etnográfica, Barcelona, Paidós.

MARTÍNEZ MAURI, M., LARREA KILLINGER, C., (2010). Antropología social, desarrollo y cooperación internacional. Introducción a los fundamentos básicos y debates actuales, Barcelona, Editorial UOC.

MEÑACA, A. (2004), "Salud y migraciones. Sobre algunos enfoques en uso y otros por utilizar", en FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.), Salud e interculturalidad en América latina. Perspectivas antropológicas, Quito: Abya Yala: 53-63

MEÑACA, A. (2008), "Familias rotas y problemas de salud. La medicalización de las familias migrantes ecuatorianas", en LARREA, C.; MARTÍNEZ, A, (Eds.). Antropología médica y políticas transnacionales. Tendencias globales y experiencias locales, Barcelona, UOC: pp.161-178.

MONREAL, P. (1999), "Mujeres, género, desarrollo: conceptos y mundos encontrados", en

GIMENO, J.C. Y MONREAL, P. (eds.), *La controversia del desarrollo. Críticas desde la antropología*, Madrid, Los Libros de la Catarata, Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación: 213-239.

PÉREZ GALÁN, B. (2009), "El discurso de las instituciones de cooperación al desarrollo sobre los indígenas de los andes y su cultura", en LÓPEZ, J. Y GUTIÉRREZ, M. (coords), *América indígena ante el siglo XXI*, Madrid, Fundación Carolina:445-462.

UGARTE GURRUTXAGA, I. (2012), "La evidencia narrativa y la calidad asistencial en el Sistema Nacional de Salud" en MARIANO L., CIPRIANO, C. *Medicina y Narrativas. De la teoría a la práctica*. Círculo rojo