UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

Maestría en epidemiología, gestión y políticas de salud

17ª cohorte (2014-2016)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

**Abordajes de la interculturalidad en salud: una revisión de artículos
científicos sobre los enfoques conceptuales y temas de estudio en américa
latina en el período 2003-2017**

Maestranda

Gabriela Maure

Director

Dr. Damián Herkovits

Fecha de entrega

Marzo, 2020

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

Maestría en epidemiología, gestión y políticas de salud

17ª Cohorte (2014-2016)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

Abordajes de la interculturalidad en salud: una revisión de artículos científicos sobre los enfoques conceptuales y temas de estudio en américa latina en el período 2003-2017

Maestranda

Gabriela Maure

Director

Dr. Damián Herkovits

Integrantes del jurado

Dra. Mariana Lorenzetti

Mgr. Constanza Moretti

Dra. Anahí Sy (suplente de Carlos Madariaga)

Fecha de aprobación

8/07/2021

Calificación

9 (nueve) distinguida

A la música, a las flores,
a las manos que acercan los mates
en las mañanas de sueño y cansancio
y a los abrazos.

AGRADECIMIENTOS

A Molly Diumenjo, por su generosidad y su disposición para aconsejarme sobre las posibilidades de abrir nuevos caminos en el ejercicio de la medicina. A la Escuela de Salud Pública de Mendoza por otorgarme una beca que me permitió costear el arancel total de la Maestría.

A Damián Herkovits, por su lectura comprometida, por sus aportes y por su disposición para acompañar la escritura de la tesis a la distancia.

A mis compañeros de la Cohorte 17, Silvia, Roberto y Federico, por los intercambios enriquecedores, por aportar a las reflexiones que aparecen en este trabajo y por el sostén afectivo en los dos años de constantes viajes desde Mendoza hacia Buenos Aires. A Diego, por brindarme alojamiento en Buenos Aires en numerosas oportunidades.

A Macarena, mi compañera de vida, por creer en mí, por leerme y por sostenerme en momentos de cansancio y desesperanza en el proceso de escritura.

A Paula, a mis amigxs, a mis hermanas, a mi madre y a mi padre.

RESUMEN

En las últimas dos décadas, en un contexto de creación y fortalecimiento de lazos económicos y políticos entre gobiernos progresistas de América Latina, y producto de luchas y reivindicaciones de pueblos originarios y de políticas migratorias que retoman una perspectiva de derechos humanos, tomó fuerza la interculturalidad como campo de debate que abarca políticas públicas, legislaciones que toman la agenda social y la producción académica. Esta tesis consiste en una revisión bibliográfica integrativa de investigaciones empíricas producidas en América Latina entre los años 2003 y 2017 que, en el marco de estrategias metodológicas cualitativas, abordan la interculturalidad como objeto de estudio en el ámbito de la salud. Las búsquedas se realizaron en las bases de bibliografía PubMed, SciELO, Scopus y BVS, y se conformó un corpus de análisis de 15 artículos. En los resultados se describen las definiciones sobre interculturalidad en salud, el universo categorial del que se valen las/os autoras/es para problematizar interculturalidad, los temas de estudio y aspectos metodológicos, epistemológicos y narrativos de las investigaciones empíricas. Se traza un recorrido sobre interculturalidad como objeto de teorizaciones en el campo de la salud y, a su vez, se explicitan algunas genealogías de abordaje y las relaciones de poder en el ámbito académico y editorial que determinan el curso que el enfoque de lo intercultural toma en un contexto geográfico y político determinado: América Latina.

PALABRAS CLAVE: Interculturalidad en salud; Enfoques conceptuales; Abordajes metodológicos; Revisión integrativa, América Latina.

ABSTRACT

In the last two decades, in a context of creation and strengthening of economic and political ties between progressive governments in Latin America, and as a result of struggles and demands of indigenous communities and migration policies that take in account human rights perspectives, interculturality became a field of debate around public policies, legislation that takes the social agenda and academic production. This thesis consists on an integrative bibliographic review of empirical research produced in Latin America between 2003 and 2017 that, in the framework of qualitative methodological strategies, addresses interculturality as an object of study in the field of health. The searches were performed in PubMed, SciELO, Scopus and BVS databases, and a corpus of analysis of 15 articles was established. The results describe the definitions on interculturality in health, the categorical universe that the authors use to problematize the theme, the topics of study, and methodological, epistemological and narrative aspects of empirical research. A route on interculturality in health is traced as object of theorizations and, in turn, the impact of some genealogies of approach and power relationships in the academic and editorial field, in relation to the course that the intercultural approach takes in a specific geographical and political context: Latin America.

KEY WORDS: Interculturality in health; Conceptual approaches; Methodological approaches; Integrative bibliographic review; Latin America.

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama del proceso de selección de las referencias bibliográficas que conforman el corpus de investigación.....	39
---	----

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1. Formato de la matriz de síntesis utilizada en esta revisión.....	42
Cuadro 2. Usos y sentidos de la interculturalidad en los textos de la revisión.....	72

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Cantidad de artículos recuperados, según bases de datos seleccionadas.....	37
---	----

LISTADO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

INEGI: Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	13
1.1. <i>Propósito</i>	13
1.2. <i>Problema</i>	13
1.3. <i>Preguntas</i>	13
1.4. <i>Justificación</i>	14
1.4.1. <i>Justificación académica</i>	14
1.4.2. <i>Justificación social</i>	14
1.4.3. <i>Justificación personal</i>	15
1.5. <i>Hipótesis</i>	15
1.6. <i>Objetivo general</i>	16
1.6.1. <i>Objetivos específicos</i>	16
1.7. <i>Una breve historia sobre los procesos de emergencia de debates sobre interculturalidad en salud en América Latina.</i>	16
1.7.1. <i>Apuntes en relación con los debates iniciales sobre interculturalidad en salud en América Latina..</i>	17
1.7.2. <i>El papel de la Antropología y de movimientos socio-sanitarios en la emergencia y las conceptualizaciones sobre interculturalidad en salud en América Latina.</i>	17
1.7.3. <i>El lugar de los movimientos indígenas, de la Academia y de los organismos internacionales en la propuesta de la interculturalidad en salud</i>	19
1.7.4. <i>Recapitulación</i>	21
II. ANTECEDENTES	23
III. MARCO TEÓRICO	26
IV. METODOLOGÍA	34
4.1. <i>Aspectos metodológicos generales</i>	34
4.2. <i>Selección de las bases de datos</i>	34
V. RESULTADOS DE LA REVISIÓN	43
5.1. <i>Aspectos generales de la revisión</i>	43
5.2. <i>Conceptualizaciones sobre interculturalidad en salud</i>	43
5.2.1. <i>Definiciones sobre interculturalidad en salud</i>	43
5.2.2. <i>Universo categorial de las investigaciones</i>	47

5.3. <i>Temas de estudio sobre interculturalidad en salud</i>	60
5.3.1. Interculturalidad y procesos reproductivos en mujeres indígenas y no indígenas	63
5.3.2. Interculturalidad en salud y pueblos indígenas	66
5.4. <i>Aspectos metodológicos, epistemológicos y narrativos</i>	66
5.4.1. Aspectos metodológicos generales de los textos de la revisión	66
5.4.2. Aspectos metodológicos específicos de los textos de la revisión	67
VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	71
6.1. <i>Enfoques conceptuales sobre interculturalidad en salud: definiciones de interculturalidad y universos categoriales de sentido.</i>	72
6.1.1. Definiciones de interculturalidad en el corpus de investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud en América Latina.	72
6.1.2. El universo categorial en las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud y su vínculo con las definiciones de interculturalidad y los temas de estudio	75
6.2. <i>La relación entre dimensión de desigualdades sociales y temas de estudio</i>	82
6.2.1. Interculturalidad y procesos reproductivos en mujeres indígenas y no indígenas	83
6.2.2. Interculturalidad en salud y pueblos indígenas	86
6.3. <i>Aspectos metodológicos, epistemológicos y narrativos en las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud</i>	87
6.3.1. Lugar de enunciación de las/os investigadoras/en las investigaciones	88
6.3.2. ¿De quiénes son las voces que hablan en las investigaciones? La narración y la exposición de los resultados en las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud	90
6.3.3. Características de las/os sujetas/os en estudio	92
6.4. <i>Algunos apuntes sobre las condiciones de escritura académica en América Latina</i>	93
VII. RECAPITULACIÓN Y REFLEXIONES FINALES	96
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
APÉNDICES	108

I. INTRODUCCIÓN¹

1.1. *Propósito*

Contribuir al campo académico de los estudios sobre interculturalidad en salud en América Latina mediante la revisión y el análisis de investigaciones empíricas publicadas en revistas indexadas.

1.2. *Problema*

En las últimas dos décadas, en un contexto de creación y fortalecimiento de lazos económicos y políticos entre gobiernos progresistas de América Latina, y producto de luchas y reivindicaciones de pueblos originarios y de políticas migratorias que retoman una perspectiva de derechos humanos, tomó fuerza la interculturalidad como campo de debate que abarca políticas públicas, legislaciones que toman la agenda social y la producción académica (1-3). La cultura pasó a ser un terreno donde se forjaron nuevas narrativas de legitimación de derechos.

En las investigaciones sobre interculturalidad en salud, tanto teóricas como empíricas, se hacen visibles diversos posicionamientos políticos y epistemológicos en relación con las formas de producir conocimiento científico, de entender la salud, las prácticas de cuidado y, también, el lugar que ocupa la Biomedicina como Modelo Médico Hegemónico (4), constituyéndose a sí mismo como *lo uno/universal/no cultural* y sinónimo de progreso, en relación a *lo otro/particular/cultural* y tradicional. Esta variedad de posicionamientos amerita una reflexión sobre las conceptualizaciones que se han hecho sobre interculturalidad en salud. La revisión y el análisis de investigaciones empíricas nos permitirán trazar un recorrido de nuestro tema de estudio como objeto de teorizaciones en el campo de la salud y, a su vez, comprender las dinámicas y las fuerzas que determinan el curso que el enfoque de lo intercultural toma en un contexto geográfico y político determinado.

1.3. *Preguntas*

¿Cómo se conceptualiza interculturalidad en investigaciones empíricas que abordan el tema en el ámbito de la salud?

¹En esta tesis se han incorporado algunos aportes que enriquecen el trabajo y son producto del intercambio llevado a cabo con los miembros del jurado en la instancia de presentación del proyecto de investigación. Fundamentalmente en lo que refiere al apartado sobre historia de los debates sobre interculturalidad en salud.

¿Cuáles son los temas de estudio de las producciones científicas empíricas sobre interculturalidad y salud?

¿Cómo se relaciona la forma de problematizar/conceptualizar interculturalidad con los temas de estudio y con aspectos epistemológicos y metodológicos de las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud?

1.4. Justificación

1.4.1. Justificación académica

Algunas de las motivaciones que nos han llevado a proponer este tema de investigación, en el plano de lo académico, tienen que ver con el recorrido y el proceso de formación facilitado por la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud de la Universidad Nacional de Lanús. En esta instancia formativa pudimos conocer, comprender y desnaturalizar prácticas y conocimientos presentados en la formación de carreras en ciencias de la salud como conocimientos únicos, universales y neutros (vale decir, sin intereses políticos y económicos). En este sentido, la revisión de la producción académica sobre interculturalidad en salud como tema de tesis surge del interés por profundizar el proceso de desnaturalización de los conocimientos médicos hegemónicos y por conocer y comprender las múltiples dimensiones que se ponen en juego, y que son traídas por otras corrientes de pensamiento crítico, en los procesos de salud, enfermedad y cuidados.

1.4.2. Justificación social

En el plano de lo social, como ya adelantamos al inicio de este trabajo, producto de luchas y reivindicaciones de pueblos originarios y de políticas migratorias que retoman una perspectiva de derechos humanos, la interculturalidad como campo de debate que abarca políticas públicas y legislaciones que conforman la agenda social, tomó fuerza a nivel global y, en particular, en América Latina en los últimos 30 años. Del mismo modo que en el campo de las políticas públicas, en el ámbito de las producciones académicas que abordan el tema de interculturalidad y salud hay una diversidad de posturas al momento de conceptualizarlo y problematizarlo. Consideramos que profundizar en el conocimiento sobre nuestro tema de estudio en el ámbito de la salud puede colaborar en la identificación de las limitaciones y los alcances de esta propuesta, tanto en el plano de la producción de conocimiento científico,

como en el de las políticas de salud, que, finalmente, tienen la potencialidad de promover transformaciones en distintos ámbitos del desarrollo de la vida de las comunidades.

1.4.3. Justificación personal

A nivel personal, dos experiencias me acercaron al tema de estudio. Por un lado, el recorrido hecho como médica clínica en atención primaria de la salud en comunidades donde viven poblaciones migrantes en la provincia de Mendoza. Por otro lado, la participación en un proyecto de investigación para una tesis doctoral sobre la relación entre las políticas de salud y las experiencias de cuidado de mujeres bolivianas en Mendoza. En este camino transitado, como médica y como investigadora, la interculturalidad ha emergido en diversas oportunidades, en discursos, en prácticas y producciones científicas y en políticas públicas. En este encuentro con la temática en estudio ha habido tensiones, tanto en la práctica médica como en mis acercamientos teóricos. Los diversos posicionamientos teóricos y políticos sobre interculturalidad propiciaron preguntas acerca de los contextos sociales e históricos de emergencia de esta propuesta, sobre las corrientes de pensamiento que han intentado conceptualizarla y ponerla en práctica, sobre sus potencialidades y sobre sus limitaciones. En este sentido, la propuesta de trabajo para esta tesis tiene la intención de trazar un mapa que arroje claridad sobre los diversos abordajes y posicionamientos teóricos y políticos de los trabajos científicos sobre interculturalidad en salud.

1.5. Hipótesis

- En las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud hay una tendencia a reconocer la diversidad cultural por encima de las dimensiones de conflicto entre la Biomedicina y las corrientes contra-hegemónicas de producción de conocimiento sobre salud.
- Las investigaciones sobre interculturalidad en salud atienden al reconocimiento de la diversidad de saberes que se ponen en juego para atravesar los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado y relegan a un segundo plano el estudio de las desigualdades económicas, sociales y el contexto histórico-político que atraviesa y condiciona estos procesos en las poblaciones.

- En el ámbito de las producciones académicas latinoamericanas que abordan el tema de interculturalidad y salud hay una diversidad de posturas al momento de conceptualizarlo.
- Los temas de estudio en las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud privilegian ciertas áreas de conocimiento como las prácticas reproductivas y los procesos comunicacionales interculturales en salud.

1.6. Objetivo general

- Conocer y analizar cómo ha sido construida la interculturalidad como objeto de estudio en el ámbito de la salud en las producciones científicas empíricas de América Latina entre los años 2003 y 2017.

1.6.1. Objetivos específicos

- Comprender cómo se conceptualiza interculturalidad en investigaciones empíricas que abordan el tema en el ámbito de la salud.
- Conocer cuáles son los temas de estudio de las producciones científicas empíricas sobre interculturalidad y salud.
- Analizar cómo se relaciona la forma de problematizar y conceptualizar interculturalidad con los temas de estudio y con aspectos epistemológicos y metodológicos de las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud.

1.7. Una breve historia sobre los procesos de emergencia de debates sobre interculturalidad en salud en América Latina.

Intentaremos contextualizar nuestro corpus de trabajos empíricos y el recorte temporal que seleccionamos en el marco de una historia de reflexiones políticas y teóricas sobre el tema en cuestión. La intención de contextualizar, previamente a adentrarnos en el análisis de los artículos, es dar cuenta de la genealogía de autores/as que han reflexionado sobre interculturalidad y que dejaron su impronta, marcaron los caminos, las tendencias o los posicionamientos por los que discurren en la actualidad las discusiones sobre interculturalidad en salud.

Para dicho propósito, fue necesario realizar una búsqueda en diversos formatos de producción escrita, tales como artículos científicos, libros, conferencias, presentaciones de trabajos en congresos y tesis doctorales. La búsqueda no fue sencilla. Existen escasas referencias bibliográficas cuyo foco de estudio principal sea el examen en profundidad de las condiciones de emergencia de interculturalidad en salud. Por tal motivo, el armado de este apartado requirió de un trabajo de disección de variados textos. La finalidad fue hallar referencias a los debates históricos en torno a esta propuesta, entramadas con discusiones actuales cuyos objetos de estudio son diversos.

1.7.1. Apuntes en relación con los debates iniciales sobre interculturalidad en salud en América Latina

Entre los años 80 y 90, la interculturalidad tomó fuerza en América Latina como propuesta política y teórica de movimientos sociales, indígenas y de académicos/as cuyo objetivo era confrontar la discriminación, el racismo y la exclusión hacia distintos grupos sociales, fundamentalmente, hacia poblaciones indígenas (1,5-7). En el caso de la interculturalidad en salud, la mayoría de los trabajos que revisamos refieren que esta propuesta adquiere mayor visibilidad durante los años 80 y 90 (5,8-10). Sin embargo, a diferencia de otros autores, Sergio Lerín Piñón afirma:

La interculturalidad en salud tiene sus inicios alrededor de la década de los 40, cuando surge la Antropología médica como campo disciplinar de la Antropología social, buscando indagar, principalmente, las causas de desigualdad entre los pueblos indígenas y el resto de la población, en términos de salud (11, p.3).

La brecha temporal entre los cuarenta y los noventa resulta significativa. Cuáles son los hitos que cada autor/a registra como significativos en la emergencia y en la profundización de las reflexiones y discusiones sobre interculturalidad en salud es uno de los motivos de esta búsqueda.

1.7.2. El papel de la Antropología y de movimientos socio-sanitarios en la emergencia y las conceptualizaciones sobre interculturalidad en salud en América Latina

La interculturalidad como concepto tuvo una aplicación inicial en el campo de la salud, especialmente, a partir de los aportes de la antropología (10). En México, el interés por el

contacto cultural aparece con la acción institucional de la Revolución Mexicana y con el surgimiento de la antropología mexicana (12). Manuel Gamio, con su obra *La población del valle de Teotihuacán*, en 1922, se convirtió en pionero de la antropología mexicana, del indigenismo y de los estudios interculturales (12). Por su parte, Aguirre Beltrán, en 1955, que entendía la interculturalidad como las relaciones entre los grupos étnicos mexicanos y el resto de la sociedad, también fue pionero en la temática (10).

El aspecto central de las concepciones indigenistas que dieron origen a la categoría de interculturalidad lo constituye el relativismo cultural (10)². Según el antropólogo Eduardo Menéndez, será la antropología propuesta por Aguirre Beltrán la que instalará las concepciones de interculturalidad más utilizadas por los antropólogos latinoamericanos que trabajan en el campo de la salud, desde la década de 1940 hasta la actualidad. Más aún, serán también estas concepciones la referencia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y del Instituto Mexicano del Seguro social cuando impulse sus acciones de interculturalidad en salud en los 80 (10). Las propuestas estatales y de organismos internacionales-si bien reconocen las asimetrías entre los pueblos, la discriminación y las desigualdades socioeconómicas- tienen plena confianza en que la interculturalidad es una herramienta que permitirá reducir estos conflictos (10).

En el caso de Perú, entre 1939 y 1949, existió el *Rijcharismo*, un movimiento de sanidad-rural indigenista en las comunidades altipampinas de Puno. Este movimiento fue creado por un médico no indígena y su objetivo era articular la medicina tradicional con la medicina occidental (14). El *Rijcharismo* es considerado una experiencia pionera de salud intercultural en América Latina (14) y tuvo su expresión teórica a través de la publicación de una revista denominada *Runa Soncco*.

Ya durante las décadas de 1950 y 1960 habrá un cuestionamiento al relativismo imperante en las concepciones sobre interculturalidad en salud y se comenzará a visibilizar la situación colonial [de opresión, aculturación y despojo] que impusieron los países capitalistas centrales y las sociedades dominantes en los países periféricos (10). Una constante en los

²En el relativismo cultural, “lo relativo es entendido en el sentido de histórico o cultural: las verdades con las que se logra establecer la ciencia son siempre relativas respecto de una situación particular, lo cual, sin embargo, no las hace menos absolutas” (13, p.73). “Las personas se contentan con escuchar las opiniones de sus interlocutores, en espera de poder enunciar las suyas propias, sin preocuparse acerca de los puntos de vista. Nada se niega ni se afirma, sino que todo se presenta” (13, p.74).

estudios antropológicos de estas épocas es que no incluyen datos sobre las tasas de mortalidad y causas de muerte en las poblaciones indígenas (10). La ausencia de datos estadísticos que den cuenta de las condiciones materiales de vida y de salud de las poblaciones indígenas se expresa en los años 60 y 70 en una producción antropológica donde la enfermedad y su cura aparecen reducidas casi exclusivamente a la dimensión simbólica (10).

Como hemos podido observar, las discusiones sobre interculturalidad en salud comienzan tempranamente en el siglo XX. Sin embargo, es desde los 80 y los 90 que se han desarrollado propuestas sistemáticas y constantes referidas a los procesos de salud-enfermedad y atención en todos los países americanos (1,5,9-10). A continuación, revisaremos a partir de qué contextos de luchas sociales y propuestas institucionales es que la interculturalidad toma fuerza en estas dos décadas.

1.7.3. El lugar de los movimientos indígenas, de la Academia y de los organismos internacionales en la propuesta de la interculturalidad en salud

Al reconstruir los debates históricos sobre interculturalidad en salud hay referencias que atribuyen el impulso de esta propuesta, durante los 80 y los 90, a las luchas y demandas de movimientos indígenas. En otros casos, este impulso es adjudicado a las iniciativas de organismos internacionales, como la OPS. Finalmente, algunos trabajos afirman que, en determinados contextos, fueron los debates teóricos en ámbitos académicos los que propiciaron en mayor medida la visibilidad de esta propuesta. Estos tres procesos políticos operaron por separado o de forma sinérgica, según el escenario geográfico, el contexto político e histórico que se analice.

En Ecuador, la interculturalidad toma fuerza a lo largo de los 90 como un movimiento originado en los pueblos indígenas que se complementa con las producciones teóricas de académicos vinculados al campo de la interculturalidad crítica (15,16). En este sentido, surge como una perspectiva crítica a un pasado colonial y como una propuesta epistemológica y filosófica con vistas al futuro (15) y a fortalecer los campos de explicación colectiva sobre la salud, la enfermedad, la prevención y los cuidados (16). Debido a estas improntas de emergencia, se propiciaron profundas reflexiones y tensiones a nivel político, tanto a nivel de los movimientos sociales como en el campo académico (15).

En el caso de Bolivia, inicialmente, los movimientos indígenas aplican el concepto de interculturalidad a la educación centrada en una educación indígena bilingüe (9). Posteriormente, la interculturalidad penetra el campo de la salud y asume el papel de una propuesta para el reconocimiento de las medicinas indígenas tradicionales. Esto es, como una manera de entender y revalorizar los conocimientos sobre salud, enfermedad y cuidados que se producen a nivel local, a lo largo de las distintas comunidades indígenas en el territorio boliviano (9). Al analizar las particularidades de la propuesta sobre interculturalidad en salud en Bolivia, en relación con el caso ecuatoriano, encontramos que, en el caso boliviano, tal como refiere Susana Ramírez Hita:

No se vincula con las transformaciones del Estado y de las instituciones, sino con el interés en incorporar y revalorizar las lenguas y las medicinas de los grupos indígenas, que se consideran esenciales en la revalorización de las culturas subalternas por parte del Estado (9, p.4).

En México, por su parte, la interculturalidad no se originó desde movimientos indígenas, sino que surgió de un debate teórico en el ámbito académico y como estrategia burocrática en las políticas y el desarrollo de la salud pública (17). Según Freyermouth (18), en el ámbito académico de la salud, esta propuesta nace de dos preocupaciones. La primera surge en Europa y Norteamérica en relación con el encuentro entre el personal de salud y la población inmigrante. La segunda, más relacionada con el contexto mexicano, tiene que ver con el reto que implica el encuentro entre los prestadores de servicios de salud y los pueblos indígenas. Este último aspecto, según la autora, ha sido la inquietud generadora de algunas iniciativas de organismos internacionales sobre interculturalidad en salud en países de América Latina (18).

La OPS impulsó la interculturalidad en salud a partir de los 90. Esta iniciativa fue apoyada por el Banco Mundial, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (Usaid) y varias fundaciones norteamericanas (10). En 1992, la OPS propone que se considere más detenidamente la salud y el bienestar de los pueblos indígenas. La escasa participación de las comunidades en la definición de políticas y prioridades, la pobreza, la falta de acceso a la tierra y otros problemas socioeconómicos, sumados a la creciente presión de las organizaciones indígenas, determinó su mayor visibilidad y posibilitó

algunos avances en cuanto a la participación política en el interior de las comunidades nacionales (5).

Con base en estas evaluaciones, la OPS propuso incorporar la perspectiva indígena en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y el enfoque intercultural en las políticas de salud de la región. La incorporación de la interculturalidad a nivel de las políticas consistió en la elaboración de protocolos para intervenciones culturalmente apropiadas y el desarrollo de modelos de buenas prácticas interculturales de atención (5). Estos procesos políticos propiciaron la incorporación de prácticas discursivas en las que se revaloriza la medicina tradicional y se vislumbra un cambio en la supuesta aceptación de medicinas diferentes a la occidental dentro de los servicios de salud. El discurso que atraviesa las propuestas de organismos internacionales y políticas públicas de salud se caracteriza por ser un discurso de armonía y consenso entre sistemas médicos.

1.7.4. Recapitulación

Observamos tres grandes vertientes que dan impulso a los debates sobre interculturalidad y que son el sustrato para las discusiones actuales sobre esta temática: las luchas indígenas, las propuestas académicas y las iniciativas de organismos internacionales, en ocasiones articuladas con las propuestas académicas.

Cuando la interculturalidad surge al calor de las luchas de organizaciones indígenas, la propuesta asume como eje a nivel teórico y político la crítica al colonialismo (7), al orden social establecido, a las instituciones y a las relaciones de poder que se dan al interior de las mismas. En el ámbito de la salud, estas críticas se dirigen hacia la hegemonía de ciertos conocimientos y prácticas en relación con lo que se entiende por salud, enfermedad, prevención y cuidados.

La vertiente que produce reflexiones teóricas, y que se institucionaliza a través políticas públicas y legislaciones sobre interculturalidad en salud, es aquella que proviene de la articulación entre organismos internacionales y corrientes académicas vinculadas a la antropología, al indigenismo y a los estudios interculturales. En esta rama, el enfoque principal es el reconocimiento, la inclusión y la armonía entre las culturas y sus prácticas de cuidado de la salud. Sin embargo, debemos mencionar que en el caso de Ecuador hay

corrientes académicas-críticas cuyo objetivo es trabajar de forma complementaria y acompañando procesos de lucha de movimientos sociales e indígenas.

A partir de lo que hemos expuesto en los párrafos anteriores nos atrevemos a decir que el desarrollo de interculturalidad en salud no ha sido un proceso homogéneo en América Latina. Ni en cuanto a sus momentos de emergencia ni en cuanto a las fuerzas y determinantes históricos e institucionales que la impulsaron en distintas regiones. Es por esto, y tal como nos hizo notar una docente durante el desarrollo de esta tesis, que pretender delimitar con exactitud los orígenes de esta propuesta resulta problemático. En este sentido, la intención de aproximarnos a la historia de los debates sobre interculturalidad en salud en América Latina es aportar una capa a la complejidad abierta de las discusiones que intentan develar la trama de relaciones y disputas de poder en las que cobra fuerza, reconocimiento y visibilidad esta propuesta

II. ANTECEDENTES

La producción académica sobre interculturalidad en salud en revistas científicas, según nuestro relevamiento bibliográfico, muestra su mayor densidad después del año 2003. Es posible encontrar trabajos que abordan una gran variedad de asuntos vinculados con interculturalidad en salud, sin embargo, no hemos encontrado revisiones bibliográficas sistemáticas sobre el tema. Consideramos que este proyecto de investigación puede ser un aporte a dicho campo de estudio.

Probablemente, como reflejo del impulso inicial dado por los movimientos sociales étnicos e indígenas al surgimiento de la interculturalidad como teoría y práctica política, existe una vasta producción científica sobre interculturalidad, salud y poblaciones indígenas. En esta área de estudio encontramos trabajos que la entienden como la convergencia de dos sistemas de conocimiento (4,19): el conocimiento llamado tradicional sobre la salud y el cuidado, y el conocimiento de la Biomedicina. Hay, en este sentido, una preocupación por interrogar tanto el diseño y la implementación de políticas sanitarias interculturales (4,20-21), como por conocer las principales barreras que encuentran las comunidades indígenas para acceder a los servicios de salud (18,22-24).

Michael Knipper (25) plantea que la interculturalidad debe ir más allá de lo indígena. En lugar de reproducir estereotipos y dar por hecho que la cultura y las diferencias se encuentran en las poblaciones indígenas, el autor propone reconocer lo que en la relación interétnica son los factores culturales, estructurales e institucionales relevantes por parte de la medicina y del personal sanitario. De esta manera, la atención específica de las dimensiones socioculturales de salud, enfermedad y atención sanitaria en caso de minorías étnicas o inmigrantes, se convierte en un cristal de aumento para percibir en detalle factores que son importantes para la medicina a nivel general (25).

La comunicación es representada en el campo de las prácticas discursivas de los y las trabajadores/as de servicios de salud como una barrera para el acceso a la atención sanitaria de poblaciones migrantes e indígenas (26). Esto se espeja en una serie de trabajos que abordan el tema de interculturalidad, comunicación y formación médica. Este ámbito de estudio hace foco en las habilidades que deberían desarrollar los profesionales de la salud

para mejorar la comunicación en contextos interculturales (27,30). Otros trabajos analizan de qué manera el lenguaje médico, atravesado por el racismo, opera en la construcción de las subjetividades y jerarquías entre grupos sociales (31). Las investigaciones que abordan la formación médica desarrollan guías de aprendizaje y propuestas curriculares para las facultades de medicina que permitan una mayor competencia cultural de los agentes sanitarios (25).

Un nudo conflictivo de la atención sanitaria en espacios interculturales son los procesos reproductivos. En el embarazo, el parto y el puerperio se condensan y amplifican las construcciones de otredad que hace la medicina occidental hegemónica sobre las y los sujetos y, del mismo modo, se hacen más patentes las tensiones y disputas en relación con el cuidado y con las concepciones de salud. En este sentido, Baeza (32) pone en relieve cómo los registros memorísticos del parto indígena, como práctica desarrollada por las mujeres migrantes bolivianas en el sur de Argentina, entran en conflicto con la medicina implementada desde el sistema de salud hegemónico en la sociedad receptora. Investigaciones sobre salud materna en mujeres indígenas muestran cómo el escaso desarrollo del sistema médico tradicional, así como la ausencia de servicios públicos de salud apropiados, dejan a las personas con capacidad de gestar en un espacio de incertidumbre en el que no es posible realizar prácticas tradicionales ni acceder a los servicios propuestos por el sistema médico occidental (26).

Otro aspecto recurrentemente explorado sobre los procesos reproductivos en contextos interculturales es la mortalidad materna. Algunas investigaciones (18,22) alertan sobre la necesidad de prestar especial atención a los aspectos socioculturales que obstaculizan el acceso a los servicios de salud y que producen elevadas tasas de mortalidad materna en diversos contextos sociales de América Latina. Estos trabajos muestran las dinámicas familiares y comunitarias que, matizadas por factores generacionales, de género y étnicos, posibilitan o no el acceso de las mujeres a la atención por complicaciones obstétricas.

Acerca de las tensiones implicadas en las relaciones asistenciales entre las mujeres y los servicios de salud reproductiva, el trabajo Salud Reproductiva e Interculturalidad (33) sobresale por el tipo de propuesta que nos acerca para reflexionar sobre interculturalidad en salud. Es un artículo de opinión en el cual se vierten las reflexiones de especialistas en diversos campos de la salud y los estudios de género sobre un conflicto que ocurre en una

comunidad Mapuche de Neuquén, fundamentalmente, con los varones de esta comunidad, cuando una médica del sistema de salud incorpora a las mujeres en el programa de salud sexual y reproductiva. Los participantes de este diálogo abordan, desde diversos posicionamientos, las relaciones de género, el etnocentrismo en las políticas de salud y las posibles maneras de abordaje del conflicto. Advierten que estas tensiones no son privativas de los encuentros médicos con comunidades de pueblos originarios, sino que son, en sus aspectos estructurales, comunes a todo esquema asistencial.

En la revisión de trabajos sobre interculturalidad en salud encontramos producciones que se focalizan en desarrollos y debates teóricos sobre el tema. Eduardo Menéndez (1) reconstruye los orígenes de la llegada de la interculturalidad al campo de la salud y ofrece una detallada reflexión sobre los motivos de lo que él entiende como limitado éxito o verdadero fracaso de las principales propuestas interculturales que se aplicaron en México.

Desde perspectivas críticas sobre el tema encontramos diversos/as autores/as que dan cuenta de cómo el enfoque intercultural en salud ha sido utilizado, en muchas oportunidades, como un instrumento para opacar desigualdades socio-culturales (2). Ramírez Hita (34), que advierte sobre la instrumentalización de la interculturalidad para asimilar y seducir a las comunidades indígenas, plantea la necesidad de una vigilancia epistemológica y política constante sobre la forma en que se está pensando la misma desde espacios hegemónicos. Paola Bolados (35) describe y denuncia la construcción de nuevos campos de poder y saber, alrededor de ciertas políticas de interculturalidad en salud, cuyo efecto principal ha sido la ampliación y profundización del ámbito de intervención estatal en territorios indígenas como el atacameño, en Chile.

Otros trabajos, si bien recuperan las contradicciones de la perspectiva intercultural, fundamentan la necesidad de incorporar la interculturalidad como propuesta epistemológica y política que posibilita el ejercicio de derechos en el complejo campo de las políticas de salud (36,37). Campos Navarro (38), por su parte, además de definir qué es la interculturalidad, explica y argumenta por qué un trabajador/a de la salud debe conocer y tener formación en esta perspectiva.

III. MARCO TEÓRICO

La interculturalidad, según Jaime Brehil, es el proceso histórico de relación entre los saberes que comparten un espacio social de reproducción de cultura, pero que se gestan en grupos específicos. Las relaciones interculturales pueden ser de dominación o pueden ser solidarias (39). En América Latina, con mayor fuerza en los 90, movimientos indígenas y afrodescendientes resaltan la interculturalidad como proyecto político y epistemológico (40) que va más allá de la simple relación entre culturas y que implica: “Enfrentar, transformar y hacer visibles las estructuras e instituciones que diferencialmente posicionan grupos, prácticas y pensamientos dentro de un orden que, a la vez y todavía, es racial, moderno y colonial” (15 p.1).

Desde esta perspectiva crítica, la interculturalidad es una propuesta para enfrentar no solo la geopolítica del conocimiento (15), donde el norte ocupa el lugar del saber universal y el sur de lo local, sino también, para comprender y transformar relaciones sociales de poder basadas en un orden racial, clasista, moderno, colonial y, nosotros agregamos, hetero-patriarcal³.

Tanto la experiencia de esas relaciones sociales, como la conciencia de esa experiencia, están atravesadas por la manera en que se experimenta, se problematiza y se actúa en torno a lo que Hill Collins (41) denomina una matriz de dominación. Esta matriz implica comprender cómo interactúan el racismo, el colonialismo, la heterosexualidad, las relaciones de género⁴ y el clasismo en el ordenamiento del mundo. Ordenamiento que, además de legitimar ciertas formas de conocimiento por sobre otras, implica la diferencia entre la vida y la muerte para comunidades y grupos sociales. Genocidios de pueblos originarios en América Latina y los cotidianos feminicidios en cualquier latitud son ejemplos de la afirmación anterior.

³Gerda Lerner (43) define patriarcado como la manifestación e institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y niños/as de la familia y la ampliación de ese dominio sobre las mujeres en la sociedad en general.

⁴ La perspectiva feminista reconoce la existencia de relaciones sociales asimétricas de poder basadas en el género y en la identidad sexual (lesbianas, gays, personas trans). El género en tanto categoría social, remite a los rasgos y funciones psicológicas y socioculturales que se atribuyen a cada uno de los sexos en cada momento histórico y en cada sociedad. Entendemos el género como construcción social e histórica, como el conjunto de ideas, prescripciones y valoraciones sociales sobre lo masculino y lo femenino que se elaboran a partir de la diferencia sexual (44).

Con la intención de desnaturalizar el supuesto de que hay formas de producir conocimiento que son legítimas, y que generalmente se asocian con la idea de objetividad y neutralidad de las ciencias naturales, los feminismos parten de la afirmación de que quien conoce es alguien que está en una determinada situación, posición o circunstancia (44). Esta posición teórica y política es central para las epistemologías feministas, que niegan que el conocimiento se produzca desde ninguna parte (44), y que consideran que visibilizar la trama de relaciones en las que se produce conocimiento es una forma de incrementar la objetividad de las investigaciones en el movimiento feminista.

Los conceptos y también los procesos y usos de la interculturalidad en salud emergieron y se desarrollaron bajo la influencia de la Revolución Mexicana en la década de 1920 (12). Sin embargo, en América Latina comienza a observarse un desarrollo sistemático de producciones teóricas y debates políticos en torno a interculturalidad a partir de 1970 y, especialmente, durante las décadas de 1980 y 1990 (1). Una de las perspectivas teóricas sobre interculturalidad que guía las indagaciones de este trabajo de investigación es la que Jaime Breilh desarrolla en su libro *Epidemiología crítica, ciencia emancipadora e interculturalidad* (16). Aquí, el autor propone:

Para pensar sobre la salud y construir un objeto/concepto/campo correspondiente, no debemos abandonar la idea de totalidad, sino las acepciones reductoras e impositivas de totalidad; debemos trabajar en una teoría contrahegemónica que facilite una construcción intercultural, que coordine el pensamiento y unifique la acción sin ser dominante. En otras palabras, una teoría crítica que se coloque como un puente entre las varias miradas contrahegemónicas, o mejor aún, entre los ingredientes emancipadores de toda mirada. En esa medida, la interculturalidad en la ciencia implica cambios conceptuales y metodológicos que conllevan una potencialidad de amplificar el poder de penetración del conocimiento (p.49).

En la reflexión de Breilh sobre interculturalidad en salud detectamos algunos puntos que, en nuestra opinión, dan forma a una mirada crítica sobre este concepto. Al hablar de construcción intercultural se reconoce que la misma no es algo dado naturalmente en un encuentro entre culturas, sino parte de un proceso de reconocimiento y reflexión entre miradas contrahegemónica⁵ que desafían epistemológicamente la construcción de la idea de

⁵Gramsci define la hegemonía como “dirección política, intelectual y moral” (45). Cabe distinguir en esta definición dos aspectos: 1) el más propiamente político, que consiste en la capacidad que tiene una clase dominante de articular con sus intereses los de otros grupos, convirtiéndose así en el elemento rector de una voluntad colectiva, y 2) el aspecto de dirección intelectual y moral, que indica las condiciones ideológicas que deben ser cumplidas para que sea posible la constitución de dicha voluntad colectiva. Lo novedoso en la

salud, reconociendo sus múltiples dimensiones. El autor desnaturaliza el lugar de la Biomedicina⁶ como *lo uno*, alrededor de lo cual giran *otros saberes* alternativos, y alerta sobre las discusiones en torno a la interculturalidad que siguen sin cuestionar el proceso y los términos de construcción de *lo uno* y *lo otro*. Breilh propone trabajar en una teoría crítica a partir de crear puentes entre los ingredientes emancipadores⁷ de toda mirada sobre la salud.

No toda mirada sobre interculturalidad, tanto en las producciones científicas como en las prácticas cotidianas en salud, tiene un sentido crítico. Hay una tensión entre la interculturalidad como una propuesta transformadora, con potencialidad emancipadora, y los usos que de ella se hacen (16,34,47). Sobre estos usos por parte de los gobiernos, Paola Bolados García (47) advierte acerca de las consecuencias que tuvo en Chile la construcción del campo de la salud intercultural. A través de políticas estatales, y bajo una ideología que la autora denomina de neoliberalismo multicultural, la interculturalidad se transforma en una herramienta de dominación. Las políticas interculturales estatales tienden a desligar al Estado de sus obligaciones tradicionales y a responsabilizar a los ciudadanos en tanto consumidores de una ciudadanía cultural y/o diferenciada (47). En esta misma línea crítica hay trabajos que muestran la desconexión que hay entre la revalorización discursiva de la medicina tradicional de comunidades indígenas y la persistencia de condiciones precarias de vida en estas poblaciones. Se revaloriza la medicina tradicional y la interculturalidad, a la vez que se expropian tierras, se desforesta, se contamina y se saquea el agua a través de proyectos mineros. La salud/enfermedad y los proyectos de interculturalidad no pueden separarse de las condiciones territoriales de los pueblos (34).

concepción gramsciana de hegemonía es el papel que le otorga a la ideología. Esta se constituye como un todo orgánico y relacional encarnado en aparatos e instituciones, un cemento orgánico que unifica en torno a ciertos principios articuladores básicos un “bloque histórico” y las prácticas productoras de subjetividades en el proceso de transformación social (46 p.4).

⁶La Biomedicina se caracteriza por una serie de rasgos técnicos, profesionales, ocupacionales, sociales e ideológicos que construyen un distanciamiento, subordinación, exclusión o negación de otros saberes y formas de atención (4). Según Eduardo Menéndez, el rasgo dominante de la Biomedicina es el biologicismo, que es un modelo de pensamiento que no sólo aporta el fundamento científico a la Biomedicina, sino que, además, es el elemento que la diferencia de otras formas de atención (4). El biologicismo es una forma de pensamiento que estructura la mirada sobre los procesos de salud y enfermedad y se enfoca en las causas biológicas e individuales de los mismos, otorgándole un lugar subsidiario a los procesos culturales, económicos y políticos que dan forma a las experiencias de salud y enfermedad de las personas.

⁷ Se entiende por emancipación toda praxis orientada hacia la equidad, contra el poder hegemónico y por la reestructuración y fortalecimiento de una construcción colectiva del saber (39).

En el plano de los estudios científicos, según Eduardo Menéndez (1), la pérdida de la arista crítica de la interculturalidad en salud se ve en los siguientes sesgos:

- Privilegiar la obtención de información de un solo actor social al que consideran decisivo. Y, por lo tanto, la exclusión de un enfoque relacional que incluya a todos los actores significativos que tienen que ver con los procesos y problemas que se estudian.
- La búsqueda de congruencias, coherencias y equilibrios que tienden a eliminar ciertos conflictos, ambigüedades y contradicciones que operan en todo grupo social, incluidos los étnicos, en vez de información que pueda evidenciarlos. Son conceptos que, reflexivamente o no, impulsan visiones a-históricas de los grupos y relaciones que estudian.
- La tendencia a buscar en los *otros* solo las diferencias, ha conducido a no tomar en cuenta las similitudes que existen entre los diferentes *otros* e, inclusive, entre los diferentes actores sociales y el propio investigador/a.
- Comparar los usos y costumbres y la cosmovisión de los sujetos y grupos étnicos respecto de los procesos de salud y enfermedad⁸ con los de la Biomedicina. Menéndez propone, para superar este obstáculo, comparar los usos y costumbres y cosmovisiones de los sujetos y grupos indígenas con los de la población no indígena que vive en su mismo medio, ya sea rural o urbano. Y luego, la relación que cada una tiene con el personal de salud en términos de cosmovisiones, respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención.

La aproximación a la categoría de interculturalidad implica una revisión de los diversos posicionamientos teóricos y políticos sobre cultura y racismo. Para desarrollar un análisis crítico sobre interculturalidad en salud, teniendo en cuenta que muchos de los abordajes teóricos y de políticas públicas sobre la temática reproducen sentidos racistas, esencializantes e inferiorizantes sobre la cultura y las identidades de las y los sujetos (1), es pertinente precisar cuáles son las definiciones teóricas de cultura y racismo a partir de las cuales nos pararemos para analizar el corpus bibliográfico de este trabajo de revisión.

⁸La noción del proceso de salud y enfermedad es uno de los principales conceptos de la corriente de la medicina social latinoamericana (48). Sostiene que la salud y la enfermedad no pueden ser tomadas como dos entidades separadas, sino que deben ser entendidas como dos momentos (unidos dialécticamente) de un mismo fenómeno (49).

La antropología ha sido el campo principal desde el cual se ha definido y problematizado la cultura. Para Geertz, antropólogo estadounidense, la cultura es un patrón históricamente transmitido de significados incorporados en símbolos. Es un sistema de concepciones heredadas expresadas en formas simbólicas por medio de las cuales las personas comunican, perpetúan y desarrollan su conocimiento para, y actitudes hacia, la vida (50). Para este autor, la cultura es la urdimbre dentro de la cual pueden describirse de manera inteligible y densa acontecimientos sociales, modos de conducta, instituciones o procesos sociales. Geertz advierte que la definición de cultura, cuya utilidad pretende demostrar, es un concepto esencialmente semiótico (50). Esto implica que el análisis cultural, desde esta perspectiva, es una ciencia interpretativa en busca de significaciones compartidas.

Es importante tener en cuenta que las tramas simbólicas en las que se producen los acontecimientos sociales y en las que los sujetos llevan a cabo determinadas acciones están localizadas histórica, económica y políticamente en un contexto (51). Si para Geertz la cultura es un texto, una trama de símbolos y un sistema de significados compartidos factibles de ser interpretados (50), es necesario preguntarnos, por un lado, quién crea y define los significados culturales y con qué fines (51) y, por otro lado, cuáles son las posiciones en el mundo de quienes describen e interpretan esas tramas: ¿son antropólogos/as, historiadores/as, de origen europeo? El sociólogo Eduardo Grüner, en la introducción de *Estudios Culturales. Reflexiones sobre el multiculturalismo* recupera algunos aportes de Bajtín que nos ayudan a pensar en la cultura y lo simbólico como una arena de disputa:

Para Bajtín, por ejemplo, la trama social no es simplemente discursiva. El discurso no es un registro totalmente autónomo: es un aspecto emergente, si bien con frecuencia decisivo, de un complejo multifacético de relaciones sociales y de poder, que tienen un efecto poderoso sobre el lenguaje y los discursos. Las formas de los signos, dice Bajtín, están condicionadas por la organización social de los participantes involucrados. Lo que incluye, por supuesto, las formas resistentes al poder de dominación. El discurso está, por lo tanto, fuertemente condicionado por los modos en que distintos grupos sociales intentan acentuar sus palabras de manera que expresen su experiencia y sus aspiraciones sociales. El resultado es que el mundo de los signos se transforma en un escenario inconsciente de la lucha de clases (52 p.42).

Algunos enfoques proponen, más que un marco teórico para analizar e interpretar *las culturas*, uno que ayude a explicar las desigualdades y conflictos entre sistemas culturales

(53). Alejandro Grimson (54) advierte que hablar de diferencias culturales sin problematizar asimetrías de poder puede traducirse en la legitimación de una jerarquización o en un elemento de dominación. El autor alerta sobre la persistencia de narrativas sobre *las culturas* como si no estuvieran en contacto con Occidente. Esto no solo implica negar el análisis de los procesos de interacción, sino también producir imágenes a-históricas y la idea de distancias culturales mayores a las realmente existentes (54). Desde esta crítica, en este proyecto de investigación acordamos con la propuesta de Grimson que, en lugar de cultura, propone hablar de configuraciones culturales. Esta noción implica la idea de espacios en los cuales hay tramas simbólicas compartidas, horizontes de posibilidad, desigualdades de poder, historicidad y un proceso de constitución de hegemonía (54).

Con Yañez (55), nos preguntamos cómo es posible acercarnos a las experiencias singulares y las relaciones cambiantes entre sujetos subvirtiendo las connotaciones más problemáticas del concepto de cultura: la homogeneidad, la coherencia y la atemporalidad. Las premisas de la antropóloga Lila Abu-Lughod, que propuso escribir etnografías de lo particular (56), desafían las tendencias a la generalización y resaltan el carácter construido de esa tipicidad que tan a menudo se produce en los relatos convencionales de las ciencias sociales (55):

El valor especial de esta estrategia es que descubre parecidos en todas nuestras vidas. Decir que todos vivimos en el particular no es decir que para cualquiera de nosotros los particulares son los mismos. Al mirar lo cotidiano podríamos descubrir diferencias fundamentales, tales como aquellas entre la experiencia cotidiana en un mundo establecido para producir el efecto de estructuras, instituciones u otras abstracciones, y las experiencias en mundos en los que no se han producido dichas estructuras. Pero la cotidianidad, al romper la coherencia e introducir el tiempo, nos mantiene en el flujo y la contradicción. Y los particulares sugieren que, en las vidas de otros, tal como en las nuestras, hay agonía en las decisiones, se cometen errores, haciendo que los mismos luzcan bien, se soportan tragedias y pérdidas personales, se disfruta y se encuentran momentos de felicidad (56, p.17).

Al inicio de este apartado mencionábamos la necesidad de trabajar con la categoría de racismo en la revisión del corpus bibliográfico sobre interculturalidad y salud. Esta decisión se fundamenta en la intención de desnaturalizar el racismo que atraviesa la producción de conocimiento científico. En primer lugar, porque trabajaremos con categorías como “cultura” que, desde ciertos marcos teóricos (54), ha sido una herramienta esencial para construir al

otro (56) subordinado. En segundo lugar, porque analizaremos estudios que pertenecen al ámbito de la salud, que es un campo en el cual se ha producido y reproducido el racismo en diversas prácticas discursivas (57).

Para Fanon, el racismo es una jerarquía global de superioridad e inferioridad sobre la línea de lo humano que ha sido políticamente producida y reproducida como estructura de dominación durante siglos por el sistema capitalista, patriarcal, moderno y colonial (58-59). Según el contexto geográfico, histórico y político, el racismo puede marcarse por color, etnicidad, lengua, cultura o religión. El racismo de color ha sido predominante en muchas partes del mundo, sin embargo, no es la única forma (59). La primera forma de racismo fue la religiosa⁹.

El racismo no es un elemento que aparece en algunas personas o relaciones interpersonales aisladas. Puede ser institucional (incluyendo el sistema judicial, universidades, instituciones de salud, etc.) y, de este modo, ordena relaciones sociales de dominación al producir jerarquías. La forma de producir conocimiento, de entender el mundo y de relacionarnos está estructurada por una mirada racista que encuentra sus orígenes en el proceso de colonización de América llevado adelante por los reyes católicos de España (59). A partir de la colonización se pone en cuestión la humanidad de una parte del mundo.

En América Latina, desde los ochenta, el movimiento afrobrasileño será paradigmático al inaugurar una conciencia de raza y una lucha amplia contra el racismo institucional (61). La teorización sobre racismo en América Latina, en relación con las producciones procedentes de otras latitudes, se hizo esperar. Inicialmente, se recurrió a las experiencias hechas por activismos y debates teóricos provenientes de Fanon, de los movimientos negros, chicanos y feministas en Estados Unidos. Según Yuderkys Espinosa Miñoso (61), este surgimiento cronológicamente diferenciado de los activismos y teorías feministas y antirracistas podría tener que ver con la conformación histórica de diferentes

⁹ Según Grosfoguel (60 p. 4), existía ya a fines del siglo XV en la península ibérica el discurso sobre de la “pureza de sangre”. Este discurso era una forma de proto-racismo movilizad contra las poblaciones musulmanas y judías durante la conquista colonial por parte de la monarquía católica para destruir el poder político musulmán en la península ibérica, territorio conocido como Al-Ándalus. El propósito de este discurso era vigilar a aquellas poblaciones de ascendencia judía y musulmana para asegurar que su conversión no fuera fingida.

modelos estatales de racismo a nivel mundial. En América Latina, se trata de un racismo “asimilacionista”, derivado de la ideología del mestizaje¹⁰:

[El mestizaje] ha instalado la idea de la posibilidad de dirimir los conflictos entre diferentes tradiciones culturales y epistémicas enfrentadas, donde se imponía el abandono de las epistemologías autóctonas y su sustitución por la matriz moderna colonial a través de los estados-nación latinoamericanos. Las élites nacionales ofrecían a las poblaciones no blancas un discurso mistificador y de integración al tiempo que desarrollaban dispositivos de blanqueamiento amplio que en su concepción permitiría que llegáramos a ser el tipo de nación adelantada y desarrollada que debíamos llegar a ser, a la manera de Europa (61, p.30).

Estas aportaciones son importantes para prestar atención a la existencia de continuidades entre las ideas de aculturación y mestizaje en la perspectiva intercultural en general, y en los estudios científicos sobre interculturalidad y salud, específicamente. Como advierte Jaime Breilh:

No todo reconocimiento de la interculturalidad tiene un sentido emancipador. La visión hegemónica de la diversidad cultural, reproducida en muchas formas por el establishment de la salud pública y la medicina, buscan reconstruir la hegemonía mediante la funcionalización de la diversidad cultural a través de formas de aculturación o de fusión y la recodificación de otras culturas bajo la forma dominante y su proyecto (16, p.288).

¹⁰ Para Rivera Cusicanqui, el mestizaje se trata de una oferta de ciudadanía precaria y falaz, con permanente amenaza de exclusión, a través de las instituciones que apuntan a una homogeneidad integradora (de la escuela al sindicato, del mercado al cuartel). Se generan nuevas formas de exclusión, segmentación y jerarquización que siguen poniendo en juego los criterios pigmentocráticos y racistas propios del horizonte colonial (62).

IV. METODOLOGÍA

4.1. Aspectos metodológicos generales

Este trabajo de investigación se propone conocer cómo ha sido abordada la interculturalidad en el ámbito de la salud en investigaciones empíricas producidas en América Latina. La propuesta para llevar adelante este objetivo, en el marco de una estrategia metodológica cualitativa, es realizar una revisión bibliográfica integrativa de artículos científicos en revistas indizadas. De esta forma, se conforma un corpus relativamente homogéneo en la calidad de la investigación.

Los trabajos de revisión utilizan fuentes bibliográficas o electrónicas para la obtención de resultados de trabajos científicos de otros autores, con el objetivo de fundamentar teóricamente un determinado tema. La revisión bibliográfica sistemática es una forma de revisión que responde a una pregunta específica y utiliza métodos explícitos y sistemáticos para identificar, seleccionar y avalar críticamente los estudios, y para recolectar y analizar los datos de las investigaciones incluidas en la revisión. La revisión integrativa es un método específico de revisión sistemática cuyo fin es reunir trabajos teóricos o empíricos relevantes con el objetivo de posibilitar una síntesis del estado de conocimiento de un determinado tema y dar a conocer los vacíos que precisan ser minimizados mediante la realización de nuevos estudios (63).

4.2. Proceso de revisión integrativa

El proceso de revisión integrativa está compuesto de las siguientes etapas (63):

Selección de las bases de datos

A través de bases de datos virtuales reconocidas en el campo de la salud y las ciencias sociales (PubMed, SciELO, Scopus, BVS), realizamos una recopilación de referencias bibliográficas. El criterio para la selección de bases de datos fue recuperar un espectro amplio de citas en relación con el recorte temático, temporal y espacial propuesto para esta investigación.

Selección de los términos de búsqueda

Para relevar artículos científicos que toman como eje central la interculturalidad en el ámbito de la salud se eligió el término *interculturality AND health*. Asimismo, se eligieron

otros términos que surgieron de las citas obtenidas en la búsqueda inicial para recabar producciones que abordan el tema sin denominarlo de esa manera: *“diversity AND medical practice”*, *“interculturalism AND health”*, *“cultural diversity AND health”*, *“pluralism AND medicine”*, *“transculturality AND health”*, *“cultural competence AND health”*. Eliminamos *“diversity AND medical practice”*, *“pluralism AND medicine”*, *“transculturality AND health”*, *“interculturalism AND health”* y *“cultural competence AND health”*, porque arrojaron pocos resultados, repeticiones de citas de la búsqueda inicial y, en el caso de *“pluralism AND medicine”*, *“cultural competence AND health”* y *“cultural diversity AND health”*. No obstante, los desarrollos conceptuales de las investigaciones que emergieron a partir de la búsqueda con dichos términos no se orientaban a los objetivos de este proyecto. Finalmente, los términos que seleccionamos fueron: *“interculturality AND health”*.

Estrategias alternativas de búsqueda

Como estrategia alternativa de búsqueda, se desarrolló una revisión de las referencias bibliográficas de los artículos elegidos.

Criterios de selección del corpus documental

Seleccionamos aquellos trabajos que incorporaban interculturalidad como perspectiva conceptual en la construcción y análisis del objeto de investigación. En segundo lugar, incluimos artículos científicos producidos por autores/as con filiación institucional en América Latina y cuyas investigaciones se situaban en este mismo territorio entre los años 2003 y 2017. El recorte temporal y espacial se debe a que, en las últimas dos décadas, en un contexto de creación y fortalecimiento de lazos económicos y políticos entre gobiernos progresistas de América Latina, y producto de luchas y reivindicaciones de pueblos originarios y de políticas migratorias que retoman una perspectiva de derechos humanos, la interculturalidad como campo de debate logra instalarse en la agenda.

Uno de los hitos que favorece la irrupción de interculturalidad en la agenda política argentina, pero también en otros países de la región, es la sanción en 2003 de la Ley de Migraciones 25.871. Esta Ley, que retoma una perspectiva de derechos humanos, y que fue producto de luchas, debates políticos y reivindicaciones de colectivos migrantes, organizaciones políticas y sociales, viene a reemplazar el marco normativo previo creado durante el último proceso militar en Argentina, que tenía un carácter fuertemente restrictivo y

positivo sobre las migraciones (1). Por su parte, con los gobiernos de Lula en Brasil y posteriormente de Evo Morales en Bolivia, que fueron la expresión del ascenso de los movimientos obreros, indígenas y campesinos como actores políticos y sociales, se observa una serie de iniciativas, muchas de ellas cristalizadas en políticas públicas, tendientes a incluir a sectores sociales históricamente relegados como destinatarios de políticas sanitarias, económicas y sociales (1-3).

La decisión de incluir autores/as con filiación institucional en América Latina tiene que ver con el interés por analizar algunas prácticas de investigación y los marcos teórico-conceptuales sobre interculturalidad que utilizaron las/los investigadores/as en el contexto de las transformaciones políticas y legislativas que mencionamos en el párrafo anterior.

Seleccionamos investigaciones empíricas con el objetivo de analizar las definiciones y categorías que eligen las/os investigadores para conceptualizar interculturalidad, los temas de estudio, y algunos aspectos epistemológicos y metodológicos de las investigaciones. Luego de revisar en profundidad los artículos recopilados, se optó por extraer únicamente las investigaciones con metodología cualitativa. Nos centramos en investigaciones cualitativas porque, dado que en este tipo de metodología el objetivo apunta a comprender fenómenos, suelen ser más densas conceptualmente, característica relevante para nuestros objetivos de investigación. A su vez, en el rastreo bibliográfico exploratorio previo a la constitución del corpus fueron escasas las investigaciones cuantitativas que abordaban la temática. Las que sí lo hacían, no incluían alguna perspectiva conceptual sobre interculturalidad, que es uno de los criterios de inclusión que establecimos y que se enumeran a continuación.

Criterios de inclusión:

- Investigaciones empíricas que incluyeran un apartado metodológico.
- Los autores debían tener filiación institucional latinoamericana y las investigaciones debían situarse, también, en América Latina.
- Producciones en el período 2003-2017.
- Estudios que incluyeran la interculturalidad como perspectiva conceptual en la construcción y análisis del objeto de estudio.

Criterios de exclusión:

- Estudios cuyo objetivo principal fuera el diseño de políticas interculturales de atención en salud.
- Estudios cuyo objetivo principal fuera la evaluación de la implementación de políticas y programas de interculturalidad en salud.

No se incluyeron investigaciones destinadas al diseño o la evaluación de políticas porque, dada la cantidad de trabajos y la especificidad de la temática, consideramos que podía constituir un objeto de investigación y un corpus en sí mismo. A su vez, estos estudios partían con frecuencia de iniciativas gubernamentales y organismos internacionales. En estos casos, los abordajes conceptuales estaban en línea con perspectivas propias de estas instituciones que ya problematizamos en el rastreo histórico sobre la emergencia de los debates sobre interculturalidad en salud en América Latina. Consideramos que esta particularidad podía generar sesgos producto de la instrumentalización de interculturalidad para el diseño o evaluación de políticas. En este trabajo, nos interesaba especialmente trabajar con otras/os actoras/es sociales productoras/es de conocimiento: las universidades, agentes de salud y organizaciones sociales.

Identificación de los estudios preseleccionados y seleccionados

Las búsquedas se realizaron en marzo de 2018. En la búsqueda inicial se recuperaron todos los artículos, sin recorte temporal. El criterio de búsqueda fue el siguiente:

Tabla 1. Cantidad de artículos recuperados, según bases de datos seleccionadas. Marzo, 2018

Términos de búsqueda					
Bases de datos	Término 1	Operador lógico	Término 2	Campos de búsqueda	Cantidad de artículos
PubMed	<i>Interculturality</i>	AND	<i>Health</i>	<i>Title/Abstract</i>	14
BVS	<i>Interculturality</i>	AND	<i>Health</i>	Título/Resumen/Asunto	3.516
SciELO	<i>Interculturality</i>	AND	<i>Health</i>	Resumen	47
Scopus	<i>Interculturality</i>	AND	<i>Health</i>	<i>Abstract/Tittle/Key words</i>	47

Fuente: Elaboración propia

Como resultado del proceso inicial de búsqueda se recabaron 3.624 citas. El paso siguiente fue retirar las citas duplicadas, luego de lo cual, quedaron 3.130 referencias. A continuación, se leyeron los resúmenes. Según los criterios de inclusión y exclusión establecidos, seleccionamos 35 citas para leer su texto completo. A partir de la lectura de los textos completos seleccionamos 13 artículos. Los artículos que fueron excluidos a partir de la lectura del texto completo no cumplían con el criterio de incorporar interculturalidad como marco conceptual. Por último, según el criterio adicional de búsqueda propuesto para esta revisión (lectura de referencias bibliográficas) seleccionamos 2 artículos más que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Al final de este proceso, el corpus documental quedó constituido por 15 artículos. Los artículos seleccionados se publicaron entre los años 2006 y 2017, y las investigaciones fueron realizadas en los siguientes países: Colombia (8), México (4), Perú (4), Bolivia (3), Chile (2), Argentina (1), Cuba (1), Honduras (1), Guatemala (1) y Brasil (1).

Figura 1. Diagrama del proceso de selección de las referencias bibliográficas que conforman el corpus de investigación.

Fuente: Elaboración propia

Categorización de los estudios seleccionados

En esta etapa se documentó la información extraída de los artículos científicos encontrados en las fases anteriores. El instrumento propuesto en nuestra revisión para extraer y analizar los datos de los artículos seleccionados es una matriz de síntesis. Una matriz de síntesis es una herramienta para la extracción y organización de datos que facilita el proceso de construcción y redacción de una revisión integrativa (63). La matriz puede contener informaciones verbales, resúmenes de texto, extractos de notas y recordatorios, entre otros datos. En definitiva, una matriz debe contener información sobre aspectos de la investigación que permiten al investigador/a tener una visión general de los datos relacionados al propósito de la investigación (63).

La matriz de síntesis que construimos para organizar y analizar los datos extraídos del corpus de artículos tuvo como objeto plasmar los principales intereses que planteamos en las preguntas de investigación. Uno de los intereses principales de esta tesis es analizar las conceptualizaciones sobre interculturalidad en salud. Para analizar dichas conceptualizaciones tuvimos en cuenta las definiciones de interculturalidad en salud que plantean las/os autoras/es y el universo categorial con el que se problematizaron los temas de estudio. En relación con el universo categorial, por un lado, observamos y analizamos de forma general las categorías que escogieron las/os investigadores para comprender y aproximarse a los diversos temas en el ámbito de interculturalidad en salud. Por otro lado, nos propusimos analizar la presencia/ausencia y los usos de categorías que, en función del marco teórico que guía nuestras indagaciones, entendemos que refieren a procesos de subordinación y exclusión de las/os sujetas/os y colectivos sociales en función de las posiciones que estos ocupan en el marco de relaciones interculturales. Estas categorías expresan la dimensión de desigualdades sociales.

Con respecto a la dimensión desigualdades sociales, indagamos sobre categorías e indicadores específicos: racismo, matriz de dominación, estadísticas de mortalidad de las poblaciones en estudio y alguna forma de referencia a las desigualdades en el acceso a la salud. En el caso de “racismo”, nos sumergimos en las investigaciones buscando específicamente la utilización de ese término, dado que expresa significados que no son atribuibles a otras categorías. No obstante, también dirigimos nuestra atención hacia la búsqueda de categorías que, aunque no manifiestan la complejidad de sentido en términos de

relaciones políticas e históricas que expresa “racismo”, tienen alguna relación con dicha categoría.

En relación con “matriz de dominación”, fuimos a los textos con la intención de encontrar categorías o relatos que evidenciaran de alguna forma, y no necesariamente bajo este término, la interacción entre racismo, colonialismo, heterosexualidad obligatoria, relaciones de género y clase en la producción de desigualdades sociales, independientemente de las discusiones teóricas sobre cómo se co-constituyen dichas dimensiones de opresión.

En lo referente a las estadísticas de mortalidad y a las desigualdades en el acceso a la salud el objetivo, en clave analítica, fue recuperar datos que las investigaciones empíricas producen o recuperan de encuestas u otros estudios en relación con indicadores de mortalidad o de desigualdades en el acceso a la salud que contextualizan el estado de salud de las poblaciones en estudio.

Otra categoría central en nuestro análisis del corpus es “cultura”. La matriz de síntesis nos permitió volcar información sobre los usos y sentidos atribuidos a “cultura” en las investigaciones empíricas, el lugar que ocupa esta categoría en las conceptualizaciones sobre interculturalidad en salud, como así también, el universo de categorías relacionadas con ella.

Por último, en cuanto a la metodología de las investigaciones empíricas, analizamos algunos aspectos epistemológicos y metodológicos generales y específicos. En relación con estos últimos, los ejes de indagación fueron los siguientes: el lugar de las/los investigadores en la investigación, esto es, si hay explicitación por parte de las/os autoras/es sobre su posicionamiento teórico, político y trayectoria de trabajo con la temática. Examinamos si en las investigaciones se hace referencia a los motivos por los que se seleccionaron las comunidades y sujetos que se estudian, la forma de ingreso al campo y las características de las/os informantes (condición socioeconómica, actividades laborales, sexo/género y edad entre otras). Asimismo, la pesquisa estuvo orientada a observar cómo se incorporan, si es que están presentes, los relatos de las/os entrevistados en el apartado de resultados de las investigaciones. En el caso de estar presentes, ¿cómo son incorporados los relatos de entrevistas?, ¿cómo dialogan con las voces de las/os autoras/es?

Cuadro 1. Formato de la matriz de síntesis utilizada en esta revisión

	Artículo 1	Artículo 2	Artículo 3	Artículo 4
Definición de interculturalidad				
Categorías relacionadas con cultura				
El lugar de la cultura en la categoría de interculturalidad				
Categorías que no aparecen definidas				
Categorías relacionadas con racismo				
Alguna forma de explicitación de matriz de dominación				
Estadísticas de morbilidad y mortalidad				
Referencia a desigualdades socio-económicas, desigualdades sociales				
Temas de estudio				
Lugar del/de la investigador/a				
Características de las/os informantes				
Incorporación de los relatos de entrevistas en las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud				

Fuente: Elaboración propia

IV. RESULTADOS DE LA REVISIÓN

5.1. Aspectos generales de la revisión

Según los criterios de inclusión y exclusión estipulados para esta revisión, se seleccionaron 15 artículos elaborados entre 2008 y 2017. Los años de mayor producción en el período analizado son 2012 y 2017.

Colombia es el país con mayor número de publicaciones (6), seguido por Perú (3) y México (2), Brasil (1), Chile (1), Bolivia (1) y Argentina (1). Los campos temáticos de las revistas con mayor representación en el corpus fueron *Salud Colectiva* y *Salud Pública*. En el campo de la Salud Pública, la *Revista Cubana de Salud Pública* tuvo el mayor número de publicaciones (3).

5.2. Conceptualizaciones sobre interculturalidad en salud

Uno de los objetivos principales de esta tesis es analizar las conceptualizaciones sobre interculturalidad en el campo de las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud en América Latina. En este sentido, nos interesa explorar las definiciones de interculturalidad en salud y el universo categorial del que se valen las/os autoras/es para argumentar la necesidad de abordar esta temática y para problematizar sus temas de estudio.

5.2.1. Definiciones sobre interculturalidad en salud

“Interculturalidad” es definida de diversas formas en las investigaciones empíricas que abordan el tema en el ámbito de la salud, lo cual revela diferentes interpretaciones adoptadas por la comunidad científica. Diez estudios retoman definiciones hechas por otros/as autores/as, entre ellas, las que cuentan con mayor representación son las conceptualizaciones de la intelectual-militante Catherine Walsh (40) y de organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (64). El resto de los trabajos del corpus construyen sus propias definiciones.

Catherine Walsh (40) identifica tres perspectivas distintas para explicar los usos y sentidos contemporáneos de la categoría. La primera es la perspectiva relacional; la segunda es la perspectiva funcional y, por último, la interculturalidad crítica. En esta revisión, para la presentación de los resultados, construimos un criterio propio de clasificación, que nos

permite vincular y agrupar las distintas conceptualizaciones sobre interculturalidad en salud que hallamos en las investigaciones empíricas. En este sentido, además de las perspectivas que propone Walsh, encontramos a grandes rasgos dos modalidades discursivas diferentes para definir interculturalidad. Por un lado, están las definiciones en las que aparece como una propuesta, un abordaje o un proyecto político para la acción. En estos trabajos, la interculturalidad es conceptualizada como:

- Un proyecto político descolonizador relacionado con la lucha de los pueblos indígenas (65).

[La interculturalidad es entendida] como un proyecto político descolonizador relacionado con la lucha de los pueblos indígenas por construir un proyecto que transforme las estructuras y cree nuevas formas de poder en el área de salud. Y a su vez, que promueva cambios en las estructuras del sistema político, epistémico, cognitivo y filosófico dominante (p.165).

- Una propuesta ético-política para abordar los problemas que plantean los contextos de diversidad cultural (66).

[La interculturalidad es una] propuesta ético-política para abordar los problemas que plantean los contextos de diversidad cultural. Va más allá del reconocimiento de las diferencias y del respeto y tolerancia para con las culturas indígenas. Tiene que ver con la comunicación, el aprendizaje recíproco y el acercamiento entre los pueblos indígenas y la sociedad occidental (p.370)

- Una propuesta que implica una autorreflexión de los proveedores de la salud sobre sus propias prácticas (67).

La interculturalidad como propuesta, desde una perspectiva amplia, implica una autorreflexión de los proveedores de los servicios de salud sobre sus propias prácticas, representaciones y prejuicios acerca de los pacientes y su cultura. Asimismo, debe combinar un conocimiento general sobre la población que se atiende con la información particular que proviene de las/los pacientes y que va interiorizando e incorporando a su propia perspectiva (p.31).

- Una propuesta para promover la participación comunitaria (68).

La interculturalidad es una propuesta para promover la participación comunitaria con el fin de aumentar el uso y acceso de las poblaciones indígenas a los servicios de salud modernos (p.84).

- Un abordaje colectivo del proceso de salud y enfermedad (69).

La interculturalidad en salud se trata de un abordaje colectivo del proceso de salud y enfermedad, que recupera las trayectorias laborales y de género, y que propone acciones que apuntan a incorporar a las mujeres migrantes, con sus miradas y prácticas, en los abordajes sanitarios (p.162).

- La posibilidad de diálogo democrático entre los sistemas de salud tradicionales y la biomedicina y como propuesta en la que se dirime la tensión entre tradición y modernidad (70).

La interculturalidad es concebida como la posibilidad de un diálogo democrático o trato igualitario entre los sistemas de salud tradicional-indígena y la biomedicina, y como una propuesta en la que confluyen y se dirime la tensión entre tradición y modernidad (p.194).

La segunda modalidad discursiva que nos permite aglutinar un conjunto de definiciones sobre interculturalidad en salud es aquella en la cual las/os autores se preocupan principalmente por el desarrollo teórico, de sentidos o significados de la categoría. En este caso, es conceptualizada como:

- Una habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad y como una interacción comunicativa (71).

La interculturalidad puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad. La interculturalidad se refiere también a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura, que pueden ser llamados etnias, sociedades, culturas o comunidades (p.124).

- Confrontación y entrelazamiento que se produce cuando los grupos entran en relaciones de intercambio (72).

A interculturalidade, entendida como a confrontação e o entrelaçamento que sucede quando os grupos entram em relações de trocas, pressupõe conflitos, pois as culturas se desenvolvem na tensão, muitas vezes na violência, e só existem se produzidas por indivíduos ou grupos que ocupam posições desiguais no campo social, econômico e político. É fato que as culturas se encontram em maior ou menor posição de força umas em relação às outras, mas é preciso evitar as interpretações reducionistas que supõem que o mais fraco está sempre sujeito a assimilar passivamente os valores e condições impostos pelo mais forte no “jogo cultural” (p.1384).

- Un proceso permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre personas, grupos, conocimientos, valores y tradiciones distintas (73-75).

La interculturalidad es un proceso permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre personas, grupos, conocimientos, valores y tradiciones distintas, orientada a generar, construir y propiciar un respeto mutuo y un desarrollo pleno de las capacidades de los individuos, por encima de sus diferencias culturales y sociales (73, p.40).

La interculturalidad se define como un proceso de relación, comunicación y aprendizaje que se fundamenta en el intercambio entre culturas en términos equitativos (74, p.83).

La interculturalidad en salud es entendida como la relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura que potencian los servicios de salud, sobre la base de las necesidades, organización y control de los pueblos. Constituye una estrategia para mejorar el acceso y la calidad de la atención en salud y es un mecanismo que se incorpora en los países con población indígena como respuesta a las presiones sociales sobre el derecho de los pueblos a recibir una atención médica acorde a sus patrones culturales (75, p.653).

- Una fuerza poderosa para producir sujetos racializados y estrategia de enmascaramiento de dinámicas de poder y desigualdad (17).

La interculturalidad es una fuerza poderosa para la producción de sujetos racializados, organizándolos jerárquicamente y ampliando los efectos materiales de dichas jerarquías. Así, se rechaza una interpretación ingenua de la interculturalidad, como una formulación amplia que propicia una visión utópica de un mundo donde las diferencias coexisten en armonía, deslindadas del poder. La interculturalidad es un concepto que fue establecido desde posiciones de poder como fórmula de tratamiento a unas comunidades cuya inferioridad se da por sentada de antemano (p.491).

- Un enfoque holístico sobre la salud, que promueve la reciprocidad entre actores y recursos terapéuticos de la medicina occidental y la tradicional indígena (76).

La interculturalidad representa un enfoque holístico sobre la salud, que promueve la reciprocidad entre actores y recursos terapéuticos de la medicina occidental y la tradicional indígena. Asimismo, la interculturalidad promueve la incorporación de la medicina tradicional a los sistemas nacionales de salud (p.479).

- Un encuentro respetuoso de saberes entre la medicina occidental y la medicina de los pueblos indígenas (77).

La interculturalidad es un encuentro respetuoso de saberes entre la medicina occidental y la medicina de los pueblos indígenas (p.499).

- Una variedad de formas de relación entre actores de diferentes sistemas médicos, mediadas por relaciones de poder y subordinación (78).

La interculturalidad es entendida en término de relaciones interculturales que se expresan de manera cotidiana y están mediadas por relaciones de poder y subordinación. En este sentido, la interculturalidad abarca una variedad de formas de relación entre actores de diferentes sistemas médicos, que dependen, entre otros, del reconocimiento del otro, de la apertura al diálogo y del ejercicio del poder (p.63).

En el marco de las dos modalidades discursivas que mencionábamos al principio de este apartado, las definiciones de interculturalidad en las investigaciones empíricas en el campo de la salud son variadas. Observamos diversos atributos, expresados en las definiciones, que marcan los sentidos, las funciones e intenciones de esta categoría. ¿Qué es, en términos generales, la interculturalidad en salud para las/os autores de las investigaciones empíricas en nuestro corpus? Según nuestros hallazgos, es una habilidad para negociar diferencias, es una interacción comunicativa, es confrontación y entrelazamiento, un proceso de relación, de comunicación y aprendizaje, un proyecto político descolonizador, una posibilidad de diálogo, una propuesta ético-política, una fuerza poderosa de racialización, un enfoque holístico, un encuentro respetuoso de saberes, una propuesta para promover la participación comunitaria, una variedad de formas de relación entre personas o grupos de diversa cultura y, por último, un abordaje colectivo del proceso de salud y enfermedad.

5.2.2. Universo categorial de las investigaciones

5.2.2.1. *La dimensión de desigualdades sociales en las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud en América Latina*

Algunos trabajos de la revisión incorporan la dimensión de desigualdades sociales en sus definiciones sobre interculturalidad, en el universo categorial que se desarrolla en los marcos teóricos y en las discusiones sobre los hallazgos de las investigaciones (17-65-70-71-72-73-78). En esta tesis entendemos que la dimensión de desigualdades sociales se expresa a partir de categorías e indicadores que enuncian procesos de subordinación y exclusión de las/os sujetas/os y colectivos sociales en función de las posiciones que estos ocupan (clase social, género, etnia, etc.). En el caso de “colonialismo” o “desigualdades de género”, estas son categorías que tienen capacidad explicativa sobre desigualdades sociales, mientras que los indicadores, como en el caso del índice de mortalidad materna, tienen capacidad descriptiva y manifiestan las consecuencias de dichos procesos de subordinación sobre la expectativa de vida y sobre el acceso a recursos sanitarios y de cuidados. A continuación, exponemos

categorías e indicadores que dan cuenta de la dimensión de desigualdades sociales y los contextos narrativos en las que son empleadas:

- Proyecto colonialista

As propostas normativas existentes atualmente permitem estabelecer uma ideologia de relacionamento intercultural para além da continuidade do projeto colonialista que encontra no vácuo deixado pela falta de efetivação das políticas sociais abrangentes as condições propícias à sua continuidade e/ou reemergência. (72, p.1388).

- Etnocentrismo del sistema médico

Abordar la particularidad de cómo el sistema de salud opera sobre las mujeres migrantes bolivianas requiere, primeramente, comprender el carácter etnocentrista del sistema médico y el patriarcado como formas que refuerzan al biologicismo desde sesgos sexistas, étnicos y de clase (69, p.154).

- Discriminación de origen étnico

Aunque los índices de morbilidad y el perfil epidemiológico de los aborígenes sean similares a los de otros grupos desfavorecidos, su situación desventajosa se ve exacerbada a causa de los prejuicios y la discriminación de origen étnico ejercida muchas veces por el propio personal de salud (66, p.369).

- Racismo.

Estas exculpaciones de racismo están incorporadas en una definición de raza silenciada retóricamente por la subordinación histórica del fenotipo a la cultura como marcador de la diferencia. En otras palabras, los peruanos creen que sus prácticas discriminatorias no son racistas porque no denotan las diferencias biológicas innatas, sino las culturales (17, p.495).

- Índice de mortalidad materna.

Los Altos de Chiapas, una de las regiones de México que registra más elevados índices de mortalidad materna: quince municipios con más del 95% de población de las etnias tsotsil y tseltal y con un 54% de población monolingüe que continúa utilizando sus sistemas locales de salud (67, p.33).

- Desigualdades de género.

La identificación de la vida productiva como parte central de cotidianidad de las bolivianas abre en los profesionales interesantes reflexiones sobre los roles socialmente esperados para estas mujeres y las desigualdades de género que padecen en el contexto migratorio (69, p.156).

- Brechas en el acceso a los servicios de salud.

Aunque aún persisten ciertas brechas en el acceso a los servicios de salud reproductiva, las encuestas demográficas y de salud familiar (ENDES, 2000 y 2004–2006) muestran reducciones sostenidas en las tasas de mortalidad neonatal: 13 muertes infantiles por 1.000 nacidos vivos durante el primer mes de vida en la última encuesta (2004–2006), comparadas con 18 muertes en promedio en los 5 a 9 años anteriores, y 26 muertes en los 10 a 14 años previos (66, p.374).

- Interseccionalidad

Este enfoque se cimenta sobre una base significativa de bibliografía acerca de la “interseccionalidad”: el estudio de cómo las dimensiones de la desigualdad se co-construyen entre sí, en una manera interseccional de percibir el problema de la uniformidad y la diferencia en relación con el poder, una lógica fundamental de opresiones interrelacionadas, y un análisis de la dominación sistemática que entrevera la sexualidad, la raza, el género, la clase económica, etc. (17, p.496).

5.2.2.2. *La categoría “racismo” en nuestros hallazgos*

Dos artículos (17,67) del corpus total de esta revisión incorporan la categoría “racismo” como dimensión explicativa de desigualdades sociales en sus abordajes sobre interculturalidad en salud. El tema de estudio en estas dos investigaciones es interculturalidad en salud y procesos reproductivos en mujeres indígenas. El primer artículo hace referencia a la necesidad de eliminar el racismo en el marco de la necesidad de un enfoque integral de la salud, del respeto y la revitalización de las culturas indígenas.

El ámbito de la atención a la salud encierra la necesidad de un enfoque integral de la salud, así como el derecho a la autodeterminación considerando el respeto y la revitalización de las culturas indígenas. También necesita de reciprocidad en las relaciones basadas en los principios del diálogo, fundamentado en el respeto a la diferencia, y de la tolerancia que conduzcan a la solidaridad, la democracia cultural y la participación que incorpore la representación, la consulta, el consenso y la convergencia hacia objetivos comunes. Estos principios están encaminados al combate de relaciones asimétricas, excluyentes y discriminatorias, al establecimiento de relaciones de equidad entre las diferentes culturas, a la valoración de las diversas culturas para eliminar el racismo y la discriminación, al establecimiento de formas de poder compartido, y a la construcción de una ideología que fomente valores, prácticas y actitudes que conlleven esta nueva forma de relación (67, p.32).

El segundo artículo da cuenta de las formas que adquiere el racismo en la actualidad, vinculado con la noción de cultura.

Las culturas devienen receptáculos para las desigualdades inmanentes, lo que da lugar a la mistificación de la discriminación racial y al racismo sin raza (17, p.495).

Ambos trabajos hacen referencia al racismo, a las relaciones de clase, a la pertenencia étnica, al género, a la edad y al sexismo como factores que se imbrican entre sí para conformar relaciones sociales estructuradas o las posiciones de las/os sujetos en el mundo.

La pertenencia a un grupo étnico, a un género y a una generación, en particular, va a conformar relaciones estructuradas o posiciones del sujeto que operan como punto de referencia, y coloca a los individuos en una situación particular de vulnerabilidad/fortaleza que les confiere una manera especial de enfermar, atenderse o morir. Lo que definirá cuál de estos elementos marcará más las prácticas y representaciones que se tengan del proceso salud/enfermedad/atención estará relacionado con las “posiciones de este sujeto”, dependiendo de su proceso histórico como individuo y del tipo de relaciones sociales que establezca en un contexto social determinado (67, p.35).

La analogía de Kimberle Crenshaw sobre la mayor probabilidad de sufrir una lesión al cruzar la calle en una intersección deja en claro cómo las mujeres negras de EE.UU. a veces sufren la discriminación de género de manera similar a las mujeres blancas, otras veces sufren la discriminación racial de manera similar a los hombres negros, e incluso en otras ocasiones se las discrimina por ser mujeres negras (no por la suma de racismo y sexismo, sino por algo que trasciende y suplanta estas categorías y que no se puede clasificar como un derivado de las vidas de las mujeres blancas o de los hombres negros) (17, p.496).

Categorías relacionadas con racismo

Algunas publicaciones, que no utilizan racismo como dimensión de desigualdades sociales, incorporan categorías que consideramos relacionadas con racismo (17-66-67-69-72-73).

- Discriminación

Aunque los índices de morbilidad y el perfil epidemiológico de los aborígenes sean similares a los de otros grupos desfavorecidos, su situación desventajosa se ve exacerbada a causa de los prejuicios y la discriminación de origen étnico ejercida muchas veces por el propio personal de salud (66, p.374).

- Estigma.

La población indígena lleva además el estigma de la marginación y la pobreza, resultado de una histórica y persistente enajenación social (73, p.40).

- Emblanquecimiento

Con respecto al contexto mexicano, no niego las asociaciones entre el fenotipo y la manera en que las personas son identificadas como seres racializados; no obstante, me manifiesto expresamente en contra de la idea de raza como fenotipo, y señalo cómo el “emblanquecimiento social” se puede alcanzar en ocasiones por medio de la acumulación de capital cultural (17, p.495).

- Prejuicios raciales

A fin de lograr avances sostenidos, el Ministerio primero tendría que reconocer y evaluar hasta qué punto los prejuicios raciales y los desencuentros culturales afectan el funcionamiento de los servicios de salud y las relaciones entre la población y los prestadores de asistencia sanitaria, para luego poner en práctica formas eficaces de resolver esos problemas, respetando siempre la diversidad de perspectivas en torno a las maneras de entender la salud y practicar la medicina (66, p.374).

5.2.2.3. La categoría de “matriz de dominación” en los textos de la revisión

Seis investigaciones del corpus se refieren de alguna forma a la matriz de dominación (17,67-69,71,77). Dos de estos seis artículos se refieren a las barreras de género (68,71). Uno de ellos, a partir de un informe sobre interculturalidad y salud materna elaborado por las Naciones Unidas en 2011, reporta la siguiente información sobre la esperanza de vida en mujeres indígenas en relación con las desigualdades de género:

En América Latina y el Caribe las mujeres indígenas presentan una esperanza de vida considerablemente menor que las no indígenas, así como altas tasas de desnutrición, fecundidad y mortalidad materna; que la mortalidad materna en esta población no solo está relacionada con la falta de servicios en salud sexual y reproductiva, sino también con las barreras culturales y de género y que, por esto mismo, son mujeres que presentan una reducida asistencia capacitada durante su embarazo y parto, exacerbado por las barreras socioculturales que encuentran en los pocos servicios de salud a los que pueden acceder (71, p.125).

El segundo trabajo que hace referencia a las barreras de género en salud tiene como objetivo elaborar una reflexión sobre los determinantes de la participación comunitaria y su impacto sobre el acceso a la salud de mujeres indígenas del Amazonas boliviano.

Las mujeres indígenas poseen importantes referentes comunitarios y forman parte de redes de apoyo y ayuda mutua en temas de salud. No obstante, experimentan aislamiento debido a la existencia de barreras de género. Es principalmente la percepción de esta barrera la que afecta las posibilidades que ellas tienen para tomar ventaja de las redes sociales de las que forman parte y usarlas en beneficio de su salud (68, p.74).

Observamos que tres investigaciones incorporan la clase, la pertenencia a grupos étnicos, el racismo, el origen nacional, el género, la edad y la educación como dimensiones que interactúan para conformar relaciones sociales estructuradas o determinadas posiciones de las/os sujetas/os en el mundo (17,67,69). Dos de estos artículos utilizan la categoría de interseccionalidad¹¹ (17,69).

Las dimensiones de la desigualdad se co-construyen entre sí, en una manera interseccional de percibir el problema de la uniformidad y la diferencia en relación con el poder, una lógica fundamental de opresiones interrelacionadas, y un análisis de la dominación sistemática que entrevera la sexualidad, la raza, el género, la clase económica (17, p.496).

La pertenencia a un grupo étnico, a un género y a una generación, en particular, va a conformar relaciones estructuradas o posiciones del sujeto que operan como punto de referencia, y coloca a los individuos en una situación particular de vulnerabilidad/fortaleza que les confiere una manera especial de enfermar, atenderse o morir. Lo que definirá cuál de estos elementos marcará más las prácticas y representaciones que se tengan del proceso salud/enfermedad/atención estará relacionado con las “posiciones de este sujeto”, dependiendo de su proceso histórico como individuo y del tipo de relaciones sociales que establezca en un contexto social determinado (67, p.35).

Hace algunos años, las ciencias sociales aplicadas al campo migratorio han planteado la necesidad de abordar la interseccionalidad de las dimensiones de género, etnicidad, clase social y origen nacional en los resultados experimentados por las personas en contextos migratorios (69, p.150).

Los temas de estudio en las investigaciones que se refieren de alguna forma a la matriz de dominación son: interculturalidad en salud y procesos reproductivos (17,67-68,71), interculturalidad en salud y movimientos sociales socio-sanitarios (77) e interculturalidad en salud y abordajes en la atención de mujeres migrantes (69).

5.2.2.4. Referencia a las desigualdades en el acceso a la salud en los trabajos del corpus

Encontramos que 10 de los 15 artículos de esta revisión aluden a las desigualdades para el acceso a la salud en sus poblaciones de estudio (17,66-67,69,71,73,75,77-78). La referencia a estas desigualdades se expresa en los siguientes enunciados:

¹¹El concepto de interseccionalidad fue acuñado por Kimberlé Crenshaw en 1989. Esta autora es académica y profesora estadounidense especializada en el campo de la teoría crítica de la raza. Crenshaw define la interseccionalidad como el fenómeno por el cual cada individuo sufre opresión u ostenta privilegio en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales (79).

- Las mujeres indígenas acceden de manera diferencial, en relación con mujeres no indígenas, a servicios de salud sexual y reproductiva, a programas de salud y a otros recursos sanitarios.

[Según un informe de Naciones Unidas en 2011] En América Latina y el Caribe las mujeres indígenas presentan una esperanza de vida considerablemente menor que las no indígenas, así como altas tasas de desnutrición, fecundidad y mortalidad materna; que la mortalidad materna en esta población no solo está relacionada con la falta de servicios en salud sexual y reproductiva, sino también con las barreras culturales y de género y que, por esto mismo, son mujeres que presentan una reducida asistencia capacitada durante su embarazo y parto, exacerbado por las barreras socioculturales que encuentran en los pocos servicios de salud a los que pueden acceder (71, p.125).

Un informe de amnistía internacional del año 2008, incorporado en una de las investigaciones del corpus que aborda la implementación de la perspectiva intercultural en el sistema de salud peruano, explicita cuáles son los limitantes para la salud materna en Perú.

La dificultad en la comunicación, por el desconocimiento del dialecto nativo, la falta de recursos que permitan el transporte adecuado de las gestantes que buscan los servicios de salud y la desigualdad en la distribución de centros, bienes y servicios de salud, al igual que la escasa capacidad de respuesta para la atención de la emergencia obstétrica. Algunos de los factores que impiden una movilización y gestión son el desconocimiento de la cultura y tradiciones propias de la etnia, los cambios del personal de salud, la dificultad para comunicarse junto a la incredulidad de los cuidadores culturales entorno a la capacidad resolutoria del sistema médico facultativo (73, p.43).

En sus fundamentaciones, algunos/as autores/as destacan investigaciones que documentan la atención sanitaria deficiente y diferencial que reciben mujeres indígenas en México.

A nivel nacional se ha documentado la eficiencia diferencial de este programa entre beneficiarias indígenas y no indígenas. Otros estudios han mostrado que sólo el 50% de las beneficiarias indígenas recibió atención calificada en el parto, contra el 79% de las no indígenas, y que la calidad de la atención que se otorga a las mujeres indígenas conlleva un menor acceso a exámenes de laboratorio y vacunas, así como un limitado alcance en los servicios de atención prenatal y en la postergación del inicio de la vida reproductiva (67, p.33).

Otra de las investigaciones del corpus argumenta teóricamente cuáles son los motivos del acceso desigual a recursos que enfrentan las mujeres indígenas en México.

El acceso desigual a los recursos que enfrentan las mujeres indígenas, además del tratamiento diferente que reciben, son resultado de la i(nter)dentificación racial: un proceso en virtud del cual la raza, la clase, el género, la educación, entre otras formas de capital cultural, se intersectan para moldear la percepción que las personas tienen las unas de las otras en su contacto con la diferencia. Por lo tanto, se propone que las mujeres indígenas afrontan dificultades sociales que se generan por la interseccionalidad entre su indigenidad, pobreza económica, género y carencia educativa, además de otros indicadores como su acento al hablar español. Estas desventajas convergen, convirtiéndose en determinantes de la inferior atención de la salud reproductiva que reciben (17, p.502).

Las mujeres indígenas afrontan dificultades sociales que se generan por la interseccionalidad entre su indigenidad, pobreza económica, género y carencia educativa, además de otros indicadores como su acento al hablar español. Estas desventajas convergen, convirtiéndose en determinantes de la inferior atención de la salud reproductiva que reciben (17, p.502).

- Factores que agravan condiciones de salud de población indígena.

[En Perú] la población indígena presenta tasas muy elevadas de mortalidad materna e infantil, malnutrición y enfermedades infecciosas. Además, con el aumento de la migración indígena a las ciudades, nuevos factores pueden agravar sus condiciones de salud. Aunque los índices de morbilidad y el perfil epidemiológico de los aborígenes sean similares a los de otros grupos desfavorecidos, su situación desventajosa se ve exacerbada a causa de los prejuicios y la discriminación de origen étnico ejercida muchas veces por el propio personal de salud. La prestación de servicios de salud de baja calidad afecta también a otros sectores de la población nacional, pero alcanza los peores niveles en las zonas habitadas por los pueblos indígenas. El personal de salud posee en general una limitada competencia en materia intercultural, y es difícil retenerlo en las zonas rurales. Por otra parte, aunque la asistencia sanitaria suele ser gratuita para las comunidades campesinas y nativas, las barreras geográficas dificultan el acceso a los servicios, cuyos costos incluyen, en un análisis riguroso, gastos de transporte, alimentos, alojamiento y medicamentos, así como desamparo familiar y pérdida de días laborables. A ello se añaden deficiencias en el suministro de medicamentos y en el equipamiento, sobre todo en las zonas de más difícil acceso (66, p.369).

- Vulneraciones sistemáticas de los derechos de los pueblos indígenas y sus efectos sobre la salud.

A partir de los datos aportados por el Departamento Administrativo Nacional De Estadística de Colombia y por el Alto Comisionado De Las Naciones Unidas para los Refugiados, una de las investigaciones, que aborda la salud materna en comunidades indígenas de Colombia, aporta datos para conocer las condiciones que crean un deficiente estado de salud en pueblos indígenas de dicho país.

En Colombia se reconocen 87 pueblos indígenas que constituyen un poco más del 3,43% de la población nacional. Estos pueblos han sido víctimas de vulneraciones sistemáticas de sus derechos, especialmente en zonas donde la violencia y lo que ésta conlleva cuestionan su pervivencia física y cultural. A esto se suman condiciones sociales y económicas desfavorables, que en conjunto con procesos de discriminación y desigualdad estructural han generado una afectación negativa de su salud (78, p.62).

- Desterritorialización de los procesos culturales y sociales con graves repercusiones.

La desterritorialización de los procesos culturales y sociales ha tenido graves repercusiones, entre ellos, la pérdida de las redes sociales e intercambio, pérdida de referentes naturales para actividades productivas, políticas y culturales, aumento de la inseguridad alimentaria y la creciente dependencia de productos exógenos en la dieta tradicional, y en general, aumento de los procesos de aculturación que afecta especialmente a los jóvenes (75, p.653).

- Obstáculos para el cuidado de la salud debido a la combinación de distintos determinantes sociales como el bajo nivel educativo, las condiciones desfavorables de vivienda, el escaso acceso a los servicios de infraestructura básica y las condiciones laborales insalubres o precarias (69,77).

El primer artículo, a partir de datos censales, describe las condiciones socio-sanitarias de pueblos indígenas en Puno, a inicios del siglo XX.

La población indígena se distribuye en pequeños núcleos dispersos, alejados unos de otros por precarias vías de comunicación que dificultan las acciones sanitarias (77, p.501).

En las capitales de las provincias de Puno, un reducido porcentaje de viviendas tenían servicios de agua y desagüe: promedio de 7,4 % y 4,3 % respectivamente. El hacinamiento y el analfabetismo registraron altos índices en todas las provincias: promedio de 53,9 % y 85,1 % respectivamente (77, p.502).

El segundo trabajo, sobre abordajes de proveedores de salud en la atención de mujeres migrantes bolivianas en la provincia de Mendoza, describe los obstáculos que enfrentan los migrantes sudamericanos en Argentina para el cuidado de su salud.

En su gran mayoría, los migrantes sudamericanos en Argentina se enfrentan con importantes obstáculos para el cuidado de su salud debido a la combinación de distintos determinantes sociales como el bajo nivel educativo, las condiciones desfavorables de vivienda, el escaso acceso a los servicios de infraestructura básica y las condiciones laborales insalubres o precarias, entre otros. En el caso específico de las mujeres, esta vulnerabilidad se ve potenciada en tanto éstas deben dividirse entre las tareas productivas y reproductivas, principalmente vinculadas a roles

tradicionales que históricamente las han colocado como responsables “naturales” del cuidado de los otros. En este sentido, además de la falta de cobertura de salud, producto de la precariedad laboral que comparten con sus pares varones, las mujeres migrantes se enfrentan con una multiplicidad de barreras vinculadas al cuidado de su salud, especialmente durante la edad reproductiva, que abarcan dimensiones de género, de clase social, culturales e institucionales que enfrentan en las instituciones públicas de salud a las que acuden para su propia atención y la de sus hijos (69, p.153).

5.2.2.5. Estadísticas sobre mortalidad

Cuatro trabajos de la revisión incorporan estadísticas mortalidad (66-67,71,78). En los cuatro estudios se trata de estadísticas que refieren a mortalidad materna.

Uno de estos cuatro trabajos, a partir de un estudio sobre mortalidad materna en 181 países y de informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), muestra índices globales de mortalidad materna, sin embargo, no indican los porcentajes de muertes maternas en las poblaciones de sus estudios.

En el año 2008 había 342.900 muertes maternas en todo el mundo, en comparación con aproximadamente 526.300 (entre 446.400 y 629.600) que había en el año 1980; es decir, entre 1990 y 2010 la mortalidad materna mundial se ha reducido casi a la mitad. Según la OMS (2012), se reporta que en 2010 murieron 287.000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos, teniendo en cuenta que casi todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de estas muertes podrían haberse evitado (71, p.126).

En otros casos, si bien hay una referencia a los índices de mortalidad materna en las poblaciones estudiadas, las/os autores lamentan no contar con datos desagregados por variables como pertenencia étnica o lengua:

[Informe de Unicef Lima, Perú] La tasa global de mortalidad materna en el país es de 164,2 defunciones maternas por 100000 nacidos vivos. Esta cifra nacional ya es de por sí bastante alta, pero en las zonas donde la población mayoritaria está compuesta por indígenas la tasa se eleva notoriamente. Con respecto a la mortalidad infantil, si bien se ha notificado una notable reducción de muertes neonatales en las zonas rurales (de 34 a 16 defunciones por 1 000 nacidos vivos), aún sigue habiendo marcadas diferencias con las zonas urbanas. Lamentablemente, los indicadores generados por los sistemas de información sanitaria muestran solo diferencias por departamentos, edad, sexo y lugar de residencia (rural/urbano), entre otros, pero no incluyen variables como pertenencia étnica o lengua (66, p.374).

Según los informes elaborados por la CEPAL y el Banco Interamericano de Desarrollo sobre la situación de salud en Colombia

Durante el 2012, los departamentos con mayor presencia de población indígena como La Guajira y Cauca registraron razones de mortalidad materna más altas que la del país (135,8; 113,1 y 65,6 muertes por 100 mil nacidos vivos, respectivamente) (78, p.62).

Uno de los trabajos, que aborda la mortalidad materna en Chiapas, a partir de datos aportados por informes del Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI) en México, expone la relación entre los índices de mortalidad materna y la pertenencia a comunidades indígenas que hablan lenguas distintas al español:

Chiapas, Guerrero y Oaxaca se han disputado la razón de mortalidad materna (RMM) más elevada en México en los últimos años (2002-2012). Sin embargo, los registros oficiales han ido reportando un número menor de muertes maternas anuales en Chiapas; se pasó de 114 en 2001, a 60 en 2011 —la más baja en los últimos doce años—; fueron reportadas setenta en 2012. Particularmente, en 2011, el 50% de las que murieron era de mujeres indígenas, de modo que la RMM en 2012 —último año del que se dispone de datos oficiales validados por INEGI— fue de 190 en municipios de muy alto grado de marginación, en contraste con una RMM de diecisiete en municipios con grado de marginación muy bajo —con una RMM nacional de 42.3—. Hay que señalar que, de los cien municipios con menor desarrollo humano a nivel nacional, Chiapas contribuye con dieciséis, todos ellos con un elevado porcentaje de hablantes de lengua indígena (67, p.33).

En esta última investigación se describen complementariamente indicadores que dan cuenta de la brecha entre población indígena y no indígena en cuanto a la atención calificada del parto y el acceso a recursos y servicios de atención prenatal.

Otros estudios han mostrado que sólo el 50% de las beneficiarias indígenas recibió atención calificada en el parto, contra el 79% de las no indígenas, y que la calidad de la atención que se otorga a las mujeres indígenas conlleva un menor acceso a exámenes de laboratorio y vacunas, así como un limitado alcance en los servicios de atención prenatal y en la postergación del inicio de la vida reproductiva (67, p.33).

El tema de estudio en las cuatro investigaciones es interculturalidad en salud y procesos reproductivos (en mujeres indígenas y no indígenas). Dos trabajos hacen referencia de alguna forma a la matriz de dominación (67,71). Uno de ellos se refiere a las barreras de género (71), mientras que el segundo se refiere a la clase, la pertenencia a grupos étnicos, el origen nacional, el género, la edad, el racismo y la educación como dimensiones que

interactúan para conformar relaciones sociales estructuradas o determinadas posiciones de las/os sujetas/os en el mundo (67).

5.2.2.6. La categoría cultura en las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud

En este apartado la intención fue observar cuál es el lugar de la categoría cultura en las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud. Encontramos que cultura es una de las categorías más mencionadas en las investigaciones empíricas que analizamos en esta revisión. En los trabajos observamos la presencia de cultura en estos términos y, a su vez, un empleo constante de una variedad de categorías relacionadas con cultura. Algunos ejemplos que grafican la heterogeneidad de categorías relacionadas con cultura, y los contextos narrativos en que son empleadas, son los siguientes:

- Hibridaciones culturales

En nuestro contexto latinoamericano, existe una diversidad de formas de significación y relación con los procesos de salud-enfermedad, en particular de la gestación, teniendo en cuenta que nuestros procesos de hibridación y mestizaje, cohabitan con una suerte de hibridaciones culturales (71, p.132).

- Creencias culturales

En muchas ocasiones, la cohabitación de distintas cosmovisiones alrededor de un fenómeno, en este caso, de la gestación, ha llevado a las madres embarazadas a incurrir en silenciamientos, ocultar información acerca de sus prácticas o incumplir con recomendaciones nutricionales, pues tienden a basar su comportamiento más en sus creencias culturales que en lo que les recomienda el sistema de salud (71, p.126).

- Tradiciones culturales

La atención del parto en el hogar continúa teniendo un lugar privilegiado sobre todo en las zonas rurales apartadas, en las cuales las vías de comunicación, los costos de los traslados, el bajo acceso a los servicios de atención sanitaria y las tradiciones culturales en torno al nacimiento en el hogar, han hecho de las parteras tradicionales una figura de gran importancia en las vidas de estas personas (71, p.125).

- Cuidadores culturales/ adecuaciones culturales de los servicios de salud

Con los cuidadores culturales se evidenciaron barreras de tipo: cultural (como el desconocimiento de la lengua Nasa y tradiciones propias de la etnia, incredulidad de los cuidadores culturales en la capacidad resolutoria del sistema médico facultativo), político (recursos físicos y humanos insuficientes, presencia de grupos armados al margen de la ley, problemas territoriales, deficiencia en la prestación de servicios públicos), institucional

(demora y restricción en los horarios de atención, infraestructura hospitalaria sin adecuaciones culturales, desconocimiento y rechazo del sistema médico facultativo hacia el tradicional), geográfico (población rural dispersa, dificultad en el acceso vial, poca accesibilidad geográfica a los puestos de atención) (73, p.42).

- Barreras culturales

Las barreras culturales plantean un reto mucho más complejo, pues persiste una escasa comprensión de los conocimientos y las prácticas de *salud* tradicionales, si bien se han logrado algunos avances esporádicos (66, p.369).

- Poblaciones culturales específicas

La implementación de este tipo de modelos de salud [con enfoque de salud intercultural] es importante, pues se consideran la salida a varias de las dificultades gestacionales que presentan poblaciones culturales específicas (71, p.125).

- Dinamismo cultural

Ao tomarmos o signo como a arena das tensões interculturais, é possível nos reportarmos à ideia de dinamicidade cultural que permite que as culturas se desenvolvam através da mobilidade, da interação, do contato, da informação e da circulação de saberes e tecnologias que se dão conseqüentemente, mediadas pelas fronteiras estipuladas por cada povo nos relacionamentos com outros povos, conforme já abordado (72, p.1386).

- Pertinencia cultural/ prácticas culturales

Sergio Lerín reafirma la importancia de desarrollar estrategias que busquen la pertinencia cultural en la provisión de servicios, entendida como la adecuación de criterios, protocolos y contenidos considerando las particularidades culturales y lingüísticas de las poblaciones beneficiarias, es decir que los servicios de salud se adapten a prácticas culturales, como el uso de idiomas nativos y el respeto de las prácticas de embarazo, parto, nutrición y alimentación (74, p.84).

- Democracia cultural

También necesita de reciprocidad en las relaciones basadas en los principios del diálogo, fundamentado en el respeto a la diferencia, y de la tolerancia que conduzcan a la solidaridad, la democracia cultural y la participación que incorpore la representación, la consulta, el consenso y la convergencia hacia objetivos comunes (67, p.32).

- Códigos culturales / diversidad cultural

Como es imposible conocer y entender todos los códigos culturales y los valores de cada población, como se dijo anteriormente, los proveedores deben siempre estar abiertos al aprendizaje, a partir de lo que sus pacientes

y otros trabajadores de la salud pueden brindarles, y reconocer que los individuos tienen diferentes representaciones de lo que viven, basadas en la diversidad cultural (67, p.39).

- Identidad cultural

Esta alteración se atribuye al aumento en el consumo de productos occidentales, a la influencia que ha tenido la lógica de mercado y el consumismo en las generaciones jóvenes de indígenas; todo ello, como consecuencia de la pérdida de la identidad cultural (76, p.478).

- Sistemas culturales

Teniendo en cuenta el peso considerable de los estudios demográficos que primordialmente dan cuenta del comportamiento reproductivo de diferentes pueblos indígenas y de estudios de corte cualitativo que principalmente describen las prácticas de cuidado, la experiencia con servicios de salud o los cambios en la percepción de la maternidad; este estudio avanza en la comprensión del cuidado de la salud materna al poner en diálogo el sistema médico occidental y el sistema médico indígena, entendidos éstos como sistemas culturales (78, p.62).

- Patrones culturales de reproducción

Los patrones culturales de reproducción incluyen las creencias y prácticas relacionadas con la menstruación, embarazo, parto, puerperio, definiciones de roles masculino o femenino, reglas de matrimonio (70, p.193).

- Arraigo cultural

Las nuevas generaciones de indígenas no presentan arraigo cultural, niegan su ancestría, desean emigrar de sus comunidades, desvaloran y desconocen su cultura; además, existe un bajo número de programas de etnoeducación y pobre articulación entre los Planes de Vida indígenas y los Planes de Desarrollo municipales, departamentales y nacionales (75, p.653).

Otro punto que analizamos en relación con la categoría cultura es el lugar que ocupa en las conceptualizaciones sobre interculturalidad. Obtuvimos los siguientes hallazgos:

- La interculturalidad se refiere a la interacción comunicativa entre grupos de diferente cultura. La interculturalidad está orientada a generar respeto mutuo a pesar de las diferencias culturales. Y, por último, la interculturalidad es una propuesta ético-política para abordar los problemas que plantean los contextos de diversidad cultural.

La interculturalidad se refiere también a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura, que pueden ser llamados etnias, sociedades, culturas o comunidades (71, p.124).

La interculturalidad es un proceso permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre personas, grupos, conocimientos, valores y tradiciones distintas, orientada a generar, construir y propiciar un respeto mutuo y un desarrollo pleno de las capacidades de los individuos, por encima de sus diferencias culturales y sociales (73, p.40).

Interculturalidad como propuesta ético-política para abordar los problemas que plantean los contextos de diversidad cultural (66, p.373).

- Uno de los trabajos argumenta que la interculturalidad presupone conflictos dado que las culturas se desarrollan en tensión debido a que son producidas por sujetos que ocupan desiguales posiciones en el campo social, económico y político.

A interculturalidade, entendida como a confrontação e o entrelaçamento que sucede quando os grupos entram em relações de trocas, pressupõe conflitos, pois as culturas se desenvolvem na tensão, muitas vezes na violência, e só existem se produzidas por indivíduos ou grupos que ocupam posições desiguais no campo social, econômico e político (72, p.1392).

- La interculturalidad es concebida como un fenómeno sociopolítico y cultural.

En la actualidad, las tensiones culturales derivadas de los procesos de tradición y modernidad, en el contexto de la reproducción humana, confluyen en un nuevo fenómeno sociopolítico y cultural, la interculturalidad en salud, concebida como la posibilidad de un diálogo democrático, o trato igualitario, entre los sistemas de salud tradicional-indígena y la biomedicina (70, p.194).

A pesar de ser una categoría central, y presente en todos los textos de la revisión, cultura no es definida en ninguno de los trabajos. Sin embargo, pudimos encontrar algunos sentidos asociados con esta categoría. En una de las investigaciones se expresa una idea de cultura en términos de dinamismo cultural, de interacción, intercambio y de circulación de saberes.

Ao tomarmos o signo como a arena das tensões interculturais, é possível nos reportarmos à ideia de dinamicidade cultural que permite que as culturas se desenvolvam através da mobilidade, da interação, do contato, da informação e da circulação de saberes e tecnologias que se dão consequentemente, mediadas pelas fronteiras estipuladas por cada povo nos relacionamentos com outros povos, conforme já abordado (72, p.1386).

En otros trabajos, pudimos observar que las/os autoras/es relacionan cultura con el lenguaje y las tradiciones. En el marco de las tradiciones emerge la medicina tradicional como parte de la cultura, fundamentalmente de la cultura de pueblos indígenas y de las mujeres que cuidan.

Tras muchos desencuentros, se conformó el Consorcio Madre-Niño, en el cual participaron actores de la comunidad, miembros de ONG locales y la entidad de salud contratante, para realizar adecuaciones culturales a los servicios de salud, ofreciendo distintas opciones de parto, manteniendo las principales características del parto tradicional de las indígenas (71, p.125).

Con los cuidadores culturales se evidenciaron barreras de tipo: cultural (como el desconocimiento de la lengua Nasa y tradiciones propias de la etnia) (73, p.41).

Los pacientes tienen una herencia cultural que influye sobre sus creencias y prácticas relacionadas con la salud (74, p.84).

Las barreras culturales plantean un reto mucho más complejo, pues persiste una escasa comprensión de los conocimientos y las prácticas de salud tradicionales (66, p.369).

La medicina tradicional indígena es la suma de conocimientos, tradiciones, prácticas y creencias de una cultura, utilizados para mantener la salud y prevenir, diagnosticar o tratar la enfermedad, a partir de un sistema que presenta roles y recursos terapéuticos propios (76, p.472).

Las comunidades indígenas se caracterizan por tener a la medicina tradicional como eje central de su cultura, que es parte del legado cultural transmitido por tradición oral desde los ancestros; a través de ella se logra mantener tradiciones y costumbres, conseguir el cuidado de ciertas enfermedades que padecen las personas en los resguardos y generar el bienestar individual y colectivo mediante el uso de plantas y rezos (75, p.656).

Dos trabajos definen a los sistemas médicos en general, y no solo a las medicinas tradicionales indígenas, como sistemas culturales.

Los sistemas médicos como sistemas culturales están conformados por todas las nociones referentes a salud incluidos los conocimientos sobre el origen, causas y tratamiento de las enfermedades, técnicas terapéuticas, los practicantes de estas y sus roles (78, p.64).

Un sistema médico es un conjunto sociocultural organizado de prácticas, procedimientos, elementos materiales, personas y normas relacionados con los dominios del proceso salud enfermedad atención, que deriva sus bases conceptuales de los modelos médicos dominantes en cada contexto particular (75, p.652).

5.3. Temas de estudio sobre interculturalidad en salud

A partir de una lectura minuciosa de los textos construimos categorías generales para dar cuenta de los asuntos o fenómenos de interés de cada investigación, en términos de temas de estudio.

1. Interculturalidad en salud y pueblos indígenas.

2. Interculturalidad en salud y procesos reproductivos en mujeres indígenas.
3. Interculturalidad en salud y participación comunitaria de mujeres indígenas.
4. Interculturalidad en salud y crianzas en contextos rurales.
5. Interculturalidad en salud y procesos reproductivos en mujeres no indígenas.
6. Interculturalidad en salud y movimientos sociales socio-sanitarios.
7. Interculturalidad en salud y mestizaje en pueblos indígenas.
8. Interculturalidad en salud y abordajes en la atención de mujeres migrantes.

Los temas de estudio con mayor representatividad en el corpus son interculturalidad en salud y procesos reproductivos en mujeres indígenas (17,67-68,70,73,78) y no indígenas (66-71) e interculturalidad en salud y pueblos indígenas (65,72).

5.3.1. Interculturalidad y procesos reproductivos en mujeres indígenas y no indígenas

Observamos que de los trabajos cuyo tema de estudio son los procesos reproductivos cuatro investigaciones empíricas (17,67-68,71) incorporan de alguna forma una referencia a la matriz de dominación y a las desigualdades de género. Los fragmentos de los textos que aluden a matriz de dominación aparecen más arriba en el texto, en el apartado dimensión de desigualdades sociales.

En algunas investigaciones aparece la idea de que hay tensiones entre las mujeres y el sistema biomédico durante los procesos reproductivos. Estas tensiones son atribuidas a las deficientes herramientas de comunicación desplegadas por las/los trabajadores de la salud para transmitir información a mujeres indígenas y a la desconfianza de las mujeres hacia las/los profesionales:

Durante el trabajo de campo se apreció cómo los médicos explicaban el diagnóstico y las opciones de tratamiento con terminología “coloquial”, lo que a menudo implicaba que dieran información incorrecta. Como consecuencia, las pacientes creían que se les estaba mintiendo, y evitaban ir al hospital por desconfianza: por ejemplo, se les decía a los indígenas que las inyecciones eran de “vitaminas”, y que el bebé debía nacer rápido o, de otro modo, moriría (17, p.492).

La percepción de los médicos o médicas de ser denostados y la desconfianza de la población hacia ellos dificultan en las comunidades no solamente la atención primaria de las urgencias obstétricas, sino también la asistencia de partos normales, obstaculizando la canalización de pacientes —cuando es estrictamente necesaria— al ámbito hospitalario enclavado en una ciudad mestiza (67, p.39).

A este panorama, según las palabras de la autora de un trabajo sobre muerte materna en Chiapas, se suman como agravantes de los desencuentros que acontecen en los espacios de atención sanitaria el analfabetismo de las mujeres y el desconocimiento del idioma local por parte de las/os trabajadoras de la salud.

Las condiciones de profunda inequidad que se manifiestan en las dificultades para la asistencia a la escuela, condenándolas al analfabetismo y monolingüismo, y coartándoles el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, su sexualidad y su salud. Por su parte, el sector salud profundiza estas desigualdades al ofrecer atención médica con personal que desconoce el idioma local, lo que impide que se dé cumplimiento a los derechos de las usuarias a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, que las mujeres puedan decidir libremente sobre su atención, que otorguen o no su consentimiento para procedimientos de riesgo, y que puedan contar con facilidades para obtener una segunda opinión (67, p.39).

En otros casos, dichas tensiones son imputadas a la subestimación y falta de comprensión de los servicios de salud sobre las costumbres, modos de vida y pautas culturales de cuidados de las mujeres (66,73).

Algunos informes han señalado reacciones de resistencia y desconfianza por parte de la población rural hacia determinados servicios estatales de salud reproductiva. Consideramos que ello se debe en parte a la falta de diálogo y de capacitación, pero sobre todo a una mirada cultural que subordina e inferioriza al “Otro” indígena, a sus costumbres y modos de vida (66, p.374).

La información permitió establecer que el personal de salud de la E.S.E. Cxayuc’e Juxt encargado de la atención a gestantes conoce parcialmente sobre interculturalidad, cultura y prácticas de cuidado durante los periodos de gestación, parto y puerperio de las mujeres gestantes del Municipio de Toribio (73, p.42).

Dos trabajos, uno de ellos sobre mortalidad materna en Chiapas, México, y el otro sobre la implementación del parto vertical en Perú, hacen especial hincapié en las condiciones materiales de vida y en las dificultades y desigualdades sociales para el acceso a los recursos sanitarios, como condiciones determinantes de las muertes maternas e infantiles (66-67).

La población indígena presenta tasas muy elevadas de mortalidad materna e infantil, malnutrición y enfermedades infecciosas. El personal de salud posee en general una limitada competencia en materia intercultural, y es difícil retenerlo en las zonas rurales. Por otra parte, aunque la asistencia sanitaria suele ser gratuita para las comunidades campesinas y nativas, las barreras geográficas dificultan el acceso a los servicios, cuyos costos incluyen, en un análisis riguroso, gastos de transporte, alimentos, alojamiento y medicamentos, así como desamparo familiar y pérdida de días laborables. A ello se añaden deficiencias en el suministro de medicamentos

y en el equipamiento, sobre todo en las zonas de más difícil acceso (66, p.369).

Entre 2002 y 2012 se registraron en Chiapas 1.103 fallecimientos por causas relacionadas con la maternidad, de las cuales, 230 ocurrieron en el hogar. Las familias de estas mujeres no tomaron la decisión de buscar atención médica. El tomar decisiones acertadas está relacionado no solamente con el manejo de conocimientos básicos sobre los riesgos para la salud, sino con la accesibilidad geográfica de los servicios e infraestructura de salud y la disponibilidad de recursos financieros para el traslado de una mujer que presenta una urgencia obstétrica (67, p.34).

Algunas investigaciones aportan propuestas para generar encuentros médicos más satisfactorios durante los procesos reproductivos (66-67,71,73). Se insiste en la importancia de comprender, en los espacios de atención sanitaria, las prácticas de cuidados y cosmovisiones de mujeres gestantes. También, se insiste en generar espacios de formación que propicien una reflexión de las/os trabajadoras/es sanitarias/os sobre sus propias prácticas de cuidados y prejuicios. Se plantea que estas propuestas formativas deben incorporar las prácticas y principios de la interculturalidad. En ocasiones, estas habilidades para trabajar en contextos interculturales son planteadas en términos de competencia cultural.

Para mejorar las relaciones entre usuarias y prestadores de servicios de salud, se deben considerar las prácticas y los principios de la interculturalidad desde una perspectiva amplia, como se señaló al inicio de este artículo. Se requiere construir lazos de confianza y, para ello, el proveedor de los servicios de salud debe reconocer la necesidad de una autorreflexión sobre sus propias prácticas, representaciones y prejuicios acerca de sus pacientes y su cultura. Debe combinar un conocimiento general sobre la población que atiende con la información particular que proviene de la paciente y que va interiorizando e incorporando a su propia perspectiva. Necesariamente, esto obliga a desarrollar habilidades de empatía que pueden y deben ser promovidas y reforzadas en las escuelas o facultades de medicina y ciencias de la salud (67, p.39).

La competencia cultural la adquiere el agente de salud cuando está sensibilizado en cuanto a la importancia de conocer las prácticas y representaciones de sus pacientes en torno al proceso salud/enfermedad. Por ello, que un servicio de salud logre proporcionar seguridad cultural, entendida como la capacidad de sus agentes de comunicarse competentemente con sus pacientes desde un punto de vista político, económico, social, espiritual y lingüístico, es un proceso largo en el cual el conocimiento de la cultura es solamente un elemento inicial. La competencia humana, elemento que en mucho se ha perdido en la práctica médica, consiste en dar un trato digno y respetuoso a las pacientes que acuden solicitando servicios; es decir, la capacidad de considerarlas como sujetos de derechos, lo que implica, además, obtener el consentimiento informado sobre todos los procedimientos médicos a los que se las someterá

y construir una nueva cultura en salud con la participación más activa de las usuarias de los servicios (67, p.39).

Se debe intentar reconocer otras formas de comprensión, en este caso, de la maternidad y los cuidados que llevan a cabo las gestantes, a partir de sus cosmovisiones (71, p.132).

El fortalecimiento de modelos de atención intercultural en salud requiere de su incorporación en los programas de capacitación al personal de salud, contribuyendo a modificar la percepción, los valores y, sobre todo, las prácticas del trabajo del equipo de salud en situación intercultural (73, p.44).

5.3.2. Interculturalidad en salud y pueblos indígenas

En cuanto a los estudios que abordan el tema interculturalidad en salud y pueblos indígenas observamos que son investigaciones provenientes de Brasil (4), Perú (6) y Colombia (12). En el caso de Brasil, la investigación desarrolla una serie de reflexiones sobre las tensiones interculturales y los procesos de salud-enfermedad de una población Guaraní Mbyá del municipio de Aracruz. El trabajo realizado en Perú se propone analizar la construcción e implementación del concepto interculturalidad en una organización indígena amazónica del Perú cuyo objetivo es formar jóvenes indígenas como referentes técnicos en salud intercultural. Por último, el estudio realizado en Colombia tiene como objetivo comprender las representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en comunidades indígenas EmberáChamí. No hay referencias en estos trabajos a la categoría de racismo ni a la imbricación de la clase, el género, la pertenencia étnica o la edad en la configuración de las relaciones sociales que establecen estos pueblos, entre sí, con otras comunidades, y con el sistema biomédico.

5.4. Aspectos metodológicos, epistemológicos y narrativos

5.4.1. Aspectos metodológicos generales de los textos de la revisión

En el marco de investigaciones empíricas de tipo cualitativas, las técnicas de investigación que hallamos son diversas: estudios etnográficos (17,70,73,75), estudio de caso (72), análisis documental (66-67,77) y combinación de múltiples y complementarias fuentes de información -grupos focales, entrevistas en profundidad, observación participante y no participante- (65,68-69,71,74,76,78). En cuanto a los informantes, hay investigaciones que realizaron entrevistas a más de un actor social: agentes de salud, mujeres gestantes y no gestantes, cuidadores y referentes de comunidades indígenas (17,65,70-71,73-74,76,78). En

otros trabajos las entrevistas se realizaron a un solo tipo de informante: referentes de comunidades indígenas (72), mujeres indígenas (68) y agentes de salud (69). Por último, en una de las investigaciones, que analiza el vínculo entre mestizaje y salud (75), no se especifica quiénes fueron los informantes de sus entrevistas, este trabajo solo refiere que fueron entrevistadas 25 personas.

5.4.2. Aspectos metodológicos específicos de los textos de la revisión

5.4.2.1. Lugar de las/os investigadoras/es en la investigación

Siete investigaciones del corpus explicitan la pertenencia disciplinar de las investigadoras e investigadores (17,67-68,71-74). Las disciplinas de las investigadoras/es son la enfermería, la antropología, la medicina, la antropología médica, la sociología y ciencias de la educación. Todas las investigaciones explicitan el lugar de trabajo de las/os autoras/es.

En uno de los trabajos del corpus, en el cual la autora realiza un abordaje etnográfico para examinar el papel de la racialización en los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado en el ámbito de la salud materna en México, la autora explicita su lugar de enunciación:

En el estudio que nos ocupa, me posiciono como antropóloga médica y, de manera más específica, como una académica interseccional de la antropología de la reproducción (17, p.494).

En esta misma investigación la autora cuenta cómo logró su ingreso al campo, su vínculo con el contexto de estudio y cómo esta experiencia de investigación transformó sus percepciones sobre el campo etnográfico:

Esta investigación etnográfica comenzó en una escuela de partería profesional en el centro de México. Luego de acompañar a estudiantes y docentes en “prácticas de campo” en la Región de las Altas Montañas de Veracruz, empecé a reflexionar sobre las diferencias que se dan en función del lugar, y sobre la importancia de la ubicación geográfica en lo que se refiere a la atención de la salud reproductiva que reciben las mujeres. Esto implicó una redefinición de los preconceptos que tenía sobre el campo etnográfico, ya que no se trataba de un “campo” como tal, sino más bien de una red de personas (17, p.491).

Tres investigaciones del corpus se refieren al proceso de selección de las comunidades y municipios en estudio (68,73,78).

El trabajo de campo se realizó en el período 2006 - 2007. El estudio se concentró en tres de los municipios del Departamento de Beni con 100% de

población rural como son San Javier, Exaltación y San Pedro (INE, 2002). La selección de las comunidades dentro de estos municipios no estuvo predeterminada, sino que fue hecha a través de la técnica de “snowball” (68, p.75).

Para la realización del estudio fue necesario obtener autorización por parte de los cabildos indígenas del municipio de Toribio y de la mesa gerencial de la E.S.E. Cxayuc’e Juxt. Las gestantes se contactaron mediante los promotores de salud adscritos a la Asociación de cabildos indígenas del norte del Cauca (ACIN) (73, p.41).

Estos municipios se seleccionaron por su representatividad debido a la alta proporción de población indígena y en algunos casos por su elevada razón de mortalidad materna. Asimismo, se tuvo en cuenta la accesibilidad a los municipios y los participantes según lo referido por el equipo de Maternidad Segura del Instituto Nacional de Salud y funcionarios de la Secretaría Departamental de Salud del Cauca. Los participantes se seleccionaron teniendo en cuenta que fueran personas de la comunidad, entre ellas gestantes, parteras y médicos tradicionales; personas vinculadas laboralmente a las secretarías de salud, aseguradoras y prestadoras de servicios de salud y asociaciones indígenas. El muestreo fue por conveniencia, mientras que otras personas fueron referidas por participantes del estudio, puesto que consideraban que podrían brindar información relevante (78, p.63).

En la investigación Interculturalidad en salud: reflexiones a partir de una experiencia indígena en la Amazonia Peruana, las/os autoras/es explicitan el vínculo previo con la organización en estudio y el marco en el que se realizaron las entrevistas (un trabajo de tesis doctoral y un proyecto encargado por el Instituto de Estudios Peruanos y Aidesep).

Los testimonios usados fueron recogidos en diferentes momentos: entre 2008 y 2011, durante la realización de la tesis doctoral de una de las autoras, y en el año 2016, en el proceso de sistematización del proyecto encargado por el Instituto de Estudios Peruanos y Aidesep. A partir del análisis de estas fuentes, argumentamos que la salud intercultural para Aidesep es una propuesta en construcción que problematiza la interculturalidad en los niveles teórico y práctico. Cabe precisar que todos los autores han sido parte del PSI en diferentes roles (65, p.155).

En el estudio de Freyermuth sobre la mortalidad materna y los nudos en la prestación de los servicios de salud en Chiapas la autora explicita su trayectoria de trabajo previa en la temática.

Durante los últimos diez años he realizado diversas investigaciones relacionadas con la muerte materna y las políticas públicas diseñadas para dar respuesta a este problema (67, p.31).

5.4.2.2. Características generales de las/os sujetas/os que se estudian

Un trabajo del corpus analizado especifica edad, género y actividad laboral de las/os entrevistadas/os (71). Se trata de una investigación que aborda las relaciones que existen entre las formas de cuidado en gestación que recomienda sistema de Salud en un municipio de Colombia y las que practican las mujeres gestantes a partir de sus creencias culturales. Se especifica también que la población del municipio en estudio es de raza mestiza.

Destaca la conformación de un grupo poblacional heterogéneo de 80 gestantes, en el que se encuentran mujeres desde los 13 hasta los 44 años, provenientes, en su mayoría, de la zona del Cauca o Nariño y en el que su forma de sustento familiar usual deriva de trabajos temporales como jornaleros en los cultivos o en algunas de las empresas de la región, presentando, en su gran mayoría, situaciones socioeconómicas difíciles (71, p.127).

El municipio de Candelaria, Valle del Cauca, en este caso, tiene cerca de 73.546 habitantes en el que predomina la raza mestiza (71, p.125).

Si bien hay una referencia a la edad de las mujeres gestantes, no se especifica edad ni otras características de las/os trabajadoras/es de la salud que fueron entrevistados.

Uno de estos trabajos, cuyo objetivo es establecer el sentido de las creencias tradicionales en relación con la salud infantil (74), al mencionar a las/os sujetos sobre los que va a analizar las creencias, se refiere, por un lado, a madres jóvenes y, por otro lado, a cuidadores. Es decir, que da por sentado el rol de cuidadoras por parte de las madres y utiliza la categoría de cuidadores para hablar del trabajo de cuidados que realizan otros/ sujetos.

5.4.2.3. *¿De quién es la voz que habla? Incorporación de los relatos de entrevistas en las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud.*

La mayoría de las investigaciones incorporan los relatos de las/os entrevistados en la exposición de los resultados. Sin embargo, en algunos trabajos, estos aparecen de forma fragmentada y entrelazados en las oraciones con la voz de las/os autores (17,70).

No obstante, se consideró que el tener un hijo fuera del matrimonio es un acto que deshonra a la mujer; una de las entrevistadas mencionó: “Por aquí pasó eso, la pobre niña andaba en el monte arrancada, tenía vergüenza de llegar a su casa, porque la criaron señorita y con todo eso su familia sufrió mucho, le faltó a su familia”. Por otra parte, el embarazo en adolescentes fue considerado una situación muy delicada, ya que según las mujeres el cuerpo de la niña se encuentra aún en crecimiento; varias de ellas indicaron lo siguiente: “Las mujeres de antes se casaban jovencitas, tenían muchos hijos, ahí le entraban enfermedades”, “no está bien tener guaguas muy

niñitas, los huesos son blandos, no están firmes”, “cuando las niñas dan pecho ahí se le va toda la fuerza y se vuelven enfermizas” (70, p.195).

En Guerrero, estuve presente en una junta con responsables de la Secretaría de Salud sobre la incorporación de parteras profesionales a los hospitales públicos y a las clínicas rurales. Al finalizar la reunión, uno de los funcionarios resumió el progreso de la Secretaría de Salud en el área de salud reproductiva de la mujer, diciendo que los habitantes de los pueblos tenían “una mentalidad cerrada”, lo que imposibilitaba su trabajo. Visité un hospital regional de una de las zonas indígenas con mayor pobreza que recae dentro del ámbito de estos funcionarios, y hablé con uno de los médicos sobre las dificultades que enfrentan. Él simplemente dijo: “El problema son ellos mismos [los pacientes], ellos son su problema”. Una y otra vez, los profesionales de la salud expresaron lo difícil que era trabajar con indígenas debido a su cultura “desconfiada” (17, p.492).

Hay investigaciones empíricas que en los apartados metodológicos especifican que realizaron entrevistas en profundidad y semiestructuradas pero que no incorporan ningún fragmento en el texto. Más aún, no hay fragmentos de entrevistas ni datos secundarios que avalen ciertas afirmaciones (73,75-76). De esta forma, no queda claro si la voz que habla es la de las/los investigadores o la de las/os entrevistadas/os.

Las mujeres consideran que la atención del personal de salud del hospital es buena y que los diagnósticos y tratamientos son acertados (73, p.42).

La información permitió establecer que el personal encargado de la atención a gestantes conoce parcialmente sobre interculturalidad, cultura y prácticas de cuidado durante los periodos de gestación, parto y puerperio (73, p.44).

Las comunidades indígenas se caracterizan por tener a la medicina tradicional como eje central de su cultura, que es parte del legado cultural transmitido por tradición oral desde los ancestros; a través de ella se logra mantener tradiciones y costumbres, conseguir el cuidado de ciertas enfermedades que padecen las personas en los resguardos y generar el bienestar individual y colectivo mediante el uso de plantas y rezos (75, p.656).

Entre las principales enfermedades foráneas identificadas por los miembros del Área de Defensa de Salud Integral Indígena, se identifican la artritis, reumatismo, tensión arterial alta, diabetes mellitus, dislipidemias, anemia y parasitismo intestinal. Algunos médicos tradicionales aluden a estas alteraciones con la misma nominación que en el sistema médico occidental, lo cual es explicado por un proceso de migración conceptual, donde los indígenas incorporan conceptos del mundo occidental por la interacción con comunidades campesinas o los hospitales y por las campañas de educación en salud que desarrollan las instituciones oficiales (76, p.473).

Uno de los textos de la revisión, cuyo objetivo principal es dar cuenta de los debates que se dieron en la comunidad estudiada en relación con la conceptualización de la salud y de interculturalidad, no incorpora fragmentos de entrevistas que aludan a dichos debates (65).

VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

6.1. Enfoques conceptuales sobre interculturalidad en salud: definiciones de interculturalidad y universos categoriales de sentido.

6.1.1. Definiciones de interculturalidad en el corpus de investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud en América Latina.

Hay una variedad de definiciones y sentidos sobre interculturalidad en las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en el campo de la salud. Los posicionamientos teóricos que adoptamos sobre los sentidos de interculturalidad, seamos conscientes o no de ello, se inscriben en debates y genealogías teóricas y políticas que tienen profundidad histórica y que expresan determinadas visiones sobre el mundo y las relaciones que en él se establecen. Relaciones entre comunidades indígenas, Estado y Biomedicina, o entre mujeres indígenas, migrantes y sistema biomédico, por mencionar solo algunas. En este trabajo consideramos que en la manera de conceptualizar interculturalidad se expresa una visión sobre la forma en que se constituye el tejido o la trama de dichas relaciones.

Catherine Walsh (40) identifica tres perspectivas distintas para explicar el uso y los sentidos contemporáneos de la categoría interculturalidad:

1. La primera perspectiva es relacional y hace referencia al contacto e intercambio entre culturas distintas.
2. La segunda perspectiva de interculturalidad se denomina funcional. Esta no se involucra con las causas de las asimetrías y desigualdades sociales y culturales. Se puede encontrar en los discursos que atraviesan las propuestas de interculturalidad de organismos internacionales y políticas públicas de salud. Es un discurso de armonía y consenso entre sistemas médicos.
3. La tercera perspectiva es la interculturalidad crítica, que parte del problema estructural-colonial-racial. Es decir, del reconocimiento de que la diferencia se construye dentro de una estructura y matriz colonial de poder racializado y jerarquizado, con los blancos y “blaqueados” en la cima y los pueblos indígenas y afrodescendientes en los peldaños inferiores (40).

Desde esta posición, la interculturalidad es entendida como un proceso y un proyecto que se construye desde la comunidad y no a partir de jerarquías institucionales, de gobierno o de

políticas públicas. En este sentido, apunta a la transformación de las estructuras, instituciones y relaciones sociales, y la construcción de condiciones de estar, ser, pensar, conocer, aprender, sentir y vivir distintas (40).

Siguiendo la propuesta de Walsh sobre los usos y sentidos de la categoría interculturalidad hicimos un ejercicio de análisis y clasificación sobre algunas definiciones que encontramos en los textos de la revisión.

Cuadro 2. Usos y sentidos de la interculturalidad en los textos de la revisión

Perspectiva relacional	Perspectiva funcional	Perspectiva crítica
Proceso permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre personas, grupos, conocimientos, valores y tradiciones distintas	Habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad	Proyecto político descolonizador relacionado con la lucha de los pueblos indígenas
	Posibilidad de diálogo democrático entre los sistemas de salud tradicionales y la biomedicina	Confrontación y entrelazamiento que se produce cuando los grupos entran en relaciones de intercambio. Supone conflictos
	Enfoque holístico sobre la salud, que promueve la reciprocidad entre actores y recursos terapéuticos de la medicina occidental y la tradicional indígena	
	Un encuentro respetuoso de saberes entre la medicina occidental y la medicina de los pueblos indígenas	

Fuente: Elaboración propia

En el corpus hay formas de definir interculturalidad que se corresponden con los usos y sentidos propuestos por Walsh y hay definiciones que no son del todo concordantes con dicha clasificación y que, posiblemente, desborden sus sentidos. Tal es el caso de uno de los trabajos de la revisión que entiende interculturalidad en términos de autorreflexión de las/os trabajadoras/es de la salud sobre las prácticas biomédicas. Creemos que esta definición es potente en tanto propone un ejercicio autorreflexivo de las/os agentes de salud, y debido a que corre el foco de la interculturalidad del “problema de las diferencias culturales”, que habitualmente tiende a ser el problema de la cultura de *los/as otros/as* y no un asunto de las prácticas biomédicas. Sobre esta propuesta, consideramos que es necesario avanzar en el sentido de comprender la importancia de que las autorreflexiones sobre la Biomedicina se den en el marco de discusiones colectivas sobre la salud, los cuidados y las relaciones entre economía, política y prácticas biomédicas, entre otros ejes de importancia.

Otro trabajo, que examina el papel de la racialización en los procesos de salud y enfermedad dentro del ámbito de la salud materna en estados mexicanos, define interculturalidad como “una fuerza poderosa para producir sujetos racializados y una estrategia de enmascaramiento de dinámicas de poder y desigualdad” (17, p.501), tanto en ámbitos académicos como en el de las políticas públicas. La autora sostiene una postura crítica sobre interculturalidad, pero no en el sentido de Walsh (40), que la considera una herramienta legítima de transformación cuando se construye desde la gente y con una perspectiva antirracista y decolonial. Por el contrario, la investigadora que examina el papel de la interculturalidad en los procesos de racialización de mujeres indígenas invita a pensar en una cuarta perspectiva para agregar a la clasificación de Catherine Walsh. Una perspectiva crítica y contra la interculturalidad como propuesta teórica y política.

Esta última propuesta de sentido sobre interculturalidad, que la entiende como una herramienta de opresión que produce sujetos racializados, nos genera algunos interrogantes que queremos compartir con las/os lectores de esta tesis y que posiblemente no encuentren respuestas inmediatas ni homogéneas, dadas las singularidades de los contextos socio-políticos desde los que se pueden responder. ¿Cómo dotar de un significado crítico y disputar el vaciamiento de sentidos, que desde ciertos marcos teóricos y en determinadas políticas estatales, pretenden operar sobre la categoría de interculturalidad? ¿Es estratégico, deseable o políticamente fértil disputar los sentidos y seguir usando dicha categoría para referir a los

vínculos entre mujeres, comunidades indígenas, migrantes, Estado y sistema biomédico? ¿Consideramos que debemos abandonar la categoría interculturalidad y reflexionar sobre otras formas posibles de nombrar esos vínculos?

6.1.2. El universo categorial en las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud y su vínculo con las definiciones de interculturalidad y los temas de estudio

Tras realizar el análisis sobre las definiciones de interculturalidad en los textos de la revisión, y teniendo en cuenta la clasificación de Walsh antes mencionada, se nos presenta el interrogante sobre si es posible clasificar las posturas de las/os investigadoras/es en términos de las perspectivas relacional, funcional o crítica, únicamente a través del análisis de las definiciones de interculturalidad. ¿Es factible encontrar casos en los cuales las definiciones de interculturalidad se identifican con posturas críticas sobre el colonialismo o sobre las asimetrías y desigualdades sociales en salud, pero sin un correlato en términos de las decisiones metodológicas o del universo categorial que acompaña a dichas definiciones? ¿Cómo se relacionan los temas de estudio con la forma de conceptualizar interculturalidad y con los universos categoriales que acompañan y dan sentido a dichas conceptualizaciones? Estas preguntas, alimentadas y sustentadas a partir del marco teórico que guía nuestras indagaciones, orientaron búsquedas y análisis que tienen que ver con reconocer y generar reflexiones sobre las categorías que están presentes, ausentes, definidas y no definidas en la caja de herramientas teórica de las/os investigadoras/es.

6.1.2.1. *La dimensión de desigualdades sociales*

Un punto central en nuestro análisis sobre interculturalidad en salud es la dimensión de desigualdades sociales, tanto en las definiciones sobre interculturalidad que aportan los trabajos, como en el universo categorial que acompaña a dichas definiciones.

Tal como aclaramos en el apartado resultados, entendemos que la dimensión de desigualdades sociales se expresa por medio de categorías que dan cuenta de las asimetrías y los conflictos sociales que atraviesan las relaciones interculturales. Algunas de estas categorías tienen potencial descriptivo, como en el caso de la mortalidad materna o de los indicadores de desigualdad socioeconómica, y otras, como el colonialismo o las desigualdades de género, tienen capacidad explicativa sobre las relaciones sociales.

En esta tesis, la discusión sobre la dimensión de desigualdades sociales se focaliza en cuatro aspectos: el racismo, la matriz de dominación, las estadísticas de mortalidad y los indicadores de desigualdades para el acceso a la salud de las poblaciones en estudio.

En cuanto a las categorías “racismo” y “matriz de dominación”, estas constituyen una guía teórica y política a partir de la cual nos interesa reflexionar sobre la forma en que son nombradas y explicadas por las/os autores de las investigaciones empíricas las relaciones que establecen las/os sujetas/os en las comunidades de estudio, entre sí y con el sistema biomédico.

En relación con los índices de mortalidad y los indicadores de desigualdades para el acceso a la salud, nos interesa discutir sobre los usos y sentidos que les dan las/os investigadoras/es a estos aspectos de la dimensión de desigualdades sociales en las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud en América Latina.

6.1.2.1.1. *Algunas reflexiones sobre el uso de racismo y categorías relacionadas con racismo en las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud en América Latina.*

Uno de los hallazgos de esta revisión es que son escasas las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud que utilizan racismo como marco teórico-explicativo de desigualdades sociales. Dos artículos del total del corpus incorporan esta categoría. Uno de ellos hace referencia a la importancia de eliminar el racismo en el contexto de la necesidad de un enfoque integral de la salud, del respeto y la revitalización de las culturas indígenas (67). El segundo artículo da cuenta de las formas que adquiere el racismo en la actualidad y lo vincula a una noción de cultura que deviene receptáculo para desigualdades inmanentes y que da lugar a la mistificación de la discriminación racial y al racismo sin raza (17).

En ambos casos las autoras vinculan racismo con cultura. En el primer caso, el racismo se asocia con la imposibilidad de respetar y revitalizar las culturas indígenas y, en el segundo, deviene de una concepción inmanente de cultura, en palabras de su autora. En la asociación que establecen ambas investigadoras entre racismo y cultura se vislumbra la idea de desestabilizar la noción de cultura en términos de atributos estáticos y ahistóricos de las comunidades. Por el contrario, la apuesta tiene que ver con revitalizar la/s culturas, cuestionar

la fijeza con la que son representadas por los sectores dominantes, por quienes investigan, por el sistema biomédico.

Observamos a partir de nuestros hallazgos una escasa explicitación sobre los significados otorgados a cultura. En algunos casos, es posible identificar algunos sentidos de cultura por los usos y contextos donde se emplea esta categoría. En nuestra opinión, lo problemático de estos hallazgos en las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud es que el desarrollo de las discusiones y reflexiones sobre los sentidos de cultura no alcanzan a ser suficientes para analizar las interconexiones conceptuales y políticas que existen entre esta categoría e interculturalidad y racismo. En este sentido, corremos el riesgo de reproducir prácticas discursivas racistas en los supuestos y reflexiones que desarrollamos en las investigaciones. Sobre todo, cuando a partir de la categoría cultura retratamos a sujetos/as y comunidades ahistóricos, o cuando cultura es el principal marco explicativo con el cual se analizan las tensiones entre grupos sociales y las desigualdades en el campo de la salud.

Algunas investigaciones emplean categorías que consideramos relacionadas con racismo pero que, en nuestra opinión, no son del todo precisas para nombrar y abordar determinadas relaciones y conflictos sociales. ¿Por qué consideramos que no resulta del todo preciso hablar de discriminación, de marginación cultural o de estigma en lugar de racismo? ¿Cuáles son las razones por las que estimamos que es imprescindible hablar de racismo en las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud?

Para pensar la relación y los sentidos de racismo, discriminación, marginación cultural y estigma resulta útil traer a colación la distinción entre *rapport sociaux* y *relations sociales* propuesta por la socióloga francesa Danièle Kergoat (80). La distinción entre estas dos categorías permite una articulación entre dos niveles de análisis. *Rapport sociaux* remite a estructuras sociales desiguales, institucionalizadas y a conflictos entre grupos sociales. Por su parte, la categoría *relations sociales* designa una interacción entre sujetos/as. Se sitúa, por lo tanto, en un nivel interpersonal. Y si bien las relaciones interpersonales y las prácticas de los sujetos/as están condicionadas por las estructuras/instituciones sociales (patriarcado y heterosexualidad obligatoria, por ejemplo), las relaciones interpersonales no siempre reproducen o subvierten las normas de estas estructuras/instituciones.

Proponemos un ejemplo para ayudar en la comprensión de estas distinciones. Pensemos en el caso de un varón que se encarga del trabajo reproductivo -de crianza, limpieza y organización de la vida cotidiana- en una unidad doméstica donde es una mujer quien trabaja fuera de su casa y es la responsable de aportar los ingresos económicos en ese núcleo familiar. En este universo de relaciones interpersonales, en un espacio doméstico determinado, hay una subversión de los roles sociales habitualmente impuestos para varones y para mujeres y sujetos feminizados. Sin embargo, esta situación particular no implica necesariamente una transformación en las estructuras patriarcales, heterosexistas y racistas que determinan una división del trabajo en la cual son habitualmente mujeres y varones racializadas/os, lesbianas, personas trans y adultas mayores quienes se encargan de los trabajos de cuidados y quienes padecen condiciones precarias de trabajo.

A diferencia de racismo, que es una dimensión estructural e institucionalizada - *rapport sociaux*-, las nociones de discriminación, marginación o estigma están más ligadas al ámbito de las relaciones interpersonales, a conflictos puntuales. El estigma, por su parte, es algo que le pertenece a la persona excluida o violentada. No está hablando de la estructura que crea el estigma. Resulta imprescindible inscribir en los debates sobre interculturalidad en salud categorías y perspectivas que, más allá de dar cuenta de las características de las relaciones interpersonales y contextuales, tengan capacidad explicativa sobre las condiciones estructurales, políticas e históricas que determinan dichas relaciones. Tal es el caso de racismo, que es una categoría que nombra una jerarquía global de superioridad e inferioridad sobre la línea de lo humano que ha sido políticamente producida y reproducida como estructura de dominación durante siglos por el sistema capitalista, patriarcal, moderno y colonial. Es decir que la categoría racismo trae consigo una serie de procesos históricos y políticos -colonización de América, desarrollo del capitalismo en Europa- que permiten comprender las condiciones de emergencia y de reproducción de jerarquías sociales y relaciones de dominación y resistencia.

6.1.2.1.2. *Las desigualdades en el acceso a la salud y las estadísticas de mortalidad en las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud*

En el apartado sobre interculturalidad y procesos reproductivos adelantábamos que las investigaciones empíricas del corpus, con frecuencia, hacen referencia a las desigualdades en el acceso a la salud de las poblaciones estudiadas. En el caso de las estadísticas de mortalidad,

solo un pequeño porcentaje de trabajos las incorporan. Las estadísticas de mortalidad que con mayor frecuencia encontramos refieren a las muertes maternas e infantiles. Observamos que la mitad de las publicaciones que presentan descripciones estadísticas y la mayoría de aquellas que hacen referencia a desigualdades en el acceso a la salud no articulan dichos hallazgos con marcos teóricos que ayuden a comprender cuáles son las estructuras de dominación que subyacen a dichas desigualdades y a los bajos niveles de salud de las poblaciones.

A su vez, en sintonía con otros autores (4,10), identificamos en el corpus de revisión que, cuando se pretende construir algún marco explicativo sobre los hallazgos en los indicadores de salud o sobre el desigual acceso a recursos socio-sanitarios, hay una referencia casi constante y exclusiva a los factores culturales. Sin embargo, no queda del todo claro cuáles son esos factores culturales o qué se entiende por cultura. Como pudimos observar en el apartado marco teórico, los sentidos de la categoría son múltiples y se encuentran en disputa en relación con la forma de entender la historia, las relaciones y desigualdades sociales, y el lugar político de las/os sujetos en dichas relaciones.

En esta tesis consideramos que, además de un trabajo descriptivo sobre las desigualdades en el acceso a la salud y las estadísticas de mortalidad, es necesario desarrollar hipótesis propias y/o dialogar con teorías que aporten a la comprensión de las causas estructurales que generan dichas desigualdades. Con la intención de desarrollar propuestas explicativas que nos ayuden a comprender por qué determinados grupos sociales tienen bajos niveles de salud y acceso a recursos socio-sanitarios en relación con otros grupos, o cuáles son las causas que subyacen a las formas de enfermar y morir de las/os sujetos y colectivos sociales, consideramos que son esenciales los debates teórico-conceptuales que aportan los campos de la sociología, la antropología, la salud colectiva, la epidemiología crítica y los feminismos. Desde estos espacios se ha producido conocimiento para dar cuenta de las instituciones/estructuras que operan en la producción de asimetrías y desigualdades, y sobre cómo estas estructuras de dominación se articulan con la práctica biomédica.

6.1.2.1.3. *La categoría “cultura” en las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud*

La categoría “cultura” y categorías relacionadas con cultura (brechas culturales, barreras culturales, identidad cultural, etc.) son utilizadas con frecuencia en las investigaciones empíricas que analizamos para esta revisión y adquieren un lugar de relevancia en las conceptualizaciones sobre interculturalidad en salud. Para algunos/as autores/as las diferencias culturales, la diversidad cultural y el desencuentro entre culturas son el objeto de estudio de la interculturalidad. En otros trabajos, la interculturalidad es conceptualizada como un fenómeno sociopolítico y cultural.

Pudimos observar que en la totalidad de investigaciones empíricas del corpus cultura no es definida. Sin embargo, esta categoría aparece vinculada con el lenguaje y con las tradiciones de los pueblos, incluida la medicina tradicional. Las investigaciones resaltan el valor de la complementariedad entre medicina tradicional e indígena, dado que, por separado, ambos tipos de medicinas tienen un alcance limitado para intervenir sobre los problemas de salud de comunidades rurales e indígenas. Sin embargo, al leer los trabajos, observamos que la complementariedad es pensada en términos de relaciones entre compartimentos estancos. Esto es, la medicina tradicional, la medicina occidental y las culturas como espacios fijos, aislados e inmóviles que “coexisten” (71) e “interactúan” (70) en el ámbito de las instituciones de salud. En estos encuentros de salud sería posible delimitar, dada la fijeza o cristalización de las tradiciones y de la Biomedicina, dónde empieza un modelo de atención y dónde termina otro. Desde esta perspectiva, no se visualizan los vínculos transaccionales entre modelos de atención (4). Transacciones que ocurren no solo en las instituciones de salud, sino también continuamente en la cotidianidad de las vidas y de los múltiples espacios (casas, calles, escuelas) por los que transitan las/los sujetos en comunidad.

Una categoría que en nuestra opinión expresa la idea de cultura como atributo inmutable, vinculado con las tradiciones y con lo indígena, es “arraigo cultural” (75). Esta categoría es utilizada por el autor de una investigación empírica que aborda el vínculo entre mestizaje y salud en un sistema médico de una comunidad indígena en Colombia.

Las nuevas generaciones de indígenas no presentan arraigo cultural, niegan su ancestría, desean emigrar de sus comunidades, desvaloran y desconocen su cultura; además, existe un bajo número de programas de etnoeducación y pobre articulación entre los Planes de Vida indígenas y los Planes de Desarrollo municipales, departamentales y nacionales (75, p. 653).

A partir de la lectura del fragmento anterior surge una interrogación que nos resulta clave para profundizar los debates sobre cultura e interculturalidad en salud. ¿Son las culturas y las tradiciones, incluida la medicina tradicional, valores en sí mismos a defender, por encima de las necesidades de transformación de las/los sujetos en comunidad que defienden su existencia y su salud? Para iniciar esta discusión nos resultan enriquecedoras las argumentaciones de comunidades zapatistas en México que, en relación con sus reclamos de derecho a la salud, demandan medicamentos de calidad para tratar enfermedades infecciosas producto de la contaminación y escasez de agua y alimentos (81). Estos reclamos se dan en el contexto del despojo de tierras y agua por parte del Estado mexicano en alianza con empresas multinacionales. Los zapatistas piden medicamentos, centros de salud equipados y, al mismo tiempo, que se respeten sus tierras, el agua y sus tradiciones. Piden medicamentos y unidades de salud porque saben que el capitalismo penetra con sus enfermedades y, también, con algunas herramientas para tratarlas.

Creemos que los enunciados de investigadores/as y académicos/as sobre la falta de “arraigo cultural”, la desvalorización o el desconocimiento de la cultura deberían acompañarse de una búsqueda que permita desentramar cuáles son las condiciones materiales de vida de las comunidades, cómo se configuran las relaciones de grupos sociales con el Estado, la Biomedicina, y las empresas transnacionales. Y finalmente, si en ese supuesto desarraigo no se están poniendo en juego estrategias de resistencia o supervivencia de los colectivos sociales. Para reconocer esto último resulta fundamental escuchar la voz de las/os protagonistas de las investigaciones, de las/os entrevistadas/os, de manera que podamos construir conocimiento sobre interculturalidad en salud que evite crear representaciones sobre las culturas como si estuvieran cerradas y desconectadas entre sí y que escape al uso reduccionista de dicotomías y esencias que retratan sujetos/as abstractos y ahistóricos (82).

Algunas investigaciones empíricas de esta revisión plantean que la interculturalidad está orientada a generar respeto mutuo a pesar de las diferencias culturales y que es una propuesta ético-política para abordar los problemas que plantean los contextos de diversidad cultural. Sin embargo, “cultura” es una categoría habitualmente asociada con una de las partes en las relaciones interculturales: los pueblos indígenas, las comunidades rurales y las/os migrantes.

Solo dos trabajos de la revisión explicitan que la Biomedicina y las/os médicas/os están inmersos en sistemas culturales, en un proceso de permanente relación y transacciones con otros tipos de medicinas. Las actividades técnicas y científicas, incluidas aquellas desarrolladas por la Biomedicina, también refieren a sistemas socioculturales dentro de los cuales establecen su marco de representaciones y prácticas (83). La Biomedicina refleja y reproduce un núcleo de valores que refieren a un sistema cultural y económico político más amplio. Estos valores, característicos de las sociedades occidentales, tienen que ver con los éxitos basados en la ciencia, afectados por la tecnología, y llevados a cabo a través de grandes instituciones gobernadas por ideologías patriarcales en el contexto de una economía que prioriza las ganancias (84).

6.2. La relación entre dimensión de desigualdades sociales y temas de estudio

A continuación, presentamos los resultados del análisis sobre el uso de la dimensión de desigualdades sociales según los temas de estudio en las investigaciones empíricas. Nos interesa especialmente discutir este hallazgo en dos temas de estudio: interculturalidad en salud y procesos reproductivos en mujeres indígenas y no indígenas, e interculturalidad en salud y pueblos indígenas.

Este interés se debe, en relación con los procesos reproductivos, a que la sexualidad y la reproducción son objeto de un control intensificado y sistemático por parte de la Biomedicina. Más aún, sobre cuerpos de mujeres no hegemónicas (racializadas, migrantes, lesbianas, empobrecidas) (85). En lo relativo a los procesos reproductivos, se profundizan las prácticas racistas y la normalización sobre los cuerpos como consecuencia del ideario e intereses de control del Estado en términos eugenésicos, demográficos, sociales, epidemiológicos y políticos (85-86). Consideramos que es debido a estas condiciones que los procesos reproductivos constituyen un campo de interés para las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud. De hecho, se trata del tema con mayor número de publicaciones en nuestro corpus.

Con respecto a interculturalidad en salud y pueblos indígenas, dado que las comunidades indígenas presentan los más bajos niveles de salud en América Latina (87), nos interesa analizar cuáles son las herramientas teóricas y estadísticas que se utilizaron en las

investigaciones empíricas para describir y explicar los bajos niveles de salud en estos grupos sociales.

6.2.1. Interculturalidad y procesos reproductivos en mujeres indígenas y no indígenas

De los ocho trabajos que abordan el tema interculturalidad en salud y procesos reproductivos, tres realizan una descripción y contextualización de la situación de salud de las poblaciones en estudio a partir de estadísticas de mortalidad materna e infantil. Cinco investigaciones se refieren a las desigualdades en el acceso a la salud y algunos trabajos establecen comparaciones en relación con poblaciones no indígenas. Con respecto a la dimensión de desigualdades sociales, dos trabajos incorporan la categoría “racismo” y cuatro aluden a “matriz de dominación” como categorías explicativas de dicha dimensión.

En relación con los datos de mortalidad materna presentes en algunas investigaciones, dado que permiten contextualizar a las/os lectores sobre el estado de salud de las comunidades, incorporar indicadores sobre mortalidad en el campo de las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud y procesos reproductivos, podría evidenciar algunas condiciones y dimensiones significativas de estos procesos en los contextos específicos de estudio.

Sin embargo, los indicadores de mortalidad en soledad son insuficientes. Resulta enriquecedor, y permite complejizar la comprensión de las relaciones interculturales en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, el uso complementario de datos sobre mortalidad con indicadores que permiten evaluar otras dimensiones de los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidados.

En la mayoría de las investigaciones empíricas que analizamos se reflejan los principales objetivos en términos de políticas públicas destinadas a la salud materna, esto es, la reducción de la mortalidad materno-infantil. Se considera que la mortalidad materna y la mortalidad infantil son indicadores esenciales para evaluar el estado de un sistema de salud y que la inclusión temprana en programas de salud es la manera más efectiva de prevenir muertes (55). De esta forma, la calidad de atención y la integralidad de los cuidados pasan a un segundo plano, como dimensiones e indicadores que permiten valorar otras aristas de las experiencias de las mujeres en los servicios de salud como, por ejemplo, la violencia obstétrica.

Observamos que en las investigaciones de nuestro corpus de revisión no se menciona ni se indaga, a excepción de un trabajo, sobre violencia obstétrica. Esta problemática está presente en gran parte de los servicios de atención gineco-obstétrica en América Latina (55,88-89). La violencia obstétrica se ejerce con mayor crueldad y ensañamiento sobre las comunidades indígenas, especialmente, en lo referido a la imposición de métodos de planificación familiar sin consentimiento, al trato poco respetuoso, a la falta de atención o atención de manera irregular, a las intervenciones quirúrgicas negligentes y a la deficiente atención materno-infantil durante el embarazo o el puerperio (55,88-89). El trabajo de esta revisión que incorpora la categoría de “violencia obstétrica” es una investigación llevada a cabo por María Graciela Freyermuth sobre mortalidad materna en Chiapas. En esta investigación (67) la autora complementa la información sobre mortalidad con indicadores que toman en cuenta la calidad de atención en los servicios de salud. A su vez, se establece una relación y una comparación entre la calidad de atención prestada a usuarias indígenas y no indígenas y se describe el lugar de la lengua y la pertenencia étnica en las condiciones y estado de salud de las usuarias de servicios de salud sexual y reproductiva.

En las investigaciones donde no encontramos un marco teórico que acompañe la presentación de estadísticas acontece una laguna en términos de las interpretaciones de las/os autores sobre los datos. En este sentido, consideramos que es deseable contar con herramientas teóricas que permitan desarrollar reflexiones sobre la trama en la que se dan las cifras de los indicadores que se exponen.

Hay un significativo acervo de publicaciones que señalan que la colonización y el racismo no son cosa del pasado. Son procesos y jerarquías globales de superioridad actuales, que se reeditan permanentemente, y que se ejercen con mayor violencia sobre comunidades indígenas, migrantes, con mujeres afrodescendientes y disidencias sexuales (90-93). A pesar de la significativa producción de conocimiento sobre las relaciones sociales de dominación en diversos contextos socio-históricos y políticos, que da cuenta de un sistema instituido a través de la empresa colonizadora y al servicio de la razón imperial, y dentro del cual se han desarrollado dimensiones dominantes de opresión (género, raza, clase), algunas investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud no se hacen eco de estas teorizaciones, y otras, lo hacen parcialmente. Parcialmente, porque se focalizan en las

desigualdades de género, pero no en la forma en que el género se imbrica con otras dimensiones de opresión, como el racismo o la clase.

En las investigaciones de la revisión hay una tendencia a codificar las tensiones entre las mujeres y las/os agentes de salud durante los procesos reproductivos en términos de “barreras” o “brechas culturales” (68,71-73,78). “Barreras” que habitualmente tienen que ver con “la cultura” de las mujeres. En las investigaciones se describe el problema de las “brechas culturales” entre las mujeres y las/os trabajadores de la salud en razón, o bien de las “particularidades culturales” (73-74) de las mujeres, o debido a la falta de “adecuación cultural” (73,75) de las instituciones de salud -deficiente formación humana/intercultural del personal de salud, ausencia de salas de parto equipadas para el parto vertical, entre otros-. Por lo tanto, se tiende a postular que el mejoramiento de los vínculos entre dichos actores depende, fundamentalmente, de adaptar las condiciones edilicias y los instrumentos para atender partos y de la humanización y formación de las/os agentes de salud en la perspectiva intercultural.

Las problemáticas que surgen en los encuentros entre las instituciones biomédicas y las mujeres durante sus procesos reproductivos son concebidas como problemas de prácticas individuales e interpersonales, o como problemas atribuibles a la necesidad de reorganización de los servicios. Es aquí donde creemos que cobran relevancia dimensiones de desigualdades sociales como “racismo” o “matriz de dominación”, ya que no solo permiten ver las relaciones de poder estructurales, que condicionan el acceso a recursos básicos, como la tierra y el agua potable, sino que también permiten descubrir y cuestionar las estructuras de dominación que subyacen a la práctica médica y que explican tanto la conducta del personal de salud como de las usuarias de los servicios.

La ideología patriarcal, bajo la cual el modelo tecnocrático interviene en el ciclo de la vida humana, tiene especiales implicancias para las mujeres, lesbianas, homosexuales, travestis, intersex y personas trans. Esto se relaciona con la definición que ha hecho la biomedicina de un prototipo del correcto funcionamiento del cuerpo máquina relacionado con lo masculino (84). “Cuando la biología de los cuerpos difiere de la masculina, la medicina tiende a verla como inherentemente disfuncional”, señala Davis Davis Floyd (84 p.51). Esta mirada de los cuerpos no masculinos como disfuncionales o desviados desencadena una serie de prácticas de regulación y control –intensificadas durante los procesos reproductivos y,

especialmente, sobre mujeres racializadas y empobrecidas- y ejecutadas por parte de personas especializadas que apuntan a separar la sexualidad de la reproducción (55).

A contener y controlar lo inherentemente transformador que hay en el nacimiento, y a transformar a la mujer que pare en una madre, en todo el sentido social de la palabra, es decir, en una mujer que ha internalizado los valores centrales de la sociedad occidental: creencia en la ciencia, confianza en la tecnología, reconocimiento de su inferioridad (consciente o inconscientemente), conformidad ante los dictados de la sociedad y cumplimiento de las demandas de sus instituciones (84, p. 299).

Resulta imprescindible que las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud se hagan eco de una serie de estudios, fundamentalmente del campo de los feminismos y la salud colectiva, que realizan una crítica al sistema biomédico, describen sus características y permiten complejizar la comprensión de las tensiones, desencuentros y violencias en la atención biomédica de los procesos reproductivos (55,86,89,94).

6.2.2. Interculturalidad en salud y pueblos indígenas

En las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud y pueblos indígenas de este corpus se abordan aspectos tales como las tensiones interculturales y sus impactos en los procesos de salud y enfermedad, las representaciones sociales de pueblos indígenas sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas, y el vínculo entre mestizaje y salud. Sin embargo, la consideración sobre la imbricación de la clase, el racismo, el género, la pertenencia étnica o la edad no ha impactado de manera significativa en los análisis de las/os investigadoras/es sobre la configuración de las relaciones sociales que establecen los habitantes de pueblos indígenas entre sí, con otras comunidades, y con el sistema biomédico.

Algunos artículos, aun cuando definen interculturalidad de forma crítica, no incorporan dimensiones de las desigualdades sociales para analizar las tensiones interculturales o los procesos de mestizaje. A modo de ejemplo, para dar mayor precisión a la afirmación anterior, mencionaremos que uno de los artículos del corpus, que define interculturalidad en salud como proyecto político descolonizador relacionado con las luchas de los pueblos indígenas, (65) no incorpora la categoría “racismo” como dimensión explicativa de las desigualdades sociales en el marco de relaciones interculturales. Esta disyunción entre la forma de definir interculturalidad y el universo categorial que se emplea para explicar las desigualdades sociales nos invita a estar atentos/as a las relaciones

ineludibles entre el lenguaje y los procesos políticos e históricos. Procesos a partir de los cuales emergen formas de nombrar, en una arena donde se disputan no solo los sentidos de los acontecimientos y de la historia, sino la posibilidad de habitar el mundo.

La forma de nombrar los marcos generales en que se desarrollan los conflictos sociales implica reconocer una línea de continuidad entre las prácticas racistas en los servicios de salud y el despojo de las tierras y la subalternización de los conocimientos sobre cuidados de pueblos indígenas. Implica, también, reconocer que estas no son prácticas aisladas, sino sistemáticas e institucionalizadas. Nombrar y explicar los conflictos sociales bajo ciertas categorías como el “sexismo” o el “racismo” permite rescatar de la soledad, comprender, colectivizar y politizar las experiencias de las/os sujetos. Complejiza nuestra comprensión sobre cómo operan determinadas estructuras y relaciones de poder en los encuentros de salud.

A su vez, visibilizar relaciones de dominación a partir de categorías explicativas como “sexismo”, “colonialismo”, “heterosexualidad obligatoria” o “racismo” expresa un reconocimiento a las genealogías de movimientos sociales y a las producciones académicas de mujeres, lesbianas, feministas y activistas negras/os y chicanas que produjeron y producen conocimientos para comprender y transformar las realidades que habitamos cotidianamente. Este reconocimiento a las luchas sociales y a los conocimientos que de allí emergen, en nuestra opinión, resulta esencial para sostener posturas que, en algunas definiciones sobre el significado de interculturalidad que encontramos en los trabajos de la revisión, se presentan como críticas del colonialismo y de las desigualdades sociales. En este sentido, en ciertas investigaciones del corpus resulta problemática la desarticulación entre las definiciones de interculturalidad que eligen las/os autores y el universo categorial-explicativo que proponen en el desarrollo de los textos.

6.3. Aspectos metodológicos, epistemológicos y narrativos en las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud

En este trabajo de tesis entendemos que el análisis y las discusiones en torno a los desarrollos teóricos y a las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud se encuentran en estrecha vinculación con los debates políticos y epistemológicos más generales sobre la escritura, la relación de las/os investigadores con los contextos de estudio y las

formas de representación de la alteridad. En este sentido, el objetivo de este apartado es reflexionar sobre algunos aspectos epistemológicos, metodológicos y narrativos de las investigaciones de la revisión. Estos aspectos tienen que ver con los lugares de enunciación de las/os investigadoras/es, con las descripciones sobre cómo fue su acceso al campo y con la forma en que se introduce, en el desarrollo de los resultados, la voz de las/os sujetas/os entrevistadas/os. También, con las caracterizaciones que realizan las/os autoras/es sobre las comunidades y sujetas/os que estudian y, por último, con algunas características de las condiciones actuales en las que se produce y divulga conocimiento en revistas científicas.

6.3.1. Lugar de enunciación de las/os investigadoras/en las investigaciones

En uno de los trabajos del corpus, que realiza un abordaje etnográfico para examinar el papel de la racialización en los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado en el ámbito de la salud materna en México, la autora explicita su lugar de enunciación y se posiciona como antropóloga médica y académica interseccional de la antropología de la reproducción (17). A su vez, cuenta cómo logró su ingreso al campo, su vínculo con el contexto de estudio y cómo esta experiencia de investigación transformó sus percepciones sobre el campo etnográfico.

Esta investigación etnográfica comenzó en una escuela de partería profesional en el centro de México. Luego de acompañar a estudiantes y docentes en “prácticas de campo” en la Región de las Altas Montañas de Veracruz, empecé a reflexionar sobre las diferencias que se dan en función del lugar, y sobre la importancia de la ubicación geográfica en lo que se refiere a la atención de la salud reproductiva que reciben las mujeres. Esto implicó una redefinición de los preconceptos que tenía sobre el campo etnográfico, ya que no se trataba de un “campo” como tal, sino más bien de una red de personas (17, p.490).

Las citas previas nos permiten comprender que las reflexiones de las/os investigadoras/es sobre sus acciones y observaciones en el campo forman parte de los procesos de interpretación (83). Asimismo, el fragmento anterior es ilustrativo de un modo de abordaje teórico que toma como punto de partida las propias experiencias y las redefiniciones en los preconceptos que traen las/os autoras/es a partir de los procesos de investigación.

La reflexividad de las/os investigadoras/es, que permite conocer sus posiciones teóricas, políticas y sus experiencias previas de trabajo en la temática, no es la regla en las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud que analizamos para esta revisión.

Son escasas las referencias que dan cuenta de los motivos por los que se seleccionaron los contextos de estudio y cómo fue posible su ingreso al campo.

Impregnados por los aportes de las epistemologías críticas, que parten de la afirmación de que quien conoce es alguien que está en una determinada situación, posición o circunstancia (95-96), entendemos que hacer visible el lugar de enunciación, el vínculo de las/os investigadoras/es con el contexto de estudio y la forma en la que se ingresó al campo constituye una práctica discursiva crítica en el marco de los estudios sobre interculturalidad en salud. Tanto como lo es definir interculturalidad en términos de un proyecto político descolonizador. Más aún, cuando se utilizan definiciones teóricas que se inscriben en perspectivas críticas sobre interculturalidad, consideramos que es imprescindible establecer una coherencia con las perspectivas epistemológicas y las decisiones metodológicas que se toman a la hora de elaborar las investigaciones.

Los temas de investigación y los vínculos que establecen las/os investigadoras/es con las comunidades y sujetos/as que estudian emergen de contextos histórico-políticos específicos y responden a relaciones históricas de dominación y diálogo (83). A su vez, los valores de las/os investigadoras/es, sus trayectorias formativas y vitales, sus espacios y condiciones laborales son parte de la construcción de conocimiento. Quien investiga está profundamente implicada o implicado con su tema de estudio, al contrario de la versión estándar que alienta el desapego o la distancia (97). En este sentido, destacamos aquellos trabajos del corpus que, como parte de la exposición del proceso de investigación en las publicaciones, explicitan cuáles son sus vínculos y las trayectorias de trabajo con las comunidades y los temas que estudian.

Una cuestión que emerge a partir del análisis en esta revisión, como parte del lugar de enunciación de las/os investigadores/as, es la diversidad y entrelazamiento de pertenencias disciplinares, en cada una de las investigaciones, y a lo largo del corpus. Desde enfermería hasta antropología médica, sociología, medicina y disciplinas ligadas a las ciencias de la educación. Acordamos con Bach (95) en que los aportes que traspasan las fronteras de un campo disciplinar a otro contribuyen a que se desdibujen los límites entre los diferentes modos de producir conocimiento. Creemos que de esto trata la interculturalidad entendida como práctica política y teoría crítica. De una apuesta a la contaminación y al corrimiento de las fronteras disciplinares como ordenadoras rígidas del pensamiento y la acción. Para

efectuar estos corrimientos es necesario explicitar desde qué lugar, posición en el mundo y campo disciplinar se habla y se escribe, justamente, para reconocer cuáles son las potencialidades de esos desplazamientos.

El problema que encontramos cuando no se explicita o pone en cuestión el orden conceptual y las condiciones relativas al modo en que percibimos y describimos el mundo es el riesgo de naturalizar u ocultar relaciones sociales de poder, basadas en un orden racial, clasista, moderno, colonial y hetero-patriarcal, que producen jerarquías en las cuales ciertos conocimientos quedan subyugados. En este sentido, consideramos que hacer visibles las experiencias de las/os investigadoras/es durante el proceso de investigación y su lugar de enunciación (género, sexualidades no normativas, clase social, campos disciplinares de pertenencia, etc.), no como un fundamento en sí mismo, sino como un punto de partida (97), permitirá a las/os lectores comprender las influencias que dan contenido a los análisis en las investigaciones. De esta forma, quienes investigan no se nos presentarán como “la voz invisible y anónima de la autoridad, sino como seres reales, históricos, con deseos o intereses particulares y específicos” (95, p.83).

6.3.2. ¿De quiénes son las voces que hablan en las investigaciones? La narración y la exposición de los resultados en las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud

Hemos observado en algunos artículos de la revisión, fundamentalmente a partir de la lectura de la exposición de resultados, que las expresiones, opiniones y reflexiones que supuestamente emergen de los relatos de las/os informantes no aparecen o, si lo hacen, son en exceso fragmentadas y, en ocasiones, se confunden con las voces de las/os investigadores. Por ejemplo, uno de los textos de la revisión cuyo objetivo principal es dar cuenta de los debates que se dieron en una organización indígena en relación con la conceptualización de la salud y de interculturalidad (65) no incorpora fragmentos de entrevistas que aludan a dichos debates. La definición de interculturalidad, en este caso, pareciera ser más una construcción de las/os investigadoras/es que parte de la construcción de la organización indígena. En algunas ocasiones, no se utilizan los recursos de escritura que permiten a las/os lectoras/es identificar si lo que se dice proviene de las entrevistas o es una reflexión propia de las/os autoras/es.

La etnografía [como así también otras formas de acercamiento al campo y diversas técnicas para la construcción de datos] está, desde el principio hasta el fin, atrapada en la red de la escritura (98). En el proceso de escritura operan, por la acción de múltiples subjetividades y de constricciones políticas que se encuentran más allá del control del escritor (98), recortes, traducciones e interpretaciones de las experiencias y relatos de las/os sujetos que forman parte de la investigación.

Sobre la forma en que las posiciones que ocupamos en el mundo (clase, género, etc.) constituyen nuestra manera de mirar e interpretar la realidad discutimos previamente cuando reflexionamos sobre el lugar de las/os investigadores en los procesos de investigación. Acerca de las constricciones que tienen que ver con las condiciones actuales de escritura en los campos académicos y de publicaciones en revistas científicas hablaremos más adelante.

De momento, nos gustaría avanzar con la siguiente pregunta: ¿qué implicancias tiene posibilitar en los textos de las publicaciones un espacio para que los relatos de las entrevistas puedan ser leídos de forma menos fragmentada y no entrelazada con las voces de las/os autoras/es? Acordamos con Yañez (55) en cuanto a que, al dar una mayor presencia textual a los relatos que emergen de las entrevistas, y al respetar su amplitud en cuanto al desarrollo de las experiencias, conceptos y reflexiones, es posible encontrar lo que queda por fuera de la mirada de las/os investigadoras/es y, a menudo, casi invisible. Esto que queda por fuera o desborda la mirada de quienes investigan puede ser el sustrato de lecturas enriquecedoras, renovadas y contrapuestas a partir de interlocutores diferencialmente posicionados.

A su vez, habilitar espacios menos fragmentados para las voces de las personas entrevistadas tal vez nos permita un mayor acercamiento a experiencias singulares, a las relaciones cambiantes y contradictorias que establecen las/os sujetas/os entre sí, y a las estrategias que se tejen en el marco de relaciones interculturales, fundamentalmente con el sistema biomédico. Esta práctica/herramienta discursiva puede ser útil en términos metodológicos y políticos para subvertir algunas connotaciones problemáticas de la categoría cultura que hemos explicitado en nuestro marco teórico y en esta discusión: la pretensión de homogeneidad, inmutabilidad, coherencia y atemporalidad de los procesos y colectivos sociales.

6.3.3. Características de las/os sujetas/os en estudio

Anteriormente comentamos que, en el corpus de investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud que analizamos, son escasos los trabajos en los cuales las/os autores explicitan su lugar de enunciación. Otra cuestión que observamos y que nos resulta llamativa es que son pocas las referencias a las características de las/os sujetas/os entrevistadas/os. Las variaciones en término de género o edad, pero también de religión o pertenencia política no aparecen explicitadas. Y cuando se alude a la edad, la inserción laboral, la pertenencia étnica, la raza o el género, se hace en relación con las mujeres, fundamentalmente, las mujeres gestantes. Sin embargo, no se especifican estas características en relación con las/os trabajadoras/es de la salud que son entrevistados. Acordamos con Menéndez en cuanto a que dicha manera de pensar interculturalidad y las relaciones interculturales, esto es, sin dar cuenta de la complejidad y pluralidad de posiciones de las/os sujetas/os, implica considerar a los grupos sociales en términos monolíticos y homogéneos (4).

¿Por qué en los trabajos se describen algunas características de las mujeres entrevistadas, pero no de las/os trabajadores de la salud o de las/os propias/os investigadoras/es? No enunciar la edad, el género, la raza y otros atravesamientos, en el caso de las/os trabajadoras/es de la salud o de las/os investigadores/as, implica suponer que son los sujetos universales, abstractos, no encarnados, racionales, que no necesitan mayores explicitaciones sobre su lugar de enunciación. A determinado sujeto, blanco, heterosexual y occidental, jamás se le marca solamente por su cultura, su pertenencia étnica o su religión; a ese sujeto se le posiciona como universal (93). De las mujeres gestantes, de las/os sujetos de comunidades indígenas sí se explicita edad, se dice que son sujetos/as étnicos/as o culturales, son racializados como inferiores (93) o se dice que tienen “una raza o cultura mestiza” (17,75). En relación con la caracterización de algunas poblaciones en estudio en términos de mestizaje, no nos queda claro si son formas propias de nombrarse de los sujetos/as en estudio o si son maneras de nombrar de las/os investigadoras/es.

Otro punto en relación con los supuestos y estereotipos que reproducen las/os investigadoras/es al caracterizar a las/os sujetas/os que estudian tiene que ver con naturalizar el rol de las mujeres como madres/cuidadoras. Uno de los trabajos del corpus, cuyo objetivo es establecer el sentido de las creencias tradicionales en relación con la salud infantil (74), al mencionar a las/os sujetos sobre los que va a analizar las creencias, se refiere, por un lado, a

madres jóvenes y, por otro lado, a cuidadores. Es decir, da por sentado el rol de cuidadoras por parte de las madres y utiliza la categoría de cuidadores para hablar del trabajo de cuidados que realizan otros sujetos, fundamentalmente, varones y trabajadores especializados en cuidados.

6.4. Algunos apuntes sobre las condiciones de escritura académica en América Latina

Entendemos que las cuestiones metodológicas, epistemológicas y narrativas sobre las que reflexionamos en los párrafos anteriores, como la pretensión de objetividad y neutralidad por parte de quienes investigan, son reflejo de unas formas particulares de producir conocimiento, cercanas al positivismo científico y a las prácticas científicas ligadas a las ciencias naturales. A su vez, los modos de producción de la ciencia y la escritura científica están inmersos en sistemas políticos y económicos bajo los que se organizan campos de poder que delimitan algunas características actuales de la divulgación de artículos en revistas y bases de datos de bibliografía científica. Estos campos son el científico, el editorial, el político y el económico (99).

Ante las observaciones del párrafo anterior nos preguntamos cuál de estos factores opera con mayor fuerza como determinante de los hallazgos epistemológicos, metodológicos y narrativos en esta tesis. O si es que actúan articuladamente. Para aproximarnos a posibles respuestas a nuestro interrogante analizaremos algunas cuestiones en relación con las condiciones de escritura de artículos científicos en América Latina.

Durante la segunda mitad del siglo XX, buena parte de las evaluaciones institucionales e individuales comenzó, paulatinamente, a priorizar los artículos científicos en revistas por sobre otras formas de producción de conocimiento (100). Este proceso se consolidó en la región y, específicamente, en el campo de las ciencias sociales, en los años 90 (100), durante un período de profundización de políticas neoliberales en América Latina. Durante este período, las revistas científicas se consolidaron como “agentes científico-editoriales, cuyas formas de circulación y legitimación se consolidaron sobre las necesidades, los valores y los modos de producción de la ciencia y, su materialidad, sobre la base de prácticas, saberes y lógicas productivas del campo editorial” (99, p.94).

Con la consolidación de las revistas como formato hegemónico y con mayor legitimidad académica para la circulación de contenidos científicos, el inglés y los formatos de divulgación de las ciencias naturales en Estados Unidos se instalaron como patrones de medida de la calidad del conocimiento (100). Por otro lado, las revistas científicas son espacios donde el interés está puesto en que la palabra circule entre integrantes de comunidades académicas, por tanto, las voces autorizadas son las de investigadores/as (101).

Sobre las jerarquías en los circuitos académicos e industriales de producción de conocimiento trabaja un creciente movimiento social/académico que se propone disputar las lógicas de mercado en la producción científica y alterar las estructuras de poder que les permitieron a las ciencias sociales occidentales construir sus “verdades” con insumos de países subalternizados (100). Una de las mayores disputas de este movimiento tiene que ver con posibilitar el acceso abierto a revistas y artículos científicos desde plataformas virtuales. Sin embargo, si bien el modelo de acceso abierto es altamente inclusivo, la baja participación del campo económico en el entorno productivo científico-editorial se traduce en la falta de financiamiento de las revistas y en la exclusión del campo editorial (99-102). La falta de financiamiento para las tareas del campo editorial repercute en el acceso, la distribución y sobre la forma de apropiación de los contenidos que se divulgan.

Dado que los artículos científicos se distribuyen actualmente en soporte electrónico a través de bases de datos de bibliografía científica en las que la unidad ya no es la revista sino el artículo científico que, desde el punto de vista de la edición, deben adaptarse a las cada vez más complejas necesidades técnicas de las bases de datos (99, p. 108).

Priorizar el formato de artículo por sobre otras formas de divulgación, el interés puesto en la palabra autorizada de académicos/as, sumado a las constricciones en términos técnicos y de estilo ligadas a estándares internacionales que les permiten a las revistas ser incluidas en determinados circuitos de divulgación (100), puede aportar algunas pistas para comprender el lugar secundario o accesorio que ocupan las voces de las/os entrevistados/as y la escasa explicitación por parte de las/os investigadoras/es sobre su lugar de enunciación y vínculos con los contextos y temas de estudio. Los hallazgos en esta tesis, a la luz de las consideraciones sobre las condiciones de escritura en América Latina, evidencian al menos dos cuestiones. Por un lado, las restricciones que imponen las bases de datos y revistas en cuanto a los modos de escritura científica posibles para las/os investigadoras/es. Por otro lado, dado que las voces que se leen menos en los artículos son las de mujeres, comunidades

indígenas y migrantes, y aquellas que tienen mayor peso son las de investigadores/as, queda en evidencia cómo se trasladan las jerarquías sociales a la forma de producir y circular conocimiento.

Entendemos que las reglas para la escritura y publicación que emergen de las singulares relaciones que establecen entre sí los campos científico, editorial, económico y político en cada contexto social y productivo son un condicionamiento ineludible para las/os investigadoras/es. Más aún, la estabilidad laboral y el otorgamiento de becas y subsidios en instituciones ligadas a la investigación y la docencia dependen directamente de la productividad en términos de publicaciones en revistas científicas. Estas reglas no necesariamente reflejan los deseos e intención de las/os autoras/es en cuanto a una circulación más democrática y menos jerarquizada de las voces y conocimientos. Sin embargo, entendemos que en el campo de interculturalidad en salud en América Latina es relevante visibilizar y desnaturalizar estas condiciones de escritura.

Puede que las condiciones actuales de escritura académica no generen una contradicción con las genealogías de interculturalidad ligadas a propuestas académicas y a iniciativas de organismos internacionales. Sin embargo, las jerarquías y restricciones que se imponen para publicar en revistas científicas se encuentran en tensión con interculturalidad entendida como perspectiva crítica. Recordemos que, según la caracterización que hace Walsh, la interculturalidad crítica es entendida como una herramienta que se construye desde abajo, en contraste con lo funcional, que se ejerce desde sectores dominantes. La interculturalidad crítica apunta a una transformación de las estructuras, instituciones y relaciones sociales para subvertir la geopolítica del conocimiento y habilitar otras formas posibles de estar, ser, pensar, conocer, aprender, sentir y vivir (1).

VII. RECAPITULACIÓN Y REFLEXIONES FINALES

En el inicio de esta investigación formulamos algunas preguntas y establecimos hipótesis en relación con nuestro tema de estudio. Nos interesa retomar algunos de estos cuestionamientos y supuestos con el objetivo de integrar los hallazgos y el desarrollo de la discusión con nuestros puntos de partida en este trabajo.

En relación con las formas de conceptualizar interculturalidad en salud, de acuerdo con nuestros hallazgos y en sintonía con los supuestos iniciales que guiaron nuestras indagaciones, hay una pluralidad de sentidos sobre interculturalidad en las investigaciones empíricas en el campo de la salud. Por un lado, hay trabajos en los que interculturalidad aparece como una propuesta, un abordaje o un proyecto político para la acción. Por otro lado, encontramos definiciones en las cuales las/os autores se preocupan principalmente por el desarrollo teórico, de sentidos o significados de la categoría.

A su vez, pudimos identificar y clasificar las definiciones sobre interculturalidad en salud según las perspectivas que identifica Catherine Walsh para comprender sus usos y sentidos actuales. Sin embargo, en uno de los trabajos empíricos que analizamos, la definición de interculturalidad desbordaba la clasificación de Walsh y nos hacía pensar en una cuarta perspectiva que entendemos como una posición crítica y contra la interculturalidad como propuesta teórica y política. Este hallazgo nos genera un interrogante abierto sobre las posibilidades actuales de dotar de un sentido crítico a interculturalidad como perspectiva teórica y política. O si, por el contrario, es necesario construir otras formas de nombrar los vínculos entre mujeres, comunidades indígenas o migrantes con los Estados y la biomedicina.

Un aspecto enriquecedor del trabajo de análisis sobre las definiciones de interculturalidad en salud fue que, al articular las significaciones que encontramos en nuestro corpus con la historización sobre los debates y condiciones de emergencia de esta categoría, fue posible entender sus sentidos en relación con genealogías teóricas y de movimientos sociales que dejaron sus improntas sobre las perspectivas a partir de las cuales se piensa interculturalidad en salud en América Latina en la actualidad.

Otro de los supuestos que sosteníamos inicialmente es que las investigaciones sobre interculturalidad en salud atienden al reconocimiento de la diversidad de saberes que se ponen en juego para atravesar los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado y relegan a un

segundo plano el estudio de las desigualdades económicas, sociales y el contexto histórico-político que condiciona estos procesos en las poblaciones. Los hallazgos de esta revisión nos permitieron observar que las investigaciones empíricas que analizamos, con frecuencia, hacen referencia a las desigualdades en el acceso a la salud de las poblaciones estudiadas.

En cuanto al universo categorial a partir del cual se conceptualizan y explican las desigualdades sociales, económicas y en el acceso a la salud observamos que, si bien hay trabajos que incorporan categorías como “racismo” o “desigualdades de género”, un número significativo de investigaciones en nuestro corpus no se hacen eco de dichas herramientas teóricas, aun cuando en algunos casos se habla de interculturalidad en términos de proyecto político descolonizador. La mitad de las publicaciones que presentan datos estadísticos y la mayoría de las investigaciones que hacen referencia a desigualdades en el acceso a la salud no articulan dichos hallazgos con marcos teóricos que ayuden a comprender cuáles son las estructuras de dominación que subyacen a dichas desigualdades y a los bajos niveles de salud de las poblaciones.

Otra hipótesis inicial de trabajo es que en las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud hay una tendencia a reconocer la diversidad cultural por encima de las dimensiones de conflicto entre la biomedicina y las corrientes contra-hegemónicas de producción de conocimiento sobre salud. A partir de nuestros hallazgos observamos que en algunas investigaciones hay un reconocimiento de dichas tensiones y conflictos y que estos son codificados en términos de barreras o brechas culturales. Barreras que son habitualmente adjudicadas a la falta de adecuación de los servicios de salud ante las características culturales de las poblaciones indígenas o de las mujeres durante sus procesos reproductivos, sobre todo, cuando se observa una disonancia con las prácticas y recomendaciones biomédicas. En relación con la categoría “cultura”, encontramos que en la totalidad de los trabajos los sentidos de esta categoría no son explicitados, aunque en algunos casos se pueden ensayar algunas interpretaciones a partir del contexto en que se usa.

Los temas más tratados en el corpus son interculturalidad en salud y procesos reproductivos en mujeres indígenas y no indígenas e interculturalidad en salud y pueblos indígenas. Estos temas tienen mayor representatividad en tanto son entendidos como procesos vitales y colectivos sociales en los que se hace más patente la relación de alteridad con la biomedicina. Sin embargo, acordamos con Michael Knipper cuando plantea que la

interculturalidad debe ir más allá de lo indígena y, agregamos en esta tesis, de los procesos reproductivos. En lugar de reproducir estereotipos y dar por hecho que la cultura y las diferencias se encuentran en las poblaciones indígenas o en las mujeres durante sus procesos reproductivos, sería interesante que las investigaciones pudieran dar cuenta y profundizar los factores culturales, estructurales e institucionales relevantes en la configuración de la biomedicina y en las prácticas de atención del personal sanitario.

En cuanto a los aspectos metodológicos y epistemológicos de las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud encontramos que son escasos las/os autoras/es que explicitan su posición teórica y política y su vínculo previo con los temas de estudio. Otro hallazgo es que en algunas investigaciones se confunden las voces de las/os entrevistadas/os con las de investigadoras/es. Hay escasa presencia de los relatos de entrevistas y, en algunos casos, estas aparecen en exceso fragmentadas. Por otro lado, observamos que son escasas las referencias a las características de las/os informantes (sexo, edad, lengua etc.). Cuando hay alguna referencia, es en relación con las características de mujeres, indígenas y no indígenas, y nunca sobre las/os trabajadores de la salud.

Para finalizar, y a partir de la recapitulación que acabamos de hacer, consideramos que el desarrollo de investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud podría verse enriquecido por los debates políticos y epistemológicos más generales sobre cultura, racismo, la escritura científica y la representación de la alteridad. En este sentido, queremos compartir una serie de preguntas que pueden ser de utilidad para aportar a dichos debates. ¿Qué entendemos por cultura cuando la invocamos y cómo ámbito de acción política y teórica? ¿Cómo se aplica esta categoría a las realidades de las comunidades en estudio? ¿Cuáles son las relaciones de dominación y subalternidad que podemos identificar en los contextos de estudio? ¿Qué estrategias de vida y de cuidados desarrollan los grupos sociales a partir de estas relaciones de dominación? ¿Somos sujetos políticos o culturales? Consideramos que estas preguntas pueden ser un punto de partida para evitar los usos de cultura y de las diferencias culturales que no problematizan asimetrías de poder y que, por lo tanto, pueden traducirse en la legitimación de una jerarquización, del racismo, o en un elemento de dominación.

Asimismo, entendemos que merecen ser profundizadas algunas reflexiones sobre cómo la interculturalidad crítica puede transformarse en una herramienta para enfrentar la

geopolítica del conocimiento y las asimetrías sociales. En este sentido, proponemos algunas preguntas para comenzar. ¿Cómo puede propiciar la interculturalidad otros modos de ser, estar y conocer en el mundo? ¿Qué canales o herramientas de expresión y comunicación serían acordes con las propuestas de interculturalidad crítica? ¿Cómo es posible sostener una coherencia entre la teoría crítica sobre interculturalidad y las decisiones metodológicas y epistemológicas de las/os investigadoras/es? ¿Son compatibles las apuestas transformadoras de interculturalidad crítica con la producción y divulgación de conocimientos en artículos científicos? Y para finalizar, ¿qué disputas es posible dar al interior de las instituciones científicas para alterar las estructuras de poder que ordenan los modos de producción y circulación de conocimientos?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Menéndez EL. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 2016 enero; 21(1): 109-118.
2. Lerín-Piñón S. Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos*. 2004; (15-16): 111-125.
3. Campos-Navarro R, Peña-Sanchez EY, Maya AP. Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016). *Salud Colectiva*. 2017; 13(3):443-445.
4. Menéndez EL. De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
5. Nureña CR. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Rev Panam Salud Pública*. 2009; 26(4): 368-76.
6. Walsh C. (2010). Interculturalidad crítica y educación intercultural. In: Viaña J, Tapia L & Walsh C (Eds.), *Construyendo Interculturalidad Crítica*. Bolivia: Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello; 2010. p. 75-96.
7. Walsh C. ¿Interculturalidad y (de)colonialidad? Gritos, grietas y siembras desde Abya-Yala. En: García Diniz, Alai., et. al. (orgs.). *Poéticas e políticas da linguagem em vias de descolonizacão*. Sao Carlos: Joao Editores; 2017. p.19-53.
8. Aizenberg L. Hacia una aproximación crítica a la salud intercultural. *Revista Latinoamericana de Población*. 2011 julio-diciembre; 5(9): 49-69.
9. Ramírez Hita S. Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad: Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano Avá. *Revista de Antropología*. Universidad Nacional de Misiones. 2009 julio; (14): 1-28.
10. Menéndez EL. De saberes médicos tradicionales, populares y científicos: relaciones y dinámicas racistas en la vida cotidiana. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial, 2018.
11. Lerín-Piñón S. Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos*. 2004; (15-16): 111-125.
12. Tirzo Gómez J, Hernández JG. Relaciones interculturales, interculturalidad y multiculturalismo; teorías, conceptos, actores y referencias. *Cuicuilco*. 2010 enero-junio; (48): 12-34.

13. Todorov T. Nosotros y los otros. Reflexión sobre la diversidad humana. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores; 2003.
14. Salinas Flores D. Manuel Núñez Butrón: Pionero de la Atención Primaria en el Mundo. Revista médica de Chile [internet]. 2014 diciembre [citado 23 julio 2019]; 142 (12): 1612-1613. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001200016&lang=es
15. Walsh C. Interculturalidad, conocimientos y decolonialidad. Signo y Pensamiento. 2005 enero-junio; 24(46): 39-50.
16. Breilh J. Epidemiología Crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2015.
17. Vega RA. I(nter)dentificación racial: racialización de la salud materna a través del programa Oportunidades y clínicas gubernamentales en México. Salud Colectiva. 2017;13(3):489-505.
18. Freyermuth Enciso MG. Determinantes sociales en la Mortalidad Materna en México. Revista CONAMED. 2016; 21(1):25-32.
19. Guzmán-Rosas SC. La interculturalidad en salud: espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2016; 15(31): 10-29.
20. Cardona-Arias JA, Rivera-Palomino Y, Carmona-Fonseca J. Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo emberá-chamí de Colombia. Revista Cubana de Salud Pública. 2015 enero-marzo; 41(1): 77-93.
21. Villanueva-Villanueva NB, Güemes- Pineda MA. Lineamientos generales para el diseño de un modelo intercultural de atención a la salud de inmigrantes mayas yucatecos en San Francisco, California. Península. 2016 julio-diciembre; 11(2):19-44.
22. Roosta-G M. Madres indígenas enfrentan más de tres demoras: los desafíos de la interculturalidad en salud. Journal of the Selva Andina Research Society. 2015; 6(2): 64-74.
23. Aizenberg L. Hacia una aproximación crítica a la salud intercultural. Revista Latinoamericana de Población. 2011 julio-diciembre; 5(9): 49-69.
24. Roosta-G M. Salud Materna en contextos de interculturalidad. Estudios de los pueblos Aymara, Ayoreode, Chiquitano, Guaraní, Quechua y Yuqui. La Paz: Plural editores; 2013.

25. Knipper M. Más allá de lo indígena, salud e interculturalidad a nivel global. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2010; 27(1): 94-101.
26. Jelin E (Dir.), Grimson A, Zamberlin N, Mombello L, Cerrutti M, Caggiano S, Abel L. *Salud y migración regional: Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
27. Torres-Castro C, Sumar HD. *Comunicación e interculturalidad*. Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos. Ministerio de Salud de Perú; 2004.
28. Vilá-Baños R. Los aspectos no verbales en la comunicación intercultural. *Ra Ximhai*. 2012enero-abril; 8(2): 223-239.
29. Parra-Beltrán L, Pacheco-Castro AM. ¿Monólogo o diálogo intercultural entre sistemas médicos? Un reto educativo para las ciencias de la salud. *Revista Ciencias de la Salud*. 2006 octubre; 4(Esp): 110-121.
30. Hernández-Díaz A, Margarita Ávila I. La competencia comunicativa intercultural en la Educación Médica Posgraduada Cubana. *ALTERIDAD. Revista de Educación*. 2016julio-diciembre; 11(2): 192-204.
31. Briggs CL. Communicability, Racial Discourse, and Disease. *Annual Review of Anthropology*. 2005; 34: 269-291.
32. Baeza B. La memoria migrante y la escucha de los silencios en la experiencia del parto en mujeres migrantes bolivianas en Comodoro Rivadavia. *Anuario americanista europeo*. 2012; (11): 179-197.
33. Feltri AA, Arakaki J, Justo LF, Maglio F, Pichún FJ, Rosenberg MI, Spinelli H, Testa M, Torres Secchi AM, Ynoub RC. Salud reproductiva e interculturalidad. *Salud Colectiva*. 2006; 2(3): 299-316.
34. Ramírez Hita S. Salud, globalización e interculturalidad: una mirada antropológica a la situación de los pueblos indígenas de Suramérica. *Ciencia &Saúde Coletiva*. 2014; 19(10): 4061-4069.
35. Bolados P. ¿Participación o pacificación social? La lógica neoliberal en el campo de la salud intercultural en Chile. El caso atacameño. *Estudios atacameños. Arqueología y Antropología Surandinas*. 2009; (38): 93-106.
36. Ruiz Llanos A. La interculturalidad y el derecho a la protección de la salud: una propuesta transdisciplinaria. *Bol Mex His Fil Med*. 2007; 10(2): 99-107.

37. Da Trinidad Santos EM, Angel Vargas L, Chad Pellón LE. La interculturalidad en el mundo globalizado y sus impactos en el proceso salud-enfermedad: contribuciones de la enfermería. *Index de Enfermería*. 2013; 22(4): 214-218.
38. Campos Navarro R. La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI. *Revista Peruana de Medicina Experimental Salud Pública*. 2010; 27(1): 114-22.
39. Breilh J. Por una subjetividad emancipadora en “Epidemiología Crítica”. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2002.
40. Walsh C. Estudios (inter)culturales en clave de-colonial. *Tábula Rasa*. 2010 enero-junio; (12): 209-227.
41. Hills Collins P. La política del pensamiento feminista negro. En: Navarro M, Stimpson C (comps.). *¿Qué son los Estudios de Mujeres?* México: Fondo de Cultura Económica; 1998.p.253-282.
42. Lerner G. La creación del patriarcado. Barcelona: Editorial Crítica; 1986.
43. Lamas M. La perspectiva de género. En *Hablemos de Sexualidad: lecturas*. México: ConapoMexFam; 1996. p. 216-229.
44. Bach AM. Las voces de la experiencia: el viraje de la filosofía feminista. Buenos Aires: Biblos; 2010.
45. Gramsci A. Cartas desde la cárcel. Buenos Aires: Nueva Visión; 1998.
46. Giacaglia M. Hegemonía. Concepto clave para pensar la política. *Tópicos*. 2002; (10): 151-159.
47. Bolados García P. Neoliberalismo multicultural en Chile postdictadura: la política indígena en salud y sus efectos en comunidades mapuches y atacameñas. *Chúngara, Revista de Antropología Chilena*. 2012; 44(1): 135-144.
48. Laurell Asa C. La salud enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de salud*. 1982; (2): 7-25.
49. Castro R. Teoría social y salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2016.
50. Geertz C. La interpretación de las culturas. Barcelona: Editorial Gedisa; 1992.
51. Keesing R. La Antropología como búsqueda interpretativa. *Current Anthropology*. 1987; (28): 251-281.

52. Grüner E. El retorno de la teoría crítica de la cultura: una introducción alegórica a Jameson y Zizek. En: Jameson F, Zizek S. Estudios Culturales. Reflexiones sobre el multiculturalismo. Buenos Aires: Paidós; 1998. p.11-65.
53. García Canelini N. Las Culturas populares en el capitalismo. México: Nueva Imagen;1982.
54. Grimson A. Los límites de la cultura: Crítica de las teorías de la identidad. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2015.
55. Yañez S. De cómo las instituciones de salud pública regulan las experiencias de embarazo, parto y puerperio...y de lo que resta [Tesis de doctorado]. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires; 2016.
56. Abu-lughod L. Writing Against Culture. En: Fox R (ed.) Recapturing Anthropology. Working in the present. Santa Fe (New México): School of American Research Press; 1991. p.121-156.
57. Maure G. Relatos de trabajadoras agrícolas bolivianas en disputa con los saberes biomédicos. Comunidad y Salud. 2017; 15(2):61-67.
58. Fanon F. Racismo y Cultura. Actas del Primer Congreso de Escritores y Artistas Negros; 1956; París.
59. Grosfoguel R. El concepto de racismo en Michel Foucault y Frantz Fanon: ¿teorizar desde la zona del ser o desde la zona del no-ser? Tábula Rasa. 2012; (16): 79-102.
60. Grosfoguel R. Las múltiples caras de la islamofobia. De Raíz Diversa. 2014 abril-septiembre; 1(1): 83-114.
61. Espinosa Miñoso Y. Hacia la construcción de la historia de un (des) encuentro: la razón feminista y la agencia antirracista y decolonial en Abya Yala. Praxis. Revista de Filosofía. 2017 julio-diciembre; (75):25-39.
62. Brighenti M, Gago V. La hipótesis del mestizaje en América Latina: del multiculturalismo neoliberal a las formas contenciosas de la diferencia. Mora (Buenos Aires).2017; 23(1): 53-75.
63. Botelho L, Cuna C, Macedo M. O método da revisao integrativa nos estudos organizacionais. Gestao E Sociedades. 2011; 5(11): 121-136.
64. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los pueblos indígenas de las Américas. 138 Sesión del Comité Ejecutivo. CE138/13. Washington, D.C., 12 de junio de 2006. Washington, D.C.: OPS; 2006.

65. Cárdenas CG, Pesantes MA, Rodríguez A. Interculturalidad en salud: reflexiones a partir de una experiencia indígena en la Amazonía peruana. *ANTHROPOLOGICA*. 2017; (39): 151-169.
66. Nureña CR. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2009; 26(4): 368-376.
67. Freyermuth Enciso MG. La mortalidad materna y los nudos en la prestación de los servicios de salud en Chiapas. Un análisis desde la interculturalidad. *Revista LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*. 2014 julio-diciembre; 12(2):30-45.
68. Aizenberg L. Salud intercultural y participación comunitaria en mujeres indígenas del Amazonas boliviano: Una aproximación crítica. *ESTUDIOS*. 2012 enero-junio; (27): 71-86.
69. Aizenberg L, Maure G. Migración, salud y género: abordajes de proveedores de salud en la atención de mujeres migrantes bolivianas en la provincia de Mendoza, Argentina. *REMHU, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.* 2017; 25(51):149-164.
70. Alarcón AM, Nahuelcheo Y. Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas. *Chungara, Revista de Antropología Chilena*. 2008; 40(2): 193-202.
71. Lasso Toro P. Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? *Pensamiento Psicológico*. 2012; 10(2):123-133.
72. Pellón L.H.C, Vargas L.A. Cultura, interculturalidade e proceso saúde-doença: (des) caminhos na atenção à saúde dos Guarani Mbyá de Aracruz, Espírito Santo. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2010; 20(4): 1377-1397.
73. Muñoz Bravo SF, Castro E, Castro Escobar ZA, Chávez Narvaez N, Ortega Rodríguez DM. Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*. 2012 enero-abril; 44(1): 39-44.
74. Torrado O, Casadiego D, Castellanos M. Interculturalidad en pediatría: creencias tradicionales en la salud infantil en un área rural. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2011; 6(6): 82-89.
75. Cardona-Arias JA. Vínculo entre mestizaje y salud en un sistema público de una comunidad indígena colombiana. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2013; 39(4): 651-664.

76. Cardona Arias JA, Rivera Palomino Y. Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas EmberaChamí de Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2012; 38(3):471-483.
77. Aliaga Rodríguez G. El Rijcharismo en el Altiplano peruano como una experiencia pionera de salud intercultural en América. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015; 41(3): 497-509.
78. Castillo-Santana PT, Vallejo-Rodríguez ED, Cotes-Cantillo KP, Castañueda-Orjuela CA. Salud materna en mujeres Nasa y Misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos. *Saúde Soc*. 2017; 26(1): 61-74.
79. Crenshaw, K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*. 1989; 1989 (8): 139-167.
80. Kergoat D. *Se Battre disent-elles...* Paris: La Dispute; 2012.
81. Harvey N. *The Chiapas Rebellion. The struggle for Land and Democracy*. London: Duke University Press; 1998.
82. Menéndez E. *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana; 1998.
83. Schwarz PKN. *Maternidades en verbo: identidades, cuerpos, estrategias, negociaciones. Mujeres heterosexuales y lesbianas frente a los desafíos de maternar*. Buenos Aires: Biblos; 2016.
84. Davis-Floyd R. *Del médico al sanador*. Buenos Aires: Creavida; 2004.
85. Salessi J. *Médicos maleantes y maricas. Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación argentina*. Rosario: Beatriz Viterbo Editora; 1995.
86. Nari M. *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires: Biblos; 2004.
87. Rojas R. *Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas: plan de acción 2005–2007*. Washington D.C.: OPS; 2004.
88. Castro R., Erviti J. *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015.
89. Canevari Bledel C. *Cuerpos enajenados: experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Santiago del Estero: Barco Edita; 2011.

90. Anzaldúa G. *Borderlands/La Frontera: The New Mestiza*. San Francisco: Spinsters/ Aunt Lute; 1987.
91. Lorde A. *Man Child: A Black Lesbian-Feminist's Response*. Nueva York: Firebrand Books; 1987.
92. Hooks B. *El feminismo es para todo el mundo*. Madrid: Traficantes de Sueños; 2017.
93. Cumes A. Mujeres indígenas, patriarcado y colonialismo: un desafío a la segregación comprensiva de las formas de dominio. *Anuario Hojas de Warimi*. 2012, (17): 1-16.
94. Davis A. *Mujeres, raza y clase*. Madrid: Ediciones Alcal; 2004.
95. Bach AM. *Las voces de la experiencia: el viraje de la filosofía feminista*. Buenos Aires: Biblos; 2010.
96. Smith D. *The Everyday World as problematic: A feminist Methodology*. Boston: Northeastern University Press; 1987.
97. Harding S. *The Science Question in Feminism*. Nueva York: Cornell University Press; 1986.
98. Clifford J. *Dilemas de la cultura. Antropología, literatura y arte en la perspectiva posmoderna*. Barcelona: Gedisa; 1998.
99. Martinovich V. Revistas científicas argentinas de acceso abierto y circulación internacional. Un análisis desde la teoría de los campos de Pierre Bourdieu. *Información, cultura y sociedad*. 2019; (40): 93-116.
100. Beigel F., Salatino M. Circuitos segmentados de consagración académica: las revistas de Ciencias Sociales y Humanas en la Argentina. 2015; (32): 11-36.
101. Granato L, Harvey A. La entrevista científica: un estudio de casos. *Onomázein*. 2000; (5): 83-94.
102. Martinovich V, Arakaki J, Spinelli H. Diez años de Salud Colectiva: una aproximación a las reglas de juego del campo editorial científico. *Salud Colectiva*. 2014; 10(1):5-13.

APÉNDICES

APÉNDICE A. Artículos seleccionados y sus características generales.....	108
APÉNDICE B. Cuadro 1. Matriz de síntesis con los datos extraídos de los artículos seleccionados para esta revisión	123

Apéndice A. Artículos seleccionados y sus características generales

Artículo 1 de la revisión: Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud?

Cita: Lasso Toro P. Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? Pensamiento Psicológico. 2012; 10(2):123-133.

País donde se desarrolla la investigación: Colombia.

Objetivo del trabajo: El objetivo de este trabajo es identificar las relaciones que existen entre las formas de cuidado en gestación que recomienda sistema de Salud en un municipio de Colombia, y las que practican las gestantes a partir de sus creencias culturales.

Tema de estudio: Interculturalidad en salud y procesos reproductivos.

Abordaje metodológico: El abordaje metodológico es de tipo cualitativo y los instrumentos de recolección de datos son entrevistas semiestructuradas y grupos focales con el personal de salud y con gestantes que participan en un programa de control prenatal.

Otros aspectos metodológicos

Lugar del investigador (temáticas de interés de las/los investigadores, modo de acercamiento al campo, vínculo de las/los investigadores con el contexto de estudio): No se explicitó el modo de acercamiento al campo. No dan cuenta del vínculo de las/los investigadores con el contexto de estudio (motivaciones que los llevan hasta ese lugar).

Entrevistas y resultados: No se especifica si los profesionales de la salud son varones o mujeres, su edad, si son originarios de la comunidad en estudio o si provienen de otras ciudades, dónde se formaron. Al hablar de las mujeres gestantes se refiere a que tienen una raza mestiza. Sin embargo, no se adjudica pertenencia racial a los trabajadores de la salud.

En las entrevistas semi-estructuradas a las/los trabajadores de la salud hay preguntas por sí o por no. Escasean las preguntas tendientes a evaluar o reflexionar sobre las prácticas médicas. Las preguntas están enfocadas a comprender cómo los trabajadores valoran las prácticas de las mujeres.

En los grupos focales con mujeres gestantes, en las preguntas de la investigadora se vislumbra la intención de buscar oposiciones entre estrategias de cuidado de las mujeres y su entorno y las estrategias de cuidado del personal de salud. Ejemplo: ¿Tiene algunas formas de cuidado para su embarazo distintas a las que le dicen en el Programa? ¿Cuáles son?, ¿Qué le dicen en su casa distinto a lo que le dice el personal de salud? ¿Qué hace al respecto?

En cuanto a las entrevistas y a su exposición en el trabajo, en los resultados del estudio se reproduce la voz de las/los trabajadores de la salud como si fueran las voces de las mujeres gestantes.

Fragmento 1

Un miembro del grupo focal (profesional de la salud) relata que “una vez la abuela le dijo a la paciente que no se la tomara que le iban a quemar el bebé”.

Fragmento 2

La dificultad para la toma de medicamentos, constituye el sexto punto que los profesionales de la salud destacan como obstáculos para la adherencia al Programa. En este punto, el personal de salud se encuentra, nuevamente, con limitantes culturales, sobre todo cuando ha habido infecciones vaginales y se medica metronidazol. Los comentarios de las gestantes son “eso le hace daño al bebé”, “me dijeron que no lo tomara”, entre otros.

Artículo 2 de la revisión: Cultura, interculturalidade e proceso saúde-doença: (des) caminhos na atencao a saúde dos Guarani Mbyá de Aracruz, Espírito Santo.

Cita: Pellón L.H.C, Vargas L.A. Cultura, interculturalidade e proceso saúde-doença: (des) caminhos na atenção à saúde dos Guarani Mbyá de Aracruz, Espírito Santo. Physis Revista de Saúde Colectiva. 2010; 20(4): 1377-1397.

País donde se desarrolla la investigación: Brasil

Objetivo del trabajo: El objetivo de este artículo es sistematizar las reflexiones surgidas a partir de una investigación cualitativa sobre las tensiones interculturales y sus impactos en los procesos de salud y enfermedad de la población Guarani Mbyá del Municipio de Aracruz, en Brasil.

Tema de estudio: Interculturalidad en salud y pueblos indígenas.

Abordaje metodológico: Se trató de un estudio de caso y los datos fueron recolectados a partir de entrevistas semiestructuradas realizadas a representantes de las comunidades Mbyá de Aracruz, Espíritu Santo. La investigación y las reflexiones de los autores sobre los hallazgos del trabajo de campo se dan en el marco de una formación de posgrado en Enfermería de la Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro.

Otros aspectos metodológicos

Lugar del investigador (temáticas de interés de las/los investigadores, modo de acercamiento al campo, vínculo de las/los investigadores con el contexto de estudio): No se explicitó el modo de acercamiento al campo. No dan cuenta del vínculo de las/los investigadores con el contexto de estudio (motivaciones que los llevan hasta ese lugar).

Entrevistas y resultados: En las entrevistas semiestructuradas con agentes de salud y líderes indígenas no se explicita la edad y el sexo de las/los entrevistados. No se explicita el origen, lugar de formación de las/los trabajadores de la salud, si son originarios de la comunidad en estudio o vienen de otros lugares.

Artículo 3 de la revisión: Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009.

Cita: Muñoz Bravo SF, Castro E, Castro Escobar ZA, Chávez Narvaez N, Ortega Rodríguez DM. Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009. Revista de la Universidad Industrial de Santander. 2012 enero-abril; 44(1): 39-44.

País donde se desarrolla la investigación: Colombia.

Objetivo del trabajo: El objetivo de este trabajo es analizar los factores relacionados con la atención intercultural en salud de las gestantes del municipio de Toribio en el período 2008-2009.

Tema de estudio: Interculturalidad en salud y procesos reproductivos en mujeres indígenas.

Abordaje metodológico: Es un estudio cualitativo de tipo etnográfico. Las técnicas para la construcción de datos son la entrevista semiestructurada, una encuesta etnográfica y grupos focales. Participaron agentes de salud, promotores de salud, mujeres gestantes, parteras y médicos tradicionales indígenas.

Otros aspectos metodológicos

Lugar del investigador (temáticas de interés de las/los investigadores, modo de acercamiento al campo, vínculo de las/los investigadores con el contexto de estudio): Se explicita que contacto con las mujeres gestantes fue a través de los promotores de salud. No se explicita el vínculo de las/los investigadores con el contexto de estudio.

Entrevistas y resultados: No se explicita la edad y el sexo de las/los trabajadores entrevistados. No se explicita el origen, lugar de formación de las/los trabajadores de la salud, si son originarios de la comunidad en estudio o vienen de otros lugares.

No hay fragmentos de entrevistas (ni a mujeres ni a trabajadores de la salud) ni datos secundarios que avalen ciertas afirmaciones:

La información permitió establecer que el personal encargado de la atención a gestantes conoce parcialmente sobre interculturalidad, cultura y prácticas de cuidado durante los periodos de gestación, parto y puerperio (p. 42).

Encontramos numerosas afirmaciones en nombre de las mujeres gestantes que no se acompañan de los fragmentos de las entrevistas correspondientes a dicha afirmación. No queda claro si es la voz de las/los investigadores o de las personas entrevistadas:

Las mujeres consideran que la atención del personal de salud del hospital es buena y que los diagnósticos y tratamientos son acertados (p.42).

Las prácticas culturales les permiten a las mujeres restablecer el equilibrio corporal-psíquico-espiritual y su armonía con la naturaleza (p.42).

Artículo 4 de la revisión: Interculturalidad en salud: reflexiones a partir de una experiencia indígena en la Amazonía peruana.

Cita: Cárdenas CG, Pesantes MA, Rodríguez A. Interculturalidad en salud: reflexiones a partir de una experiencia indígena en la Amazonía peruana. *ANTHROPOLOGICA*. 2017; 39; 151-169.

País donde se desarrolla la investigación: Perú.

Objetivo del trabajo: El objetivo de este trabajo es mostrar la forma en que una organización indígena amazónica del Perú, cuyo objetivo es formar a jóvenes de poblaciones indígenas como enfermeros técnicos, construye e implementa el concepto de interculturalidad.

Tema de estudio: Interculturalidad en salud y pueblos indígenas.

Abordaje metodológico: La metodología desarrollada en este trabajo es de tipo cualitativa. A partir de documentos internos, publicaciones del Programa de Salud Indígena y testimonios de egresados, dirigentes y miembros del equipo técnico de la organización, analizan la construcción e implementación del concepto de interculturalidad en salud.

Otros aspectos metodológicos

Lugar del investigador (temáticas de interés de las/los investigadores, modo de acercamiento al campo, vínculo de las/los investigadores con el contexto de estudio): En el artículo se explicita que los testimonios fueron recogidos en el contexto de realización de una tesis doctoral y en el proceso de sistematización del proyecto encargado por el Instituto de Estudios Peruanos y Aidesep. Precisan que todos los autores han sido parte del Programa de Salud Indígena de Aidesep en diferentes roles. Las/los autores no especifican bajo qué roles participaron, tampoco cuál es su lugar actual en la organización, si viven en alguna de las comunidades indígenas. Tampoco queda claro si las/los autores son indígenas.

Entrevistas y resultados: No se explicita la edad y el sexo de las/los entrevistados en todos los casos. No se explicita si son originarios de la comunidad en estudio o vienen de otros lugares.

Si bien el trabajo aclara que las fuentes de datos son documentos y entrevistas, para el caso de los documentos no aclara en qué momento los está utilizando para enunciar lo que enuncia, por ejemplo, qué entiende esta organización por salud intercultural.

No queda claro cómo llegan a construir los conceptos de interculturalidad, cuáles son los procesos organizativos a partir de los cuáles surgen dichas reflexiones.

En el artículo se plantea que debido a la occidentalización las identidades indígenas, estas se habían debilitado. No se especifica el significado de occidentalización de las identidades indígena. La occidentalización aparece planteada como un problema para las/los autores, pero no aparece esta problematización en los discursos de las/los entrevistados, especialmente,

para las/los referentes de las comunidades indígenas. ¿La occidentalización es un problema para quién/es?

No encontramos entrevistas que den cuenta de los debates en relación con la conceptualización de la salud y de la interculturalidad, que es el objetivo principal del trabajo. Por momentos no está claro de quién/es son las voces. ¿La voz que habla es la de las/los investigadores, la de personas de las comunidades indígenas o la de sus líderes?

Artículo 5 de la revisión: Interculturalidad en pediatría: creencias tradicionales en la salud infantil en un área rural.

Cita: Torrado O, Casadiego D, Castellanos M. Interculturalidad en pediatría: creencias tradicionales en la salud infantil en un área rural. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2011; 6(6): 82-89.

País donde se desarrolla la investigación: Colombia.

Objetivo del trabajo: El propósito de esta investigación es establecer el sentido de las creencias tradicionales de madres jóvenes y cuidadores, y su relación con la salud infantil en un área rural de la Sabana de Bogotá, Colombia.

Tema de estudio: Interculturalidad en salud y crianza en contextos rurales.

Abordaje metodológico: Se trata de una investigación cualitativa, de tipo estudio de caso. Las técnicas de recolección de datos que utiliza son grupos focales con entrevistas semiestructuradas realizadas a personas que asistieron a la consulta externa de pediatría de los Municipios de Guasca y Guatavita.

Otros aspectos metodológicos

Lugar del investigador (temáticas de interés de las/los investigadores, modo de acercamiento al campo, vínculo de las/los investigadores con el contexto de estudio): No explicita ninguno de los puntos.

Entrevistas y resultados: Se explicita edad, sexo, nivel de escolaridad y ocupación de las/los entrevistados. Se explicitan las categorías de análisis a partir de las cuales se construyen las entrevistas, y que guiarán las indagaciones de la investigación.

Hay numerosos fragmentos de entrevistas, pero no se explicita a qué entrevistados/as pertenecen los enunciados.

Artículo 6 de la revisión: Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas.

Cita: Alarcón AM, Nahuelcheo Y. Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas. *Chungara, Revista de Antropología Chilena*. 2008; 40(2): 193-202.

País donde se desarrolla la investigación: Chile.

Objetivo del trabajo: Es una investigación cuyo objetivo es describir las percepciones y creencias acerca del embarazo, parto y puerperio en mujeres mapuche de la región de Araucanía, Chile.

Tema de estudio: Interculturalidad en salud y procesos reproductivos en mujeres indígenas.

Abordaje metodológico: Se trata de una investigación cualitativa. Se realizó un trabajo etnográfico durante ocho años en seis comunidades mapuches de la comuna de Nueva Imperial en la IX Región. Las participantes en el estudio fueron 12 mujeres. Los datos se obtuvieron a través de entrevistas en profundidad realizadas en los hogares de las mujeres, por medio de sesiones grupales y observación participante.

Otros aspectos metodológicos

Lugar del investigador (temáticas de interés de las/los investigadores, modo de acercamiento al campo, vínculo de las/los investigadores con el contexto de estudio): No explicita ninguno de los puntos.

Entrevistas y resultados: Se explicitan las características de las mujeres entrevistadas, edad, estado civil, actividades desarrolladas en el hogar, tipo de parto.

Se explicita que las entrevistas fueron realizadas en los hogares de las mujeres. Los relatos de las mujeres entrevistadas aparecen fragmentados en el cuerpo del texto, entrelazados con la voz de la autora. Ejemplo:

Las mujeres mayores señalaron que fajaban a sus hijos desde debajo de los brazos hasta los pies, para que crezcan derechos, no obstante,

muchas dijeron que esa práctica no se continuaba porque ahora se sabía que podía perjudicar al niño (p.199).

Las mujeres mencionaron que antiguamente los mapuche se bañaban en un estero de agua corriente inmediatamente después del parto, pero que esta práctica se ha perdido por temor al sobrepeso, por lo tanto la indicación actual es: lavarse todos los días los interiores con agua de matico tibia y evitar los baños de agua fría (relato de las mujeres) (p.199).

Artículo 7 de la revisión: Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical.

Cita: Nureña CR. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. Rev Panam Salud Pública. 2009; 26(4): 368-376.

País donde se desarrolla la investigación: Perú.

Objetivo del trabajo: El objetivo de este trabajo es revisar los antecedentes, las políticas y las normas relativas a la institucionalización del parto vertical en el país.

Tema de estudio: Interculturalidad en salud y procesos reproductivos.

Abordaje metodológico: Es un estudio de tipo cualitativo. Los datos se obtuvieron a partir de informes de organismos internacionales y otros documentos de fuentes oficiales.

Otros aspectos metodológicos

Lugar del investigador (temáticas de interés de las/los investigadores, modo de acercamiento al campo, vínculo de las/los investigadores con el contexto de estudio): No se explicita ninguno de los puntos.

Entrevistas y resultados: Se explicitan las normativas y políticas que se analizan y aparecen fragmentos de los documentos en el texto.

Artículo 8 de la revisión: La mortalidad materna y los nudos en la prestación de los servicios de salud en Chiapas. Un análisis desde la interculturalidad.

Cita: Freyermuth Enciso MG. La mortalidad materna y los nudos en la prestación de los servicios de salud en Chiapas. Un análisis desde la interculturalidad. Revista LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos. 2014 julio-diciembre; 12(2): 30-45.

País donde se desarrolla la investigación: México.

Objetivo del trabajo: El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre los aspectos que influyen en el acceso a los servicios de salud en un contexto multicultural en Los Altos de Chiapas, México.

Tema de estudio: Interculturalidad en salud y procesos reproductivos en mujeres indígenas.

Abordaje metodológico: El abordaje metodológico es cualitativo. A partir de registros oficiales, y a través de la sistematización de las bases de datos disponibles en el Sistema Nacional de Información en Salud, accede a datos sobre muerte materna en Chiapas. El resto de las reflexiones surgen a partir de los resultados de investigaciones previas que realizó la autora sobre muerte materna en Chiapas.

Otros aspectos metodológicos

Lugar del investigador (temáticas de interés de las/los investigadores, modo de acercamiento al campo, vínculo de las/los investigadores con el contexto de estudio): La autora explicita que durante los últimos diez años ha realizado diversas investigaciones relacionadas con la muerte materna y las políticas públicas diseñadas para dar respuesta a ese problema.

Entrevistas y resultados: Trae resultados de trabajos etnográficos previos donde de forma fragmentada se entrelazan fragmentos de relatos de entrevistas sobre el tema relaciones de pareja, violencia de género, división sexual del trabajo en comunidades indígenas.

Artículo 9 de la revisión: I(nter)dentificación racial: racialización de la salud materna a través del programa Oportunidades y clínicas gubernamentales en México.

Cita: Vega RA. I(nter)dentificación racial: racialización de la salud materna a través del programa Oportunidades y clínicas gubernamentales en México. Salud Colectiva. 2017; 13(3): 489:505.

País donde se desarrolla la investigación: México.

Objetivo del trabajo: Examinar el papel de la racialización en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, dentro del ámbito de la salud materna, a partir de las experiencias de los proveedores y administradores de la salud, parteras y madres indígenas y

las receptoras de transferencias monetarias condicionadas a través del programa Oportunidades.

Tema de estudio: Interculturalidad en salud y procesos reproductivos en mujeres indígenas.

Abordaje metodológico: La metodología de esta investigación es cualitativa. Se trata de una etnografía multilocal para estudiar la partería y el parto humanizado en México. Las técnicas de recolección de datos fueron la observación participante y entrevistas en profundidad a mujeres gestantes, parteras tradicionales, parteras profesionales, médicos/as y enfermeros/as.

Otros aspectos metodológicos

Lugar del investigador (temáticas de interés de las/los investigadores, modo de acercamiento al campo, vínculo de las/los investigadores con el contexto de estudio): Explicita el lugar de enunciación. Se posiciona como antropóloga médica y, de manera más específica, como una académica interseccional de la antropología de la reproducción. Cuenta cómo fue su ingreso al campo y cómo esta experiencia transformó sus percepciones sobre el tema de estudio.

Entrevistas y resultados: No se explicitan las características de las personas entrevistadas en el apartado metodológico y tampoco en el apartado de resultados (edad, género, estado civil). Hay escasos fragmentos de entrevistas.

Artículo 10 de la revisión: Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas EmberaChamí de Colombia.

Cita: Cardona Arias JA, Rivera Palomino Y. Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas EmberaChamí de Colombia. Revista Cubana de Salud Pública. 2012; 38(3): 471-483.

País donde se desarrolla la investigación: Colombia.

Objetivo del trabajo: Comprender las representaciones sociales sobre medicina tradicional y algunas enfermedades foráneas en indígenas EmberaChamí de Colombia.

Tema de estudio: Interculturalidad en salud y pueblos indígenas.

Abordaje metodológico: Se trata de una investigación cualitativa desarrollada con 22 adultos de etnia EmberaChamí de Colombia. Se incluyeron 5 médicos tradicionales, 2 parteras, 3 curanderos, 1 rezandero, el coordinador del Programa de Defensa de Salud Integral Indígena,

2 promotoras de salud, 2 auxiliares de enfermería, 2 estudiantes de una Escuela de Médicos Tradicionales y 4 comuneros. Las técnicas que utilizaron para la recolección de datos fueron entrevistas semiestructuradas, observación participante y no participante y diarios de campo.

Otros aspectos metodológicos

Lugar del investigador (temáticas de interés de las/los investigadores, modo de acercamiento al campo, vínculo de las/los investigadores con el contexto de estudio): no explicitados.

Entrevistas y resultados: Hay escasos fragmentos de las entrevistas: no se sabe si la voz pertenece al investigador o las personas entrevistadas.

Artículo 11 de la revisión: El Rijcharismo en el Altiplano peruano como una experiencia pionera de salud intercultural en América.

Cita: Aliaga Rodríguez G. El Rijcharismo en el Altiplano peruano como una experiencia pionera de salud intercultural en América. Revista Cubana de Salud Pública. 2015; 41(3): 497-509.

País donde se desarrolla la investigación: Perú.

Objetivo del trabajo: Reinterpretar el significado del movimiento Rijchary en el ámbito de la salud, la educación y la participación comunitaria.

Tema de estudio: Interculturalidad en salud y movimientos sociales socio-sanitarios.

Abordaje metodológico: Se utilizó una metodología cualitativa, basada en un método hermenéutico y heurístico para sistematizar y reconstruir los hechos. Se revisaron fuentes históricas secundarias, fotografías, testimonios y entrevistas publicadas.

Otros aspectos metodológicos

Lugar del investigador (temáticas de interés de las/los investigadores, modo de acercamiento al campo, vínculo de las/los investigadores con el contexto de estudio): No explicitados.

Entrevistas y resultados: En la exposición de los resultados hace una exposición descriptiva más que interpretativa de las fuentes históricas, entrevistas y testimonio utiliza. Los fragmentos de las fuentes secundarias aparecen entre comillas y con cita de la fuente.

Artículo 12 de la revisión: Salud intercultural y participación comunitaria en mujeres indígenas del Amazonas boliviano: una aproximación crítica.

Cita: Aizenberg L. Salud intercultural y participación comunitaria en mujeres indígenas del Amazonas boliviano: Una aproximación crítica. ESTUDIOS. 2012 enero-junio; 27: 71-86.

País donde se desarrolla la investigación: Bolivia.

Objetivo del trabajo: analizar los mecanismos que explican el bajo nivel de participación de las mujeres en la prevención de la salud comunitaria y de su propia salud reproductiva, en comunidades indígenas en el Departamento de Beni, Amazonas boliviano.

Tema de estudio: Interculturalidad en salud, procesos reproductivos y participación comunitaria de mujeres indígenas.

Abordaje metodológico: Se trata de un estudio cualitativo que emplea múltiples y complementarias fuentes de información. Combina fuentes primarias y secundarias. Las fuentes primarias se basan en entrevistas en profundidad a mujeres, grupos focales y observación no participante. Como fuentes secundarias utiliza datos estadísticos del Censo de Población y Vivienda (2001), del Servicio Nacional de Información en Salud, del Servicio Departamental de Salud del Departamento de Beni y de las encuestas nacionales del Instituto Nacional Estadístico de Bolivia.

Otros aspectos metodológicos

Lugar del investigador (temáticas de interés de las/los investigadores, modo de acercamiento al campo, vínculo de las/los investigadores con el contexto de estudio): Se explicita que la forma de acercamiento a las comunidades fue a través de la técnica “snowball”. El resto de los puntos no están explicitados.

Entrevistas y resultados: Se describen algunas características de la población en estudio, pero no de las/los informantes entrevistadas/os. Aparecen fragmentos de entrevistas.

Artículo 13 de la revisión: Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos.

Cita: Castillo-Santana PT, Vallejo-Rodríguez ED, Cotes-Cantillo KP, Castañueda-Orjuela CA. Salud materna en mujeres Nasa y Misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos. *Saúde Soc.* 2017; 26(1): 61-74.

País donde se desarrolla la investigación: Colombia.

Objetivo del trabajo: Comprender los elementos que configuran la relación entre madres indígenas Nasa y Misak y los servicios de salud tradicional y occidental para el cuidado de la salud materna, enfatizando en el momento del parto.

Tema de estudio: Interculturalidad en salud y procesos reproductivos en mujeres indígenas.

Abordaje metodológico: La metodología de trabajo es de tipo cualitativa-descriptiva y se desarrolló en seis municipios del Cauca. Las herramientas de recolección de datos fueron entrevistas semiestructuradas y grupos focales conformados por mujeres gestantes, parteras, médicos/as tradicionales y personas vinculadas a la secretaria de salud y asociaciones indígenas.

Otros aspectos metodológicos

Lugar del investigador (temáticas de interés de las/los investigadores, modo de acercamiento al campo, vínculo de las/los investigadores con el contexto de estudio): Se explicita el modo de acceso a las/los informantes.

Entrevistas y resultados: Se explicitan características de la población en estudio. Hay fragmentos de entrevistas donde se explicita la fuente que aparecen separados del cuerpo del texto y hay frases o comentarios que aparecen entrecomillados cuando son referencias de las/los informantes.

Artículo 14 de la revisión: Vínculo entre mestizaje y salud en un sistema médico de una comunidad indígena colombiana.

Cita: Cardona-Arias JA. Vínculo entre mestizaje y salud en un sistema público de una comunidad indígena colombiana. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2013; 39(4): 651-664.

País donde se desarrolla la investigación: Colombia.

Objetivo del trabajo: Comprender el vínculo entre el mestizaje y la salud en el Sistema Médico Tradicional Indígena Zenú de Colombia.

Tema de estudio: Interculturalidad en salud y mestizaje en pueblos indígenas.

Conceptualizaciones sobre la interculturalidad: La interculturalidad en salud es entendida como la relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura que potencian los servicios de salud, sobre la base de las necesidades, organización y control de los pueblos. Constituye una estrategia para mejorar el acceso y la calidad de la atención en salud y es un mecanismo que se incorpora en los países con población indígena como respuesta a las presiones sociales sobre el derecho de los pueblos a recibir una atención médica acorde a sus patrones culturales.

Abordaje metodológico: Se trata de un estudio etnográfico que utiliza como técnicas de construcción de datos entrevistas semiestructuradas, diarios de campo y observación participante.

Otros aspectos metodológicos

Lugar del investigador (temáticas de interés de las/los investigadores, modo de acercamiento al campo, vínculo de las/los investigadores con el contexto de estudio): No explicitados.

Entrevistas y resultados: En los resultados no queda claro que afirmaciones parten de los resultados de las entrevistas. No aparecen fragmentos entrecomillados ni referencias a las fuentes. No se explicitan las características de la población en estudio.

Encontramos la siguiente afirmación:

Sin embargo, con la llegada del catolicismo a zonas donde se ubican los asentamientos indígenas, la dimensión espiritual de estos pueblos sufrió un proceso de migración conceptual, donde las propiedades de los espíritus que habitan los sitios sagrados del territorio indígena y de la naturaleza en general, fueron atribuidos a deidades católicas; por ello, al interior del resguardo es común la invocación de “Dios, la Virgen y los Santos” como medios para complementar los recursos terapéuticos del sistema de salud (p.658).

Esta afirmación no está contextualizada histórica y geográficamente, no hay referencia al material de campo para sustentarla en el marco de la investigación, así como tampoco, citas bibliográficas.

Artículo 15 de la revisión: Migración, salud y género: abordajes de proveedores de salud en la atención de mujeres migrantes bolivianas en la provincia de Mendoza, Argentina.

Cita: Aizenberg L, Maure G. Migración, salud y género: abordajes de proveedores de salud en la atención de mujeres migrantes bolivianas en la provincia de Mendoza, Argentina. REMHU, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum. 2017; 25(51): 149-164.

País donde se desarrolla la investigación: Argentina.

Objetivo del trabajo: Comprender la producción discursiva, los modos y procedimientos implicados en las miradas y recomendaciones de los proveedores de salud, en relación con la tarea de “administrar la vida” de las mujeres migrantes a través de la gestión del sistema biomédico.

Tema de estudio: Interculturalidad en salud y abordajes en la atención de mujeres migrantes

Abordaje metodológico: Se trata de un trabajo cualitativo desarrollado en la provincia de Mendoza, Argentina. La investigación consistió en un estudio exploratorio y descriptivo con base en entrevistas en profundidad a un agente sanitario y a grupos focales dirigidos a un equipo interdisciplinario compuesto por 1 psiquiatra, 1 psicóloga y dos trabajadoras sociales del tercer nivel de atención del principal hospital de referencia.

Otros aspectos metodológicos

Lugar del investigador (temáticas de interés de las/los investigadores, modo de acercamiento al campo, vínculo de las/los investigadores con el contexto de estudio): Solo se explicita el modo de acercamiento de las investigadoras al campo.

Entrevistas y resultados: Se explicitan características socio-demográficas de la población en estudio.

Hay fragmentos de entrevistas donde se explicita la fuente. Las entrevistas solo se realizaron a trabajadores de la salud y no a mujeres migrantes.

Apéndice B. Matriz de síntesis

Cuadro 1. Matriz de síntesis con los datos extraídos de los artículos seleccionados para esta revisión

	Artículo 1	Artículo 2	Artículo 3	Artículo 4
Definición de interculturalidad	Habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad. Intento por reconocer la coexistencia de distintas cosmovisiones de lo humano en el ámbito de la salud. Interacción comunicativa.	Confrontación y entrelazamiento que se produce cuando los grupos entran en relaciones de intercambio. Supone conflictos.	Proceso permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre personas, grupos, conocimientos, valores y tradiciones distintas. Ruptura con la historia hegemónica de una cultura dominante y otras subordinadas.	Proyecto político descolonizador relacionado con la lucha de los pueblos indígenas.
Universo categorial relevante	Interculturalidad Barrera de género Asimilacionismo Cultura. Barreras culturales.	Cultura, Interculturalidad. Asimilación. Colonialismo. Etnocentrismo. Discriminación.	Interculturalidad. Cultura. Sistema médico tradicional. Sistema médico facultativo. Conceptualización local del proceso salud enfermedad.	Interculturalidad Cultura Colonización Asimilación Ciudadanía de segunda categoría Castellanización Occidentalización Mestizaje Identidad indígena. Identidad indígena debilitada Etnocentrismo.

Cuadro 1. Continuación.

	Artículo 1	Artículo 2	Artículo 3	Artículo 4
Categorías que no aparecen definidas	Cultura	Cultura Asimilación Colonialismo Etnocentrismo Discriminación	Cultura	Cultura
Racismo	Categoría ausente	Categoría ausente	Categoría ausente	Categoría ausente
Categorías relacionadas con racism	Ausentes	Discriminación	Estigma	Ausentes
Alguna forma de explicitación de matriz de dominación	Categoría de barrera de género	No	No	No
Estadísticas de morbimortalidad	Estadísticas globales sobre mortalidad materna	Ausentes	Ausentes	Ausentes
Referencia a desigualdades socio-económicas, desigualdades sociales	Falta de servicios en salud sexual y reproductiva, barreras culturales y de género	La población en estudio se encuentra en un cuadro histórico de desigualdad social, acentuado cada vez más por la reestructuración neoliberal de los mercados y por el modelo social globalizado	La población indígena lleva el estigma de la marginación y la pobreza producto de una histórica y permanente enajenación social	La historia de los pueblos indígenas en la Amazonía peruana se encuentra marcada por la exclusión del Estado, que ha vulnerado sus derechos y cuya presencia ha sido débil. Indígenas como ciudadanos de segunda categoría

Cuadro 1. Continuación.

	Artículo 1	Artículo 2	Artículo 3	Artículo 4
Lugar del/de la investigador/a	No explicitado	No explicitado	Se explicita que el contacto con las informantes fue a través de los promotores de salud	Se explicita que los testimonios fueron recogidos en el contexto de realización de una tesis doctoral y en el proceso de sistematización del proyecto encargado por el Instituto de Estudios Peruanos y Aidesep. Precisan que todos los autores han sido parte del Programa de Salud Indígena de Aidesep en diferentes roles
Características de las/os informantes	No se especifica si profesionales de la salud son varones o mujeres, su edad, si son originarios de la comunidad en estudio o si vienen de otras ciudades. Refiere que las mujeres gestantes mestiza. No adjudica raza a los trabajadores de la salud	No se explicita la edad y el sexo de las/os entrevistados No se explicita si las/os trabajadores de la salud son originarios de la comunidad en estudio o vienen de otros lugares	No se explicita la edad y el sexo de las/os trabajadores de la salud entrevistadas/os No se explicita si las/os trabajadoras/es son originarios de la comunidad en estudio o vienen de otros lugares.	No se explicita la edad y el sexo de las/os entrevistados

Cuadro 1. Continuación

	Artículo 1	Artículo 2	Artículo 3	Artículo 4
Incorporación de los relatos de entrevistas en las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud	En los resultados del estudio se reproduce la voz de las/los trabajadores de la salud como si fueran las voces de las mujeres gestantes.	Se reproducen las voces de las/os entrevistados en fragmentos extensos.	Encontramos numerosas afirmaciones en nombre de mujeres gestantes que no se acompañan de los fragmentos de las entrevistas correspondientes a dicha afirmación. No queda claro si es la voz de las/los investigadores o de las personas entrevistadas	No encontramos entrevistas que den cuenta de los debates en relación con la conceptualización de salud e interculturalidad por parte de la comunidad en estudio, aspecto que es enunciado como el objetivo principal del trabajo
	Artículo 5	Artículo 6	Artículo 7	
Definición de interculturalidad	Proceso de relación, comunicación y aprendizaje que se fundamenta en el intercambio entre culturas en términos equitativos	Posibilidad de un diálogo democrático, o trato igualitario entre los sistemas de salud tradicional indígena y la biomedicina Propuesta en la que confluyen y se dirime la tensión entre tradición y modernidad	Propuesta ético-política para abordar los problemas que plantean los contextos de diversidad cultural Interculturalidad a nivel macro, en las políticas públicas Micro-interculturalidad: referida a las relaciones interpersonales y a las estructuras culturales y simbólicas	

Cuadro 1. Continuación

	Artículo 5	Artículo 6	Artículo 7
Universo categorial relevante	Interculturalidad Cultura Creencias tradicionales en las madres y otros cuidadores Cultura sanitaria de las madres Creencias culturales	Interculturalidad Enfoque intercultural. Cultura Agentes terapéuticos tradicionales Factores que condicionan el uso del sistema de salud Modelo de cuidado de salud reproductiva. Conductas de salud	Interculturalidad Microinterculturalidad Cultura Situación socioeconómica y de salud de los pueblos indígenas Discriminación Índices de mortalidad materna Ruralización de la agenda intercultural
Categorías relacionadas con cultura	Creencias culturales Cultura sanitaria de las madres	Patrones culturales de reproducción Mecanismos de control y prevención culturales Acto cultural Lógica médica cultural Identidad cultural. Cultura popular Modelo de cuidado cultural Cultura hegemónica Síndrome cultural	Matriz cultural hispano-occidental Tensiones culturales entre medicina occidental y medicina indígena Diversidad cultural. Parto con adecuación cultural Fronteras culturales Barreras culturales Desencuentros culturales
Categorías que no aparecen definidas	Cultura	Cultura	Cultura
Racismo	Categoría ausente	Categoría ausente	Categoría ausente
Categorías relacionadas con racism	Ausentes	Ausentes	Discriminación. Discriminación étnica Prejuicios raciales

Cuadro 1. Continuación.

	Artículo 5	Artículo 6	Artículo 7
Alguna forma de explicitación de matriz de dominación	No	No	No
Estadísticas de morbimortalidad	Ausentes	Ausentes	Índices de mortalidad materna
Referencia a desigualdades socio-económicas, desigualdades sociales	No	No	Asimetrías sociales y económicas en pueblos indígenas
Lugar del/de la investigador/a	No explicitado	No explicitado	No explicitado
Características de las/os informantes	Se explicita edad, sexo, nivel de escolaridad y ocupación de las/os entrevistados.	Se explicitan las características de las mujeres entrevistadas, edad, estado civil, actividades desarrolladas en el hogar, tipo de parto.	No corresponde (el trabajo analiza documentos)
Incorporación de los relatos de entrevistas en las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud	Se explicitan las categorías de análisis a partir de las cuales se construyen las entrevistas, y que guiarán las indagaciones de la investigación. Hay numerosos fragmentos de entrevistas, pero no se explicita a qué entrevistados/as pertenecen los enunciados	Los relatos de las mujeres entrevistadas aparecen fragmentados en el cuerpo del texto, entrelazados con la voz de la autora	No corresponde (el trabajo analiza documentos)

Cuadro 1. Continuación.

	Artículo 8	Artículo 9	Artículo 10
Definición de interculturalidad	Propuesta ético-política que implica una autorreflexión de los proveedores de los servicios de salud sobre sus propias prácticas, representaciones y prejuicios acerca de los pacientes y su cultura	Una fuerza poderosa para la producción de sujetos racializados. Estrategia de enmascaramiento de dinámicas de poder desiguales, percepciones dispares del valor, y discriminaciones raciales continuadas	Enfoque holístico sobre la salud, que promueve la reciprocidad entre actores y recursos terapéuticos de la medicina occidental y la tradicional indígena
Universo categorial relevante	Cultura Mortalidad materna Empoderamiento de las mujeres Racismo Discriminación Indicadores de salud de pueblos indígenas Muerte materna y relaciones de género Violencia de género	Interculturalidad Cultura. Procesos de racialización Discriminación racial Otrificación Emblanquecimiento Racialización de la biología Raza Racismo Racismo sin raza Inter-identificación racial Interseccionalidad Desigualdades de género Colonialismo Acceso desigual a recursos	Interculturalidad Cultura Procesos de hibridación y mestizaje

Cuadro 1. Continuación.

	Artículo 8	Artículo 9	Artículo 10
Categorías relacionadas con cultura	Democracia cultural Seguridad cultural Democracia cultural Cultura en salud Competencia cultural Diversidad cultural Enlace o articulador cultural	Culturas mestizas e indígenas	Identidad cultural Rol cultural
Categorías que no aparecen definidas	Cultura	Cultura Mestizaje	Cultura
Racismo	Categoría presente	Categoría presente	Categoría ausente
Categorías relacionadas con racismo	Discriminación	Discriminación Emblanquecimiento Otrificación	Ausentes
Alguna forma de explicitación de matriz de dominación	Las relaciones de clase, la pertenencia a un grupo étnico, a un género y a una generación va a conformar relaciones estructuradas o posiciones del sujeto	Factores como raza, clase social, educación y otras formas de capital cultural se imbrican entre sí para producir construcciones sociales de identidad racial generizada Define interseccionalidad	No
Estadísticas de morbilidad	Incluye datos duros en el gasto en salud, registros oficiales sobre mortalidad materna e indicadores de brechas entre población indígena y no indígena en niveles de salud y acceso a recursos sanitarios	Ausentes	Ausentes

Cuadro 1. Continuación.

	Artículo 8	Artículo 9	Artículo 10
Referencia a desigualdades socio-económicas, desigualdades sociales	Las mujeres que habitan en regiones indígenas siguen falleciendo por causas derivadas de la maternidad en mayor proporción que las mujeres no indígenas Hace referencia a las condiciones de pobreza de las poblaciones en estudio	Referencia a la marginación, violencia y exclusión de los pueblos indígenas Acceso desigual a recursos terapéuticos que enfrentan las mujeres indígenas	No
Lugar del/de la investigador/a	La autora explicita que durante los últimos diez años ha realizado diversas investigaciones relacionadas con la muerte materna y las políticas públicas diseñadas para dar respuesta a ese problema	Explicita el lugar de enunciación Se posiciona como antropóloga médica y como una académica interseccional de la antropología de la reproducción Cuenta cómo fue su ingreso al campo y cómo esta experiencia transformó sus percepciones sobre el tema de estudio	No explicitado
Características de las/os informantes	No corresponde (la autora analiza datos estadísticos y documentos)	No se explicita las características de las personas entrevistadas	Se explicita las profesiones y trabajos de las personas entrevistadas. No se explicita edad, género

Cuadro 1. Continuación.

	Artículo 8	Artículo 9	Artículo 10
Definición de interculturalidad	Encuentro respetuoso de saberes entre la medicina occidental y la medicina de los pueblos indígenas	Una propuesta para promover la participación comunitaria con el fin de aumentar el uso y acceso de las poblaciones indígenas a los servicios de salud modernos	Interculturalidad términos de relaciones interculturales que se expresan de manera cotidiana y están mediadas por relaciones de poder y subordinación. La interculturalidad abarca una variedad de formas de relación entre actores de diferentes sistemas médicos, que dependen, entre otros, del reconocimiento del otro, de la apertura al diálogo y del ejercicio del poder
Universo categorial	Interculturalidad Cultura Tensión social Brecha entre los indicadores de salud de población indígena y de población nativa Condición étnica Indigenismo Racismo científico Morbimortalidad de mujeres indígenas Rijcharismo Diálogo intercultural	Interculturalidad Cultura Cultura de la desorganización social Barreras de género Baja performance en salud Aislamiento de la medicina moderna	Interculturalidad Cultura Discriminación Mortalidad materna Sistemas médicos como sistemas culturales Relación entre salud y autonomía alimentaria Cosmogonía Cosmovisión Riesgo Sistema médico occidental Mortalidad evitable Operativo para identificar causas de muerte. Maternidad asociada a riesgo Parto institucional asociado a parto seguro Cultura como barrera

Cuadro 1. Continuación.

El lugar de la cultura en la categoría de interculturalidad	No explicitado	No explicitado	No explicitado
Categorías que no aparecen definidas	Cultura	Cultura	Cultura
Racismo	Categoría ausente	Categoría ausente	Categoría ausente
Categorías relacionadas con racism	Ausentes	Ausentes	Ausentes
Alguna forma de explicitación de matriz de dominación	Expresa la relación entre pobreza y condición étnica	Barreras de género	No
Estadísticas de morbimortalidad	Ausentes	Ausentes	Muestra las razones de mortalidad materna de población indígena de La Guajira y Cauca
Referencia a desigualdades socio-económicas, desigualdades sociales	Desigualdades socioeconómicas y sanitarias entre la población indígena y el feudalismo terrateniente Referencia al analfabetismo de la población indígena	Bajos niveles de salud de poblaciones indígenas. Barreras de género como causa del aislamiento de las mujeres de la medicina moderna y como obstáculo para el trabajo de las promotoras de salud	Vulneraciones sistemáticas de los derechos de los pueblos indígenas Violencia que pone en riesgo la supervivencia física y cultural de estos pueblos Menciona condiciones sociales y económicas desfavorables que han llevado a la afectación de su salud

Cuadro 1. Continuación.

	Artículo 11	Artículo 12	Artículo 13
Características de las/os informantes	No corresponde (el autor utiliza documentos históricos como material empírico)	Se describen algunas características de la población en estudio, pero no de las/os informantes entrevistadas/os.	Se explicitan características de la población en estudio, roles de las/os entrevistados en la comunidad. No se explicita edad o género
Incorporación de los relatos de entrevistas en las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud	No corresponde (el autor utiliza documentos históricos como material empírico)	Se incorporan fragmentos de entrevistas.	Hay fragmentos de entrevistas que son incorporados separados del cuerpo del texto. Hay frases o comentarios que aparecen entrecomillados cuando son expresiones de las/os informantes.

Cuadro 1. Continuación.

	Artículo 14	Artículo 15
Categorías relacionadas con cultura	Arraigos culturales Desterritorialización de los procesos culturales Aculturación Adecuación cultural	Cultura de las mujeres Cultura de los migrantes
Universo categorial relevante	Cultura Medicina tradicional. Complementariedad y reciprocidad entre medicina tradicional indígena y medicina occidental Mestizaje Mestizaje como obstáculo para la implementación de la interculturalidad Aculturación Arraigo cultural Adecuación cultural Procesos de colonización Medicina occidental-saber técnico instrumental	Cultura Migración como riesgo Mirada introspectiva de los trabajadores de la salud sobre su rol Biologismo médico Discurso epidemiológico del riesgo Dominancia biomédica Procesos de normalización Disciplinamiento biomédico
El lugar de la cultura en la categoría de interculturalidad	No explicitado	No explicitado
Categorías que no aparecen definidas	Cultura Aculturación	Cultura
Racismo	Categoría ausente	Categoría ausente
Categorías relacionadas con racismo	Ausentes	Discriminación

Cuadro 1. Continuación.

	Artículo 14	Artículo 15
Alguna forma de explicitación de matriz de dominación.	No	Interseccionalidad de las dimensiones de género, etnicidad, clase social y origen nacional en los resultados experimentados por las personas en contextos migratorios
Estadísticas de morbilidad	Ausentes	Ausentes
Referencia a desigualdades socio-económicas, desigualdades sociales	Referencia a la desterritorialización de los procesos culturales y sociales con graves repercusiones: pérdida de las redes sociales e intercambio, pérdida de referentes naturales para actividades productivas, políticas y culturales, aumento de la inseguridad alimentaria, aumento de los procesos de aculturación Mestizaje como la causa de la pérdida del uso de la medicina tradicional indígena	Migración como un factor de riesgo para la salud La confluencia del género, la etnia, la clase social, las condiciones laborales, la nacionalidad, la falta de perspectiva intercultural, y la indocumentación pueden conducir a las más extremas violaciones de derechos humanos, incluyendo abusos sexuales, deterioro de la salud reproductiva y amenaza a la integridad física Obstáculos para el cuidado de la salud debido a la combinación de distintos determinantes sociales como el bajo nivel educativo, las condiciones desfavorables de vivienda, el escaso acceso a los servicios de infraestructura básica y las condiciones laborales insalubres o precarias Se explicita el modo de acercamiento de las investigadoras al campo
Lugar del/de la investigador/a	No explicitado	
Características de las/os informantes	No se explicitan	Se explicitan características socio-demográficas de la población en estudio pero no de informantes

Cuadro 1. Continuación.

	Artículo 14	Artículo 15
Incorporación de los relatos de entrevistas en las investigaciones empíricas sobre interculturalidad en salud	No queda claro si algunas afirmaciones son producto de las reflexiones de las/os entrevistadas/os o de las/os autoras/es. No se incorporan fragmentos de entrevistas.	Hay fragmentos de entrevistas donde se explicita la fuente

Fuente: Elaboración propia