

Fundamentos filosófico-políticos del enfoque intercultural en el derecho a la salud desde una perspectiva decolonial.

Philosophical and political foundations of the intercultural approach to the right to health from a decolonial perspective.

Gutiérrez-Márquez, Erikson Enrique¹; Allebrandt, Sérgio Luís².

¹ Universidad Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ); Brasil, Injuí; <https://orcid.org/0000-0001-9462-8437>; erikson.marquez@unijui.edu.br

² Universidad Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), Brasil, Injuí; <https://orcid.org/0000-0002-2590-6226>; sergio.allebrandt@unijui.edu.br

Cita: Gutiérrez-Márquez, E. E., & Allebrandt, S. L. (2025). Fundamentos filosófico-políticos del enfoque intercultural en el derecho a la salud desde una perspectiva decolonial. *Innova Science Journal*, 3(E1), 361-370. <https://doi.org/10.63618/omd/isi/v3/nE1/202>


Recibido: 05/09/2025
Aceptado: 10/11/2025
Publicado: 31/12/2025



Copyright: © 2025 por los autores. Este artículo es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos y condiciones de la **Licencia Creative Commons, Atribución-NoComercial 4.0 Internacional. (CC BY-NC)**.

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>)

¹ Autor Correspondencia

 <https://doi.org/10.63618/omd/isi/v3/nE1/202>

Resumen: El presente artículo teórico aborda la problemática del derecho a la salud en contextos plurinacionales, argumentando que la perspectiva intercultural crítica es indispensable para garantizar la igualdad sustantiva. A partir de una revisión hermenéutica de la ética de la liberación, las epistemologías del Sur y la bioética de los derechos humanos, se sostiene que el modelo biomédico hegemónico, al operar bajo una lógica monocultural, genera formas de exclusión epistémica y barreras de acceso. Se propone una reingeniería institucional basada en la ecología de saberes, el consentimiento informado culturalmente pertinente y la co-gobernanza sanitaria, concluyendo que la justicia en salud requiere no solo redistribución de recursos, sino también reconocimiento de la diversidad epistémica.

Palabras clave: Derecho a la salud; interculturalidad crítica; decolonialidad; justicia epistémica; consentimiento informado; bioética.

Abstract: This theoretical article addresses the issue of the right to health in plurinational contexts, arguing that the critical intercultural perspective is indispensable for guaranteeing substantive equality. Based on a hermeneutic review of the Ethics of Liberation, Epistemologies of the South, and human rights bioethics, it is argued that the hegemonic biomedical model, by operating under a monocultural logic, generates forms of epistemic exclusion and barriers to access. An institutional reengineering is proposed based on the ecology of knowledges, culturally pertinent informed consent, and health co-governance, concluding that justice in health requires not only the redistribution of resources but also the recognition of epistemic diversity.

Keywords: Right to health; critical interculturality; decoloniality; epistemic justice; informed consent; bioethics.

1. Introducción

El artículo es parte de un diagnóstico crítico sobre la realidad sanitaria en América Latina, caracterizada por una paradoja estructural: mientras las constituciones de países como Bolivia y Ecuador, así como instrumentos internacionales como el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, han avanzado hacia el reconocimiento del pluralismo jurídico, los sistemas de salud continúan operando bajo una lógica colonial y monocultural (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 1989; Walsh, 2009).

En este contexto, el Modelo Médico Hegemónico (MMH), conceptualizado por Menéndez (2003, 2020), no es un sistema neutro, sino que se sustenta en rasgos estructurales como el biologicismo, la ahistoricidad, el mercantilismo y el individualismo. Dicho modelo ejerce una autoridad técnica que subordina a los pacientes, reduciéndolos a objetos pasivos de intervención médica y negándoles su condición de sujetos activos en el proceso de atención en salud (Menéndez, 2003).

La crítica central se dirige a la denominada interculturalidad funcional. Desde los aportes de Walsh (2009, 2010) y Tubino (2005, 2011), se sostiene que el Estado neoliberal ha incorporado un discurso de inclusión meramente superficial como la traducción de carteles o la aceptación simbólica de vestimentas tradicionales que no cuestiona las estructuras profundas de la asimetría de poder. Esta forma de interculturalidad se limita a administrar la diferencia y prevenir conflictos, sin poner en disputa la supremacía epistemológica de la medicina occidental.

Frente a ello, el ensayo propone el tránsito hacia una interculturalidad crítica, entendida no como un mecanismo de inclusión subordinada, sino como un proceso de transformación estructural del sistema de salud. Desde esta perspectiva, el derecho a la salud debe concebirse de manera integral, incorporando los principios del Sumak Kawsay (Buen Vivir), que trascienden la mera ausencia de enfermedad para incluir el equilibrio espiritual, territorial y comunitario como dimensiones constitutivas del bienestar (Albó, 2002; Breilh, 2003; Walsh, 2010).

2. Materiales y Métodos

2.1. Triangulación teórica y hermenéutica crítica

Desde el punto de vista metodológico, el ensayo se distancia del positivismo jurídico y adopta un enfoque hermenéutico-crítico, sustentado en la triangulación de tres corrientes teóricas que permiten deconstruir el enfoque hegemónico del derecho a la salud:

2.1.1. La Ética de la Liberación

Particularmente al principio material universal formulado por Dussel (1998, 2006), según el cual la legitimidad de las instituciones no se fundamenta exclusivamente en su legalidad formal, sino en su capacidad real para producir, reproducir y desarrollar la vida humana. Desde esta óptica, el ensayo denuncia la fetichización del sistema de salud, evidente cuando el cumplimiento de procedimientos administrativos se antepone a la atención efectiva de las personas, configurando una corrupción ética del orden institucional (Dussel, 1998).

2.1.2. Las Epistemologías del Sur

Desarrolladas por Santos (2009, 2014), a partir de la noción de la línea abismal, que separa el conocimiento científico legítimo de los saberes considerados supersticiosos o irrelevantes. Esta división produce un epistemicidio, entendido como la eliminación sistemática de los saberes ancestrales. Frente a ello, se propone una ecología de saberes, en la cual la medicina occidental y la medicina tradicional dialoguen sin jerarquías epistemológicas predeterminadas (Santos, 2014).

2.1.3. El enfoque de la justicia epistémica

Propuesto por Fricker (2007), particularmente las nociones de injusticia testimonial e injusticia hermenéutica, aplicadas al ámbito sanitario. Asimismo, se cuestiona la suficiencia de la bioética principialista en contextos de desigualdad estructural, proponiendo en su lugar una bioética de los derechos humanos y de la protección, orientada a salvaguardar a los sujetos y colectivos en situación de vulnerabilidad frente al poder médico-institucional (Kottow, citado en Yamin, 2003).

3. Resultados

Los resultados del ensayo evidencian la necesidad de transitar de la retórica intercultural hacia una reingeniería institucional profunda del acto clínico, orientada a garantizar el derecho a la salud desde una perspectiva de justicia distributiva y epistémica. Esta transformación se articula en tres ejes operativos fundamentales:

3.1. El consentimiento informado como traducción intercultural

El consentimiento informado no puede reducirse a un trámite legal destinado a eximir responsabilidades médicas, sino que debe comprenderse como un proceso dialógico de traducción intercultural. Diversos estudios han demostrado que la comunicación clínica basada exclusivamente en categorías biomédicas genera barreras de comprensión y desconfianza en contextos culturalmente diversos (Kleinman, 1980; Langdon & Wiik, 2010).

En este sentido, la traducción ontológica implica no solo traducir términos técnicos, sino traducir cosmovisiones, explicando los procesos patológicos mediante metáforas culturalmente significativas, al tiempo que se reconocen las interpretaciones locales de la enfermedad (Menéndez, 2003). Asimismo, el respeto a los tiempos comunitarios cuestiona el individualismo liberal implícito en la bioética clásica, reconociendo que, en muchas culturas, las decisiones sanitarias son colectivas o familiares (Cunningham, 2002).

Finalmente, el denominado derecho a no saber adquiere relevancia ética en contextos donde la comunicación directa de diagnósticos fatales puede tener efectos performativos negativos sobre la vida del paciente, lo que exige una prudencia culturalmente situada en la transmisión de la información médica (Fricker, 2007).

3.2. Universalismo deliberado y test de proporcionalidad intercultural

Frente a conflictos considerados “duros”, como el rechazo a transfusiones sanguíneas o intervenciones quirúrgicas por razones culturales, el ensayo rechaza la imposición autoritaria del saber biomédico. En su lugar, se propone un test de proporcionalidad

intercultural, inspirado en el enfoque de derechos humanos y en la ética deliberativa (Sen, 2002; Yamin, 2003).

Este test evalúa, en primer lugar, la idoneidad de la intervención médica; en segundo lugar, su necesidad, considerando la existencia de alternativas terapéuticas tradicionales menos invasivas; y, finalmente, la proporcionalidad en sentido estricto, ponderando si el beneficio biológico justifica el daño espiritual, simbólico o comunitario que podría ocasionarse. Este enfoque obliga a los profesionales de la salud y a los operadores jurídicos a justificar sus decisiones sin asumir una superioridad epistemológica previa (Santos, 2014).

3.3. Cogobernanza y participación vinculante

El tercer eje subraya que la justicia en salud no puede lograrse sin una redistribución efectiva del poder institucional. En concordancia con el Convenio 169 de la OIT, se propone la creación de instancias de cogobernanza sanitaria en las que los pueblos indígenas y comunidades locales participen con capacidad decisoria vinculante en el diseño de políticas públicas, infraestructura y asignación presupuestaria (OIT, 1989; OPS, 2019).

La evidencia regional demuestra que la participación meramente consultiva reproduce relaciones coloniales y limita la efectividad de las políticas de salud intercultural, mientras que los modelos de gobernanza compartida fortalecen la legitimidad del Estado y mejoran los resultados sanitarios (Defensoría del Pueblo, 2020).

4. Discusión

El análisis desarrollado en este artículo confirma que el enfoque intercultural en el derecho a la salud no puede ser reducido a un dispositivo técnico-administrativo ni a una política compensatoria dirigida a poblaciones específicas. Por el contrario, como advierten Menéndez (2003, 2020), la persistencia del modelo médico hegemónico (MMH), sustentado en el biologicismo, el individualismo liberal y la mercantilización de la atención, constituye una de las principales barreras estructurales para la materialización del derecho a la salud en contextos plurinacionales.

En esta línea, la crítica a la interculturalidad funcional, planteada por Walsh (2009, 2010) y Tubino (2005, 2011), resulta central para comprender por qué muchas políticas públicas de salud intercultural fracasan en generar transformaciones sustantivas. La incorporación superficial de elementos culturales, como la traducción lingüística o el reconocimiento simbólico de prácticas tradicionales, no cuestiona las jerarquías epistémicas que sitúan al saber biomédico como único criterio legítimo de verdad. Tal como sostiene Quijano (2000), esta forma de inclusión subordinada reproduce la colonialidad del poder y del saber en el ámbito sanitario.

Desde una perspectiva comparada, esta problemática ha sido ampliamente documentada a nivel internacional. Kirmayer (2012) demuestra que la ausencia de marcos culturalmente situados en la atención sanitaria genera desconfianza institucional, baja adherencia terapéutica y mayores brechas de inequidad, especialmente en salud mental y comunitaria. Estos hallazgos empíricos refuerzan el argumento del presente artículo: la exclusión epistémica no es solo un problema ético, sino un factor material que deteriora la eficiencia y efectividad de los sistemas de salud.

Asimismo, el manuscrito acierta al replantear el consentimiento informado como un proceso dialógico y no como un simple requisito jurídico. Tal como advierten Kleinman (1980) y Langdon y Wiik (2010), la comunicación clínica basada exclusivamente en categorías biomédicas genera barreras de comprensión en contextos culturalmente diversos. En concordancia, DeVecchio Good et al. (2017) evidencian que la cultura institucional de la medicina occidental produce formas de “ceguera cultural” que invisibilizan las narrativas locales de la enfermedad, reforzando relaciones asimétricas entre profesionales de la salud y pacientes.

Desde el enfoque de la justicia epistémica, las nociones de injusticia testimonial e injusticia hermenéutica formuladas por Fricker (2007) permiten comprender cómo los saberes ancestrales son sistemáticamente deslegitimados en el acto clínico. Esta situación revela los límites de la bioética principialista en contextos de desigualdad estructural, tal como ya advertía Kottow (citado en Yamin, 2003), y justifica la necesidad de una bioética de los derechos humanos orientada a la protección de colectivos históricamente vulnerabilizados.

Por otro lado, la propuesta de cogobernanza sanitaria desarrollada en el artículo encuentra respaldo empírico en estudios internacionales. Anderson et al. (2016), en su análisis sobre salud indígena, demuestran que los modelos de gobernanza compartida con capacidad decisoria vinculante mejoran los resultados sanitarios, fortalecen la legitimidad institucional y reducen conflictos entre comunidades y sistemas de salud. Estos resultados coinciden con los planteamientos de la OPS (2019), que subrayan que la participación meramente consultiva reproduce relaciones coloniales y limita el impacto de las políticas interculturales.

En términos de economía política de la salud, el argumento de que la salud intercultural resulta “costosa” es cuestionado por Breilh (2003), quien identifica los denominados costos de fricción epistémica asociados a la falta de pertinencia cultural. Estos costos se manifiestan en diagnósticos tardíos, reincidencia de enfermedades prevenibles, conflictos legales y pérdida de confianza en el sistema sanitario. La OMS (2018) y la OPS (2019) coinciden en que la inversión en formación intercultural y mediación comunitaria reduce gastos estructurales a mediano y largo plazo, fortaleciendo la eficiencia asignativa del sistema.

Finalmente, el enfoque decolonial adoptado en el manuscrito permite situar el debate más allá del campo sanitario, vinculándolo con la legitimidad democrática del Estado. Como señalan Santos (2009, 2014) y Walsh (2009), un sistema de salud que desconoce la pluralidad epistemológica erosiona el contrato social y debilita la gobernabilidad en territorios indígenas. En este sentido, la ecología de saberes propuesta no implica un relativismo acrítico, sino una ampliación ética y política del conocimiento científico, situándolo al servicio de la vida, tal como plantea la Ética de la Liberación de Dussel (1998, 2006).

5. Conclusiones

El enfoque intercultural en salud no es una concesión graciosa a las minorías, sino una exigencia de justicia distributiva y epistémica. Negar la validez de los saberes locales es una forma de violencia institucional que vulnera el derecho a la salud.

La garantía del derecho a la salud requiere superar el monólogo de la biomedicina y transitar hacia una ecología de saberes. Esto no significa renunciar a la ciencia, sino situarla como una herramienta más poderosa, pero no única al servicio de la vida.

La implementación de este enfoque requiere cambios estructurales: consentimiento informado dialogado, incorporación de terapeutas tradicionales bajo protocolos de no maleficencia y mecanismos de co-gobierno territorial.

En última instancia, la salud intercultural recupera la dimensión humana de la medicina. Al reconocer al "Otro" como un interlocutor válido, el sistema de salud no solo cura cuerpos, sino que repara el tejido social dañado por siglos de exclusión colonial.

Referencias Bibliográficas

- Albó, X. (2002). *Iguals aunque diferentes: hacia unas políticas interculturales y lingüísticas para Bolivia*. CIPCA.
<https://biblioteca.cipca.org.bo/explorar/iguales-aunque-diferentes-hacia-unas-politicas-interculturales-y-linguisticas-para-bolivia>
- Anderson, I., Robson, B., Connolly, M., Al-Yaman, F., Bjertness, E., King, A., ... Yap, L. (2016). Indigenous and tribal peoples' health: A population study. *The Lancet*, 388(10040), 131–157.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00345-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00345-7)
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
<https://lugareditorial.com.ar/producto/epidemiologia-critica/>
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas [CIOMS]. (2016). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. OPS/CIOMS.
https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
- Cunningham, M. (2002). *Sistemas de salud tradicionales en América Latina y el Caribe: Información de base para su integración*. Organización Panamericana de la Salud.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/48336>
- Defensoría del Pueblo. (2020). *El enfoque intercultural en la atención en salud: Hacia la construcción de servicios de salud con pertinencia cultural*. Lima: Defensoría del Pueblo.
<https://www.defensoria.gob.pe/informes/informe-de-adjuntia-n-002-2020-dp-amasppi-ppi>
- DelVecchio Good, M. J., James, C., Good, B., Becker, A., & Kleinman, A. (2017). The culture of medicine and racial, ethnic and class disparities in healthcare. *Social Science & Medicine*, 177, 29–36.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.026>
- Dussel, E. (1998). *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*. Trotta.
[https://enriquedussel.com/txt/Textos_Obras_Selectas/\(F\)22.1Etica_liberacion_1.p_df](https://enriquedussel.com/txt/Textos_Obras_Selectas/(F)22.1Etica_liberacion_1.p_df)

- Dussel, E. (2006). *20 tesis de política*. Siglo XXI Editores. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/otros/20120227104907/20tesis.pdf>
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>
- Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149–164. <https://doi.org/10.1177/1363461512444673>
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.
- Langdon, E. J., & Wiik, F. B. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 459–466. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300020>
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185–207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16, e2615. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (1989). *Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes*. Ginebra. https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312314
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014–2023*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95008>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2019). *Lineamientos para el fortalecimiento de la salud intercultural en América Latina*. Washington, DC: OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51745>
- Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En E. Lander (Comp.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales* (pp. 201–246). CLACSO. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100708034410/lander.pdf>
- Santos, B. de S. (2009). *Una epistemología del Sur: la reinención del conocimiento y la emancipación social*. Siglo XXI Editores. https://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Epistemologia%20del%20sur_Mexico_Siglo%20XXI_2009.pdf
- Santos, B. de S. (2014). *Más allá del pensamiento abismal: de las líneas globales a una ecología de saberes*. Akal.

- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5–6), 302–309.
<https://doi.org/10.1590/S1020-49892002000500005>
- Tubino, F. (2005). La interculturalidad crítica como proyecto ético-político. En *Encuentro continental de educadores agustinos* (pp. 24–28). Lima.
<https://oala.villanova.edu/congresos/educacion/lima-peru-2005/ponencias/la-interculturalidad-critica.pdf>
- Tubino, F. (2011). El nivel epistémico de los conflictos interculturales. *Revista Electrónica Construyendo Nuestra Interculturalidad*, 6(7), 1–14.
<https://red.pucp.edu.pe/ridei/files/2012/03/120319.pdf>
- Walsh, C. (2009). *Interculturalidad, Estado y sociedad: luchas (de) coloniales de nuestra época*. Universidad Andina Simón Bolívar / Abya-Yala.
<https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/2227/1/Walsh%2C%20C-CON-009-Interculturalidad.pdf>
- Walsh, C. (2010). Interculturalidad crítica y educación intercultural. En J. Viaña, L. Tapia, & C. Walsh, *Construyendo interculturalidad crítica* (pp. 75–96). Convenio Andrés Bello.
https://www.flacsoandes.edu.ec/sites/default/files/agora/files/1265909654.interculturalidad_critica_y_educacion_intercultural.pdf
- Yamin, A. E. (2003). *Castillos de arena: pobreza, derecho y justicia*. Instituto de Democracia y Derechos Humanos.
<https://www.corteidh.or.cr/tablas/23356.pdf>

CONFLICTO DE INTERESES

“Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses”.