



**RESOLUCIÓN DCS 551/2026**

**Ref. XEXP 34/2018**

Bahía Blanca, 1 de octubre de 2026

**VISTO:**

El contenido de la Res. CSU-395/2026, que aprueba el reglamento de Estudios de Posgrado Profesionales.

La Resolución AU-06/10 que crea la carrera de Maestría en Salud Colectiva en el ámbito de la Universidad Nacional del Sur.

La Resolución CSU-166/25 que aprueba el texto ordenado del Reglamento de funcionamiento, Plan de estudios y plantel docente de la carrera de posgrado Maestría en Salud Colectiva.

**Y CONSIDERANDO:**

Que, el Dr. José Luis Aguirre y el Mg Paul Majluf, solicitan dictar el seminario de posgrado titulado: modelos de atención en salud desde una perspectiva intercultural;

Que, las características del seminario se encuadran dentro de las actividades de posgrados profesionales;

Que, el seminario está dirigido a profesionales del campo de la salud, docentes y graduados del DCS y de otros escenarios académicos;

Que, el seminario resulta de interés para el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur;

Lo aprobado en sesión ordinaria el 30 de septiembre;

**Por ello:**

EL CONSEJO DEPARTAMENTAL DE CIENCIAS DE LA SALUD  
RESUELVE

ARTÍCULO 1º: Proponer a la Subsecretaría de Posgrado el dictado del seminario de Posgrado titulado: Modelos de atención en salud desde una perspectiva intercultural, organizado por el Dr. José Luis Aguirre y el Mg Paul Majluf, que figura como anexo.

ARTÍCULO 2º: Pase a la Subsecretaría de Posgrado a sus efectos.



Lic. Mg. BRENDA NATALIA DI GIACOMO  
SECRETARIA ACADEMICA  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

DI GIACOMO  
Brenda Natalia  
2026.10.05  
10:15:42  
-03'00'



Med. PABLO BADR  
DIRECTOR DECANO  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

Firmado  
digitalmente por  
BADR Pablo Julian  
Fecha: 2026.10.05  
11:22:19 -03'00'



Anexo  
Res DCS 551/2026

**Seminario modelos de atención en salud desde una perspectiva intercultural**

**Docentes responsables:**

**Dr. José Luis Aguirre**

**Mag. Paul Majluf.**

**Leg UNS 11829.**

**Justificación**

Todas las sociedades, grupos, colectivos y personas, a través de la historia han presentado y presentan padecimientos mentales, físicos, espirituales y de relación social. Estos se refieren a una expresión psíquica del dolor, cualquiera sea su fuente- somática o emocional- a través del lenguaje en la relación con otros seres humanos dentro del marco de las instituciones. En este sentido, el sufrimiento se expresa a través del lenguaje en una trama de relaciones sociales conflictivas. A estos padecimientos los denominaremos en adelante: sufrimiento. Estos están contextualizados por un modo de producción y reproducción social, en donde los sujetos y los grupos se encuentran, permanecen y desarrollan su existencia cotidiana.

Este sufrimiento busca encontrar por parte del grupo social donde se desarrolla o por parte de la persona que lo padece, respuestas que tiendan a su alivio o desaparición (Aguirre, 2009). El concepto y prácticas sobre la salud contemporánea en América Latina emerge de un proceso de hegemonía epistémica donde los marcos diagnósticos (DSM, CIE) constituyen dispositivos de normalización que patologizan diferencias culturales. La biomedicina junto a la psiquiatría, y las psicologías se han convertido en aparatos de homogeneización que descalifica otras ontologías, de larga data en el seno de las organizaciones sociales, del sufrimiento. Sin embargo, este fenómeno no es simple imposición, sino un proceso dialéctico de resistencia-adaptación. Así observamos por ejemplo que las comunidades reelaboran, en un proceso de mestizaje continuo, los conceptos psiquiátricos generando híbridos epistemológicos donde el "susto" coexiste con la "depresión", creando taxonomías populares que desbordan los marcos nosográficos oficiales.

**Interculturalidad Crítica vs. Interculturalidad Funcional**

Planteamos que existe una tensión entre la Interculturalidad funcional que Instrumentaliza saberes tradicionales para mejorar la "adherencia terapéutica" sin cuestionar la hegemonía biopsicomédica y la Interculturalidad crítica, que cuestiona las relaciones de poder en la producción de conocimiento y promueve diálogos horizontales entre epistemologías

En la práctica, esta distinción se diluye en zonas grises de negociación. Los agentes de salud tradicionales no son "víctimas pasivas" sino estrategias que utilizan múltiples registros según el contexto, moviéndose entre la resistencia y la colaboración táctica. A esto lo denominamos mestizaje terapéutico, observando cómo se articulan saberes y prácticas de diversos orígenes con el objetivo de aliviar el sufrimiento y crear mercados de intercambios materiales e inmateriales.

Por otra parte, el sufrimiento individual es inseparable de los traumas históricos colectivos (genocidio, esclavitud, migraciones forzadas, guerras, desempleo, violencia social, persecuciones políticas, desastres ambientales, despojo territorial). La "enfermedad" se revela como inscripción somática de la violencia estructural e histórica. Esta inscripción no es mecánica sino mediada por procesos culturales de significación. El mismo evento traumático (ej: desplazamiento forzado) genera configuraciones sintomáticas distintas según los marcos interpretativos disponibles en cada cosmovisión. El reconocimiento del sufrimiento está estratificado por jerarquías coloniales



hegemónicas de la humanidad. El dolor de las élites criollas se medicaliza como "depresión", mientras el de los pobres, mujeres, indígenas y afrodescendientes, entre otros, se folkloriza como "problemas culturales" o se criminaliza. Estas jerarquías generan paradojas identitarias: comunidades que resisten el diagnóstico psicológico y psiquiátrico como forma de estigmatización, pero que simultáneamente demandan acceso a servicios de salud mental biopsicomédico como derecho ciudadano. En este sentido, se observa que las políticas de salud intercultural frecuentemente operan como tecnologías de gubernamentalidad neoliberal que:

- Individualizan problemas estructurales
- Despolitizan el malestar convirtiéndolo en "cuestión técnica"
- Cooptan líderes tradicionales como extensores del Estado en territorios marginales

Sin embargo, lo anteriormente descrito es un proceso que no es unidireccional. Se observa que las comunidades desarrollan estrategias de apropiación creativa de los recursos estatales, usando los programas interculturales como espacios de visibilización política y reivindicación territorial. Por otro lado, la demanda de "evidencia científica" para prácticas tradicionales reproduce la hegemonía del método científico occidental como único criterio de validez. Se exige a los saberes ancestrales traducirse al lenguaje biopsicomédico para ser legítimos. Algunos movimientos indígenas y afrodescendientes, por ejemplo, siguen desarrollando epistemologías que afirman que ciertos conocimientos no son traducibles, que la traducción socava el su sentido profundo, desafiando así los fundamentos del diálogo intercultural.

En relación a la producción de conocimiento, la investigación en salud intercultural ha funcionado frecuentemente como extractivismo epistémico, es decir, entre otras consecuencias que investigadores extraen saberes tradicionales, los "purifican" académicamente y los publican sin retorno significativo a las comunidades. La biopsicomedicina concibe la salud como propiedad de individuos aislados, esta perspectiva es altamente coherente con el pathos cultural de Occidente, y en ello su eficacia, pero no es pertinente con las cosmovisiones indígenas y afrodescendientes y de grupos subalternos que la entienden como equilibrio de relaciones (con la comunidad, la tierra, los ancestros, los espíritus). Por ello debemos repensar las intervenciones desde la restauración de vínculos más que desde la "curación individual". Podemos plantear que la biopsicomedicina intenta instalar unas representaciones y prácticas homogéneas y hegemónicas sobre toda la población de un territorio, olvidando las diferencias culturales, sociales y económicas que subjetivizan a los grupos y a las personas. Estos procesos de subjetivación social son los que van a determinar las formas de enfermar y las prácticas de alivio del sufrimiento de cada grupo.

### **Objetivo General**

Analizar de manera crítica las tensiones existentes entre los marcos hegemónicos de la salud y los saberes tradicionales y subalternos en América Latina, con el propósito de proponer perspectivas y prácticas que reconozcan el sufrimiento como una manifestación psicosocial e históricamente situada. Se busca superar la patologización individual, promoviendo diálogos horizontales y formas de convivencia ontológica.

### **Objetivos específicos**

1. Contextualizar histórica y socialmente las expresiones del sufrimiento mental, examinando la influencia de los modos de producción y reproducción social, así como de los traumas históricos colectivos —como el colonialismo, la violencia estructural y el despojo— en la constitución del cuerpo y la subjetividad.

Deconstruir la hegemonía epistémica de la perspectiva biopsicomédica (DSM, CIE) y sus mecanismos de normalización, analizando su funcionamiento como tecnologías de gubernamentalidad que tienden a patologizar diferencias, individualizar el malestar social y deslegitimar otras ontologías del sufrimiento.



Discutir críticamente el concepto y las prácticas de “interculturalidad” en salud, diferenciando entre enfoques funcionales (asimilacionistas, instrumentales) y críticos (horizontales, dialógicos), así como explorando los espacios de negociación, resistencia y mestizaje terapéutico presentes en los territorios.

Analizar la noción del “cuerpo como territorio político”, abordando cómo las jerarquías coloniales y de género inciden en la estratificación del reconocimiento y la respuesta al sufrimiento (medicalización, folklorización, criminalización) y generan paradojas identitarias en las comunidades.

Examinar las relaciones de poder en la producción de conocimiento sobre salud intercultural, identificando prácticas de extractivismo epistémico y proponiendo metodologías alternativas —como la investigación-acción participativa, la auto-investigación y el consentimiento epistémico— que reconozcan la autoría comunitaria y la diversidad de voces intra-grupales.

Delinear horizontes ético-políticos para una práctica transformadora, proponiendo principios orientados hacia una salud pluriversal que, desde la convivencia ontológica y la restauración de vínculos comunitarios, territoriales y espirituales, procure aliviar el sufrimiento a partir de procesos de descolonización de las relaciones terapéuticas y de cuestionamiento de las estructuras sociales productoras de malestar.

## **MÓDULO 1: FUNDAMENTOS CONCEPTUALES (Semanas 1 a 5)**

### **Conceptos clave**

- Definiciones: salud, interculturalidad, etnocentrismo, relativismo.
- Modelos de atención del sufrimiento: biomédico, psicosocial, tradicional-espiritual.
- La crítica al universalismo psiquiátrico.

### **La interculturalidad como paradigma**

- Orígenes del concepto: de la educación a la salud.
- Interculturalidad funcional vs. interculturalidad crítica.
- ¿Por qué ahora? Contexto político y epistemológico.

## **MÓDULO 2:**

### **Interseccionalidad**

- Género, etnia y clase en salud mental.
- Lectura de casos: malestares de mujeres indígenas, varones y trabajo, migración.
- Más allá del “factor de riesgo”: análisis estructural.

### **Sistemas médicos tradicionales**

- Cosmovisiones en juego: raíz indígena, africana y europea.
- Conceptos de cuerpo, alma, enfermedad y equilibrio.
- Chamanismo, curanderismo, hierbatería, partería.

### **Medicalización y patologización**

- La invención de los trastornos.
- Duelo, tristeza, ansiedad: ¿vida o enfermedad?
- Fármacos, diagnósticos y biopoder.

### **Trauma histórico y violencia estructural.**

- Racismo, segregación y vulnerabilidad acumulada.
- Violencias y masculinidades: el costo de ser hombre.



- Memoria histórica como proceso de reparación.

### **Bibliografía**

- Alves, P. C., & Minayo, M. C. S. (1994). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Fiocruz.
- Campos Navarro, R. (2016). *Doña Rosita Ascencio. Curandera Purépecha*. Artes de México. UNAM.
- Comelles, J. M., & Martínez-Hernández, A. (Eds.). (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad*. Eudema.
- Duarte, L. F. D. (2003). Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, \*8\*(1), 173-183.
- Forni, F., Balán, J., & Martínez, G. (1991). *La medicina tradicional: ¿obstáculo o alternativa?* CEAL.
- Galende, E. (1983). La crisis del modelo médico en psiquiatría. *Cuadernos Médicos Sociales*, (23).
- Goffman, E. (1995). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu.
- Keijzer, B. de. (s.f.). Masculinidades y perspectiva de género en salud. En *Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina* (pp. 137-152).
- Kirmayer, L. J., & Valenzuela, M. J. (2018). *Salud mental global: perspectivas desde la diversidad cultural*. Universidad de Chile.
- Lima, M., & Barros, S. (2019). Atención psicossocial e povos indígenas: reflexões sobre interculturalidade. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, \*29\*(2), e290205.
- Lima, R. C. (2012). *Saúde mental e diversidade cultural: desafios para a práxis*. Editora da UFRGS.
- Menéndez, E. L. (1990). *Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones*. CIESAS.
- Menéndez, E. (2001). Biologización y racismo en la vida cotidiana. *Alteridades*, \*11\*(21), 5-39.
- Molina, I. (2020). Saberes tradicionales y salud mental: diálogos posibles desde el sur. *Revista de Antropología Social*, \*29\*(1), 89-104.
- Oliveira, C. R. (2015). Saberes tradicionais e saúde mental: um estudo com comunidades quilombolas. *Revista de Antropologia da UFSCar*, \*7\*(1), 134-150.
- Rabelo, M. C., Alves, P. C., & Souza, I. M. A. (1999). *Experiência de doença e narrativa*. Fiocruz.
- Ribeiro, M. (2018). *Saúde mental intercultural: diálogos possíveis na América Latina*.