

Desarrollo social y salud pública. Reflexiones en torno a la interculturalidad

Social Development and Public Health. Thoughts on interculturality

Desenvolvimento Social e Saúde Pública. Reflexões ao redor da Intercultura

Rodrigo Ruiz-Lurduy¹, Anderson Rocha-Buelvas², Elizabeth Pérez-Hernández³, Claudia Córdoba-Sánchez⁴

¹ Doctorado en Antropología Social. Fundación Universitaria del Área Andina. Bogotá, Colombia.

² Doctorado en Salud Pública. Fundación Universitaria del Área Andina. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: rochabuelvas@gmail.com

³ Doctorado en Ciencias de la Salud Pública. Fundación Universitaria del Área Andina. Bogotá, Colombia.

⁴ Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Fundación Universitaria del Área Andina. Bogotá, Colombia.

Recibido: 04 de diciembre de 2015. Aprobado: 27 de junio de 2016. Publicado: 03 de septiembre de 2016.

Citación sugerida: Ruiz-Lurduy R, Rocha-Buelvas A, Pérez-Hernández E, Córdoba-Sánchez C. Desarrollo Social y Salud Pública. Reflexiones en torno a la Interculturalidad. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2016; 34(3): 380-388. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n3a12.

Resumen

El artículo es una reflexión crítica sobre la idea de lo cultural en el discurso de la salud pública. Haciendo uso de algunas herramientas teóricas propuestas por Arturo Escobar desde la antropología, se explora la tensión que existe en el campo de la salud entre medicina tradicional y medicina moderna. A partir de una revisión corta de experiencias se propone pensar

en sistemas híbridos para la salud pública que integren de manera activa las perspectivas locales en la construcción del conocimiento y de los servicios en salud.

-----*Palabras clave:* Salud Pública, Antropología Cultura; Cambio Social, Política de Salud

Abstract

This paper is a critical reflection on the idea of culture in the discourse of public health. Using some theoretical tools proposed by Arturo Escobar from the standpoint of anthropology, we explore the existing tension between traditional medicine and modern medicine in the field of health. In addition, and based on a short review of experiences,

we suggest thinking on hybrid systems for public health that actively integrate local perspectives into the construction of knowledge and health care services.

-----*Keywords:* Public Health, Anthropology, Culture, Social Change, Health Policy,

Resumo

O artigo é uma reflexão crítica sobre a ideia do cultural no discurso da saúde pública. Fazendo uso de algumas ferramentas teóricas propostas por Arturo Escobar desde a antropologia, se explora a tensão que existe no campo da saúde entre medicina tradicional e medicina moderna. A partir duma revisão corta de experiências

se propõe pensar em sistemas híbridos para a saúde pública que integrem de maneira ativa as perspectivas locais na construção do conhecimento e do serviço em saúde.

-----Palavras chave: Saúde Pública, Antropologia Cultura, Cambio Social, Política de Saúde

Introducción

En las últimas décadas se ha incrementado el número de iniciativas institucionales dirigidas al mejoramiento de los sistemas de salud pública en Latinoamérica. A través de marcos normativos de origen internacional y nacional, así como se han diseñado complejos planes, programas y estrategias para resolver los problemas de salud que enfrenta la población más vulnerable, y así aumentar los índices de calidad de vida y los indicadores de desarrollo en el planeta. Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han incrementado sus acciones con el fin de cumplir los Objetivos del Milenio (ODM) en el campo de la salud pública, estableciendo rutas y alianzas estratégicas con los Estados en miras de fortalecer los sistemas de atención en los territorios.

Estudios recientes en Colombia señalan las tensiones y dificultades que este tipo de ajustes estructurales en salud enfrentan al momento de implementarse en los sistemas públicos locales. Principalmente, porque dichas acciones intentan profundizar en el campo de la salud, las prácticas homogeneizantes a través de sistemas netamente biomédicos que entran en conflicto con sistemas médicos tradicionales en los territorios, dificultando el diálogo intercultural [1-12]. Aunque en la reglamentación y en los objetivos institucionales como en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), se plantea la necesidad de integrar las diferentes concepciones culturales que las comunidades tienen sobre la salud al sistema público de atención, en realidad la definición y carácter mismo de la salud para las iniciativas estatales impiden que esa integración se dé cabalmente. Esta situación genera, desde los ámbitos locales, que las comunidades construyan propuestas políticas e ideológicas que desafían la capacidad del Estado en relaciones complejas de resistencia y subordinación en el campo de la salud [13-22].

La importancia de este debate en salud pública se hace evidente si se piensa en el contexto colombiano y en la multiplicidad de cosmovisiones y creencias que existen sobre salud en los territorios del país. En Latinoamérica y Estados Unidos son campos reconocidos en la investigación, las concepciones y prácticas culturales en medicina tradicional, medicina popular, medicina casera y terapias alternativas que

tienen las comunidades étnicas y que obedecen a otro tipo de lógicas para pensar y conocer los procesos de salud-enfermedad. Esto ha permitido evidenciar que el campo de la salud está compuesto por otro tipo de sistemas que no son propiamente de naturaleza pública-institucional y en el que los distintos actores establecen interacciones; a veces enmarcadas en relaciones de poder, que configuran las formas y contenidos de la enfermedad y el dolor en las estrategias de integración intercultural [23-31]. Estos ejemplos resaltan el hecho de que la espiritualidad y el simbolismo están muy involucrados con el proceso de salud-enfermedad en el mundo indígena e incluso se hace extensivo para el concepto vulgar/común de salud (piénsese en la medicina popular y las terapias alternativas llenas de significados desde lo trascendente). Además, funcionan para señalar el papel del entramado cultural en los saberes médicos, pues la cultura es el primer vehículo para manejar la salud y la enfermedad, por ende, el dolor y el sufrimiento. Por último, permiten resaltar la importancia que tienen los profesionales de la salud en los cambios de paradigma en la medicina formal, propiciando el diálogo de saberes con el objetivo de construir modelos explicativos de la salud-enfermedad, más allá de los síndromes culturalmente específicos [32], en miras de un modelo intercultural.

Antecedentes

Alcántara y Gone [33] identificaron teóricamente tres divergencias claves entre la medicina tradicional y la medicina moderna, que resultan interesantes al momento de explorar la tensión entre los sistemas y que resumen de alguna manera las experiencias que se han adelantado en Latinoamérica y en el país. Las divergencias están planteadas como dicotomías o polos que tienden a caracterizar cada una de las medicinas: la primera hace referencia al eje secular-sagrado, que da cuenta del ejercicio laico de la medicina moderna, basada en parámetros bioquímicos para definir la salud-enfermedad, en oposición a los contenidos simbólicos-trascendentales que suelen aparecer vinculados al cuerpo en las concepciones tradicionales; la segunda divergencia, es la oposición entre el pensamiento místico y el racional, en el que el conocimiento médico moderno fundamenta sus explicaciones en los alcances de la razón

y sus procesos son netamente científicos, mientras que la medicina tradicional incorpora a su conocimiento la experiencia subjetiva incluso si está en los términos de la magia o la religión; la tercera divergencia se refiere al eje *técnico y relacional* en el que la medicina tradicional concibe el proceso salud-enfermedad como el resultado de las múltiples relaciones que los sujetos mantienen con la naturaleza, la sociedad y la trascendencia, mientras que la medicina alopática es más bien el resultado de la aplicación de la ciencia-tecnología en terrenos prácticos a través de reglas o protocolos en situaciones estrictamente individuales.

Las tres son divergencias de discurso, epistemología y práctica. El efecto diferenciador de ambas medicinas resulta estimulante si se piensa que dichos ejes de oposición, permiten que se fluya de uno al otro, o que existan gradaciones y circuitos que permitan a los sujetos integrar ambas visiones a través de sus itinerarios terapéuticos. Lo que el sistema médico formal ha luchado por separar durante siglos, los sujetos en la cotidianidad lo han unido. Las divergencias suelen ser resueltas en la praxis por las personas, más que por los planes de desarrollo o los programas de salud.

El panorama anterior describe de manera esquemática uno de los debates más intensos en los proyectos de desarrollo y de salud pública, el encuentro entre la medicina moderna-formal y la medicina tradicional u otro tipo de medicinas elaboradas en lo local. La salud pública al hacer parte del conjunto de esquemas del desarrollo, asume de ante mano unos códigos discursivos, epistemológicos y prácticos propios del mundo moderno. De allí que la visión dominante en el campo de la salud pública sea la construida históricamente por la medicina biomédica desde la modernidad en occidente [34-39].

En Colombia el sistema de salud público se basa en ese saber científico, aunque en casos puntuales involucra otras medicinas, el sistema de salud institucional está configurado profundamente desde el pensamiento moderno [40]. Los lineamientos recientes (Decreto 1973 de 2013) han abierto puertas para pensar en un sistema indígena de salud propia e intercultural (SISPI), pero su estructuración se ha dado muy lentamente, pues el enfoque principal del Plan de Decenal de Salud aún desconoce otras lógicas dentro de sus fundamentos; y la incorporación sustancial de cosmovisiones étnicas en su diseño no trasciende las relaciones de poder y dominación del Estado a través del Ministerio de Salud y Protección Social con los pueblos indígenas, las comunidades afrodescendientes, los raizales y el pueblo Rrom.

Las investigaciones y experiencias destacan la necesidad de direccionar la salud pública hacia una hibridación del sistema con ontologías propias de los pueblos étnicos que permita romper el carácter homogeneizante de Occidente. La construcción de un sistema de salud público híbrido [41] debe incluir aspectos como la complementariedad, el respeto mutuo, el reconocimiento igualitario, la interacción y la flexibilidad entre los agentes de la salud. Más allá de las competencias culturales que deben adquirir las instituciones de salud formales, la construcción de un sistema integrador demanda un trabajo intenso por parte del Estado, capaz de incorporar y crear contenidos culturales de manera activa en todos los componentes de la salud pública.

Arturo Escobar y su propuesta para el concepto de desarrollo

Los trabajos del antropólogo Arturo Escobar [42-47] se enfocan al contexto latinoamericano. Su propuesta asume que “el desarrollo debe ser visto como un régimen de representación, como una *invención* que resultó de la historia de la posguerra, y que desde sus inicios, moldeó ineluctablemente toda posible concepción de la realidad y la acción social de los países que desde entonces se conocen como subdesarrollados” [42]. Esta perspectiva tiene profundas repercusiones en lo que definimos como desarrollo y en el alcance práctico —no sólo narrativo— de sus objetivos, pues pensar el desarrollo en términos del discurso permite señalar los dispositivos de poder implícitos en el concepto, además de objetivar sus contenidos al mostrar sus particularidades sociales, culturales e históricas. Más allá de eso, lo relevante en la postura de Escobar resulta en los efectos que la deconstrucción del desarrollo tiene en la praxis, esto es, la certeza de que las comunidades y los sujetos son capaces de crear otras formas de desarrollo, de inventar su propio destino y de plantear otros significados y otros objetivos que en la modernidad pueden estar al margen del modelo de desarrollo hegemónico.

Para Escobar, el desarrollo debe entenderse desde las modernidades alternativas y desde el discurso y la práctica de movimientos sociales sobre lo cultural y las identidades [45]. Su propuesta parte de un enfoque post-estructuralista que categoriza al desarrollo como un régimen de representación y como una *invención* que resultó de un proceso histórico particular en occidente [42]. Retomando a Michel Foucault [48] sobre la dinámica del discurso y del poder en la representación de la realidad social, Escobar propone pensar el

desarrollo en términos del discurso, pues permite concentrarse y explorar las condiciones de posibilidad y los efectos más penetrantes del desarrollo para analizar el contexto teórico práctico con que ha estado asociado; pues el discurso —del desarrollo— produce mecanismos mediante los cuales se establecen unos modos autorizados de ser y pensar el mundo, al tiempo que descalifica e incluso imposibilita otros [45].

Los regímenes de representación en Escobar [42] pueden ser analizados como lugares de encuentro en los cuales las identidades se construyen, pero también como espacios donde se originan, simbolizan y se maneja la violencia. El desarrollo desde esta perspectiva, tal y como lo han concebido los estudios clásicos e incluso los economistas críticos, es una experiencia históricamente singular con unas características de pensamiento y de acción hegemónico que ponen en escena tres ejes que interrelacionados lo definen: 1) Las formas de conocimiento, como la ciencia con sus objetos, sus conceptos y sus teorías; 2) El sistema de poder, que regula las prácticas del desarrollo; y 3) Las formas de subjetividad impulsadas por este discurso que vincula el desarrollo con procesos modernizantes en las identidades de las personas y los colectivos.

En este horizonte, de acuerdo con Escobar [45] las modernidades alternativas hacen referencia a la imposibilidad del proyecto de globalización de absorber o de eliminar lógicas económicas, ambientales y culturales propias de las tradiciones. Imposibilidad descrita por Bruno Latour para ser modernos [49], pues dicho proyecto correspondió a un modo de pensamiento específico en Occidente que tuvo como respuesta la proliferación de objetos híbridos a partir de la división cartesiana entre naturaleza y cultura.

Las modernidades alternativas serían aquellas que resultan de los encuentros de proyectos modernizadores vinculados con planes de desarrollo, y las tradiciones o formas culturales subalternas en espacios locales. Modernidades híbridas en palabras de García Canclini [50]; construcciones de interculturalidad, entendidas como un diálogo de culturas en un contexto de poder. Un campo en el que se permite el reconocimiento de la alteridad, la cual es incorporada y respetada.

De allí la importancia de prestar atención al discurso y la práctica de movimientos sociales sobre lo cultural, las identidades y el desarrollo; puesto que las modernidades alternativas surgen de las experiencias y resistencias locales [51]; así como de las tendencias críticas sobre la globalización, el desarrollo y la modernidad [52-56]. Desde este punto de vista, el mundo actual estaría compuesto por las variaciones de la modernidad; los movimientos sociales construirían visiones híbridadas que, en términos de Arturo Escobar [45], harían una apropiación fenomenológica y colectiva de las prácticas de la modernidad dominante re-contextualizándolas en

los mundos de vida locales, produciendo un cambio continuo en sus formas y contenidos.

El desarrollo hegemónico y la globalización serían entonces resistidos y negociados permanentemente en los territorios; de allí el fracaso de los macro-modelos para imponer planes de desarrollo eurocéntricos [57]; pero también de allí las tensiones y la violencia que dichos proyectos ejercen sobre las comunidades profundizando situaciones de vulnerabilidad y resistencia. Para Escobar [45] estas tensiones e intercambios se resumen en tres tipos de conflictos distributivos que configuran la relación entre modernidad y tradición.

El conflicto de distribución económica se refiere a los problemas de desigualdad, explotación, marginalidad y pobreza generada por el avance del capitalismo. El conflicto de distribución ecológica generado por problemas de degradación en el medio ambiente a través de un logo-centrismo impulsado por el carácter reduccionista de la ciencia. Y el conflicto de distribución cultural, encarnado por la negación de la diferencia en aquellos proyectos de universalización que impone una visión del mundo en cualquier territorio.

Es a estos conflictos de distribución que resisten y que proponen alternativas las comunidades a través de los movimientos sociales y a través del reconocimiento de sus prácticas culturales, construyendo a partir de la diferencia otro modo de configurar la economía, la ecología y la cultura. Es pues desde la resistencia al desarrollo convencional de los macro-proyectos que surgirían desarrollos alternativos centrados en la sustentabilidad, con otras lógicas frente al significado del crecimiento económico, frente a la relación con la naturaleza y frente al reconocimiento de la otredad.

Alternativas de desarrollo que abogan por una defensa del territorio y de la cultura desde lo local, en el marco de la lucha por la autonomía desde el reconocimiento de prácticas tradicionales compatibles con el mantenimiento del paisaje, con la conservación de los ecosistemas y con la diversidad biológica [47]. Alternativas que son también una posibilidad de imaginar otras formas de representar y de diseñar múltiples realidades, sin reducirlas a un patrón único elaborado por un modelo cultural hegemónico; sino que permiten diferentes tipos de organización de la vida social, económica, ecológica, política y cultural, a través de propuestas comunitarias y de prácticas culturales propias de la resistencia. Esto quiere decir que no hay modelos preconcebidos de desarrollo, sino que se construyen a la medida y en la medida de procesos particulares en los territorios.

Las otras alternativas al desarrollo exigen entonces situar los derechos ciudadanos en un diálogo franco con las estrategias de desarrollo económico, político, cultural y ambiental, enmarcados en la interculturalidad, el respeto por la diferencia y la convivencia armónica

con la naturaleza. Esta postura implica la atención en educación, vivienda, cultura, ambiente y salud de los sujetos en sus versiones individual y colectiva. En esa medida, la salud será el resultado de la organización de los sistemas sociales que le apuntan a garantizar el *bienestar* de la población.

Desarrollo y salud pública

En este punto, el vínculo entre desarrollo social y salud pública está precisamente en la capacidad de acción de los sujetos, en la capacidad de diseñar y ejecutar sistemas de salud propios, pero también en la autonomía de definir y experimentar el proceso de salud-enfermedad desde su punto de vista, sea étnica o popular. Teóricos de la antropología han contribuido los últimos años a fortalecer cuerpos epistemológicos que permiten dar cuenta de la diversidad de perspectivas que construyen el mundo [58-61]. Situación que implica formas y contenidos culturales múltiples en torno al cuerpo, la naturaleza y la sociedad y, en ese término, en torno a la salud. Ontologías para estar y actuar en el mundo que multiplican las miradas.

En este sentido, la voz de los sujetos, tanto de manera individual como de manera colectiva, resulta clave en la conjunción entre desarrollo y salud, pues son ellos desde el territorio los que proveen las herramientas prácticas para aproximarse a un sistema de carácter público entre las comunidades. No se trata de potenciar capacidades o libertades preestablecidas y esquemáticas desde planes elaborados a nivel central sin ninguna apropiación o reconceptualización cultural, ni mucho menos orientar el desarrollo social de la comunidad respecto a la salud pública, desde directrices o estrategias lideradas por organismos internacionales en la búsqueda parcial de indicadores abstractos e inaccesibles para la gente. Se trata de construir alternativas a partir de las categorías de salud y desarrollo, entendidas desde la cosmovisión de los sujetos y sus comunidades, con todo lo que eso implica en torno a las prácticas en atención y servicios de salud pública en un proceso local anti-capitalista [62, 63].

Partiendo de los aportes de Escobar para el concepto de desarrollo social [43, 44, 46], es posible pensar la salud pública como un campo autónomo en el que deben tomarse en cuenta dos aspectos: las modernidades alternativas, y los discursos y prácticas de los movimientos sociales. Respecto al primer elemento, se reconoce que las comunidades en sus territorios han construido históricamente formas alternativas de percibir el proceso salud-enfermedad; hecho que quiere decir que han elaborado conceptos y prácticas para definir, significar, curar y manejar la enfermedad desde su saber tradicional y también han elaborado respuestas a la

imposición de un modelo biomédico hegemónico [64-69]. Esa definición ontológica de la salud-enfermedad tiene efectos en la configuración del campo de la salud pública e indica que los colectivos desde sus propias medicinas definen y legitiman ¿qué agentes conocen la enfermedad? ¿de qué manera se administra, se legitima y se reconoce ese saber? ¿cuáles son las prácticas, los usos y las costumbres en torno a los procesos de salud-enfermedad? ¿cuáles son los itinerarios terapéuticos de atención y cura? y ¿cuáles son los elementos sociales, subjetivos, comunitarios, naturales y trascendentales que configuran la salud? entre otras cuestiones.

Es un enfoque teórico que permite ser sensible a los aspectos culturales de las comunidades en los territorios. Partiendo del reconocimiento de la diferencia y de los aspectos de hibridación en Colombia; las modernidades alternativas en salud pública abren el campo al diálogo intercultural desde el reconocimiento mutuo de los sistemas de salud institucionales y tradicionales [70]. De igual forma, permite relativizar los parámetros dados por los Planes Nacionales de Desarrollo y de Salud Pública, a tal punto de construir desde lo local una definición colectiva y autóctona del concepto [71, 72]. No se trata de construir un simple enfoque diferencial étnico articulado a un Sistema de Salud Pública moderno y homogeneizante para cumplir con los acuerdos y protocolos internacionales en alguna medida a través de estrategias o consultas previas [73]. Es precisamente romper con ambas conceptualizaciones —desarrollo social y salud pública— y configurar algo distinto que hable y actúe desde nociones y paradigmas interculturales diversos.

Paradigmas que surjan de la reflexividad entre las tres tensiones-divergencias enunciadas por Alcántara y Gone [33] y de la resolución de los tres conflictos de distribución señalados por Escobar [45] que afectan sin lugar a dudas el desarrollo de la salud pública en poblaciones étnicas en el país. Es decir, un sistema público híbrido que integre los contenidos de lo secular y lo sagrado desde las perspectivas culturales, reconociendo la alteridad que a la vez permita y supere con imaginación la crisis ecológica mediante lo racional integrado con lo místico de los amerindios sin socavar las filosofías propias; y que también complejice las lógicas económicas del mercado global superando la ceguera técnica con una propuesta relacional entre los sujetos, el cuerpo, la sociedad, la naturaleza y la trascendencia. Una salud intercultural de doble vía, que rompa y vaya más allá de las relaciones de poder verticales entre occidente y las alteridades étnicas, entre la modernidad y la tradición; y que cree discursos, epistemologías y prácticas hibridadas, integrales y complementarias.

Conclusiones

El reto entonces es pensar que la salud pública no se limita a la práctica biomédica y no está ubicada exclusivamente dentro de los programas institucionales liderados por el Estado y puestos en acción por los profesionales de la salud; sino que precisamente la salud pública en relación con el desarrollo social, excede esos límites en el mundo contemporáneo e involucra en su reflexión las dinámicas de los discursos y prácticas de las comunidades étnicas y de los movimientos sociales respecto a los conflictos de distribución y a sus actos de resistencia. Pensar en los dispositivos que crean las comunidades y los movimientos sociales es abrir la salud pública a la discusión sobre las lógicas que impone el capitalismo a los sistemas de salud [62, 74]; al impacto de las relaciones de producción con el medio ambiente y con los demás seres vivos en la salud de las personas; y finalmente, a las experiencias identitarias de los sujetos en situación de vulnerabilidad como respuesta al sistema de salud dentro de planes o programas enmarcados en la visión clásica del desarrollo.

Esto permite incorporar al debate en salud pública, las epistemologías del sur entendidas como “nuevos procesos de producción y de valoración de conocimientos válidos, científicos y no científicos, y de nuevas relaciones entre distintos tipos de conocimiento” [75, 76]. Dando a entender, que para los procesos en el campo de la salud pública en Latinoamérica y Colombia, las apuestas hegemónicas y verticales se quiebran por el contexto híbrido en el que se desenvuelven las comunidades.

Principalmente porque la invitación de dicha epistemología gira en torno a dos ideas centrales y complementarias a la discusión hecha por Escobar [42] y Alcántara y Gone [33]: la ecología de saberes y la traducción intercultural. La ecología de saberes, que “consiste, por una parte, en explorar prácticas científicas alternativas que se han hecho visibles a través de las epistemologías plurales de las prácticas científicas, y por otra, en promover la interdependencia entre los conocimientos científicos y no científicos” [76] Y la traducción intercultural, “entendida como el procedimiento que permite crear inteligibilidad recíproca entre las experiencias del mundo, tanto de las disponibles como de las posibles” asumiendo la forma de una hermenéutica diatópica [76].

Estas ideas son relevantes para pensar el campo de la salud pública, porque deconstruyen y proponen una reflexión abierta y autónoma sobre el tema, integrando formas de conocimiento diversas, aceptando la posibilidad de encontrar respuestas desde saberes no científicos e incluso produciendo formas contra-hegemónicas de ciencia. Además de estos potenciales, permiten la interacción y reciprocidad entre distintas

experiencias culturales desde los procesos locales de salud-enfermedad, sin privilegiar las posturas biomédicas elaboradas desde el centro para las periferias. De acuerdo con Amadeo-Rojas lo que debe ser evidente en el Plan Decenal de Salud es “que toda forma de conocimiento, toda interpretación del mundo está situada desde una perspectiva política e ideológica, desde el posicionamiento de clase y desde la propia subjetividad del autor” [77].

Es así como, la salud pública podría pensarse más allá de las prácticas y epistemologías dicotómicas propias de la modernidad; abriéndose desde la crisis del conocimiento occidental y de los proyectos desarrollistas a la búsqueda de una forma distinta de conocer que cuestione la pretendida validez universal del saber biomédico, pero que, a su vez, reconozca y reivindique otras experiencias cognoscitivas, que resalten el carácter heterogéneo de las culturas y del conocimiento local [78, 79].

Pensar desde las epistemologías del sur como herramientas de pensamiento para reflexionar e investigar la salud pública, permite abrir los esquemas de conocimiento homogeneizantes a la diversidad. Un sistema de salud intercultural sería por antonomasia un sistema de salud híbrido, un sistema plástico que permita a otras ontologías y otras formas de producción de saberes producir discursos, prácticas y epistemes para la atención y los servicios en salud. Su debate y discusión no se debe limitar a la tolerancia e inclusión, sino que ha de ser un campo en el que las distintas perspectivas construyan enfoques integrales y complejos para manejar los procesos de salud-enfermedad en los territorios. Desde este punto de partida hay mucho que deconstruir en la salud pública, precisamente porque la modernidad y el desarrollo se han cimentado en un proyecto colonizador de saberes que por su carácter ha sido excluyente y ha ejercido un control biopolítico sobre el cuerpo [80].

La revisión de los intereses económicos detrás del sector de la salud también entraría en esta deconstrucción, pues el problema de la distribución de bienes y servicios está íntimamente ligado con los determinantes sociales de la salud y los proyectos excluyentes de poblaciones vulnerables [81], de esa condición la necesidad de pensar en modernidades alternativas con Arturo Escobar.

Por último, un sistema de salud híbrido obliga a revisar muchos elementos del campo, entre ellos la misma definición de salud, los conceptos que se han producido y sus alcances [82]. La salud-enfermedad se compone de elementos que no son reducibles a indicadores objetivos o a un promedio estadístico que indica lo normal en un campo tan complejo. Canguilhem fue mucho más radical y afirmó que “no hay ciencia de la salud, no es un concepto científico es un concepto

vulgar” [83, 84]. Esa experiencia se acompaña de los códigos culturales y de todo el entramado simbólico que las personas, individual y colectivamente construyen para dar cuenta de la salud y la enfermedad. La última, muchas veces se manifiesta a través del dolor, y este es un camino que las personas recorren en gran parte desde su subjetividad [85]. El dolor constituye una fuente importante para explorar el carácter subjetivo e inseparable de las personas en el campo de la salud, para explorar las mitológicas de la enfermedad, las cuales tendrán que hacer parte de los discursos, epistemologías y prácticas en un sistema de salud intercultural.

Referencias

- 1 Andrade SMG, Martínez LE, Morales P, Ortiz GR, Sandoval H y Zuluaga G. Aproximación a la medicina tradicional colombiana: Una mirada al margen de la cultura occidental. *Rev. Cien. Sal* 2005; 3(1): 98-106.
- 2 Becerra AC. La modernidad, el cuidado de la salud y la cultura ancestral. *Col. Méd* 2008; 39(3): 209.
- 3 Patiño Suaza AE y Sandín Vásquez M. Diálogo y respeto: bases para la construcción de un sistema de salud intercultural para las comunidades indígenas de Puerto Nariño, Amazonas, Colombia. *Sal.Col.* 2014; 10(3): 379-396.
- 4 Portela Guarín H, Bravo A, Ximena N, Guerrero Pepinosa NY y Rodríguez Guarín S. Rescuing traditional medicine in maternal and child health in the afrocaucasian communities through intercultural dialogue. *Univ. y Sal.* 2013; 15(2): 238-255.
- 5 Restrepo NEG, Copete YAM y Valencia CM. Percepciones del proceso salud-enfermedad de las comunidades Afrodescendientes de Medellín 2009- 2010. *Arch. Med (Manizales)*. 2014; 14(2): 210-218.
- 6 Vásquez CA, Matapí U, Meléndez I, Pérez M, García C, Rodríguez R, Martínez G y Restrepo S. Plantas y territorio en los sistemas tradicionales de salud en Colombia; contribuciones de la biodiversidad al bienestar humano y la autonomía. *Instituto de Investigaciones de Recursos Biológicos Alexander von Humboldt*. 2013; 192p.
- 7 González LA. Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina*/Comparative analysis of health care models for the indigenous population of the Andean region of Colombia. *Rev. Fac. Nac. Sal. Púb.* 2015; 33(1): 7-14.
- 8 Cristancho-Marulanda S, Montoya E, García A, Catullo L. Cartilla: Cartilla N° 3. Iniciativas por la salud pública. Avances y retos en los Sistemas de Salud Interculturales. *Rev. Fac. Nac. Sal. Púb. (Medellín)*. 2013.
- 9 Soto LR. Enfermarse y curarse en la guajira: la salud entre tradición y modernidad. *Rev. Praxis*. 2007; (59): 19-33.
- 10 Cardona-Arias JA. Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Rev. Sal. Púb.* 2012; 14(4): 630-643.
- 11 Gómez MBD, Alegría MLO, Ríos LHM y Fernández NC. Un modelo de atención en salud al pueblo wayúu en la frontera colombo-venezolana. *Rev. Panam. Sal. Púb.* 2011; 30(3): 272-278
- 12 Beltrán LP y Castro AMP. ¿Monólogo o diálogo intercultural entre sistemas médicos? Un reto educativo para las ciencias de la salud. *Rev. Cien. Sal.* 2006; 110-121.
- 13 Lasso Toro P. Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? *Pensa. Psic.* 2012; 10(2):123-133.
- 14 Puerta Silva C. Roles y estrategias de los gobiernos indígenas en el sistema de salud colombiano. *Rev. Col. Antrop.* 2004; 40:85-121.
- 15 Lozano EJO y Ortiz CB. Autoatención en salud oral en el pueblo Yanacona de los andes del sur de Colombia. *Act. Odont. Col.* 2011; 1(2): 85.
- 16 Astaiza Bravo NX, Rodríguez Guarín S, Guerrero Pepinosa NY y Portela Guarín H. Diálogo intercultural en salud: una estrategia para rescatar los saberes y prácticas médicas en torno a la salud materno infantil de las comunidades afrocaucasianas. *Rev. Virt. Univ. Cat. Norte*. 2012; 1(37): 180-211.
- 17 Díaz RL. Trabajo Social Intercultural: Algunas Reflexiones a Propósito de la Intervención con una Comunidad Indígena del Trapecio Amazónico Colombiano. *Rev. Pal.*, 2015; 8(8): 154-171.
- 18 Portela-Guarín H. Epistemes–otras: contribución potencial a la organización intercultural de la salud en Colombia. *Univ. Salud*. 2014; 16(2): 246-263.
- 19 Puerta C. Pueblos indígenas y sistemas de salud: participación local en el contexto de las reformas neoliberales y multiculturales en Colombia. *Text.y Sent.* 2011; (1).
- 20 Torres JHÁ, Sepúlveda AMP, Giraldo AMB y Crespo DMG. Otras prácticas de crianza en algunas culturas étnicas de Colombia: un diálogo intercultural. *El Ágora USB*. 2012; 12(1): 89-102.
- 21 Martínez-Silva PA, Montoya-Chica PJ y Caicedo-Sandoval EB. Salud en los planes integrales de vida: aproximación a cuatro organizaciones indígenas del departamento del Vaupés. *Rev. Fac. Nac. Sal. Púb.* 2015; 33(3): 335-344.
- 22 Roth-Deubel AN y Molina-Marín G. Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013. *Rev. Sal. Púb.* 2013; 15(1): 44-55.
- 23 Bautista Aguilar N. Saberes y prácticas en torno al proceso salud/enfermedad/atención entre habitantes del Mezquital, Hidalgo. *Cuicuilco*. 2014; 21(59): 121-144.
- 24 Goldberg A. Exploración antropológica sobre la salud/enfermedad/atención en migrantes senegaleses de Barcelona. *Cuicuilco*. 2010; 17(49):139-156.
- 25 Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, Illness, and Care Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Ann Intern Med*. 1978; 88(2):251-258
- 26 Menéndez EL. Antropología médica: espacios propios, campos de nadie. *Nue. Antrop. Rev. Cien. Soc.* 1997; (51): 83-103.
- 27 Sacchi M, Hausberger M y Pereyra A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Sal. Colec.* 2007; 3(3): 271-283.
- 28 Instituto de Estudios Interétnicos. Identidades Étnicas: Espacio de Interacción y Confrontación. *Rev. Est. Interét.* 2006; 20 (14). Universidad de San Carlos de Guatemala
- 29 Torrado O, Casadiego D y Castellanos M. Interculturalidad en pediatría: creencias tradicionales en la salud infantil en un área rural. *Rev. Col. Enfer.* 2011; 6(6): 82-89.
- 30 González LA. Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina. *Rev. Fac. Nac. Sal. Púb.* 2015; 33(1): 7-14.
- 31 Bassett D, Tsosie U y Nannauck S. “Our culture is medicine”: perspectives of native healers on posttrauma recovery among American Indian and Alaska Native patients. *The Perm. Jour*. 2012; 16(1): 19-27.

- 32 Greifeld K. Conceptos en la antropología médica: Síndromes culturalmente específicos y el sistema del equilibrio de elementos. *Bol. Antrop.* 2010; 18(35): 361-375.
- 33 Alcántara C y Gone JP. Reviewing suicide in Native American communities: Situating risk and protective factors within a transactional-ecological framework. *Death studies.* 2007; 31(5): 457-477
- 34 Clarke A, Shim J, Mamo L, Ruth Fosket J, Fishman J. Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biom. *Amer. Sociol. Rev.* 2003; 68(2): 161-194
- 35 Espinel V. (2012). Modernidad, colonialidad y postcolonialidad: un nuevo contexto socio-histórico para la comprensión del VIH/SIDA en Sudáfrica. Ponencia VIII Congreso Iberoamericano de Estudios Africanos, Madrid, 2012.
- 36 Löwy I. Historiography of biomedicine: “bio,” “medicine,” and in between. *Isis.* 2011; 102(1):116-22.
- 37 Mosebach K. Commercializing German hospital care? Effects of New Public Management and managed care under neoliberal conditions. *Germ. Pol. Stud.* 2009; 5(1): 65-98.
- 38 O’Connell, P. The human right to health in an age of market hegemony. *Global health and human rights: legal and philosophical perspectives*, Harrington and Stuttaford, eds., Routledge; 2010.
- 39 Wagner P. From interpretation to civilization-and back: Analyzing the trajectories of no-european modernities. *Europ. Jour. Soc. Theory.* 2011; 14(1): 89-106
- 40 Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2012, La salud en Colombia la construyes tú, Bogotá; 2013.
- 41 García Canclini N. Dilemas de la Globalización: Hibridación Cultural, comunicación y política. *Entrevista. Rev. Voc. Cult.* 2001; (17).
- 42 Escobar A. La invención del Tercer Mundo: construcción y deconstrucción del desarrollo. Editorial Norma; 1998.
- 43 Escobar A. El final del salvaje: naturaleza, cultura y política en la antropología contemporánea. Santafé de Bogotá: Cerec; 1999.
- 44 Escobar A. El lugar de la naturaleza y la naturaleza del lugar: ¿globalización o postdesarrollo? (pp. 113-143). CLACSO; 2000.
- 45 Escobar A. Más allá del tercer mundo: globalización y diferencia. Instituto Colombiano de Antropología e Historia, Universidad del Cauca; 2005.
- 46 Escobar A. Antropología y desarrollo. *Maguaré.* 2009; (14).
- 47 Escobar A. Una minga para el postdesarrollo: lugar, medio ambiente y movimientos sociales en las transformaciones globales. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Democracia y Transformación Global; 2010.
- 48 Foucault M. Historia de la sexualidad: El uso de los placeres (Vol. 2). siglo XXI; 2002.
- 49 Latour B. Nunca fuimos modernos. Siglo Veintiuno Editores Argentina; 2007.
- 50 García Canclini N. Culturas híbridas: estrategias para entrar y salir de la modernidad. México; 1989.
- 51 Restrepo E. Intervenciones en teoría cultural. Editorial Universidad del Cauca; 2012.
- 52 Fals Borda O. Historia doble de la costa (Vol. 1). Universidad Nacional de Colombia. Banco de la República. El Ancora; 1986.
- 53 Ong W. Oralidad y escritura. México: FCE; 1987.
- 54 Scott JC. Los dominados y el arte de la resistencia. Ediciones Era; 2003.
- 55 Franz F. Los condenados de la tierra. México: FCE; 1963.
- 56 Quijano A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina; 2000.
- 57 Dussel E. Europa, modernidad y eurocentrismo. *Rev. Cult. Teol.* 1993; (4): 69-81.
- 58 Descola P y Pons H. Más allá de naturaleza y cultura. Amorrortu; 2012.
- 59 Holbraad M. Truth in motion: The recursive anthropology of cuban divination. University of Chicago Press; 2012.
- 60 Viveiros de Castro E. La Mirada del Jaguar: Introducción al Perspectivismo Amerindio; 2013.
- 61 Wagner R. The invention of culture. University of Chicago Press; 1981.
- 62 Abadía-Barrero C, Cortés G, Fino E, García C, Oviedo D y Pinilla Alfonso M Y. Perspectivas Inter-Situadas sobre el Capitalismo en la Salud: desde Colombia y sobre Colombia. *Palimpsestus.* 2008; 6: 163-176.
- 63 Hernández Bello A y Vega Romero R. El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión. *Gerencia y Políticas de Salud.* 2012; 1(1):48-72.
- 64 Di Sarsina R, Alivia M y Guadagni P. Traditional, complementary and alternative medical systems and their contribution to personalisation, prediction and prevention in medicine-person-centred medicine. *EPMA Jour.* 2012; 3(1): 15-24.
- 65 Arteaga E, San Sebastián M y Amores A. Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador. *Saúd. Deb. Rio de Janeiro.* 2012; 36(94): 402-413.
- 66 Menéndez E. Prácticas populares, grupos indígenas y sector salud: articulación cogestiva o los recursos de la pobreza. *Pub.-En Antrop. Cienc. Soc.* 2012; (4): 7-32.
- 67 Pérez Ruiz ML y Argueta Villamar A. Saberes indígenas y diálogo intercultural. *Cult. y repres. Soc.* 2011; 5(10): 31-54.
- 68 Piñón SL. Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos. Rev. Antrop. Soc.* 2014; (16): 111-125.
- 69 Saavedra N y Berenson S. Pleasure, transformation and treatment: use of alternative medicines to treat emotional illnesses in Mexico City. *Saúde e Soc.* 2013; 22(2): 530-541.
- 70 Alarcón AM, Vidal A y Neira Rosas J. Salud intercultural: bases para la construcción de sus bases conceptuales; 2003.
- 71 Aguirre Licht D, Guhl Samudio JF, Bolívar EE, Suárez-Mutis MC, Díaz Rojas M, Gómez Estrada H y Golberg H. Diálogo de saberes: plantas medicinales, salud y cosmovisiones. Universidad Nacional de Colombia Sede Amazonia; 2009.
- 72 Roca EDO. Proyecto 869-Salud Para El Buen Vivir. Proyecto Especial” Estrategia De Salud Intercultural Para La Población Raizal”. E. S. E. Pablo VI Bosa. Bogotá; 2014.
- 73 Res. 1973/13, 10013/81, 1811/90, 5078/92, 982/99, ley 691/01, Ac 326/60, Res. 792/07, ley 21/91, Convenio 169/89 de la OIT, Declaración Universal de los Derechos de los pueblos Indígenas.
- 74 Abadía C, Oviedo D. Itinerarios Burocráticos en Colombia. Una herramienta teórica y metodológica para evaluar los sistemas de salud basados en la atención gerenciada. Centro de Estudios Sociales de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2009; 7-15.
- 75 De Sousa Santos B y Meneses MP. Epistemologías do sul. Cortez Editora; 2014.
- 76 De Sousa Santos B. Epistemologías del sur. *Utop. y Prax. Lat.* 2011; 16(54): 17-39.

- 77 Amadeo J, Rojas G. Elementos para una teoría política latinoamericana, en C. Araujo; J. Amadeo (Hg.): Teoría política latinoamericana. 1. ed. Buenos Aires: Ed. Luxemburg. 2010; 65-88.
- 78 Quijano A. Bien Vivir: entre el desarrollo y la des/colonialidad del poder. Ecuador Debate. 2011; 84: 77-88.
- 79 Mignolo W. Occidentalización, imperialismo, globalización: herencias coloniales y teorías postcoloniales. Rev. Iber. 1995; 61(170): 27-40.
- 80 Foucault M. Defender la sociedad. Fondo de Cultura Económica; 2000.
- 81 Tello CPO. Atención a poblaciones con exclusión social: experiencias y reflexiones. Rev. Cienc. Salud/Bogotá (Colombia). 2006; 4(1): 83-86.
- 82 Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1946
- 83 Canguilhem G, Lo normal y lo patológico, Bogotá, Madrid, México: Siglo XXI editores; 1984.
- 84 Caponi S. Georges Canguilhem and the epistemological status of the concept of health. História, Ciên., Saúde-Mang. 1997; 4(2): 287-307.
- 85 Le Breton D. Antropología del Dolor, Barcelona: Seix Barral; 1999.