

DIÁLOGO INTERCULTURAL

**Memorias del Primer Congreso Latinoamericano
de Antropología Aplicada**

Escuela de Antropología Aplicada
UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

DIÁLOGO INTERCULTURAL

**Memorias del Primer Congreso Latinoamericano
de Antropología Aplicada**

Quito-Ecuador
25 al 29 de enero de 1999

Ediciones
Abya-Yala
2000

Diálogo Intercultural

Memorias del Primer Congreso Latinoamericano de Antropología Aplicada

Escuela de Antropología Aplicada. UPS

Edición: Consuelo Fernández Salvador

1a. Edición Ediciones ABYA-YALA
12 de Octubre 14-30 y Wilson
Casilla: 17-12-719
Teléfono: 562-633 / 506-247
Fax: (593-2) 506-255
E-mail: admin-info@abyayala.org
editorial@abyayala.org.
Quito-Ecuador

Autoedición: Abya-Yala Editing

ISBN: 9978-04-652-6

Impresión Producciones digitales Abya-Yala

Impreso en Quito-Ecuador, 2000

ÍNDICE

Presentación	9
--------------------	---

Primera Parte

PANELES GENERALES

Antropología académica y antropología aplicada en este fin de milenio <i>Antonino Colajanni</i>	13
Multi(inter) culturalismo en América Latina. Escena y escenarios. Aspectos políticos, culturales y socio económicos <i>Dagoberto José Fonseca</i>	21
La educación indígena en México: una reflexión etnográfica <i>Andrés Medina Hernández</i>	29
Multiculturalidad e interculturalidad en la experiencia de los movimiento sociales <i>Fernando Buendía</i>	49

Segunda Parte

TALLERES

I. TALLER DE POLÍTICA

Introducción	69
Neoindigenismo, interculturalidad y desarrollo local <i>Orlando Antonio Rodríguez</i>	71
Comunidad política en la percepción de la postmodernidad <i>Julio Echeverría</i>	89
El verbo se hizo andares. Reflexiones sobre diálogo intercultural desde la experiencia de la red de Bibliotecas Rurales y la Enciclopedia Campesina de Cajamarca, Perú <i>Alfredo Mires Ortíz</i>	101
La historia interminable del nuevo milenio <i>Luis Alfredo Herrera montero</i>	113

2. TALLER DE COMUNICACIÓN

Introducción	131
Los medios de comunicación como suscitadores de estereotipos y estigmas en sociedades multiculturales <i>Hernán Reyes Aguinaga</i>	135
Los refugiados de la utopía. Apuntes sobre políticas interculturales en una ciudad andina. <i>Guillermo Mariaca Iturri</i>	145
Estética de la violencia, las mediaciones como territorio de la muerte. Escenarios de la cultura de la imagen en la era de lo virtual y lo hiperreal. <i>Lic. Iván Rodrigo Mendizábal</i>	151

3. TALLER SOBRE ECONOMÍA

Introducción	167
Las economías locales frente a la economía global una mirada antropológica <i>Emilia Ferraro</i>	171
Más desarrollo por favor <i>Franklín Ramírez G.</i>	183
Interculturalidad y tratamiento de conflictos socioambientales en la era neoliberal. Una introducción a experiencias en el Bosque Amazónico (Versión preliminar para discusión) <i>Pablo Ortíz T.</i>	205

4. TALLER DE SALUD E INTERCULTURALIDAD

Introducción	223
Teorías y Poderes <i>Miltón Guzmán Valbuena</i>	225
La construcción imaginaria de la prevención del VIH/SIDA. Inculturalidad, relaciones de poder desde una perspectiva transgeneracional <i>Maggi Martínez</i>	233
Las enfermedades y los servicios en el subtrópico de Bolívar <i>José Sola</i>	253

5. TALLER DE POLÍTICAS CULTURALES

Introducción	269
--------------------	-----

El diálogo intercultural. Evento y oportunidad de concertación social y participación ciudadana en el desarrollo <i>Patricio Sandoval Simba</i>	271
Cultura y desarrollo. Construcción colectiva de un discurso <i>Victoria Novillo Rameix</i>	277
Interculturalidad, políticas culturales y participación ciudadana. Políticas culturales entre la “Cultura de los Cultos” y la interculturalidad <i>Victor Ramiro Caiza</i>	281
La ciudad del migrante. Apuntes para el estudio de la representación de la ciudad en el discurso de los migrantes indígenas <i>Lucía Herrera Montero</i>	289
Canciones con “Y” <i>Carlos Bonfim</i>	301
Interculturalidad y valoración de las culturas y religiones originarias <i>Giulio Girardi</i>	307
6. TALLER DE EDUCACIÓN	
Introducción	329
La educación intercultural formal: ¿El poder de los pueblos indios o la trampa de la hegemonía estatal? <i>Luis Fernando Garcés V.</i>	331
La interculturalidad en el aula Ileana Soto Andrade. Reflexiones en cuanto a precisiones teóricas	337
La Escuela y la Interculturalidad: un estudio de caso <i>Mercedes Cotacachi</i>	347
El largo invierno de la montaña. Una experiencia de convivencia educativa con los +nkal awa <i>Enrique Contreras P.</i>	353
7. TALLER DE RELIGIÓN	
Introducción	359
Religiosidad y fiestas populares <i>Claudio Malo González</i>	361

8 / Varios autores

Religión y Religiosidad

Dra. Vera Schiller de Kohn..... 373

4. TALLER DE SALUD E INTERCULTURALIDAD

INTRODUCCIÓN

TEMA

HACIA UN DIÁLOGO ENTRE SABERES

Este taller de Salud, pretende ser un espacio para debatir, intercambiar experiencias y exponer nuevas propuestas en torno a los desencuentros y encuentros de las diversas respuestas socio-culturales ante la problemática de la Salud, las cuales han surgido a lo largo del proceso histórico de América Latina. Problemática que a su vez será contextualizada en el ámbito de la interculturalidad.

La interculturalidad entendida como un proceso en construcción, hacia la búsqueda del diálogo de saberes. Saberes que provienen desde los diferentes grupos que conforman la sociedad: mujeres, indígenas, mestizos, negros, pobladores urbanos, niños, grupos de poder entre otros. El reto está en el cómo poder escucharnos; en descubrir las formas que permitirán ese diálogo, el conocer los pasos que se han dado en este nuevo camino y en donde el objeto fundamental del debate es la Salud. Por cuanto las respuestas, las ópticas y filosofías sobre la problemática de Salud son diversas, de acuerdo a su múltiple procedencia. De ahí la urgencia por entablar el diálogo.

Dentro de este ámbito interesa centrar la atención en base a tres ejes directrices: el primero vinculado a la Salud Pública, el segundo en relación a las experiencias de trabajo desa-

rolladas por los diferentes grupos u organizaciones y en tercer lugar sobre el conocimiento ancestral del uso de las plantas medicinales.

1. Interculturalidad y políticas de salud pública

El eje del debate en este subtema se basa en el conocimiento de las propuestas que han surgido desde el Estado para responder a los problemas de Salud de los diversos grupos de la sociedad y aquí cabe preguntarnos qué respuesta ha dado el Estado ante los sistemas de salud no formal, si conoce su filosofía, y cómo ha respondido frente al problema de salud de los niños, de las mujeres, y los ancianos. Es decir, en que medida las políticas y los programas estatales en Salud Pública están contribuyendo o no a este diálogo entre saberes; cuáles son sus alcances y limitaciones y cuáles deberían ser sus futuras orientaciones.

2. Gestión intercultural en salud: experiencias, propuestas y desafíos

Considerando las diversas nacionalidades y conglomerados sociales que conforman el Continente Americano, así como sus variadas respuestas hacia la problemática de Salud, en este espacio se quieren exponer las experiencias de trabajo, propuestas y metodologías, vinculadas a los sistemas de salud no for-

mal, a problemas de salud de las mujeres, de los niños, entre otros, pero en ese esfuerzo por entender al otro. Es decir cuáles han sido los alcances y limitaciones de estos procesos dentro del contexto de la interculturalidad.

3. El uso ancestral de las plantas medicinales frente a la modernidad

Latinoamérica se caracteriza por poseer una flora muy diversa, la cual desde tiempos inmemoriales ha sido utilizada con fines tera-

péuticos, mágicos, sagrados, obedeciendo a las diversas filosofías que existen en el continente, sobre la Salud. Sin embargo, cabe preguntarse qué está ocurriendo con ese conocimiento ancestral en el ámbito de la Modernidad, en donde las empresas farmacéuticas investigan y patentan el uso de estas plantas. Bajo ese ámbito en este taller se quiere discutir cómo se está generando el diálogo entre estos dos saberes; cuáles son las políticas de los diversos grupos, desde el Estado frente a esta problemática; y cuáles deberían ser las futuras orientaciones

LAS ENFERMEDADES Y LOS SERVICIOS EN EL SUBTRÓPICO DE BOLÍVAR

Una mirada a la crisis desde la cultura

José Sola

Un paisaje de naranja y trago

Algunos detalles del escenario y sus actores

La franja subtropical o piso premontano, se extiende desde los 300 hasta los 2.000 msnm, con temperaturas que oscilan entre los 18 y 24 °C y con una pluviosidad que supera los 2.000 mm de precipitación anual, donde la intensidad de las lluvias ocurre en los meses de enero a mayo.

La parroquia de San Luis de Pambil perteneciente al cantón Guaranda y los cantones Las Naves, Echeandía y Caluma, todos en la jurisdicción de la provincia de Bolívar, se ubican en esta franja subtropical localizada en las estribaciones externas de la cordillera occidental de los Andes centrales del Ecuador. Suman cerca de 36.000 habitantes, de los cuales aproximadamente el 17 % son indígenas reconocidos por ellos como tales.

Son territorios colonizados sistemáticamente desde hace algo más de un siglo, por pobladores provenientes de localidades serranas de la misma provincia, a los que últimamente se suman migrantes de las vecinas provincias costeñas. En este proceso migratorio destacan las avanzadas de los indígenas, principalmente, de comunidades de Salinas y Guanujo, parroquias altoandinas de Guaranda, que desde hace aproximadamente 30 años, de manera incesante, se vienen asentando en las

zonas más altas de esta franja subtropical. De esta manera, reconstituyen comunidades como en sus sitios de origen, con lo que concluyen un largo ciclo de migraciones estacionales, caracterizadas por desplazamientos durante los períodos de desmonte, deshierbe y molienda o cosecha, en los que eran contratados a bajo pago como trabajadores temporales.

Estas tierras calientes son consideradas lejanas prolongaciones, transmotañas, de los pequeños valles serranos en donde se ubican los centros administrativos de la provincia. La autonomía municipal es una conquista reciente de estos cantones subtropicales, estimulada por el abandono y olvido perennes a los que fueron sometidos por parte de todas las instituciones de poder presentes en esta provincia.

En estos territorios se replicaba el “centralismo” como modelo de instrumentación política y moral. El poder decisor y castigador se ejercía (y en cierta medida aún se ejerce) desde los centros tradicionales de la administración. Las respuestas y demandas del subtrópico difícilmente llegaban a estos centros de dominio y cuando lo hacían sólo por excepción eran oídas y resueltas. En suma, las poblaciones del subtrópico han sobrevivido la historia como territorios aislados y abandonados para los servicios, pero siempre presentes para la tributación y el sometimiento político. Diríase que allí la “colonia” se muestra como en un museo viviente con el tiempo detenido.

Las estrategias de sobrevivencia de la población están signadas por la zona de vida o de asentamiento. El modelo productivo de las partes bajas (300-600 msnm) privilegia los cultivos de ciclo corto y los cítricos. La zona intermedia (600-1.200 msnm) se aprovecha para el cultivo en huerta (café, cacao, plátano) y las partes altas de suelos con fuertes pendientes se dedica al cultivo de caña de azúcar, la extracción de madera y cultivos menores de cereales y leguminosas.

Cada una de estas zonas de vida tiene un poblador característico, organizado de manera particular. En las partes bajas vive mayoritariamente el migrante costeño, en las medias el migrante mestizo serrano y en las altas principalmente los indígenas.

Los colonos costeos y mestizos se convocan y movilizan coyunturalmente, siempre en la perspectiva de demandar servicios o para recordar en la fiesta patronal su procedencia de origen. El tiempo del asentamiento en un territorio dado, signa el referente de identidad que se expresa en la nominación “recinto”, que termina siendo el universo de la convocatoria para esa vecindad.

Predominan en ellos las estrategias productivas individuales, que, en caso de ser necesario, hechan mano del jornalero, que por lo general es el pobre que reside en las cabeceras urbanas. Sus niveles de productividad les llevan a persistir en estrategias de extracción intensiva, con el consiguiente deterioro de la ecología. Sus conexiones de intercambio comercial siguen los ejes de la Costa, siendo muy marginales y excepcionales las relaciones con la Sierra, las mismas que se reducen a contactos familiares conmemorativos o “gestiones” en los puntos administrativos del nivel provincial. Su identidad cultural, su filiación ideológica y su adscripción política se configuran al

avanzar por los mismos caminos del intercambio comercial y social, por extensión.

Por su lado, los indígenas recrean las formas organizativas tradicionales de sus comunidades de origen, por lo que el apoyo en las redes de parentesco es vital para sostener una producción que requiere de mucho esfuerzo y participación. Sus pautas culturales de vida no se han alterado y, más bien, es notorio el realce del calendario ritual como fórmula para fortalecer, tanto para lo interno como para la visión de los de afuera, los elementos inherentes a su identidad étnica.

Viven un proceso de adaptación a la nueva ecología que “enfrentan” y lo hacen desde la experiencia de haber sido migrantes estacionales por muchas generaciones. Su cosmovisión orienta la organización de la vida, pero les ha sido obligatorio y necesario adaptar los referentes ordenadores. Los patrones míticos subsisten como claves para el control moral y social: el “cerro” y el “huayra” ahora son el río y la serpiente, reeditando la vieja historia de la humanidad de avanzar en la búsqueda de los paraísos prometidos.

Se relacionan de manera preferente con los mercados de la Sierra que demanda sus productos (panela, granos, “trago”, etc.). Este vínculo facilita y fortalece el mantenimiento de sus relaciones sociales y rituales con sus comunidades de origen (...¿o a la inversa?), como una muestra del manejo de la diversidad de pisos ecológicos (como el archipiélago vertical demostrado por John Murra) que históricamente ha caracterizado a las comunidades altoandinas.

En estas partes altas del subtrópico, las comunidades ejecutan estrategias extensivas de producción para satisfacer las necesidades de una población creciente, que suma inmigración constante y alta natalidad, lo que pro-

voca deterioro en el equilibrio ecológico con las repercusiones del caso. Sin embargo, esta situación no se equipara en gravedad con la devastación a la que fueron sometidos los otros territorios de la franja.

En resumen, en esta diversidad ecológica propia de la franja subtropical conviven grupos humanos de diferente procedencia, con identidades culturales diversas, cada cual con maneras particulares de organizar la vida y la producción en un proceso de adaptación al hábitat según su historia y necesidades por satisfacer.

Las relaciones intergrupales se dan bajo los seculares patrones de sometimiento y subordinación, tanto por la condición social y étnica de los actores, cuanto por su capacidad de negociación con las instancias del poder de gobiernos locales y regionales.

Si bien, panorámicamente, se advierte que las necesidades básicas insatisfechas afectan a todos los pobladores de la franja, los asentamientos altos están evidentemente más desprotegidos o menos atendidos, corroborando el patrón de exclusión y marginamiento que identifica a las políticas y prácticas de todos los gobiernos.

No existe en el medio una clara tendencia de negociación política, dada la ausencia de una historia de organización y movilización social. Las demandas siempre han sido planteadas, unilateralmente, desde las necesidades particulares de los recintos, sin evidencia de expresiones importantes de presión efectiva.

Se reconoce la capacidad de negociación más orgánica y frontal de las comunidades indígenas, sin embargo, no se advierte un proceso de apropiación más general de este recurso político, por la ausencia de canales de diálogo intercultural, como expresión de la herencia mestiza que no supera su posicionamiento et-

nocéntrico que desvaloriza y rechaza de principio al “otro”.

Las palabras de los viejos.

Una historia de privaciones y sufrimientos

Los centros urbanos mayores de Bolívar, asentados en los valles serranos, siempre han mirado al subtrópico como un apéndice territorial, como los lares calientes y exóticos, de los que en visitas vacacionales se trae frutas y “trago” para magnificar la fiesta principal, andando por caminos agrestes y solitarios, generando experiencias épicas dignas de ser comentadas por los cronistas formales de la conquista.

Desde la formalidad de los gobiernos provinciales se demanda del subtrópico bienes y rentas, adscripciones políticas y reverencias al poder; se controla política, religiosa y moralmente a cambio de olvido y abandono. Desde fuera bien podría confirmarse al subtrópico como un museo en el que se muestra con vida, casi inalteradas, las artes de la “colonia”, para el placer de los estudiosos de la evolución del sometimiento y la marginación.

Las estadísticas muestran que la independencia jurídico administrativa alcanzada por estos territorios, ha creado no sólo los municipios más pobres de Bolívar, sino del Ecuador en su conjunto, tanto por la carencia de recursos propios, cuanto porque los ingresos que reciben de la renta nacional son exiguos, ¡si es que los reciben!. Dicho de otra manera, son municipios pobres que lo único que administran y redistribuyen es la pobreza.

Las coberturas de servicios básicos son por demás insuficientes, así, la dotación de agua entubada no llega al 30 % de las familias, al alcantarillado acceden pocas familias de las cabeceras urbanas, de electricidad disponen

sólo la mitad de las viviendas. Es decir, que el progreso y la modernidad les llegó a ellos sólo tangencialmente.

Sin duda que las más afectadas son las comunidades rurales, pues en las cabeceras urbanas, como no puede ser de otra manera, se advierten importantes expresiones de acumulación. A pesar de ser una zona rica para la producción, las carencias antes anotadas impiden un crecimiento socio-económico adecuado y determinan más bien niveles importantes de pobreza. Cerca del 80 % de la población es considerada en niveles de pobreza crónica, dentro de los cuales se cuenta alrededor de un 35 % de familias indigentes.

Los datos de la muerte

Un designio que se sobrelleva con resignación

De todo se carece, pero lo que más preocupa es lo limitado de la atención médica, cuya carga en la mayoría de casos está en manos de profesionales en ejercicio privado. En toda el área motivo de análisis, no existe una sola cama hospitalaria y las unidades del Ministerio de Salud Pública cuentan con pocos recursos en todo orden.

Los indicadores son por demás elocuentes, la Tasa de Mortalidad Infantil supera el 60 por 1.000, cuando la media nacional marca el 50 por 1.000. La desnutrición crónica en menores de 5 años es del 61 % (Ecuador 45 %) y el número de viviendas sin saneamiento adecuado rebasa el 62% (Ecuador 38 %).

En estas condiciones de insalubridad generalizada, se explica un perfil epidemiológico que combina patologías de carencia crónica, procesos de inadaptabilidad poblacional a la ecología y enfermedades provocadas por el deterioro del medio ambiente.

Predominan altas prevalencias de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), Infeccio-

nes Respiratorias Agudas (IRA), Enfermedades Eruptivas de la Infancia y cuadros carenciales energético-protéicos. Se completa el perfil con la presencia de paludismo y dengue, como enfermedades que periódicamente hacen brotes epidémicos, y de leishmaniasis con niveles crecientes de prevalencia.

Nótese que la totalidad de estas enfermedades enumeradas son sujetas de prevención y control sanitario, explicándose sus índices elevados por la carencia de servicios básicos y por lo limitado de las medidas de control sanitario. Esto lleva a niveles elevados de mortalidad por estas mismas causas, lo que traduce también lo pobre de la cobertura de atención médica; añadiéndose un importante número de muertes debidas a violencia.

Gritos de búsqueda

Reacciones y respuestas

Para efectos de facilitar la comprensión, dividimos al perfil local en dos grupos de enfermedades:

- Enfermedades por carencia primaria, denominadas enfermedades de la pobreza; y
- Enfermedades generadas por el desequilibrio ecológico.

La cuantía de las primeras está en directa proporción a la carencia de servicios básicos y prácticas sanitarias de control, teniendo como causa subyacente y explicativa los niveles crecientes de pobreza. En este grupo se inscribe de manera particular la EDA, debido al consumo de agua contaminada por un cúmulo de agentes bióticos patógenos (coliformes, parásitos, hongos).

El segundo grupo de enfermedades devienen por dos mecánicas: 1) la inadaptación biológica y socio-cultural del hombre colono

al nuevo hábitat, pues el tiempo de vida no le ha permitido desarrollar resistencias ni estrategias de control sanitario, ni activar redes adecuadas con respuestas curativas a las nuevas enfermedades que sufre en este medio y 2) de manera complementaria, la agresión del hombre a la naturaleza ha generado un desequilibrio ecológico importante, que activa mecánicas adaptativas de agentes biológicos (reservorios, vectores) que terminan siendo perjudiciales a la salud de las personas. Es el caso de las enfermedades transmitidas por vectores: malaria, leishmaniasis y chagas.

Es emblemático el caso de la leishmaniasis, enfermedad parasitaria (*Leishmania*) transmitida por un vector (*Lutzomyia*), llamado en el medio “manta blanca”. Esta enfermedad es reconocida en el medio como “grano de oro”, “sarna brava” o “lepra de montaña”. Los reservorios naturales del parásito son mamíferos salvajes (ardillas, perezosos) que viven en el bosque, donde también desarrollan su ciclo de vida los vectores (“manta blanca”). Al producirse una deforestación masiva de la “montaña”, se altera el ciclo de la enfermedad, pues los vectores se vuelven domésticos y el nuevo huésped es el hombre y algunos de sus animales domésticos. Así le llega la enfermedad.

La historia del subtrópico de Bolívar cuenta de innumerables casos de personas afectadas por este mal, pero en la actualidad llama la atención lo que ocurre en las comunidades asentadas en las partes altas. La incidencia de leishmaniasis es creciente, tanto que la provincia es considerada como uno de los principales focos endémicos en el país. Gran parte de los afectados son indígenas.

El manejo de esta enfermedad a nivel familiar muestra serias limitaciones y, por tanto, una eficacia muy baja. Se trata de un mal nuevo y desconocido para estos pobladores. Todavía no ponderan sus niveles de gravedad, que,

por el momento, se reducen a molestias de orden estético. Al no ser una enfermedad discapacitante que influya en el ritmo de trabajo de los afectados y que a lo mucho limita sus relaciones públicas, no es considerada de una gravedad que active redes y recursos para su curación inmediata. Gran parte de los afectados, especialmente de las formas mucocutáneas, son “escondidos” por sus familiares, a causa de la repulsa estética que generan. Termina el mal siendo interpretado culturalmente como una enfermedad “vergonzante”, por lo que se oculta de los ojos ajenos al sufriente.

No queda claro para las personas el ciclo de la enfermedad y, por tanto, no se activan formas preventivas. Las respuestas familiares y comunitarias se reducen a buscar por la mecánica de error y acierto elementos que cierren o sequen las úlceras. El resultado es que no se cura la enfermedad y se generan complicaciones que marcan con cicatrices a la persona por toda la vida. Sin duda ésta es una limitación que tiene que ser superada.

Si bien un porcentaje importante (30%) de familias practican medidas para evitar la picadura de mosquitos o zancudos (usando mosquiteros o toldos y fumigando con insecticidas las viviendas) no existe una correlación clara entre estas prácticas y la prevención de paludismo, dengue, chagas y leishmaniasis. Estas prácticas se dirigen directamente a incidir en las molestias que provocan las picaduras. De lo observado se concluye que culturalmente no existe un dominio sobre la identificación y manejo sanitario de estas enfermedades.

Se buscan respuestas curativas simplemente por reacción a la evidencia de un cuadro morboso, sin argumentar un proceso causal culturalmente convenido y socialmente validado. Los cuidados familiares se limitan a seguir las recomendaciones de los médicos y és-

tas se replican en la presencia de cuadros similares. En resumen, se advierte una tendencia al aprendizaje y reconocimiento de estas enfermedades, por influencia directa de los agentes y prácticas de la medicina convencional, evidenciándose patrones caseros, pero no consensos culturales todavía.

Al presentar esquemáticamente estos hechos, se advierten estas tendencias:

1. Para las patologías de carencia se buscan soluciones inicialmente en el nivel casero tradicional y luego con una alta demanda de servicios curativos en el nivel local y regional en dependencia de las ciudades de la Costa. A ello se suman demandas de servicios básicos, porque se asocian estas enfermedades con esas carencias. Dentro de esas demandas se inscribe la presencia y trabajo de promotores de salud, como entes de base, que activan prácticas preventivas, educativas y son un enlace eficiente en la cadena de referencia y contrarreferencia. Se puede decir, entonces, que los servicios de salud amplían su cobertura efectiva a través de estos agentes comunitarios.

2. Para las enfermedades transmitidas por vectores, como se anotó, las familias responden reactivamente y sólo demandan atención médica eficiente, lo que demuestra su desconocimiento del ciclo de las enfermedades. Se gira, por tanto, alrededor de las prestaciones médicas, desde una conducta que sólo critica la eficiencia del acto terapéutico.

3. Un tercer grupo de enfermedades, que ad hoc denominamos de filiación cultural (las “de campo” en la taxonomía de Eduardo Estrella, Carmen Muñoz Bernard y Sánchez-Parga o “sobrenaturales” en la clasificación de Pederesen-Coloma) y que incitan a entender una topografía moral para ubicar el origen de las enfermedades desde los argumentos de la cosmovisión andina, son más manejadas en el silencio y la privacidad, más aún, por tratarse de

una zona que culturalmente no está del todo consolidada, por la evidencia de conflictos intergrupales y un sentido político ordenador aculturizador. Nótese que los referentes identitarios son extralocales, sea por búsqueda en lo costeño, por parte de los colonos mestizos, o en las comunidades de origen en el páramo serrano, que terminan siendo la matriz social y ritual de las “comunidades indígenas del calor”.

Precisamos algunas condiciones determinantes:

La ubicación causal de las enfermedades en el panteón triádico altoandino, sobre la base de los principios de deuda, culpa y castigo, pervive en el conjunto poblacional de origen serrano, aunque más abiertamente entre los indígenas. Los mitos y símbolos de referencia han cambiado, así como las “huacas” tutelares o lugares sagrados: cobran vida en esta nueva ecología el agua de los ríos, los saltos de agua, las cavernas húmedas, los animales salvajes, las serpientes, etc. Al calendario ritual original se suman las nuevas fechas de la cosecha y la siembra, se realiza lo germinativo por lo frugal y salvaje.

Estos “yungas” ya no son sólo sitios de paso, purificación y aprendizaje, hoy viven en este mundo “sacha”, que por la leyenda saben que era poblado por yumbos y demonios castigadores, lo que marca conductas de miedo y reverencia que permiten estar siempre alerta, si es que la lectura se la hace desde las realizaciones sociales.

Podría decirse que estos pobladores viven un proceso de cambio y enriquecimiento simbólico, que se traduce en la celebración de las fiestas tradicionales de arriba (las de la comunidad de origen) y de las fiestas nuevas de abajo (las de los tiempos del subtrópico), que anuncian su nueva vida en su propio destino histórico.

Los rituales de la curación se activan por agentes que resumen esta cosmovisión revitalizada, sorteando todas las dificultades de funcionalizar los nuevos recursos y expresiones de la enfermedad. Hay un manejo solvente, que apunta a consolidar una estructura social.

Sin embargo, hay un límite serio, que es el de las enfermedades del nuevo hábitat. Estas no son todavía comprendidas y jerarquizadas desde sus categorías culturales. No hay protección respecto a ellas y son precisamente estos males los que inciden negativamente en la vida y reproducción de las familias.

Para el caso de los pobladores mestizos, la situación es algo diferente. La diversidad de su origen complica la construcción de una identidad cultural. Sus “enfermedades de campo” se resuelven más por el lado de la religiosidad a la que confluyen todos. Cada recinto tiene un “santo patrono” o una “virgen de devoción” y bajo sus égidas se construyen los discursos de la sanación, sobre la base de los cuales funcionan mediadores, agentes tradicionales figurados como una especie de mediums que sincréticamente combinan la farmacopea casera con rituales litúrgicos, con lo que satisfacen primordialmente las demandas de paz y suerte de sus usuarios, cuyos conflictos tienen como perceptor incesante a la “envidia”. Este factor debe ser leído como una muestra de los procesos de diferenciación social que caracterizan a toda zona de colonización.

Los agentes de salud propios de las comunidades son de tres órdenes:

1. Agentes tradicionales laicos que curan las “enfermedades de Dios” para las que los médicos son los indicados agentes de curación, pero ante su ausencia, estos agentes tradicionales históricamente han asumido ese rol. Son, pues, la respuesta a la marginación. Se cuentan comadronas o parteras, sobadores de huesos, yerbateros y curanderos de pulso y orina. Estos

actores en salud, sufren aún la represión de las autoridades sanitarias y se les castiga por no ser servidores de la ciencia oficial. Por ello tratan de ser anónimos y puntualmente acceden a los servicios convencionales, para tomar para sí ciertos recursos y destrezas terapéuticas convencionales. Sin duda, sus conocimientos se originan en las prácticas antiguas de la misma medicina occidental.

2. Agentes tradicionales rituales, especialistas en las “enfermedades del campo”. Son la contracultura a lo convencional y, por ello, sujetos de represión incesante, negándoseles por siempre un rol social y sus aportes a la salud de las personas. Para las “autoridades” ellos son la expresión de la “ignorancia”, la “superstición”, lo pagano y salvaje del “otro”. Viven en el silencio y la privacidad como mecánica de defensa. Llegan a ellos sólo los que deben llegar. Son la muestra de una cosmovisión que pervive a pesar de las prácticas de blanqueamiento y homogeneización. Los de afuera no sabemos cuántos son ni dónde están, pero sabemos que allí están. Son la crítica viva a la dominación y marginación de la población pobre del subtrópico.

3.- Agentes modernos o promotores de salud que facilitan la aplicación con cobertura eficiente de las estrategias de la atención primaria de salud. Líderes jóvenes que buscan el progreso de sus comunidades.

Conversando en la sala de espera

Las expresiones de la resistencia a los servicios de salud

Por lo dicho, no es que la población rechace la ciencia y la técnica de la medicina, cuestionan mucho a sus practicantes y ejecutores. Se revela la fascinación de la gente por la “magia” de la medicina moderna, pero se resis-

te a las formas de la relación, a no ser sujetos de cura, sino objetos de prestaciones ofrecidas como caridad. Desean acceder a estos servicios pero con dignidad. Al no conseguirse este fin de derecho, los contactos se reducen a simples eventos de medicalización, que de tanto repetirse, perniciosamente, obligan a conductas de acostumbramiento: la gente va al médico a que le recete medicamentos, asociándose peligrosamente la condición de salud a la medicalización (“Todo se resuelve con sueros de colores” dice un médico de un hospital de la región).

¿Por qué se ha llegado a esto? Algunas respuestas las encontramos en los resultados de una investigación operativa, emprendida para calificar los niveles de calidad de las prestaciones médicas ofertadas por las unidades de salud del área. Estos son los datos más relevantes:

a) Problemas de acceso a los servicios

La versión de los proveedores

Los principales factores que inciden en el acceso de la población a los servicios de salud tiene que ver con la persistencia de un modelo de atención despersonalizada e individualizante en la que el usuario es un ser anónimo reducido al dato estadístico, que no considera a la persona en su contexto social y cultural.

La cobertura es limitada con una baja productividad, debido a la carencia de recursos y por un déficit organizacional marcado por la descoordinación interinstitucional, afán de protagonismo, imposición de políticas e inadecuado manejo de los recursos humanos.

La versión de la población

Horarios y circulación interna inadecuados: hay que destinar más tiempo que el nece-

sario para acceder a una consulta; la congestión de los servicios genera impaciencia, desesperación y la sensación de “tiempo perdido”.

Se carece de una estrategia efectiva de trabajo extramural comunitario, regular y participativo. Las salidas a las comunidades son por demás coyunturales, irregulares y poco planificadas. Sólo por excepción, se responde a las demandas comunitarias y se subutiliza la capacidad de convocatoria de los promotores de salud.

No hay atención regular durante las noches y los horarios de atención regular están mal organizados, pues no se considera el tiempo disponible de la población. Se los organiza de acuerdo a la conveniencia del personal y no de la población. Hay limitaciones en el sistema de referencia y contrarreferencia, con serias limitaciones para la transferencia de enfermos.

Hay una permanencia muy irregular de los profesionales: cambios muy frecuentes. La población advierte niveles bajos de confiabilidad en los profesionales: los médicos rurales son vistos como “jóvenes practicantes”, lo que se traduce en una limitada capacidad resolutoria con derivaciones frecuentes y relación médico paciente muy conflictiva.

Se evidencia un “doble discurso” del personal frente a la gratuidad de los servicios y la formación de clientelas particulares por parte de los profesionales.

b) Las manifestaciones culturales del conflicto

Manifestaciones explícitas y directas

Despersonalización y desvalorización (“papacito”, “taytico”, “mamitica”...etc.) de los

pacientes, maltrato directo, insultos y conductas racistas.

Manifestaciones elaboradas

Las formas escondidas y elaboradas del irrespeto, la agresión y el rechazo a las personas, particularmente indígenas, se da principalmente cuando el personal de salud “no entiende” y “no atina” las dolencias de los usuarios y las califica peyorativamente como “creencias”, “supersticiones” y con otros adjetivos despreciativos.

Lo común es que se atienda superficialmente a las personas, tratando de hablar mínimamente y desembarazándose del “problema” lo más pronto posible.

Sin duda esto es el producto del desencuentro de cosmovisiones distintas, en donde predomina una persistente posición logocéntrica y excluyente del personal de salud, que ignora y/o rechaza las expresiones culturales locales.

Para corroborar la idea de que los pobladores no rechazan la medicina occidental en sí, sino a sus mediadores, citamos estos comentarios:

Quisiera un subcentro arriba en la comunidad para no estar bajando a San Luis, que atiendan bien, no traten mal sea mestizo o indígena y traten como a sí mismo.

Gregorio M. 43 años.

Que el centro de salud de la cabecera sea más grande, con camas y con más doctores y más enfermeras y más medicinas, completos. Que a todos traten igual que al blanco.

Olegario Ch. 57 años.

Quiero que sigamos mejorando la salud y la alimentación del hogar y la familia. Que nos visite el doctor del subcentro por cada ca-

sa de la comunidad. Tener sembrados huertos y hortalizas.

Ma. Etelvina G. 48 años.

Los problemas más frecuentes son:

- Horarios de atención inadecuados y falta de atención.
- Falta de medicamentos e insumos.
- Referencia y contrarreferencia defectuosa.

Los problemas más importantes son:

- Falta de personal profesional y de apoyo.
- Trabajo extramural muy limitado e irregular.
- Limitada capacidad de resolución.

Los problemas más difíciles de resolver son:

- Racismo y maltrato al paciente y familiares.
- Déficit de infraestructura y equipamiento.
- Ausencia de participación directa de la comunidad en el quehacer sanitario.
- Falta de organización de los agentes y recursos locales para incidir en el sistema local.

Esta es la situación sentida por la población y si se quiere corresponde a una lectura interna y local, que debe ser complementada con una apreciación contextual de las políticas que generan esa situación.

Crítica y conflictos

Dos mundos ajenos y posibles

Una vez revisada la situación socio-sanitaria del subtrópico de Bolívar, descritos los hechos y los actores involucrados en los procesos de salud/enfermedad, de manera específica detalladas las condiciones de “las enfermedades de la pobreza”, como: las diarreas, el paludismo y la leishmaniasis, se encuentra como locución constante en la mirada externa - y

aun voces internas- que imputan culpas, castigos y rechazos para explicar y calificar este perfil. Por eso, es necesario analizar esa mirada externa y cómo la oferta oficial de planes, programas y proyectos sanitarios en sí mismos son la matriz de un conflicto no negociado.

Para entender esa matriz de homogeneización es preciso diseccionar el modelo biomédico desarrollista, con el cual se insiste en el subtrópico de Bolívar y que persiste en toda América Latina, a manera de adscripción a las políticas y regulaciones de los centros de análisis e intervención del “norte”. Proliferan iniciativas que intentan el mejoramiento de la salud; principalmente aquellas dotadas de fuerte contenido educativo, informativo o comunicacional y que configuran discursos y prácticas generadas por sectores públicos y privados, donde existen los recursos para definir problemas y proponer soluciones. Ciertamente que en el subtrópico, donde la presencia del Estado es más bien tímida, estas iniciativas provienen del sector privado, principalmente: de las iglesias y de muchas ONG’s, algunas de ellas con manifestaciones de abierta dependencia política y financiera de agencias del “norte”, con márgenes muy limitados para la negociación local.

La mayoría de los programas de intervención sanitaria son creados, negociados y manejados alrededor de las ideas desarrollistas de estas instituciones, que son las instancias que definen la problemática y la manera de transformar la situación, en veces, matizando los procedimientos con una que otra “técnica participativa”, para halagar los deseos protagónicos de las comunidades. Estos discursos y prácticas, que aparecen como una realidad negociada y difundida a través de estudios, planes y modelos, tienen por objeto - dice Arturo Escobar (1.995) - poner a las personas en campos de visión por medio de técnicas de visualización, monitoreo, conteo y control.

Se advierte que la meta de estos procesos de intervención, no consiste únicamente en disciplinar a los individuos, sino también en transformar el ambiente social en un “medio normatizado y saludable”, es decir, crean la “modernidad”. El mismo Escobar afirma que dichos discursos influyen en las percepciones de la población, ordenan prioridades, establecen los campos de visión, proponen las soluciones y, de alguna manera, aseguran la permanencia de esos campos de control y poder, al viabilizar el manejo de las relaciones sociales de cuerpos y espacios. De ahí que para la población este tipo de intervenciones siempre terminan calificadas y sentidas como ajenas, externas y lejanas a sus reales necesidades e impuestas u operativizadas, ignorando si resultan apropiadas localmente o no.

Los estudiosos Gudeman y Rivera (1990) nos hacen notar que estos discursos y prácticas de las instituciones desarrollistas de salud, generan entre las poblaciones a las cuales están dirigidas, respuestas variadas, que conforman un abanico que va desde la aceptación, la apropiación, hasta la resistencia y el rechazo franco.

Sin duda que en el subtrópico de Bolívar se conjugan definiciones locales que sobreviven a estos esfuerzos por crear un mundo homogéneo blanco-mestizo signado por lo “racional” y “científico”, “limpio”, “productivo” y “civilizado”, en lo que entendemos como un rechazo a los mensajes hegemónicos y como la expresión de un proceso conflictivo de resistencia.

Poniendo nuevamente presentes las actitudes del personal de salud del área, podemos colegir que su trabajo transita a la luz de este paradigma desarrollista teñido con adjetivaciones racistas.

En el caso concreto de los programas de educación y control sanitario, el encuentro de

maneras diferentes de concebir al cuerpo, la alimentación, la salud y la muerte inician procesos de imposición, apropiación y rechazo entre el paradigma biomédico y el paradigma local, de tal manera que se generan arenas conflictivas y llenas de tensión, en las cuales se gestan nuevas verdades locales, grupales o transitorias, al decir de Diego Quiroga (1997).

Vale decir que los valores, las concepciones y premisas subyacentes en el discurso local de resistencia y rechazo, son el resultado de sensibilidades y entendimientos que responden a una realidad muy diferente a la de la medicina, la ética y la moral formales, que vienen con el aparato de las instituciones desarrollistas. En ello, Diego Quiroga advierte que este contacto entre lo local y lo externo refleja maneras diferentes de aproximarse a las realidades espaciales y temporales de los diferentes grupos humanos involucrados, sin embargo, por lo general las propuestas y programas convencionales de intervención médico-sanitaria ignoran estas diferencias. Es decir, el “otro” siempre queda fuera en la construcción de referentes, estrategias y de las formas de la intervención, con un rol por lo general de espectador.

De la lectura de lo hecho por los programas médico-sanitarios vigentes en el subtrópico de Bolívar, se concluye que hay un modelo de base creado para “combatir” las enfermedades de alta prevalencia, transformando a las víctimas en culpables de estos problemas de salud.

Al ser aislada de su entorno social, la enfermedad es cosificada -dice Taussig. (1992)-, y, de esta manera, las relaciones entre las personas son escondidas dentro de un velo de objetividad.

....los signos y los síntomas de una enfermedad, tanto como la técnica de la curación, no son “cosas en sí mismas”, no son sólo biológicas y

físicas, sino que son también, signos de relaciones sociales disfrazadas como cosas naturales, ocultando sus orígenes en la reciprocidad humana. Michael Taussig (1992).

El discurso higienista toma para su diseño operativo aspectos étnicos y elementos del enfoque de género, pero que son transformados para viabilizar un discurso de censura a las personas a quienes se les considera responsables de las enfermedades (la dimensión sanitaria y socio-cultural). Los contenidos de limpieza, aseo y cuidado que convoca este discurso higienista - que pasa por las clases urbanas- constituye un símbolo de control, orden y decencia, refleja sensibilidades radicalmente diferentes a las de las personas entre las cuales se predicán estos valores.

Estas diferencias se basan, a su vez - al decir de Diego Quiroga-, en una serie de contrastes entre las personas que generan los programas y proyectos sanitarios y las áreas en las cuales se los aplican. Estos contrastes hacen que algunas de las ideas sobre higiene y cuidado no tengan mayor resonancia en estas zonas alejadas de los centros urbanos.

Este discurso biomédico logra que las dolencias tradicionales atribuidas a fuerzas externas a la comunidad sean sustituidas por enfermedades que se desarrollan a causas de fallencias internas inherentes a las áreas afectadas por la enfermedad, como es la falta de higiene y cuidado de las familias.

En suma, es menester desde todas las ópticas posibles y particularmente desde la política, consolidar una crítica profunda a este paradigma logocéntrico, pues se está configurando un concenso que devela en esta propuesta biomédica desarrollista una tendencia a descontextualizar y aislar el cuerpo enfermo de los factores socioeconómicos y culturales que genera la enfermedad - así lo cree Jean Comaroff (1993)-. Es evidente que en el nivel lo-

cal, las comunidades, las personas, “los dolientes” critican estas propuestas y “la expresión de sus males son una manera de confrontarse y disentir, de no participar en el sistema”. Quiroga dice que ésta es una manera oblicua de tener una reflexión por la cual los cuerpos pobres se quejan de su situación. Las poblaciones y grupos locales al reconocer que las prestaciones convencionales son insuficientes, que la medicina actúa como una forma de racionalizar el sufrimiento, suman una manera de expresar el descontento con esta situación y se resisten pasivamente a ese plan hegemónico de oscurecer la realidad.

Todas estas anécdotas de dolor, toda esta realidad descrita, nos lleva a pensar con inquietud que la “lucha” por la salud se convierte en una lucha por controlar ciertos tipos de prácticas cotidianas, los espacios privados, el cuerpo social y el cuerpo de los individuos, creando de esta manera personas cuya estructura emocional corresponde con las demandas de las instituciones modernas, transformando a las personas en cuerpos dóciles (Foucault 1980).

En la madrugada de la agonía

Pocas conclusiones

Asistimos a un período de modernización del sector de la salud a partir de la creación de áreas autónomas de salud (en el espíritu de los SILOS), con iniciativas administrativas y técnicas, que no terminan de cuajar y que han complicado el panorama local en el subtrópico, con problemas álgidos en las siguientes dimensiones del quehacer por la salud:

Dimensión económica

Se caracteriza por combinar recortes presupuestarios del gasto en todos sus compo-

nes, desde los de infraestructura y mantenimiento, hasta los de frecuentación y consumo, intentándose la participación obligatoria de los usuarios, ya en forma de tasas, cuotas o aportes voluntarios. Ello se hace restringiendo la cobertura al núcleo de la enfermedad, quedando los aspectos preventivos y de promoción de la salud reducidos.

Dimensión sanitaria

La atención centra sus objetivos a la enfermedad, limitando las actuaciones preventivas, promocionales o rehabilitadoras e, incluso, condicionándolas. Ello supone un proceso de consolidamiento de la mentalidad positivista del personal sanitario en su desempeño, formación e investigación, reforzándose la faceta tecnocrática y autoritaria del ejercicio médico y de la relación entre el sistema sanitario y la población.

Desde el punto de vista organizativo da la sensación de que se interrumpe la tendencia integradora entre las funciones de atención médica, primaria y salubrista, reforzando la compartimentación de las actuaciones sanitarias, con la consecuente subordinación de la participación comunitaria en la gestión del sistema, sobre todo, en el nivel primario.

Dimensión socio-cultural

A los proveedores del área les ha permeado la imagen dominante por la que la enfermedad sería el resultado de la responsabilidad individual, configurando una consciencia que culpabiliza al individuo del desencadenamiento de ésta, exonerando a la estructura socio-económica, que se la considera una constante ajena a los procesos de salud/enfermedad.

En resumen, el aparato de intervención médico sanitaria - entre otros- está afectando

las nociones y conceptos de seguridad social, en los términos individuales, familiares y colectivos, con la colaboración y/o aceptación (voluntaria o inconsciente) del personal sanitario, ideológicamente preparado profesional e institucionalmente, y con la resignación de la población, argumentando, por cierto, la auto-responsabilidad frente a la solidaridad.

Para finalizar, encontramos una doble postura valoradora: aquellos que consideran que el hombre es en gran medida el responsable de su estado de salud y aquellas representaciones locales que contrastan una concepción espiritual y social de las aflicciones.

De estas comparaciones y contraposiciones expuestas, se deduce que quedan aún por resolverse muchos problemas sobre el origen social, estructural e histórico de las enfermedades, que no sólo deben ser respondidos por los científicos sociales, sino entendidas por los planificadores de los programas médico-sanitarios.

El análisis e interpretación de la clasificación de los males y dolencias, desde una vertiente cultural de sus funciones sociales y de las necesidades psicológicas y espirituales a las que responden, es ineludible saber, disponer y entender las razones por las cuales las personas se apropian, compiten, resisten, rechazan o apoyan estos programas de intervención social.

Muchas son las ofertas y actores que invaden el subtrópico de Bolívar, con la idea de la “ayuda”, pero no todas inciden positivamente, porque el cambio propuesto siempre tiene como referentes modelos ajenos y externos y, más bien, han acrecentado la resistencia social y la ruptura con las pasiones hegemónicas de blanqueamiento, generadas desde la moral dominante: “nunca tantos hicieron tan poco”.

Ideas para nuestro cambio

A manera de recomendaciones

Contrúyase un cielo más bien cóncavo.

Píntese de verde o de café,

colores terrestres y hermosos.

Salpíquese de nubes a discreción.

Cuelgue con cuidado una luna en occidente,

digamos a tres cuartas sobre el horizonte respectivo.

Sobre oriente inicie, lentamente,

el ascenso de un sol brillante y poderoso.

Reúna hombres y mujeres, hábleles despacio y con cariño,

ellos empezarán a andar por sí solos.

Contemple con amor la sierra.

Descanse el séptimo día.

Instrucciones para cambiar el mundo

Marcos, Sierra Lacandona 1989

El objetivo fundamental de las instituciones proveedoras de servicios médico-sanitarios en el área debe ser el de mejorar las condiciones de vida, el nivel de salud de la población, apoyar el desarrollo participativo de las comunidades y el fortalecimiento de las organizaciones de base en la construcción de una democracia más real y propia. Su accionar se debe inscribir en los principios básicos, estrategias y líneas de acción comunitaria, como instancia valorizadora de los objetivos de la Atención Primaria de Salud. Las propuestas deben pasar por:

- Conocer, examinar y evaluar los procesos y las condiciones, situaciones y perspectivas de la salud en el ámbito regional y local.
- Estudiar y rescatar las respuestas y comportamientos locales frente a los procesos de salud/enfermedad y muerte.
- Establecer un sistema de indicadores, a través del cual se puedan definir las corre-

- laciones e interrelaciones entre la estructura socio-económica y los procesos de salud enfermedad, considerando como matriz teórica la Epidemiología Comunitaria.
- Compartir información, rescatar y socializar experiencias locales, establecer y reforzar mecanismos de intercambios entre los diferentes actores del quehacer sanitario bajo el siguiente esquema operativo:

CONTEXTO CULTURAL

Personal Médico

SALUD

INTEGRAL

Agentes Tradicionales de Salud, Promotores Comunitarios de Salud.

CONTEXTO CULTURAL

- Por consenso, diseñar, elaborar y proponer un esquema integral de políticas de salud para el área, que integre y articule a las necesidades locales, las políticas sociales -tanto públicas como privadas (ONG's)-.

*Si tu has venido para ayudarnos
pierdes el tiempo
porque tú liberación está unida
a nuestra liberación
entonces de acuerdo
trabajemos juntos
Mujer filipina
Los papeles de la luz*

Bibliografía

- BOFF, Clodovis y PIXLEY, Jorge
1986 OPCION POR LOS POBRES. Colección *Cristianismo y Sociedad*, Ediciones Paulinas, España.
- COMAROFF, Jean
1982 "Medicine: Symbol and Ideology". in: Peter Wright and Teacher Andrew, eds. *The Problem of Medical Knowledge: Examining the Social Construction of Medicine*. Edinburgh University Press, Edinburgh.
- ESCOBAR, Arturo
1988 "Power and visibility: Development and the Intervention and Management of the Third World". *Cultural Anthropology* 3(4): 428-443.
1995 ENCOUNTERING DEVELOPMENT: THE MAKING AND UNMAKING OF THE THIRD WORLD. Princeton University Press, New Jersey.
- ESTRELLA, Eduardo
1994 FUNCION SOCIAL DE LOS TRASTORNOS CULTURALES EN LA MEDICINA TRADICIONAL DE LA REGION ANDINA ECUATORIANA. Seminario Internacional Culturas y Salud en el Mundo andino, Universidad Andina Simón Bolívar, Quito.
- FOUCAULT, Michel
1973 *THE BIRTH OF THE CLINIC: AN ARCHAEOLOGY OF MEDICAL PERCEPTION*. Vintage Books, New York.
1980 TRUTH AND POWER In: Power/Knowledge. *Phanton Books*, New York.
- GUDEMAN, Stephen and RIVERA Alberto
1990 *CONVERSATIONS IN COLOMBIA: THE DOMESTIC ECONOMY IN LIFE AND TEXT*. Cambridge University Press, Cambridge.
- HULSHOFF, José
1988 *ECONOMIA POLITICA DEL SISTEMA DE SALUD*. Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo, Lima, Perú.
- INEC-ESPOL
1995 *PROPUESTA PARA DESCENTRALIZAR LA RENTA DEL ESTADO*. 1a. ed., Guayaquil.
- MUÑOZ BERNARD, Carmen
1986 *ENFERMEDAD, DAÑO E IDEOLOGIA*. Ediciones Abya Yala, Quito.

NARVAEZ, Alberto

- 1992 "Epidemiología Comunitaria" en: *Juani-ta & Giovanino*. No. 3, Bolivia pp.: 23-25.

PEDERSEN, Duncan

- 1991 EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD: EL PUNTO DE VISTA DE LA GENTE. *Enfoques en Atención Primaria* 6(2).

PROYECTO DE MODERNIZACION DEL ESTADO.

- s/f INDICADORES DE DESARROLLO SOCIAL Y GESTION MUNICIPAL. BIRF - 3822-EC, Quito.

QUIROGA, Diego

- 1994 METAFORAS Y PARADIGMAS: LOS PROCESOS DE ACEPTACION O RECHAZO DEL DISCURSO BIOMEDICO DESARROLLISTA. Seminario Internacional Culturas y Salud en el Mundo Andino, Universidad Andina Simón Bolívar, Quito.

- 1997 LOS PROYECTOS DE SALUD EN LA ENCRUCIJADA DE LOS PARADIGMAS MEDICOS: EL CASO DE LOS PROMOTORES DE SALUD. Taller de Medicinas Tradicionales y sistemas no formales de salud. Universidad Andina Simón Bolívar, Quito.

SANCHEZ PARGA, José

- 1991 *ANTROPO-LOGICAS ANDINAS*. Biblioteca Abya Yala No. 47, Ed. Abya Yala, Quito.

- 1981 "Los caminos de la cura" en: *Políticas de Salud y Comunidad Andina*. 2a. ed., CAAP, Quito.

SOLA, José

- 1991 CRISIS DE SALUD EN LAS COMUNIDADES INDIGENAS. IMPACTO DE LOS PROGRAMAS ESTATALES EN EL OCCIDENTE DE LA PROVINCIA DE COTOPAXI-ECUADOR. Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de las Casas, Cuzco-Perú.

SOLA, José et al

- 1992 *MEDICINA ANDINA: SITUACIONES Y RESPUESTAS*. 1a. ed., CAAP, Quito.

- 1992 *EL COLERA: UNA RESPUESTA DESDE LA COMUNIDAD ANDINA*. 1a. ed., Serie experiencias, CAAP, Quito.

TAUSSIG, Michael

- 1992 *THE NERVOUS SYSTEM*. Routledge, New York.

WHITTEN, Norman E.

- 1993 *TRANSFORMACIONES CULTURALES Y ETNICIDAD EN LA SIERRA ECUATORIANA*. USFQ, Quito.

