

margen N° 76 - marzo 2015

## Aportes al debate de la Interculturalidad en Salud

Por María Bettina Stivanello

**María Bettina Stivanello.** Estudiante de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, República Argentina.

### Introducción

En el presente artículo se llevará a cabo el abordaje de un problema complejo y contradictorio; si bien los avances en salud han sido numerosos llegado el siglo XX, los obstáculos y las barreras para el acceso a los servicios de salud, siguen existiendo y se profundizan aún más en las comunidades indígenas.

Esto se puede visualizar en los sistemas de salud, donde no existe la atención de la salud desde una perspectiva intercultural, donde no se reconoce ni se tiene en cuenta la diversidad cultural, la cosmovisión y las prácticas medicinales en la atención del proceso salud-enfermedad.

Para abordar dicho problema, se propone indagar las publicaciones existentes sobre la temática elegida, tanto en revistas electrónicas especializadas, como en libros, a fin de tomarlas como marco de referencia teórica, posicionándonos desde la perspectiva de interculturalidad en salud y procurando incorporar ciertos aspectos novedosos que contribuyan al campo de investigación.

De esta manera, la reflexión esbozada en el artículo se originó a partir del planteo de los siguientes interrogantes: ¿A qué se denomina intercultural en salud? ¿Por qué es importante generar cambios en los sistemas de salud en pos de adoptar un modelo de salud intercultural? ¿Cuáles deben ser esos cambios? Por lo tanto, como objetivo se propone: indagar, reflexionar y aportar al debate sobre la importancia de adoptar un modelo de salud intercultural en los sistemas de salud.

Dicho modelo debe construirse y problematizarse, además, en los espacios de formación profesional de las distintas disciplinas relacionadas a la salud y, en particular, en los espacios de formación del Trabajo Social, ámbito desde el cual nos encontramos transitando la formación académica. Intervenir en el proceso salud enfermedad de las comunidades indígenas desde un enfoque intercultural, llevaría a conocer y reconocer las diferencias culturales de las mismas, construyendo así, diálogos, intercambios y negociaciones que permitan incorporar las concepciones, los saberes y las prácticas medicinales de las comunidades originarias en los sistemas de salud científicos.

### Interculturalidad en salud

Antes de comenzar a reflexionar sobre el concepto de interculturalidad en salud, es pertinente realizar una distinción conceptual entre multiculturalidad, pluriculturalidad e interculturalidad, ya que en numerosas ocasiones son utilizados de manera indistinta como sinónimos. Sin embargo, estos conceptos no son semejantes, sino que encarnan profundas diferencias en las maneras de concebir a la diversidad cultural y, en consecuencia, producen prácticas distintas, algunas más

ligadas a la separación y rechazo entre culturas y otras más ligadas al diálogo e interacción entre las mismas.

La multiculturalidad reconoce la existencia de una multiplicidad de culturas dentro de un determinado espacio, sin que necesariamente tengan una relación entre ellas. Se entiende como un relativismo cultural; es decir, una separación o segregación entre culturas demarcadas y cerradas sobre sí mismas, sin que exista interacción.

La pluriculturalidad, en cambio, hace referencia a la convivencia de varias culturas en un mismo espacio territorial, las cuales juntas hacen una totalidad nacional. Parte de reconocer una realidad histórica de convivencia por siglos entre distintas culturas, aunque sin una profunda interrelación equitativa.

Ahora bien, a diferencia de los conceptos anteriores, la interculturalidad, en palabras de Walsh (2005), significa “entre culturas”, pero no refiere simplemente un contacto entre culturas, sino un intercambio que se establece en términos equitativos, en condiciones de igualdad. Supone complejas relaciones, negociaciones e intercambios culturales, busca desarrollar una interacción entre personas, conocimientos y prácticas culturalmente diferentes; una interacción que reconoce y que parte de las asimetrías sociales, económicas, políticas y de poder y de las condiciones institucionales que limitan la posibilidad que el “otro” pueda ser considerado como sujeto con identidad, diferencia y agencia (capacidad de actuar). La interculturalidad intenta romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otras subordinadas y, de esa manera, reforzar las identidades tradicionalmente excluidas para construir, en la vida cotidiana, una convivencia de respeto y de legitimidad entre todos los grupos de la sociedad. Es una propuesta de diálogo, intercambio y complementariedad, constituye una noción propositiva que apunta hacia la articulación de las diferencias pero no a su desaparición. (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2007)

Una vez hecha esta distinción podemos introducirnos en el tema que nos convoca y nos invita a su reflexión; la intercultural en salud. A dicho modelo de atención de la salud podemos definirlo como un proceso de diálogo e intercambio cultural entre medicinas, que supone desarrollar el reconocimiento, el respeto y la comprensión de las diferencias socioculturales de los pueblos, sus conocimientos y sus recursos en el mejoramiento de la salud de la población. Además, presupone la incorporación de la cultura, perspectivas, medicinas y terapias indígenas en el sistema de salud oficial o científico.

Cabe aquí hacer una breve mención de lo que se denomina como medicina tradicional o indígena, que será ampliado más adelante, y lo que se denomina como medicina oficial o científica, también denominada “medicina occidental”. La medicina tradicional es entendida como el conjunto de todos los conocimientos construidos y utilizados por las comunidades para el diagnóstico y el tratamiento de diferentes trastornos, los cuales se basan exclusivamente en la experiencia y la observación, y son transmitidos verbalmente de una generación a otra. (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2007)

Por el contrario, la medicina científica se basa en una enseñanza formal, la cual es aprendida en las instituciones (universidades) legitimadas tanto por el Estado como por sus conocimientos científicos y se presenta como la única forma de atender al proceso salud-enfermedad. Es por ello, que el antropólogo Eduardo Menéndez (1988) denominó a esta última como modelo médico hegemónico, el cual presenta, según el autor, las siguientes características; biologicismo, asociabilidad, ahistoricidad, aculturalismo, individualismo, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, identificación

ideológica con la racionalidad científica, salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas y a la escisión entre teoría y práctica. No obstante ello, vale la pena señalar, que en contraposición a este modelo hegemónico de atender a la salud, surgen en América Latina en la década de los 70, movimientos de salud colectiva y de medicina social, donde Eduardo Menéndez es un exponente de ellos, que conciben al sujeto como histórico, como un ser biopsicosocial, producto y a la vez productor de su contexto social.

De esta manera, podemos percibir que en las sociedades actuales conviven complejos sistemas de salud de raíces indígenas junto a los sistemas de salud científicos. Eso muestra la vigencia –con o sin reconocimiento legal– de sistemas que gozan de legitimidad, de efectividad y correspondencia con la cultura y los sistemas de vida de los sujetos de las comunidades indígenas. Es por ello que se hace necesario, crear modelos de salud que respondan a las necesidades materiales y culturales de los sujetos, que respeten y garanticen el derecho a la salud de los mismos, y que se posicionen desde un enfoque de interculturalidad en salud.

Como afirman el médico Jaime Ibacache y la antropóloga Ana Oyarce (2009), la interculturalidad en salud puede definirse como la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional, percepciones que a veces pueden ser incluso contrapuestas. (Citarella y Zangari, 2009) En este sentido, Jaime Ibacache (1997) afirma que: “(...) *la salud intercultural debería favorecer un proceso de revaloración y revitalización de las culturas médicas tradicionales indígenas (modelo relacional y holístico) y también de la biomédica (modelo biopsicosocial o multicausal). Debería, al mismo tiempo favorecer una formación armónica en que conviven e interactúan valores y conocimientos culturales de diferente origen, sin rupturas y abandono de lo propio*”. (Ibacache, 1997: s/np)

Desde nuestra perspectiva, este enfoque reconoce que las comunidades originarias perciben y conciben su proceso de salud enfermedad, desde una perspectiva opuesta a las explicaciones científicas. En otras palabras, se debe conocer y tener en cuenta la diversidad biológica, cultural y social de los sujetos en el proceso de atención de la salud, lo que posibilitaría reciprocidad, voluntad y horizontalidad. Apostamos a crear espacios de encuentro entre las dos medicinas (tradicional y científica) donde se pueda construir diálogos y negociaciones, donde se mantengan las especificidades respetando las diferencias, donde puedan ganar espacios los pueblos indígenas, cediendo espacios las instituciones oficiales o científicas. De esta manera, la atención del proceso salud enfermedad, se transformaría en un proceso de permanente comunicación y aprendizaje (para ambas culturas) en condiciones de respeto y simetría; es decir, en una relación dialéctica, participativa y consensual de la práctica médica en un sentido intercultural.

### **Medicina tradicional indígena y cosmovisión en salud**

Desde sus orígenes, las diferentes culturas han construido y siguen construyendo modelos médicos, con sus métodos, creencias, conocimientos, percepciones, a partir de los cuales entender y enfrentar la vida y la muerte, la salud y la enfermedad, y, más concretamente, las causas de las afecciones, la manera de reconocerlas y diagnosticarlas, así como las formas o procedimientos para aliviar, curar o prevenir las enfermedades, y además preservar y promover la salud.

En este sentido, las comunidades indígenas han desarrollado históricamente un conjunto de conocimientos y prácticas medicinales propias, que como se explicitó anteriormente, están basadas en la experiencia y la observación, y son transmitidas verbalmente de una generación a otra.

Según el Instituto Interamericano de Derechos Humanos, la medicina tradicional indígena ha tenido su origen en los espacios geográficos y sociales de los pueblos indígenas, ha surgido antes de la colonia, y/o en el proceso, cuyos conceptos y metodologías terapéuticas se basan en la historia, la cosmovisión y la identidad cultural indígena. Se dice que es un sistema, en tanto tiene un complejo de conocimientos, tradiciones, prácticas y creencias; que se estructuran organizadamente a través de sus propios agentes, los cuales son los especialistas terapeutas, parteras, promotores, sobadores, que poseen sus propios métodos de diagnóstico y tratamiento, además de sus propios recursos terapéuticos como lo son las plantas medicinales, animales, minerales. (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2007)

Asimismo, uno de los conceptos fundamentales a tener en cuenta, y que es necesario conocer, en el proceso de atención de la salud de las comunidades, es el de cosmovisión indígena y en particular, el de cosmovisión indígena en salud y enfermedad, ya que difieren sustancialmente de los conceptos utilizados por la medicina científica. La cosmovisión es la forma de ver y concebir el mundo (cosmos) en el que viven los seres humanos. Es la visión o ideología que se forman ciertas culturas, asociada a sus creencias míticas y espirituales, para explicarse el mundo y las relaciones que lo sustentan. Con respecto a la cosmovisión en salud, es necesario señalar que, aunque existen diferentes procesos de desarrollo de la salud en los pueblos indígenas, es posible ver una cosmovisión común que entiende la salud como el resultado de relaciones armoniosas del ser humano consigo mismo, la familia, la comunidad y la naturaleza, que resultan del cumplimiento estricto de normas de comportamiento social y de respeto a las fuerzas de la naturaleza y los elementos que la componen. La enfermedad, por su parte, es entendida como la pérdida de equilibrio de las relaciones ser humano-espíritu-naturaleza, y es una transgresión de normas y principios de convivencia. (Organización Panamericana de la Salud, 2008:33)

Además, es importante mencionar aquí, que en numerosas comunidades, no existe en sus idiomas la palabra salud, como tampoco la palabra enfermedad. Así lo explicita un referente en salud del pueblo Pilagá de la provincia de Formosa, Argentina: “(...) *una persona está sana si goza el día; tiene ganas de trabajar, de compartir con los demás; si tiene ganas de practicar deportes; si quiere reír junto con sus amigos; se levanta temprano y no duerme todo el día. La salud es cuando la tristeza se convierte en alegría*”. (Monsalvo, 2004: s/np) De la misma manera para la medicina quechua, en Cochabamba, Bolivia, existe una sola enfermedad: “pérdida del ánimo”. Esta se produce cuando hay ruptura de la armonía, ya sea por enojos, agresiones o contaminaciones. Entonces, lo que para la medicina científica son diferentes enfermedades, para la medicina quechua son síntomas de esa única enfermedad. (Acevedo, 2003, s/np)

A partir de estos relatos, se puede interpretar que los pueblos indígenas tienen una visión integral de la salud, donde la dimensión espiritual ocupa un lugar importante y determinante de la misma. En suma, la salud de las poblaciones indígenas, será la resultante del acceso a elementos fundamentales para su “buen vivir”, como el acceso a la tierra, la participación en la sociedad y la libertad para vivir su propia singularidad cultural en lo que respecta a su idioma, alimentación, vestimenta, vivienda, trabajo, educación y salud.

En este sentido, la medicina indígena tradicional se vale de una serie de recursos para la atención de la salud y la enfermedad. El recurso más decisivo, es el humano; el jefe de la comunidad, los ancianos, los médicos tradicionales, chamanes, curanderos, parteras, hueseros, líderes y promotores, con sus saberes y experiencias, son quienes constituyen una red de autoridades legitimadas por su comunidad para el cuidado de la salud y la curación de las dolencias.

Las plantas medicinales, es otro de los recursos terapéuticos fundamentales utilizados en la curación. Las mismas pueden definirse como especies vegetales cuya calidad y cantidad de

principios activos tienen propiedades terapéuticas comprobadas empíricamente o científicamente en beneficio de la salud humana. Existen diferentes formas de preparar las plantas medicinales, a saber: en jugos, ungüentos, cocción, maceración, serenadas, hervidas, reposadas, asadas. Igualmente, los médicos tradicionales tienen un gran conocimiento sobre las partes de las plantas que se emplean como medicina, para que afección se utilizan y que efectos tienen, así como el conocimiento específico de las horas, condiciones y los procedimientos rituales para recolectarlas. Los animales también intervienen en los preparados de los médicos o chamanes, ya sean vivos, disecados o partes de los mismos, como ser la grasa. (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2007:34) Por último se suman a los recursos nombrados anteriormente, los minerales, los rituales, el lavado, los cantos, las ceremonias y las danzas.

### **Obstáculos y barreras en la atención de la salud de las comunidades indígenas**

Se percibe la existencia de distintos tipos de obstáculos y barreras en la accesibilidad a la atención de la salud de los pueblos indígenas, tales como económicos, geográficos y culturales. Sin embargo, estos últimos, son los que tienen mayor incidencia en el proceso de atención en los sistemas de salud, generándose mecanismos de exclusión y desigualdad en el acceso. El principal obstáculo que se presenta, es la ausencia de diálogo entre la medicina científica y la medicina tradicional de los pueblos originarios, donde el saber científico se impone como el “único saber válido” para la atención de la salud. Así se produce, como se explicitó anteriormente, lo que Menéndez denomina como la persistencia de un modelo médico hegemónico en los sistemas de salud.

Asimismo, podemos tomar como referencia a otro autor, Boaventura de Sousa Santos, quien sostiene que existen modos de producción de ausencias en nuestra racionalidad occidental. Uno de estos modos es la “monocultura del saber y el rigor” que sostiene que el único saber riguroso es el saber científico y desestima los conocimientos populares, indígenas, campesinos por no considerarse importantes o rigurosos. De esta manera, se produce lo que el mismo autor denomina como “epistemicidio”: muerte de los conocimientos alternativos. (Sousa Santos, 2006) De hecho, esto es lo que ocurre en los sistemas de salud oficiales cuando la medicina científica no reconoce que existen otras prácticas medicinales, que también son válidas y están legitimadas históricamente por sus comunidades.

Otra de las barreras u obstáculos que afrontan las comunidades indígenas en la atención de su salud, es que los equipos de salud desconocen el contexto cultural de las comunidades que atienden; desconocen su cultura, sus representaciones, las formas propias de concebir el proceso de salud enfermedad, su medicina tradicional, su idioma, lo que se traduce en desencuentros e incomprensiones por parte de los equipos de salud. En estos desencuentros muchas veces lo que se produce son efectos contrarios o contraproducentes, en vez de mejorar la salud de los sujetos, ya que no se indaga ni se tiene en cuenta que las comunidades se valen de numerosos recursos medicinales para hacer frente a sus afecciones.

En relación con lo anterior, también podemos mencionar que existe una falta de formación para el abordaje intercultural por parte de los trabajadores de la salud, esto se debe a que en las instituciones terciarias y universitarias no se incorpora como una cuestión importante la diversidad cultural existente, sino que se homogeniza y hegemoniza el saber desde una sola visión; la científica. Sumado a ello, podemos señalar que falta de políticas públicas interculturales en salud, la falta de información epidemiológica sobre las comunidades originarias, así como la exclusión de la participación de las comunidades originarias en la toma de decisiones de los planes y programas,

representan un obstáculo para el acceso, la oportunidad de la atención y más aún para la autogestión en salud por parte de los sujetos. (Hasen Narváez, 2012)

Por todo ello, es que postulamos la necesidad de un diálogo, así como la complementariedad, entre la medicina científica y la medicina tradicional indígena. En palabras de Sousa Santos (2006), debemos transformar la “monocultura del saber y el rigor” en “ecología de los saberes”, haciendo presentes los conocimientos y las experiencias que están ausentes; se necesita de estos dos tipos de saberes (científicos y alternativos) ya que son igualmente válidos y rigurosos para la realidad social. Y es en ese diálogo, en el cual se debe buscar negociaciones, consensos y aprendizajes mutuos, donde se incorpore los conocimientos y prácticas culturales de los sujetos, reconociendo siempre a ese “otro” como un sujeto histórico y social, con derechos y con capacidad de decidir y actuar.

### **Propuesta para la gestión en salud desde una perspectiva intercultural**

Apostar a la gestión en salud desde una perspectiva intercultural supone fortalecer las capacidades y sensibilidades del equipo de salud respecto a la diversidad cultural, a fin de sortear las barreras sociales y culturales en la atención de la salud.

A la hora de adoptar este modelo de salud intercultural en los sistemas de salud, se deben tener en cuenta una serie de principios tales como: integralidad en la atención, incluyendo elementos curativos de rehabilitación, prevención y promoción, fomentar la participación social de los pueblos indígenas, valorización y revitalización cultural, equidad en la atención, reciprocidad tanto del Estado como por parte de la sociedad civil en asumir el rol como gestores, normadores y supervisores del acceso a la salud, y por último como principio se debe propiciar que toda la población pueda tener acceso económico, social, geográfico y cultural a la atención básica en salud. (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2007)

Se deben adoptar nuevas modalidades de gestión en salud que promuevan la participación activa de las comunidades indígenas en la organización de los servicios de salud, donde se construyan procesos de diálogos, negociaciones, consensos y responsabilidades compartidas junto a los equipos de salud. Los sistemas de salud oficiales o científicos deben incorporar elementos del sistema tradicional indígena; es decir, la medicina indígena y sus recursos utilizados en la curación, la cosmovisión en salud y enfermedad, así como también deben incorporar a médicos tradicionales, promotores de salud, chamanes, parteras, como un elemento clave en la atención de las afecciones de las comunidades indígenas. Dicha incorporación debe darse en un marco de reconocimiento, respeto y revalorización de las diferencias culturales, donde las relaciones sociales se construyan en términos de igualdad y simetría.

Además, es importante que los equipos de salud estén capacitados para el abordaje intercultural de la salud, y aquí nuestra propuesta es que la formación y capacitación comience en los espacios de formación profesional, de manera que se instale la cuestión de la diversidad cultural en las instituciones educativas, como un tema importante a ser problematizado. Estamos convencidos que la capacitación de los equipos en materia de salud intercultural, podrán impulsar una mejora del diálogo y la comunicación con las comunidades que acuden a los servicios de salud, y esto a su vez mejorará la atención y satisfacción de las necesidades que los sujetos demanden al sistema de salud.

Por último, vale destacar que para que se puedan viabilizar estas transformaciones en los sistemas de salud será necesaria la presencia del Estado junto con la participación de las

comunidades y organizaciones indígenas. Esto implicará, además, que se promueva un marco jurídico que garantice la participación social, la incorporación de la medicina tradicional en los sistemas de salud y la creación de espacios de encuentro e intercambio entre las dos medicinas, de manera que se contribuya a un cambio hacia una sociedad más democrática, más igualitaria e inclusiva.

### **A modo de cierre**

Podemos establecer que lejos de plantear una conclusión cerrada y acabada, pretendemos, a partir de lo reflexionado, aportar al debate, a la problematización y reflexión sobre la importancia de construir y adoptar un modelo de salud intercultural en los sistemas de salud. Es preciso explicitar nuevamente, que la importancia de adoptar este modelo, radica en los obstáculos y barreras que existen en el acceso a los sistemas de salud por parte de las comunidades indígenas. Si no apostamos a estas transformaciones, dentro de las mismas instituciones de salud y en los espacios de formación profesional, seguiremos reproduciendo la invisibilización de las diferencias, la exclusión de las comunidades y hegemonía del saber científico por sobre el saber indígena.

Como expone Sousa Santos (2006), la naturalización de las diferencias oculta jerarquías y la monocultura del saber y el rigor produce “epistemicidio” (muerte de conocimientos alternativos). En este sentido, el autor propone, por un lado, la ecología del reconocimiento, es decir, que debemos aceptar solo las diferencias que queden luego de que se eliminen las jerarquías, y, por otro lado, propone la ecología de los saberes, donde entren en diálogo los saberes indígenas con el saber científico. Es por ello, que proponemos adoptar un modelo de salud intercultural, en el cual, entren en diálogo la medicina tradicional indígena con la medicina occidental o científica, en el que se reconozcan y se revaloricen las diferencias, donde se incorporen, además, los recursos medicinales utilizados por las comunidades en la curación, así como sus médicos tradicionales a los sistemas de salud.

Las comunidades y organizaciones indígenas deben ganar espacios de participación que los sistemas de salud deben ceder, solo así los sujetos podrán ser verdaderos actores y decisores de sus propios procesos de salud enfermedad y de las políticas sociales necesarias para garantizar este reconocimiento. Es, en estos espacios, donde se deben generar intercambios, negociaciones, consensos y aprendizajes mutuos, y así impulsar un verdadero mejoramiento en la atención de la salud de las comunidades indígenas que tengan en cuenta la diversidad cultural.

### **Referencias bibliográficas**

Alarcón M, Ana M, Vidal H, Aldo, & Neira Rozas, Jaime. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, 131(9), pp 1061-1065. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872003000900014&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0034-98872003000900014

Citarella Menardi L.; Zangari A. (2009). Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina. Gente Común, Bolivia

Hasen Narváez, F. N. (2012). Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Ciencia y enfermería*, 18(3), pp 17-24. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532012000300003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000300003&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0717-95532012000300003.

Ibacache Burgos, J. (1997). La salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural. Centro de documentación Mapuche. Recuperado el 9 de diciembre de 2014, de <http://www.mapuche.info/mapuint/ibaca00.htm>

Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2007). Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas. Salud indígena y derechos humanos. Unidad de Información y de Servicio Editorial del IIDH, San José.

Menéndez, E. L. (1988, abril). *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. Ponencia presentada en Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires Argentina.

Monsalvo, J. (2004). Medicina y salud de los pueblos originarios desde mis vivencias. Sitio electrónico Altaalegremia.com.ar. Recuperado el 9 de diciembre de 2014, de [http://www.altaalegremia.com.ar/contenidos/Medicina\\_salud\\_pueblos\\_originarios.html](http://www.altaalegremia.com.ar/contenidos/Medicina_salud_pueblos_originarios.html)

Organización Panamericana de la Salud. (2008). Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Washington.

De Sousa Santos, B. (2006). La Sociología de las Ausencias y la Sociología de las Emergencias. En B. De Sousa Santos. *Renovar la Teoría Crítica y Reinventar la Emancipación Social*. (pp 13-41) Buenos Aires: CLACSO.

Walsh, C. (2005) La interculturalidad en la Educación. Ministerio de Educación de Perú. Lima.