

## Interculturalidad y Formación Superior en Salud Indígena: aportes para un proyecto político-pedagógico emancipatorio<sup>1</sup>

LUCIANE OURIQUES FERREIRA\*

Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz

MARCIO FLORENTINO PEREIRA\*

Conselho Nacional de Saúde, Universidade de Brasília

### Resumen

El derecho a una atención diferenciada a la salud para indígenas está contemplada en dos directrices de la Política Nacional de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas (PNASPI): la primera, trata de la formación de recursos humanos, y la segunda, recomienda a los servicios de salud que actúen de forma articulada junto a las medicinas indígenas. La falta de cualificación intercultural de los profesionales de la salud para actuar en comunidades culturalmente diferenciadas constituye un obstáculo para el ejercicio de ese derecho. La formación superior de indígenas surge, entonces, como un medio de calificar la atención a la salud prestada a esos pueblos. Sin embargo, las licenciaturas de grado en salud aún no han desarrollado metodologías adecuadas para contemplar las especificidades socioculturales de esos pueblos. Por lo tanto, la salud colectiva tiene un importante papel en la construcción de un proyecto político-pedagógico emancipador, basado en la ecología de saberes, para la formación superior en salud indígena.

**Palabras clave:** salud indígena, formación superior, interculturalidad, ecología de saberes

## Interculturality and Higher Education for Indigenous Health: contributions for an emancipatory political-pedagogical project

### Abstract

*The right of special attention to indigenous health is covered by two directives of the National Health Care for Indigenous Peoples that deals with the training of human resources and*

\*Doctora en Antropología Social por la Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. Becaria de Posdoctorado del programa Brasil sem Miséria/CAPES, en la Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Dirección postal: R. Leopoldo Bulhões, 1480, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ. Correo electrónico: lu.ouriquesf@gmail.com

\*\* Doctor en Ciencias de la Salud por la Universidade Federal de Brasília, Brasil/ Centro de Estudos Sociais en Coimbra. Profesor Adjunto del Departamento de Salud Colectiva, Universidade Federal de Brasília. Secretario Ejecutivo del Conselho Nacional de Saúde. Dirección postal: Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Edifício Anexo, Ala B - 1º andar, Sala 103B, Brasília, DF. Correo electrónico: marcio.florentino@saude.gov.br El artículo es producto del proyecto "Interculturalidad y Salud Colectiva: aportes para un proyecto político-pedagógico emancipatorio para la salud indígena", desarrollado en el año 2012 en el Departamento de Salud Colectiva de la Universidade de Brasília.

<sup>1</sup> Traducido al español por Evilene Paixão, periodista.

*recommends that health services act in a coordinated manner to indigenous medicines . The lack of intercultural competence of health professionals to work in culturally different communities constitutes an obstacle to the implementation of this right. The higher education of indigenous arises, then, as a means of qualifying health care provided to these people. However, undergraduate courses in health have not yet developed appropriate methodologies to address the socio-cultural specificities of these people. It is the collective health an important role in building a political-pedagogical project emancipatory, based on the ecology of knowledge, for training in Indigenous health.*

**Key words:** *indigenous health, higher education, interculturality, ecology of knowledge*

---

Para comenzar, es necesario mencionar que con la promulgación de la Constitución Federal del año 1988, el Estado Brasileño reconoció el derecho de los pueblos indígenas a mantener sus organizaciones sociales, costumbres, lenguas y tradiciones, así como sobre las tierras que tradicionalmente ocupan. Hasta esa época, la política indigenista oficial atribuía a los indios el estatus de relativamente (in)capaces, previendo su integración a la comunión nacional de forma progresiva y armónica. La tutela fue el dispositivo colonial empleado para proteger a los pueblos indígenas hasta que ellos, despojados de sus culturas de origen, pudieran ser emancipados y asimilados a la sociedad como trabajadores nacionales. En el proceso de construcción de la nación brasileña, por lo tanto, muchos saberes y prácticas indígenas fueron silenciados y oficialmente sometidos a la condición de no-existentes<sup>2</sup>.

Al superar la tutela y reconocer a los pueblos indígenas como sujetos de derechos y ciudadanos del Estado, la Carta Magna instauró las bases para el desarrollo de políticas públicas específicas. Dos casos ejemplares son las desarrolladas por los sectores de educación y salud. En el primer caso, la Constitución prevé el derecho de los pueblos indígenas para tener acceso a la educación formal diferenciada, configurada por la enseñanza bilingüe y por la utilización de sus procesos propios de aprendizaje. En lo que se refiere a la educación superior, la inclusión de indígenas en las universidades viene siendo observada desde el año 2004 por el Sistema Especial de Reserva de Vacantes - cuotas<sup>3</sup>.

---

2 Según el Censo Demográfico del año 2010, la población indígena es de 817.963 mil personas, organizadas en más de 300 etnias hablantes de 274 lenguas distintas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2012).

3 Proyecto de Ley nº 3627/2004 que instituye el Sistema Especial de Reserva de vacantes para estudiantes egresados de escuelas públicas.

En el segundo caso, el derecho a la atención diferenciada de la salud pasa a ser contemplado desde el año 1999, por medio de la creación del Subsistema de Atención de Salud Indígena y de la reglamentación de la Política Nacional de Atención de Salud de los Pueblos Indígenas (PNASPI). Sin embargo, uno de los mayores obstáculos para hacerlo efectivo está asociado a la falta de preparación de los profesionales de salud para actuar en contextos culturales diferenciados<sup>4</sup>.

Una de las apuestas del movimiento indígena para superar ese obstáculo es, justamente, la formación de profesionales indígenas para trabajar en sus propias aldeas. Así, el sistema de cuotas se presenta como posibilidad para que los jóvenes indígenas busquen en la academia los conocimientos técnico-científicos necesarios para mejorar la salud de sus comunidades. Es por esto que las políticas de educación y salud, incluyendo la salud colectiva, se encuentran desarrollando un papel importante en la construcción de un proyecto político-pedagógico y emancipador para la enseñanza superior en salud indígena. El presente artículo, por lo tanto, busca reflexionar sobre algunas contribuciones que la salud colectiva puede aportar al desarrollo de este proyecto<sup>5</sup>.

---

## La Política Nacional de Salud Indígena

La Política Nacional de Atención para la Salud de los Pueblos Indígenas (PNASPI) reglamentada por el Decreto n° 3.156/1999, fue creada con la misión de compatibilizar la Ley Orgánica de Salud (Ley n° 8080/1991) a los derechos indígenas instituidos por la Constitución Federal de 1988. La PNASPI busca garantizar a los pueblos indígenas el acceso integral y diferenciado a la salud “contemplando la diversidad social, cultural, geográfica y política (...) y reconociendo la eficacia de su medicina y el derecho de esos pueblos a su cultura” (Brasil, 2002, p.13).

---

4 Conviene aclarar que el presente artículo no entiende la cultura como un aglomerado de trazos, noción que subyace a la idea de aculturación. Entendemos las culturas como sistemas de significados producidos, reproducidos y revisados en el ámbito de los procesos comunicativos que, así como el lenguaje, poseen una cualidad emergente (Manheim y Tedlock, 1995).

5 Las reflexiones presentadas son fruto de la experiencia de los autores en actividades de docencia y extensión realizadas en la Universidade de Brasília y en asesorías prestadas a dos proyectos de extensión: el proyecto Red de Saberes, de la Universidade Católica Don Bosco, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, etc.; y la iniciativa Diálogos de Saberes, ejecutada en el año 2011 en la Universidade Federal de Mato Grosso.

La primera directriz de la PNASPI constituye la creación de un modelo complementario de organización de los servicios –los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEIs)<sup>6</sup>– como forma de garantizar una atención diferenciada a los pueblos indígenas, sin someterlos “a las homogeneidades técnicas, las que tienden a reducir la planificación y la administración de recursos de la salud” (Varga, 1992, p.136). Además, dos de sus directrices son estratégicas para efectivizar el principio de atención diferenciada: la primera, prevé la preparación de recursos humanos para actuar en los contextos interculturales de salud indígena. La segunda, recomienda a los servicios para actuar articuladamente junto a las medicinas tradicionales indígenas (Brasil, 2002).

La atención diferenciada a la salud indígena está relacionada al reconocimiento de la particularidad cultural de cada pueblo y al respeto que los servicios deben tener con las prácticas y saberes indígenas, considerándolos recursos válidos de cuidado para la salud (Langdon, 2007). Sin embargo, el concepto de la atención diferenciada todavía tiene que llevarse a la práctica dentro del sistema de salud pública (Garnelo, 2004; Langdon, 2004). A pesar de que ese principio sea preconizado por la PNASPI, las limitaciones relativas a la calidad de la atención y a la baja sensibilidad cultural de los servicios prestados por los DSEIs, aún no han sido superadas.

Para Langdon (2004), el hecho de que aún persista entre los profesionales una visión esencialista sobre las medicinas indígenas y la percepción de que las culturas de esos pueblos constituyen un obstáculo al momento de practicar la salud, compromete la calidad de la asistencia. La “ignorancia del sistema oficial de salud con los sistemas sociomédicos indígenas contribuye a simplificar, reificar y reducir las medicinas indígenas y a sus practicantes a estereotipos” (p. 16).

---

## Salud colectiva

Existe un consenso en la salud colectiva de que son tres las grandes áreas de conocimiento que conforman ese campo: la política y la planificación, la epidemiología y las ciencias sociales y humanas (Nunes, 2009). A pesar de estar configurada por tensas relaciones epistémicas, la salud colectiva constituye un campo de prácticas ejercidas por diversos agentes (especiali-

---

<sup>6</sup> Buscando adecuar los servicios a las realidades culturales, epidemiológicas e geográficas de cada etnia, fueron implantados entre los años 1999 y 2000, 34 DSEIs (Garnelo, 2004).

zados o no), que extrapola los límites de lo que es reconocido como el sector de la salud. Al adoptar una perspectiva ampliada de la salud y propiciar el surgimiento de nuevas constelaciones disciplinares, la salud colectiva asumiría el carácter de una interciencia (Nunes, 2009).

Carvalho y Ceccim (2009) identifican como principios determinados por la salud colectiva la interdisciplinariedad, el enfoque en la integralidad y en la equidad; la superación del paradigma biologicista y del modelo clínico hegemónico; el estímulo a la autonomía de las personas vía construcción de proyectos terapéuticos particularizados, la valorización del cuidado y no sólo de la prescripción procedimental y medicamentosa; el estímulo a la convivencia y al establecimiento de vínculos entre comunidades y profesionales; y la crítica a la medicalización y a la mercantilización de la salud.

La propia complejidad del campo establece la formación superior como un desafío, ya que no se trata sólo de entrenar profesionales para reproducir técnicas y conocimientos básicos de salud, sino de habilitarlos para implementar en su práctica los principios de la salud colectiva. Generalmente, las licenciaturas universitarias del área de salud no proporcionan una orientación teórica y metodológica apropiada para cumplir esos principios. Uno de los factores que contribuye a ello se refiere a la distancia existente entre la enseñanza y la realidad de los servicios de salud y de las comunidades donde los profesionales actuarán (Campos et. al., 2008). El otro factor remite a la hegemonía del abordaje biologicista y tecnicista, y a la especialización y fragmentación disciplinar del proceso de aprendizaje del saber-hacer en salud.

Una educación de carácter instrumental y recortada pasó a determinar los contenidos y una forma de disponibilizarlos. Los contenidos fueron cristalizados en disciplinas, subdivididas en ciencias básicas y ciencias clínicas, área biológica y área profesional, conocimientos aplicados y reflexivos (...) La formación en salud paso a ser una "frazada de retazos" zurcida en una concepción de cuerpos destituidos de almas y desarticulados de otros cuerpos, pura naturaleza, de comportamiento invariable y explicable científicamente por las ciencias naturales. (Carvalho e Ceccim, 2009, p. 142)

Para hacer efectivos los principios de la salud colectiva en el ámbito de la formación en salud es preciso desarrollar nuevas estrategias pedagógicas y adoptar un nuevo enfoque de la atención orientada no sólo a la curación, sino también a la prevención y a la promoción de la salud (Campos et.

al., 2008). Así, se hace necesario promover subjetividades profesionales aptas para actuar de forma creativa junto a las comunidades. La estrategia de formación en servicio puede contribuir a ampliar la autonomía de las personas en la producción de su propia salud, restituyendo al paciente y a su red de apoyo una posición activa en la construcción de su proyecto terapéutico (Carvalho y Ceccim, 2009).

Al tomar las prácticas de salud como objetos de producción de conocimiento e incentivar a los profesionales a reflexionar de forma crítica sobre los efectos de su acción en el mundo, la salud colectiva podrá contribuir a reinventar la propia emancipación social (Arriscado, 2008). Su acción no se enfocará en la producción de nuevos saberes y prácticas no restringidas al conocimiento técnico-científico, sino que se espera promover la auto-determinación, la libertad y el buen vivir de los sujetos, comunidades y profesionales de salud.

---

### La formación superior para la salud indígena

La falta de preparación de los profesionales de la salud para actuar junto a los pueblos indígenas constituye uno de los grandes obstáculos a la efectividad de una atención integral y diferenciada de la salud indígena. A pesar de que la PNASPI prevé la capacitación de recursos humanos, hasta el momento no fue desarrollada una propuesta de formación orientada al desarrollo de competencias necesarias para la actuación profesional en salud indígena.

Para hacer frente a esa situación, el movimiento indígena de Brasil entiende que es importante formar sus propios profesionales de la salud que, al ser indígenas, estarían más preparados para actuar en sus comunidades. En este contexto, el sistema de cuotas para el ingreso en las universidades brasileñas emerge como una posibilidad para que los indígenas accedan a las carreras del área de la salud, tales como: medicina, enfermería, odontología y nutrición, entre otras.

Sin embargo, para que el derecho a la educación indígena diferenciada sea reconocido por las instituciones de educación superior, se hace necesario elaborar proyectos político-pedagógicos pensados en relación a la diferencia y direccionados hacia la construcción de competencias comunicativas interculturales necesarias para la promoción de la articulación entre sabe-

res y prácticas oriundos de distintos horizontes epistemológicos<sup>7</sup>. Para el desarrollo de esas competencias es necesario crear espacios académicos de frontera, que permitan a los estudiantes interrogarse libremente sobre la pertinencia, la adecuación y el impacto de los saberes técnico-científicos aprendidos y sobre las realidades sociomédicas de sus pueblos. La competencia intercultural requiere el reconocimiento del carácter situado y no de aquél universalmente validado de los conocimientos biomédicos, proporcionando una abertura dialógica hacia los saberes de otros pueblos indígenas, que posibilite la emergencia de constelaciones epistémicas emancipatorias y creativas.

Si bien es cierto que la política de cuotas abre la posibilidad de reflexionar sobre la educación diferenciada en el ámbito de la formación superior, ésta aún no ha sido adaptada a las múltiples realidades socioculturales de los pueblos desde donde son provenientes los académicos indígenas. De hecho, por reforzar la hegemonía de la biomedicina en el ámbito de las licenciaturas de grado, la formación en salud en Brasil pasa a ser heredera del colonialismo epistémico occidental. Siendo así, ésta tiende a reproducir la colonialidad del poder, en la medida que silencia a los conocimientos subalternizados y coloniza las subjetividades de los indígenas al forjar sus nuevas identidades profesionales<sup>8</sup>.

Las licenciaturas de grado en el área de la salud, en general, promueven que los estudiantes experimenten durante su proceso de formación, la tensión entre las exigencias del modelo biomédico y las experiencias subjetivas que dan cuenta de lo vivido. Durante los primeros años de estudio, los estudiantes reciben una orientación biologicista que influenciará de forma determinante su identidad profesional. La formación superior no sólo transmite conocimientos técnico-científicos, sino que genera un *habitus* propio al trabajo en salud que modela las subjetividades profesionales de esos sujetos (Bonet, 2004).

Los dos aspectos que se interconectan en la práctica biomédica dan lugar a una tensión (...) entre las exigencias del modelo biomédico, con su énfasis en el saber y las prácticas guiadas por los algoritmos y protocolos, y el sentir, derivado de las

---

7 Entendemos por competencia intercultural a la habilidad dialógica que debe ser desarrollada por los profesionales de salud –indígenas o no– para construir junto con las comunidades donde actúan, rutinas compartidas de cuidados de salud que articulen conocimientos y prácticas diferentes socioculturales.

8 La colonialidad del poder no se limita solo al “dominio económico-político y jurídico-administrativo de los centros sobre las periferias, sino que posee también una dimensión epistémica, es decir, cultural” (Castro-Gómez e Grosfoguel, 2007, p. 19).

experiencias individuales y que coloca a los agentes frente a su forma de vivir la práctica biomédica y frente a sus representaciones que están más allá de lo estrictamente científico. (Bonet, 2004, p. 104)

Uno de los primeros desafíos que los indígenas enfrentan al ingresar en la academia tiene relación con las dificultades de adaptación al modo de vida en la ciudad que, además de ser radicalmente distinguido de la vida en la aldea, requiere que ellos permanezcan distantes de sus familiares por largos períodos. Por otro lado, muchos llegan a las universidades con el encargo de sus parientes de encontrar soluciones a los problemas de salud de sus comunidades. Generalmente, al haber una gran distancia entre la enseñanza y las realidades comunitarias, las carreras no ofrecen respuestas adecuadas a las indagaciones de esos estudiantes y tampoco los estimulan a construirlas de forma participativa junto a las comunidades.

Si por un lado, por su condición de indígenas los estudiantes son el foco de prejuicios y discriminaciones por parte de sus profesores y compañeros de carrera, por otro, los docentes que apoyan el sistema de cuotas encuentran dificultades para lidiar con la presencia indígena en las salas de clases. En última instancia, los indígenas tienden a ser “adoptados” por algunos profesores que, al no poseer conocimientos sobre la diversidad constitutiva del campo de la salud indígena, tienden a reproducir prácticas tutelares pautadas en la repetición de los protocolos de salud. Se suman a ello las dificultades cognitivas de los alumnos para responder a las dinámicas impuestas por los cursos de las licenciaturas del área de salud, ya que ellos provienen de otros universos socioculturales.

Los académicos indígenas de la carrera de salud del Estado de Mato Grosso do Sul que participaron de los talleres del Proyecto Red de Saberes en mayo del año 2011, indicaron que una de las dificultades que enfrentan son las diferencias existentes entre los modelos explicativos aprendidos en las licenciaturas y las concepciones indígenas sobre el proceso de salud y enfermedad. En el contexto de la atención, generalmente, la relación entre esas diferentes concepciones produce disputas de poder entre los profesionales –indígenas o no– y los practicantes de las medicinas indígenas, como también refuerza las tensiones existentes en el contexto comunitario. Ese es el caso, por ejemplo, del conflicto generacional en muchas aldeas indígenas del país: muchos jóvenes no creen en los saberes de los ancianos de su pueblo; por otro lado, estos últimos también se resisten, con actitud decolonial, a los conocimientos traídos por los profesionales indígenas.

Sin disponer de mecanismos para abordar esos impases, las licenciaturas en el área de la salud tienden a convencer a los académicos indígenas de que la percepción de sus comunidades sobre el proceso salud-enfermedad-atención constituye un obstáculo para practicar la salud. En el contexto de la enseñanza universitaria, todo se realiza para que los alumnos indígenas accedan a los conocimientos científicos de validez universal, que les permitirá cuestionar la eficacia de los saberes y de las prácticas utilizadas tanto en el proceso de construcción personas (Seeger, Da Matta y Viveiros de Castro, 1980), como en la prevención de las enfermedades y promoción y recuperación de la salud. En este caso, el conflicto entre saberes anclados en horizontes epistemológicos distintos también pasa a ser constitutivo de la subjetividad del académico indígena, configurando sus pensamientos y emociones como su representación de sí mismo, de los otros y del mundo que los circunda.

Si todos aquellos que buscan la formación en salud tienen su subjetividad remodelada, los estudiantes indígenas, al ser provenientes de universos culturales distintos de aquél que sustenta la ciencia como modelo de racionalidad universalmente válida, vivencian este proceso de una forma dramática. En palabras de un académico indígena que participó de las actividades de la Red de Saberes, se refiere a que “la licenciatura en salud que no atiende a nuestra especificidad tiene como objetivo blanquearnos”. Tal vez desde ahí emerge el sentido profundo de “crisis de identidad” que los académicos dicen sufrir al ingresar a la universidad y pasar a ocupar la posición de entre-lugar: entre los saberes y prácticas localmente situados de las comunidades y los conocimientos de la ciencia moderna que, por regla, descalifica y silencia los diversos saberes indígenas.

Por lo tanto, para realizar el derecho a la educación diferenciada en la educación superior, es preciso crear mecanismos para que los estudiantes indígenas aprendan los conocimientos biomédicos, sin colocar en cuestión los saberes que los constituyen como personas en el ámbito de sus comunidades. Se hace necesario también crear mecanismos para forjar subjetividades creativas y aptas para articular saberes y prácticas enraizadas en horizontes epistemológicos distintos. La ecología de saber propuesta por Santos (2011) puede contribuir a la producción de nuevas constelaciones de conocimientos emancipadores, no sólo interdisciplinarios, sino interculturales.

---

## Salud indígena, interculturalidad y ecología de saberes

Para Santos (2010) la modernidad occidental es originariamente colonialista y para Mignolo (2007) la colonialidad es constitutiva de la propia modernidad. La actitud occidental que reconoce el conocimiento científico como superior a los demás constituye un aspecto de la colonialidad del poder que alimenta al sistema-mundo moderno<sup>9</sup>. Al instituir “una representación hegemónica y un modo de conocimiento que defiende su propia universalidad” que descalifica a las narrativas de los subordinados, la ciencia moderna contribuye a fundar su propia diferencia colonial (Escobar, 2003, pp.60-61).

En la perspectiva desarrollada por Santos (2010), sin embargo, la modernidad, en cuanto paradigma sociocultural que no encuentra en la actualidad posibilidades de renovarse, entra en crisis, dando lugar a un momento de transición paradigmática. En la dimensión epistémica, esa transición se da entre la ciencia moderna y una ciencia emergente sustentada por el paradigma de un conocimiento prudente para una vida decente. Para el autor el nuevo paradigma debe surgir a partir de uno de los pilares marginalizados de la modernidad: el conocimiento emancipatorio<sup>10</sup>. En este nuevo contexto paradigmático, la cultura es considerada como constitutiva de la ciencia, al mismo tiempo en que los valores cognitivos no están apartados de los valores éticos y políticos. Por tanto, si en el mundo existen diversas culturas, entonces también hay otras explicaciones válidas de la realidad que precisan ser consideradas (Santos, 2010).

Existe una variedad de experiencias sociales en el mundo que han sido desperdiciadas por no ser reconocidas por la ciencia moderna occidental. Al no reconocer la validez de los saberes pautados sobre principios epistémicos y metodológicos extraños al que ella preconiza, la racionalidad científica instituye una jerarquía que marginaliza, silencia, excluye y destruye los

---

9 De acuerdo con el enfoque decolonial, las estructuras coloniales de larga duración instituidas durante los siglos XVI y XVII, a pesar de haber sufrido cambios a lo largo de la historia, continúan influenciando la conformación de la realidad social postcolonial, a través de la colonialidad del poder, del saber e del ser (Castro-Gomes y Grosfoguel, 2007).

10 La modernidad se asienta sobre dos pilares: el de la regulación y el de la emancipación. Mientras que el pilar de la regulación está formado por los principios del Estado, del mercado y de la comunidad; el de la emancipación abarca la lógica estético-expresiva de las artes y la literatura, la lógica cognitivo-instrumental de la ciencia y la tecnología y la lógica moral-práctica de la ética y del derecho. En la trayectoria histórica recorrida por la modernidad, el conocimiento-emancipatorio pasó a ser colonizado por el conocimiento-regulación (Santos, 2011).

saberes de grupos subalternos (Santos, 2010). Al tornarse hegemónica y colonizar otras formas epistémicas, la ciencia occidental asume el carácter de monocultura del saber responsable por el epistemicidio de los conocimientos anclados en contextos no hegemónicos y subalternos.

Existe producción de no existencia siempre que una entidad dada es descalificada y tornada invisible, ininteligible o descartable de un modo irreversible (...). Se trata de formas sociales de inexistencia porque las realidades que ellas conforman están solo presentes como obstáculos en relación a las realidades que cuentan como importantes, sean realidades científicas, avanzadas, superiores, globales o productivas. (Santos, 2010, p. 102)

Para que el conocimiento emancipatorio sea construido, se hace necesario crear condiciones para visibilizar los saberes silenciados por la ciencia moderna, colocando la diferencia colonial en el centro del proceso de producción de conocimientos (Mignolo, citado en Castro-Gómez, 2007). Esto porque la producción de saberes emancipatorios solo podrá realizarse mediante la descolonización epistémica, actitud que atenta a la resistencia semántica capaz de resignificar las formas hegemónicas de conocimiento, desde el punto de vista de las subjetividades subalternas (Mignolo, 2007).

Por lo tanto, para contraponer a la monocultura del conocimiento científico y crear las condiciones necesarias para la producción de un nuevo conocimiento emancipatorio es necesario reconocer la diversidad epistemológica, cultural y ontológica constitutiva de la contemporaneidad (Santos, 2011). El diálogo intercultural y la traducción son los soportes metodológicos por medio de los cuales se posibilitaría la comprensión mutua entre diferentes epistemes y las nuevas constelaciones de saberes y prácticas emancipadoras. Sin embargo, ¿cómo realizar un diálogo multicultural cuando algunas culturas fueron reducidas al silencio y sus formas de ver y conocer el mundo se tornaron impronunciables?, ¿Cómo hacer hablar al silencio sin que este hable necesariamente del lenguaje hegemónico que lo pretende hacer hablar? (Santos, 2011, p.30).

El diálogo intercultural, como acontecimiento del lenguaje, por medio del cual se da el entendimiento mutuo, requiere que los sujetos envueltos en el habla estén abiertos a las cuestiones e intenciones de sus interlocutores. Por medio del diálogo, nuevos saberes emergen y mundos plenos de sentido son construidos y compartidos (Capranzano, 1991). Por su parte, la traducción entre conocimientos culturalmente distintos constituye la condición para que acontezca el diálogo y para la producción de nuevos

conocimientos. “El objetivo de la traducción entre saberes es [...] crear las condiciones para emancipaciones sociales concretas de grupos sociales en un presente cuya injusticia es legitimada con base a un macizo desperdicio de la experiencia” (Santos, 2010, p.135).

En este contexto, la ecología de saberes puede constituir una estrategia epistemológica interesante de producción del nuevo conocimiento emancipatorio. “Se trata de una ecología porque se asienta en el reconocimiento de la pluralidad de saberes heterogéneos, de la autonomía de cada uno de ellos y de la articulación sistémica, dinámica y horizontal entre ellos. [...] El conocimiento es interconocimiento, es reconocimiento y autoconocimiento” (Santos, 2010, p.157).

Al asumir una configuración intercultural, los conocimientos reunidos por la ecología de saberes emergerán entonces como epistemes fronterizas, racionalidades éticas alternativas y nuevas formas de utopía que contribuyan a la descolonización mental (Mignolo, 2007). Como respuesta a la hegemonía del conocimiento científico, la interculturalidad epistémica requiere una acción transformadora [...] que se infiltre en el propio sistema de pensamiento como una lógica transgresora construida a partir de la diferencia. “Un pensamiento “otro” que [...] opera afectando (y descolonizando), tanto las estructuras y paradigmas dominantes como la patronización cultural que construye el conocimiento “universal” de occidente” (Walsh, 2007, p.51)<sup>11</sup>.

Poner en práctica la ecología de saberes orientada por la interculturalidad crítica exige la producción de subjetividades desestabilizadoras capaces de promover el pasaje de la acción conformista a la acción rebelde (Santos, 2010)<sup>12</sup>. Esa transición se da por medio de la actitud decolonial que rompe con la hegemonía del saber científico (Maldonado-Torres, 2007) y pasa a manejar dos sistemas de conocimiento epistemológicamente diferenciados. La subjetividad rebelde, por lo tanto, es una subjetividad de frontera forjada a partir de la propia diferencia colonial epistémica (Mignolo,

---

11 Para que la interculturalidad surja como un proyecto emancipatorio es necesario superar la perspectiva actual de salud intercultural vigente en Brasil. A semejanza de Chile, los discursos oficiales de las políticas públicas brasileñas emplean la interculturalidad como un dispositivo de control del Estado sobre los pueblos indígenas (Boccaro, 2005). En ese caso, la salud intercultural es una forma estratégica de intervención del Estado neoliberal para gestionar las diferencias étnicas y culturales.

12 Mientras la acción conformista “es la práctica rutinizada, reproductiva y repetitiva que reduce el realismo a aquello que existe y solo porque existe; la acción rebelde es creativa y produce efectos que tornan posibles las combinaciones complejas entre seres vivos y grupos sociales” (Santos, 2010; 90).

2007). Su actitud descolonizadora es la apertura radical a los diversos otros –otros saberes, otros seres– y la invitación al diálogo entre diferentes epistememas de modo que se produzca el nuevo conocimiento emancipatorio (Maldonado-Torres, 2007).

---

### Consideraciones finales

Sabemos que el proceso histórico de colonización de Brasil silenció una diversidad de saberes y prácticas de los pueblos indígenas. Los derechos diferenciados reconocidos por la Constitución Federal de 1988 abrieron espacios para que esas ausencias y desperdicios sean transformadas en experiencias contemporáneas y contra-hegemónicas. Las políticas públicas de salud y de educación indígena, por lo tanto, contienen el potencial necesario para revertir el proceso colonial de producción de esas exclusiones epistemológicas.

Sin embargo, hasta el momento las licenciaturas del área de salud no han contemplado en sus proyectos políticos-pedagógicos la formación de recursos humanos para actuar en el campo de la salud indígena. La educación superior en el área de salud aún no ha absorbido el debate sobre los derechos diferenciados de los pueblos indígenas, ni en lo que concierne a la salud, ni tampoco a la educación.

Las universidades que han adherido al sistema de cuotas y ofrecen vacantes para indígenas no han desarrollado metodologías adecuadas para contemplar las especificidades de los alumnos indígenas, ni tampoco para promover el diálogo intercultural entre saberes epistemológicamente diferenciados. Los saberes traídos por los académicos indígenas a las universidades no sólo han sido callados y descalificados, sino también han sido devorados por la ciencia. De esa forma, la experiencia cultural de los pueblos indígenas, en general, ha sido sistemáticamente desperdiciada. Si esa situación se perpetúa, la formación en salud reproducirá los mecanismos de colonización de los indígenas, y exacerbará conflictos y disputas en las comunidades: sea entre diferentes generaciones, sea entre profesionales de salud y practicantes de las medicinas indígenas (Chamanes, parteras, caciques, etc.).

Por otro lado, la PNASPI preconiza el principio de la atención diferenciada como condición para la integralidad de la atención a la salud indígena,

pero no explícita las metodologías que pueden contribuir para la concreción de ese derecho. De ese modo, se hace necesaria la articulación entre los servicios de salud y los sistemas sociomédicos indígenas, y en este propósito, las licenciaturas del área de salud deben contribuir para que los profesionales que actuarán en la salud indígena desarrollen competencias para el diálogo intercultural y produzcan nuevos saberes y prácticas de cuidados de salud. El principio de la atención diferenciada debe orientar la elaboración de proyectos político-pedagógicos, que habiliten a los profesionales para prestar una asistencia integral y de calidad a los pueblos indígenas. Es en este lugar que las políticas de educación y salud indígena se encuentran, donde la salud colectiva tiene un papel importante en la creación de un proyecto emancipatorio para la salud indígena.

Los desafíos y dificultades relacionadas con la implementación de la formación en salud colectiva también se presentan en el ámbito de la educación superior en salud indígena. La distancia entre la enseñanza universitaria y las aldeas necesita ser superada: el aprendizaje en las licenciaturas en salud deben asociarse a los procesos cognitivos experimentados en los contextos comunitarios. Es la posibilidad de existencia de ese nuevo conocimiento, preso en las representaciones inacabadas de la modernidad, que el proyecto político-pedagógico de la salud indígena debe estar enraizado en las comunidades. Éstas deben ser vistas como aliadas en el proceso de formación de profesionales de salud indígena, y además, son las que pueden enseñar a los académicos de la salud la manera adecuada para actuar en sus dominios. Así, los pueblos indígenas pasan de ser usuarios a agentes creativos corresponsables en el proceso de producción de su salud.

La ecología de saberes surge en este contexto como una forma epistemológica capaz de viabilizar la emergencia de conocimientos emancipadores localmente situados, donde la ciencia pasa a coexistir con los saberes y prácticas indígenas. Para producir esos nuevos conocimientos, las licenciaturas deben crear espacios para que los académicos reflexionen críticamente sobre la colonialidad del saber aprendido en los cursos, y recurrir a dispositivos metodológicos de traducción y diálogo intercultural, que tiene como fin restituir a los pueblos indígenas la voz para expresar los saberes históricamente silenciados.

Mediante el colonialismo epistémico constitutivo de la biomedicina, que descalifica, subordina y estereotipa los saberes indígenas, el diálogo de saberes será posible sólo a través de la descolonización del conocien-

to científico y de las instituciones que lo producen. Para ello es preciso admitir el carácter situado de la ciencia médica occidental y reconocer la validez de los conocimientos indígenas y considerarlos en pie de igualdad respecto de los conocimientos académicos. En esta nueva constelación los conocimientos científicos dejan de ser universales, sino un saber más respecto de los procesos de salud-enfermedad-atención. Esa es la condición ética que permite el diálogo orientado a esta nueva constelación.

El empleo de la ecología de los saberes en la formación de los recursos humanos de la salud indígena posibilitaría la producción de nuevas subjetividades profesionales, capaces de crear junto con las comunidades indígenas estrategias de articulación entre saberes y prácticas ancladas en horizontes epistémicos distintos. Para revertir las exclusiones y silenciamientos, necesitamos “de una nueva capacidad de espanto e indignación que sustente una nueva teoría y práctica inconformista, desestabilizadora, en suma, rebelde” (Santos, 2010, p.82). Así, la universidad podrá dar solución a los conflictos internos a los que están sometidos los académicos indígenas al ingresar a las licenciaturas del área de salud. El interconocimiento que debe emerger a partir de este encuentro necesita ser producido sin que los saberes que los estudiantes aprendieron de sus comunidades sean olvidados o sustituidos.

Descolonizar las ciencias de la salud requiere crear espacios para cuestionar la universalidad de la biomedicina y posibilitar que las disciplinas que la conforman se abran al diálogo con los sistemas sociomédicos indígenas. Adherir a la descolonización epistémica implica adoptar una perspectiva que reintroduce lenguas, memorias, economías, organizaciones sociales y subjetividades de aquellos que fueron silenciados en el proceso colonial de producción de conocimiento (Mignolo, 2007).

La salud colectiva puede constituir un espacio fronterizo no sólo interdisciplinar sino ante todo intercultural, abierto para la emergencia de epistemologías y subjetividades de frontera emancipatorias y decoloniales. En este caso, su papel sería abrir espacio para la voz y saberes subalternizados, posibilitando el desarrollo de un pensamiento crítico de frontera sobre los procesos de apropiación de los conceptos científicos occidentales. Para que la salud colectiva se torne un campo intercultural, debe estar dispuesta a reflexionar sobre su herencia colonial que aún permanece hegemónica a la episteme de la ciencia colonial. 

---

## Referencias

- ARRISCADO, J. A. (2008). *A retomada político-emancipatória em tempos de globalização: a saúde como laboratório*. Tempus - Actas de Saúde Coletiva, Año II, nº 1, pp. 66-76.
- BOCCARA, G. (2005). "Con esto quisiera dejar sentado El conflicto": la salud intercultural como espacio de etnización y de lucha de clasificaciones. Montevideo: VI Reunión de Antropología Del Mercosul.
- BONET, O. (2004). *Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- BRASIL. (2002). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde.
- CAMPOS, F. E., AGUIAR, R. A. Y BELISÁRIO, S. A. (2008). A formação superior dos profissionais de saúde. En Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. V. C., Noronha, J. C. y Carvalho, A. I. (orgs.), *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- CAPRANZANO, V. (1991). *Diálogo*. *Anuário Antropológico*, 88. Brasília: Universidade de Brasília.
- CARVALHO, Y. M. Y CECCIM, R. B. (2009). Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. Em Wagner, G., Minayo, M. D. S., Akerman, M., Drumond M. y Carvalho, Y. M. (orgs.), *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo e Rio de Janeiro: Hucitec e Editora Fiocruz.
- CASTRO-GÓMEZ, S. Y GROSFUGUEL, R. (eds.). (2007). *El giro decolonial - reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central, IESCO-UC y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar.
- ESCOBAR, A. (2003, enero/diciembre). Mundos y conocimientos de otro modo. *Tabula Rasa*, 1, pp. 51-86.
- GARNELO, L. (2004). *Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Análise Situacional do Período de 1990 a 2004*. Rondônia: UNIR/ENSP.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). (2012). *Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça*. Rio de Janeiro: IBGE.
- LANGDON, E. J. (2007). Diversidade Cultural e os Desafios da Política Brasileira de Saúde do Índio. *Saúde e Sociedade*, 16(2), pp. 7-12.
- LANGDON, E. J. (2004). Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. Em Langdon, E. J. y Garneiro, L. (orgs.), *Saúde dos Povos Indígenas - reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/ABA.
- MALDONADO-TORRES, N. (2007). Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto. En Castro-Gómez, S. y Grosfoguel, R. (eds.), *El giro decolonial - reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central, IESCO-UC y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar.
- MANHEIM, B. E TEDLOCK, D. (eds.) (1995). *The dialogic emergence of culture*. Urbana: University of Illinois Press.

- MIGNOLO, W. (2007). El pensamiento decolonial: desprendimiento y apertura. Un manifiesto. En Castro-Gómez, S. y Grosfoguel, R. (eds.), *El giro decolonial - reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central, IESCO-UC y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar.
- NUNES, E. D. (2009). Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. Em Wagner, G., Minayo, M. D. S., Akerman, M., Drumond M. y Carvalho, Y. M. (orgs.), *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo e Rio de Janeiro: Editora Hucitec e Editora Fiocruz.
- SANTOS, B. S. (2010). *A gramática do tempo - para uma nova cultura política*. São Paulo: Cortez.
- SANTOS, B. S. (2011). *A crítica da Razão Indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez.
- SEEGER, A., DA MATTA, R. Y VIVEIROS DE CASTRO, E. (1987). A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. Em Oliveira Filho, J. P. (org.), *Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil* (pp.11-29). Rio de Janeiro: Marco Zero e UFRJ.
- VARGA, I. V. D. (1992). Indigenismo Sanitário? - Instituições, Discursos e Políticas Indígenas no Brasil Contemporâneo. *Cadernos de Campo*, 2(2), pp. 132-142.
- WALSH, C. (2007). Interculturalidad y colonialidad Del poder. Un pensamiento y posicionamiento 'otro' desde la diferencia colonial. En Castro-Gómez, S. y Grosfoguel, R. (Eds.) *El giro decolonial - reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central, IESCO-UC y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar.

**Fecha de recepción del artículo:**

15 de mayo de 2013

**Fecha en que fue remitido el artículo para ser evaluado:**

27 de mayo de 2013

**Fecha de aceptación del artículo:**

26 de junio de 2013