



# Coproducción epistémica en salud intercultural: propuesta deliberativa decolonial con mujeres indígenas

*Epistemic co-production in intercultural health: a decolonial deliberative proposal with indigenous women*

Cintia Daniela Rodríguez Garat\*

Recibido: 08 de abril 2025

Aceptado: 24 de junio 2025

Publicado: 10 septiembre 2025

Artículo original

## Resumen

Este artículo emplea un marco teórico decolonial para desarrollar un método deliberativo específico que garantice la participación efectiva de mujeres indígenas en decisiones sanitarias, fomentando un diálogo intercultural que evite asimetrías de poder y promueva la coproducción epistémica e intercultural. La propuesta, situada en un enfoque decolonial y feminista, critica los marcos tradicionales de democracia deliberativa y, basándose en el lema decolonial, formula un modelo de deliberación plural, horizontal y respetuoso, que incorpore las voces indígenas en la coproducción de políticas sanitarias. El artículo se estructura en tres partes: ampliación decolonial de la deliberación, fundamentos de una deliberación plural y promoción del diálogo intercultural. El marco propuesto busca transformar la gobernanza sanitaria en un proceso coproducido, donde las mujeres indígenas intervengan no como receptoras pasivas, sino como actoras clave en la producción de conocimiento y políticas públicas. El artículo subraya la urgencia de superar la inclusión simbólica y garantizar condiciones materiales y epistémicas que permitan una participación real y transformadora.

## Palabras clave:

mujeres indígenas, coproducción epistémica, deliberación plural, decolonialidad, diálogo de saberes

\*Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, La Plata, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-6914-9565>.  
Correo electrónico: [cintiarodriguezgarat@gmail.com](mailto:cintiarodriguezgarat@gmail.com)

## Abstract

This article uses a decolonial theoretical framework to develop a specific deliberative method that ensures the effective participation of indigenous women in health decision-making, fostering intercultural dialogue that avoids power asymmetries and promotes epistemic and intercultural co-production. Grounded in a decolonial and feminist approach, the proposed model critiques traditional frameworks of deliberative democracy and, inspired by decolonial principles, proposes a plural, horizontal, and respectful model of deliberation that incorporates indigenous voices in the co-production of health policies. The article is structured into three parts: the decolonial expansion of deliberation, the foundations of plural deliberation, and the promotion of intercultural dialogue. The proposed framework seeks to transform health governance into a co-produced process, where indigenous women intervene not as passive recipients, but as key actors in the production of knowledge and public policies. The article underlines the urgency of overcoming symbolic inclusion and guaranteeing material and epistemic conditions that allow for real and transformative participation.

## Keywords:

Indigenous women, co-production of public policies, plural deliberation, decoloniality, knowledge exchange

## La importancia de la deliberación

En filosofía política, el debate sobre cuáles deben ser aquellas herramientas conceptuales necesarias para que la comunidad política pueda mejorar la forma en que los ciudadanos se relacionan entre sí y con las instituciones no es nuevo (Vidiella 2020). Estas discusiones sobre cuáles son aquellos principios que promueven el mejor ordenamiento político posible, contribuyen a la riqueza y profundidad del debate. Esto se debe a que no solo propician una construcción robusta de la legitimidad de dichos principios, sino que también permiten plantear diversas modalidades de resolución de conflictos profundos o desacuerdos inevitables surgidos en el marco de las sociedades plurales y democráticas contemporáneas (Vidiella 2020). Sin embargo, desde una perspectiva decolonial, este debate padece de una limitación fundamental: su enfoque está anclado en una tradición filosófica eurocéntrica que ha ignorado histórica y sistemáticamente las epistemologías, prácticas políticas y formas de orga-

nización comunitaria de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otras comunidades subalternas.

Autores como Walter Dignolo (2011) y Aníbal Quijano (2000) han señalado que el *Proyecto moderno/colonial* ha impuesto una matriz de poder que privilegia ciertas formas de conocimiento y organización política mientras desvaloriza o excluye a otras. En América Latina, las instituciones políticas suelen estar diseñadas desde una lógica eurocéntrica que margina las prácticas políticas de los pueblos indígenas y afrodescendientes. La democracia deliberativa, al intentar establecer principios universales, tiende a reproducir jerarquías coloniales, patriarcales y raciales. A pesar de esto, la característica distintiva de los gobiernos democráticos se ha circunscripto a su capacidad efectiva para atender las preferencias de los ciudadanos sin ningún tipo de discriminación entre estas (Cordourier Real 2015). En este contexto se inscribe la importancia del principio de igualdad, como base ineludible para todo conjunto de personas que busque establecer

una asociación “con un gobierno capaz de tomar decisiones colectivas obligatorias” (Dahl 1989, 154). La igualdad es un principio fundacional de la democracia y se encuentra íntimamente ligada a la justificación deliberativa de las decisiones colectivas. Este principio de igualdad, como enfatiza Dahl (1989), es la base sobre la cual se construyen las asociaciones políticas, pues solo a través de ella se puede garantizar que las decisiones colectivas sean legítimas y representativas de la voluntad general.

No obstante, desde una perspectiva decolonial, este principio de igualdad puede resultar problemático en su formulación liberal, ya que suele reducirse a una dimensión meramente formal que no aborda las desigualdades estructurales y epistémicas que persisten en las sociedades contemporáneas. En este sentido, la igualdad no puede limitarse a garantizar la participación formal en procesos deliberativos; sino que, además, debe incluir también la igualdad epistémica, es decir, el reconocimiento y validación de los saberes y formas de conocimiento de los grupos subalternos (Fricker 2007). Esto implica cuestionar la hegemonía de la razón occidental y abrir espacio para otras formas de racionalidad y de entendimiento del mundo (Taddei e Hidalgo 2016), como las que proponen las prácticas de toma de decisiones consensuadas en comunidades indígenas o las tradiciones de deliberación en África (Gyekye 1997; Amadiume 2022).

Desde esta perspectiva, es crucial ampliar la conceptualización de la deliberación para incluir no solo las formas propias de la tradición occidental, sino también aquellas que emergen de las prácticas políticas de los pueblos marginados. Silvia Rivera Cusicanqui (2015) y Boaventura de Sousa Santos (2004) han

destacado cómo las asambleas comunitarias indígenas en América Latina se estructuran en torno a procesos de consenso que integran la relación con la tierra y la comunidad, desafiando la lógica individualista de la democracia liberal. De manera similar, es sumamente relevante considerar las tradiciones africanas de deliberación consensuada, que ponen el énfasis en la participación colectiva y el diálogo continuo como elementos centrales para la toma de decisiones (Gyekye 1997; Amadiume 2022). Es claro que estas prácticas no deben ser interpretadas como formas premodernas de organización política, sino como modelos alternativos que cuestionan críticamente la hegemonía de la razón occidental y abren espacios para otras formas de entender la política y la democracia.

Las democracias modernas han intentado promover procesos de deliberación inclusivos, basados en el diálogo abierto para fortalecer la legitimidad y justicia de las decisiones. Sin embargo, desde una perspectiva decolonial, esta visión de la deliberación resulta insuficiente, ya que no cuestiona las barreras estructurales —como el racismo, la pobreza, la falta de acceso a la educación y la violencia política— que impiden la participación efectiva y real de ciertos grupos (Viveros Vigoya 2016; Curiel 2008). En este sentido, Patricia Hill Collins (1990) y Chandra Talpade Mohanty (2003) han destacado la importancia de considerar las intersecciones de raza, género, clase social y colonialidad en el análisis de las desigualdades políticas. La deliberación, por tanto, no puede ser verdaderamente inclusiva si no se dismantelan estas estructuras de poder que perpetúan la exclusión (Curiel 2008).

Desde una crítica decolonial, la deliberación democrática, tal como ha sido

teorizada en la tradición occidental, corre el riesgo de convertirse en un mecanismo que, lejos de garantizar la inclusión, reproduce las desigualdades al ignorar las voces y conocimientos de los pueblos indígenas (y otras comunidades subalternas). Las formas de organización política y deliberación de estos grupos han sido históricamente marginadas en favor de modelos de gobernanza que privilegian la racionalidad liberal y la institucionalidad estatal. Frente a esta realidad, Rivera Cusicanqui (2015) y Walsh (2009) han subrayado la importancia de reconocer y valorar las prácticas deliberativas comunitarias como alternativas viables para ampliar el horizonte democrático y desafiar la matriz colonial de poder.

Autores como James Bohman (1998) subrayan que la deliberación es el núcleo del proceso legítimo de la toma de decisiones democráticas. Para Bohman, las instituciones y la cultura tienen un lugar preponderante en la cultura política deliberativa en tanto práctica social compleja que involucra la formación y el ejercicio de una razón pública donde se puede trazar la construcción de consensos y la resolución de conflictos. Sin embargo, desde una perspectiva decolonial, esta visión de la deliberación no cuestiona las jerarquías coloniales y raciales que estructuran las sociedades contemporáneas. Como vemos, la crítica decolonial sostiene que, dado que la base teórica de la deliberación se suscita en la tradición occidental, carece de mecanismos que le permitan reconocer las estructuras desiguales —coloniales, capitalistas, patriarcales y epistemicidas<sup>1</sup> en las que sienta sus postulados. Del mismo modo, siguiendo la pers-

pectiva decolonial, este enfoque de deliberación no puede evitar reproducir dichas desigualdades al ignorar las voces y saberes de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otras comunidades subalternas.

En línea con el enfoque de las democracias deliberativas, Simone Chambers (2003) añade que la deliberación debe conducir a opiniones bien informadas y razonables, incluso si no se alcanza un consenso. Este posicionamiento resulta fundamental si se pone el foco en la legitimidad de los resultados, “entendida esta como una justificación frente a todos los afectados” (Chambers 2003, 309). Sin embargo, desde una perspectiva decolonial, esta visión de la legitimidad es insuficiente, pues, como hemos señalado, no cuestiona ni busca modificar las estructuras coloniales y raciales que persisten en los sistemas políticos contemporáneos. La deliberación, en este sentido, para la perspectiva decolonial no puede limitarse a ser un proyecto de inclusión dentro de un marco que perpetúa las jerarquías coloniales. Por el contrario, debe transformarse en un proceso de descolonización que construya nuevas formas de convivencia política basadas en la justicia epistémica, la reciprocidad y el respeto a la diversidad.

En definitiva, la deliberación en las comunidades indígenas no puede ser comprendida únicamente a través de los marcos conceptuales de la democracia liberal occidental. Otros formatos alternativos y horizontales pueden ofrecer perspectivas más equitativas y comunitarias. En este contexto, es interesante señalar a modo de ejemplo que Silvia Rivera Cusicanqui (2015) menciona las

<sup>1</sup> Con la noción ‘epistemicida’, que deriva de ‘epistemicidio’, nos referimos a las prácticas epistemológicas que contribuyen a la ‘extinción’ de los conocimientos alternativos, como por ejemplo los saberes tradicionales de los pueblos indígenas.

asambleas comunitarias indígenas basadas en procesos de consenso que integran el diálogo, la memoria colectiva y la responsabilidad intergeneracional. Este modelo de deliberación desafía la lógica individualista de la democracia liberal al priorizar el bienestar colectivo sobre la negociación de intereses individuales. Es claro que estas prácticas representan una racionalidad política alternativa que cuestiona la hegemonía epistémica de la razón occidental y proponen horizontes de convivencia basados en la reciprocidad y el equilibrio relacional.

En efecto, como señala Boaventura de Sousa Santos (2004), la democracia deliberativa desde una perspectiva decolonial no puede limitarse a la mera inclusión de voces subalternas dentro de esquemas predefinidos por estructuras coloniales, sino que debe transformarse en un proceso de descolonización del saber y el poder. La deliberación en contextos indígenas no solo es un mecanismo para la toma de decisiones justas, sino también un desafío radical a las estructuras coloniales y raciales que moldean las democracias contemporáneas. Como plantea Mignolo (2011), la descolonización del pensamiento político no es un ejercicio teórico, sino un imperativo ético y político para la construcción de un mundo pluriversal donde diversas formas de ser, conocer y decidir coexistan en condiciones de dignidad y equidad. En este sentido, situarse desde la decolonialidad en una deliberación que incluya a los pueblos indígenas no solo implica reconocer sus derechos políticos y epistemológicos, sino también repensar críticamente los fundamentos mismos de la democracia y la justicia desde una perspectiva verdaderamente plural y geosituada.<sup>2</sup>

## Pilares fundamentales de la deliberación plural en salud: hacia una perspectiva situada y crítica

Como hemos anticipado, en este apartado fundamentamos la necesidad de adoptar un enfoque de deliberación plural para llevar a cabo la participación de las mujeres indígenas en la coproducción de conocimientos y formas de cuidado de la salud, ofreciendo una propuesta aplicable al ámbito sanitario. El objetivo es interpelarnos acerca de cuáles son los fundamentos de una deliberación plural que establezca un marco dialógico basado en el respeto y la autonomía de las partes implicadas. A partir de ese análisis, identificamos los pilares fundamentales para promover una deliberación plural en salud, tomando como referencia la propuesta de James Tully. Este enfoque servirá como punto de partida para desarrollar estrategias que puedan ser resignificadas desde las epistemologías indígenas.

Nos interesa enmarcar nuestro recorrido teniendo en cuenta el planteamiento reconstructivo de la democracia deliberativa formulado por Stephen Elstub (2010), quien sostiene que la democracia deliberativa en la actualidad ha entrado en una tercera generación. En resumen, la primera generación incluyó las afirmaciones normativas más abstractas de Jürgen Habermas y John Rawls, quienes definieron los principios que debían guiar la deliberación democrática, como la igualdad, la racionalidad y la búsqueda del consenso. La segunda generación se centró en la implementación práctica de la deliberación en sistemas políticos reales, reconociendo las complejidades sociales y explorando cómo los principios

2 Entendemos 'geosituada' como la articulación entre territorio, identidad y prácticas culturales locales.

deliberativos podían aplicarse en contextos concretos. Esta etapa incluyó herramientas como asambleas ciudadanas, encuestas deliberativas y jurados ciudadanos. Finalmente, la tercera generación, en la que nos encontramos según Elstub, representa un avance conceptual y práctico que apunta a una reformulación profunda de la teoría deliberativa en la práctica. Este enfoque explora el reconocimiento del pluralismo y la diversidad, aceptando que el consenso no siempre es posible ni necesario, y promoviendo espacios donde se priorice la mutua comprensión y el respeto. Además, introduce la idea de una deliberación sistémica, en la que los procesos deliberativos se integran como partes de un sistema democrático más amplio, articulando foros diversos que abordan diferentes aspectos de los problemas sociales y políticos. Esta tercera generación enfatiza la necesidad de una inclusión radical que supere las barreras estructurales y culturales para garantizar la participación de todos los sectores sociales, incluyendo a los tradicionalmente excluidos.

Adoptamos el marco de la ‘tercera generación’ de Elstub por su afinidad con el enfoque decolonial: su reconocimiento del pluralismo y la diversidad, junto a su énfasis en la mutua comprensión (más que en consensos forzados), lo hacen idóneo para validar los saberes indígenas —especialmente los de las mujeres— como sistemas de conocimiento legítimos en igualdad con los occidentales (Walsh 2009; Quijano 2000). Asimismo, esta generación facilita un diálogo horizontal que descoloniza los espacios deliberativos al confrontar las dinámicas excluyentes de la colonialidad del poder/saber (Quijano 2000), garantizando que las mujeres indígenas no solo sean incluidas, sino que también

tengan el poder de decidir cómo, cuándo y en qué términos participan (Tuhiwai Smith 2012).

Esto es crucial para superar la jerarquía de saberes que ha privilegiado los conocimientos médicos occidentales sobre los saberes tradicionales indígenas. La deliberación sistémica, por su parte, introduce la idea de integrar los procesos deliberativos en un sistema democrático más amplio, creando espacios de diálogo de saberes donde los conocimientos indígenas y occidentales se encuentren en condiciones de igualdad y mutualidad (Walsh 2009). En el ámbito sanitario, esto implica reconocer que prácticas como el uso de plantas medicinales o el rol de las parteras no son meros ‘complementos’, sino sistemas completos de conocimiento marginados por el colonialismo (Segato 2016).

Es indudable que, para que una democracia plural sea efectiva, no solo se requieren acuerdos básicos, sino que esos acuerdos sean alcanzados a través de mecanismos que respeten y valoren las diferencias y el disenso. Por esta razón, nos centramos en el enfoque deliberativo de James Tully, debido a que este autor le otorga un gran valor a la inclusión de voces culturalmente diversas, entendiendo que este hecho fortalece la legitimidad democrática al reconocer la diversidad cultural y política como parte esencial de la deliberación pública. En este aspecto, Tully, como representante clave de esta tercera generación, desarrolla un enfoque que no solo reconoce el pluralismo cultural, sino que también propone una deliberación intercultural que desafía las estructuras hegemónicas y coloniales del constitucionalismo moderno (Tully 1995).

Como es sabido, el pluralismo enriquece la deliberación democrática al combinar principios compartidos con

la negociación de múltiples voces. Tully (1995) cuestiona el lenguaje hegemónico del constitucionalismo moderno—basado en términos unívocos como ‘soberanía popular’ o ‘igualdad’ (Muñoz Machado 2022)— que homogeniza la diversidad cultural. Su propuesta reinterpreta el constitucionalismo para visibilizar sus supuestos históricos ocultos: el universalismo liberal (siglos XVII-XVIII), al imponer marcos uniformes, ha excluido sistemáticamente a pueblos indígenas y minorías.

El aporte central de Tully radica en su enfoque pluralista: sustituye la razón universal por prácticas deliberativas situadas, reconociendo epistemes diversas (Rueda Pozo 2005). En cambio, Tully propone una forma de deliberación flexible que acepta y valora la diversidad de prácticas de diálogo (entre epistemes y ontologías) de las diferentes formas de vida de diversas comunidades. Para Tully, la verdadera deliberación debe ser inclusiva, respetar las diferencias culturales y estar profundamente arraigada en la práctica democrática del día a día, no solo en los foros formales. En este contexto, Tully (1995) sostiene que, en una sociedad libre y democrática, siempre debe darse un proceso continuo de discusión, donde es esencial tanto el derecho a disentir como la obligación de escuchar y responder a las opiniones que influyen en la comunidad.

Si bien hay puntos de contacto con la perspectiva agonista de Chantal Mouffe, lo cierto es que Tully (1995) destaca la relevancia de promover una deliberación intercultural, donde las diferentes formas de vida y voces culturales puedan dialogar y ser escuchadas. En este sentido, Tully busca no solo reconocer los conflictos, sino generar espacios donde múltiples perspectivas puedan expresarse y negociar pacíficamente. No obstante, a

pesar de las grandes virtudes de incluir la diversidad de voces en el marco de una transformación profunda de las estructuras de poder y en un reconocimiento genuino de las epistemologías y valores de las comunidades no liberales, el enfoque de Tully ha sido objeto de críticas. En este sentido, su planteamiento prioriza los derechos individuales y los valores democráticos sobre los principios morales y políticos de estas comunidades. Esto conduce a que las comunidades deban “dar prioridad siempre a las facetas liberales de sus tradiciones” (Bonilla Maldonado 2006, 35).

Este aspecto problemático se vincula directamente con las limitaciones prácticas de su enfoque. Consecuentemente, si bien hemos establecido que es necesario adoptar un enfoque de deliberación plural para garantizar la participación de las mujeres indígenas en la coproducción de conocimientos y formas de cuidado en salud, tal como hemos señalado, la propuesta de Tully, pese a sus avances teóricos en relación a otros enfoques deliberativos plurales, presenta limitaciones, especialmente en cuanto a su tendencia a liberalizar las comunidades tradicionales y a la falta de mecanismos organizativos que garanticen una participación efectiva.

No obstante, es importante reconocer que su propuesta tiene bases sólidas y aspectos innovadores. En este aspecto, su enfoque se fundamenta en tres pilares clave: la inclusión radical, la flexibilidad comunicativa y el respeto activo hacia las diferencias culturales. En particular, aboga por integrar a comunidades marginadas, como los pueblos indígenas, en procesos deliberativos que reconozcan sus epistemologías y prácticas como válidas.

Sin embargo, estas fortalezas teóricas no eliminan las críticas ya mencionadas.

En ese marco, Tully enfrenta limitaciones prácticas significativas, debido a que, como advierte Bonilla Maldonado (2006), tiende a ‘liberalizar’ las comunidades no liberales al imponerles valores individualistas sobre principios colectivos. Dicho en otros términos, si bien Tully reivindica la diversidad cultural dentro de la deliberación democrática, su propuesta no logra escapar del paradigma liberal que subordina las formas de vida comunitarias a nociones de ciudadanía y autodeterminación moldeadas por supuestos occidentales. Además, su planteo carece de mecanismos claros para garantizar una participación equitativa y significativa, pues no aborda suficientemente las desigualdades estructurales que limitan el acceso y la incidencia real de las comunidades marginadas en los procesos deliberativos. Como resultado, su propuesta no trasciende el mero reconocimiento de comunidades culturalmente diversas dentro de un marco liberal, sin alterar las condiciones de exclusión que históricamente han restringido su agencia política (Bonilla Maldonado 2006, 34).

Otro desafío crucial radica en el riesgo de que la inclusión de voces y epistemologías diversas se convierta en una estrategia de cooptación simbólica más que en una transformación efectiva de las dinámicas de poder existentes (Bonilla Maldonado 2006; Tuhiwai Smith 2012). En este punto queremos resaltar que la incorporación de saberes indígenas en procesos deliberativos que no modifican las estructuras de poder podría derivar en una mera validación formal sin consecuencias materiales, perpetuando de este modo la colonialidad del saber y del ser en espacios de deliberación política y sanitaria.

Por ello, consideramos fundamental integrar la diversidad cultural en el

escenario deliberativo desde una perspectiva decolonial, que no solo valore la pluralidad de voces y conocimientos, sino que también transforme las relaciones de poder que históricamente han jerarquizado los saberes occidentales sobre los indígenas. Esto implica construir un marco amplio de intercambios dialógicos basado en el respeto y en la autonomía relacional de las partes implicadas.

### **Aportes para reconfigurar el diálogo intercultural**

En este apartado presentaremos nuestra propuesta deliberativa, la cual integra de manera central la dimensión intercultural. A diferencia del marco de James Tully, nuestro enfoque no solo busca incluir voces diversas, sino que avanza hacia una crítica profunda de las estructuras ontológicas, epistemológicas y político-jurídicas de raíz eurocéntrica. Nuestro planteamiento, denominado “Deliberación decolonial pluralista para ámbitos de salud”, se centra en una perspectiva geosituada que no solo contempla los beneficios del intercambio deliberativo intercultural, sino que también incluye aquellas voces históricamente silenciadas por la colonialidad (Quijano 2000; Mignolo 2000). Esta visión enfatiza la descolonización del espacio deliberativo, destacando la necesidad de derribar las jerarquías de poder que perpetúan la exclusión de las epistemes subalternas (Walsh 2006; Lugones 2008).

Aunque el enfoque decolonial no propone manifiestamente la coproducción epistémica en un marco deliberativo plural, lo cierto es que esta perspectiva teórica nos permite enriquecer y superar el planteo deliberativo de Tully. Esto se debe a que la decolonialidad se centra

en el desmantelamiento de las jerarquías ontológicas, epistémicas y políticas coloniales (Mignolo 2000; Lander 2000; Quijano 2000). Por ello, nuestra propuesta asegura que los saberes subalternos no solo sean escuchados, sino que, además, tengan igual peso en la toma de decisiones (Ulloa 2016; Rodríguez Garat 2024). Nuestro planteamiento no se limita a la escucha simbólica de las voces subalternas, sino que busca garantizar su participación activa y equitativa en la toma de decisiones. Esto implica un replanteamiento radical de las estructuras de poder que han marginado a las mujeres indígenas, reconociéndolas como actoras centrales en la construcción de alternativas que respeten la interdependencia entre vida, territorio y cultura (Lugones 2008; Segato 2016; Escobar 2016). En particular, su inclusión en la atención sanitaria es crucial por dos razones. Primero, siguiendo a Dos Santos, Koppe, Cares y Garrafa (2020, 1), porque el reconocimiento es un principio incuestionable para promover la equidad, al reafirmar que “las personas y las poblaciones desiguales deben ser tratadas de manera desigual y compensatoria” para garantizar su acceso efectivo a los derechos humanos. Segundo, porque esta inclusión permite abordar la determinación social de la salud desde sus propias experiencias (en primera persona), ya que las inequidades estructurales derivadas de la colonialidad del poder impactan de manera desproporcionada en estas comunidades (Breilh 2003; Breilh 2010; OPS 2019; Rodríguez Garat 2025). La pobreza, la exclusión social y la falta de acceso a servicios culturalmente adecuados solo pueden ser

enfrentadas mediante un enfoque que integre sus saberes y experiencias geosituadas en la formulación de políticas y protocolos de salud.

La creación de espacios deliberativos decoloniales demanda una crítica radical a los modos establecidos de escucha y toma de decisiones. Estos espacios —que aquí abordamos desde el ámbito sanitario, pero cuyos principios trascienden otros contextos— no se limitan a incorporar voces históricamente marginadas, sino que las constituyen como fuerzas activas en la transformación de las estructuras de poder. Según la perspectiva de Spivak (1996) y Mignolo (2000), su potencial subversivo radica en su capacidad para cuestionar los fundamentos mismos del orden eurocéntrico: desarticulan sus premisas ontológicas, ponen en tensión sus regímenes de conocimiento y desafían sus marcos jurídico-políticos, todo ello mientras instituye condiciones genuinas de equidad deliberativa. En este marco, la participación de las mujeres indígenas emerge no como mera inclusión simbólica, sino como práctica de resistencia que perfora las jerarquías coloniales. Su agencia se manifiesta al entrelazar saberes tradicionales con espacios institucionales, generando así nuevas configuraciones de poder donde la organización colectiva se erige como antídoto contra los dispositivos de silenciamiento. Lo que aquí se juega es la posibilidad misma de una democracia epistémica, donde la deliberación se convierte en el terreno para disputar los términos mismos de lo decible y lo pensable.

Para lograr esto, proponemos la institucionalización del diálogo inter-

cultural en la atención primaria de la salud (APS)<sup>3</sup>, que implica la creación de espacios deliberativos decoloniales y pluralistas donde las mujeres indígenas y otros grupos subalternos participen activamente en la formulación de políticas y protocolos de salud. Este proceso debe incluir la coproducción de saberes, es decir, la integración de conocimientos tradicionales y biomédicos en un marco de respeto mutuo y reciprocidad (Norsström et al. 2020). En este contexto, es importante señalar que la coproducción de conocimiento no solo enriquece las prácticas sanitarias, sino que también desafía las jerarquías epistémicas coloniales, promoviendo una justicia epistémica que reconoce y valora las epistemologías subalternas (Lander 2000; Mignolo 2000).

Sin embargo, es crucial reconocer que la implementación de este modelo enfrenta desafíos significativos, derivados de las estructuras de poder coloniales persistentes y de las condiciones necesarias para garantizar una participación genuina y equitativa. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) afirma que los grandes problemas que enfrentan las mujeres de comunidades indígenas se vinculan con la discriminación estructural (incluso dentro de sus propios pueblos) y el sufrimiento de violencia sistemática y generalizada en todos los ámbitos de su vida. Debido a estas barreras, la CIDH ha acentuado que los Estados deben tener la voluntad de participar en un diálogo intercultural, además de “ofrecer

flexibilidad a las autoridades indígenas en el establecimiento de las jurisdicciones indígenas [...] en pleno respeto de su derecho a perspectivas culturales y diferencias, autonomía, y autodeterminación” (CIDH 2017, 115). Para superar estas barreras, proponemos un enfoque gradual y sostenible que combine la democratización de las instituciones de salud con la reconfiguración de conceptos como ‘deliberación’, ‘representación’ y ‘soberanía’ desde una perspectiva decolonial (Walsh 2006; Quijano 2000). Esto implica no sólo la creación de comités interculturales y la ratificación de convenios internacionales como el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)<sup>4</sup>, sino también la formación de personal sanitario en competencias interculturales y la generación de datos desglosados por etnicidad y género (OPS 2019).

La perspectiva decolonial replantea radicalmente la democracia al convertirla en un espacio donde las epistemologías subalternas transforman el diálogo político en un ejercicio de justicia epistémica y cultural (Lander 2000). Este enfoque exige reconfigurar las estructuras de poder que perpetúan la exclusión, ampliando sustancialmente los márgenes de reconocimiento —cultural-simbólico (Lugones 2008), económico y político-jurídico— mediante la incorporación de formas de comunicación no hegemónicas: narrativas orales, símbolos culturales y rituales comunitarios que desafían la racionalidad eurocéntrica.

3 Si bien nuestra propuesta se sitúa en la institucionalización del diálogo intercultural en la APS, este planteo puede ser extensible a otros espacios. Algunos ejemplos son los ámbitos comunitarios (asambleas indígenas donde se debatan necesidades sanitarias y estrategias de salud; encuentros entre sanadores tradicionales y profesionales biomédicos para compartir conocimientos; o bien, consejos de salud indígena donde representantes comunitarios participen en la toma de decisiones); los ámbitos institucionales (hospitales y centros de salud interculturales con protocolos de atención compartidos; universidades y centros de formación médica con programas de salud intercultural; o bien, mesas de trabajo en ministerios de salud para diseñar políticas sanitarias adaptadas a los pueblos indígenas).

4 Son muchos los tratados internacionales que exaltan el derecho a la participación de las comunidades indígenas en lugares relevantes de tomas de decisión. Algunos ejemplos son la Declaración sobre la raza y los prejuicios raciales (1978) y la Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2016).

Sin embargo, esta ampliación no puede depender de los Estados o instituciones hegemónicas —precisamente agentes históricos de exclusión (Mignolo 2000; Quijano 2000)—, sino que debe surgir de un proceso *multiactoral* que involucre activamente a pueblos indígenas, movimientos sociales, académicos comprometidos y organismos de derechos humanos. Las políticas públicas deben traducir este compromiso en mecanismos concretos que eviten inclusiones simbólicas (García Gualda 2024), garantizando participación efectiva en la toma de decisiones.

Se trata, en esencia, de una disputa política donde las comunidades subalternas protagonizan la redefinición de los espacios deliberativos (Azpiroz Cleñán 2019; Hasen Narvaéz 2012). Este marco no solo confronta la colonialidad del poder (Quijano 2000), sino que teje alianzas entre movimientos diversos, reconfigurando las relaciones sociedad-Estado en el ámbito sanitario. El resultado es una participación genuinamente inclusiva que valora voces históricamente marginadas (Young 2000), transformando la deliberación en un acto de justicia epistémica y redistribución del poder.

Por este motivo, creemos que resulta primordial pensar en las condiciones que asumirán los mecanismos deliberativos que habilitarán el diálogo intercultural. En este sentido, subrayamos la importancia de que dichas condiciones sean cada vez más igualitarias en el marco de las instituciones democráticas. En este punto, surge la necesidad de pensar en las formas de articular nuestro marco teórico con las modalidades específicas de aplicación al ámbito sanitario para proporcionar espacios que habiliten estos intercambios horizontales e igualitarios.

Para ello, pensamos que se requiere de una estrategia que reconozca las tensiones entre derechos formalmente definidos y las prácticas locales de su ejercicio. Esto implica replantear los derechos no solo como garantías abstractas, sino como realidades situadas que emergen en contextos específicos, donde las comunidades indígenas y otros grupos subalternos puedan ejercer su agencia epistémica y política (Quijano 2000; Mignolo 2000). En este sentido, sostenemos que es fundamental adoptar un enfoque que combine las deliberaciones locales culturalmente situadas con un marco general inclusivo y dinámico que permita la integración de epistemologías alternativas en salud (Walsh 2006; Escobar 2016).

Para responder a este desafío, proponemos un abordaje deliberativo basado en el planteo decolonial. Este enfoque no solo fortalece la integración de epistemologías alternativas y subalternas en el ámbito de la APS, sino que también establece una base sólida para el desarrollo de políticas públicas inclusivas que respondan tanto a las particularidades culturales como a la necesidad de coherencia institucional (Rodríguez Garat 2024). En este contexto, es imprescindible que los equipos de salud y los centros sanitarios generen espacios adecuados para que los agentes de culturas diversas puedan participar deliberativamente en igualdad de condiciones, haciendo uso de sus saberes y experiencias (Rovere 1999; Rovere 2023). Este planteo, que reconoce la amplia diversidad étnica y cultural de nuestro país, contribuye a facilitar la construcción de estrategias que promuevan una relación médico-paciente más efectiva y sensible (Alarcón, Vidal y Rozas 2003).

Frente a las diversas modalidades que asume la relación médico-paciente, abogamos por defender este modelo deliberativo intercultural. Éste permite al/a la paciente-agente asumir un rol activo en la toma de decisiones sobre las intervenciones a las que debe someterse (Emanuel y Emanuel 1992). No obstante, nuestra propuesta sostiene que este proceso deliberativo debe ser institucionalizado, para ofrecer un marco dialógico intercultural que exceda la coyuntura específica del caso puntual (Rodríguez Garat 2024). La institucionalización del diálogo intercultural, desde una modalidad relacional deliberativa, puede permitir formular distintos acuerdos y protocolos interculturales que precedan a la acción médica y fomenten la participación comunitaria en la salud.

De esta manera, asumimos que el modelo médico hegemónico (Menéndez 2016) esencializa los cuerpos y los saberes ancestrales, imponiendo axiomas y criterios de validación. Para superar esto, nuestra propuesta busca establecer una dinámica deliberativa que incluya la interculturalidad en el sistema de salud a través del diálogo, la negociación y la coproducción<sup>5</sup> de saberes, promoviendo prácticas inclusivas y éticas (Rodríguez Garat 2023; 2024). En este marco, coincidimos con el planteo de Norström et al., quienes definen la coproducción de conocimiento como los “procesos iterativos

y colaborativos que involucran diversos tipos de experiencia, conocimiento y actores para producir conocimiento específico del contexto” (2020, 183). Este enfoque permite abordar problemáticas geosituadas desde una perspectiva pluralista y decolonial.

Concretamente, el plan de acción de nuestra propuesta de “Deliberación decolonial pluralista para ámbitos de salud” presenta ciertas consideraciones metodológicas que deben considerarse para institucionalizar la participación deliberativa de las mujeres<sup>6</sup> de comunidades indígenas en contextos sanitarios interculturales (Figura 1). Este proceso está estructurado en tres fases principales. Estas son: 1) Institucionalización del diálogo deliberativo plural; 2) Tratativas e intercambio de significados; y, 3) Coproducción de conocimiento intercultural. En este contexto, resulta interesante mencionar que a lo largo del texto empleamos el término método para referirnos al modelo propuesto de deliberación intercultural en salud, entendiendo que se trata de un conjunto estructurado de fases y acciones sistematizadas, más allá del marco epistemológico que podría enmarcarse como metodología. De este modo, como puede observarse, nuestro método de Deliberación decolonial pluralista para ámbitos de salud se estructura en tres fases. La Fase 1: Institucionalización del diálogo deliberativo plural plantea dos subfases o momentos.

5 Si nos centramos en problemáticas ambientales, según sostienen Norström et al. (2020), las prácticas de investigación, las agencias de financiación y las organizaciones científicas globales sugieren que la investigación dirigida a abordar los desafíos de la sostenibilidad es más eficaz cuando es “coproducida” por académicos y no académicos. Según los autores, la coproducción promete abordar la naturaleza compleja de los desafíos contemporáneos de la sostenibilidad mejor que los enfoques científicos más tradicionales.

6 Independientemente de las diferencias internas de cada comunidad indígena, las mujeres son las encargadas del cuidado de la salud de sus familias y comunidades. Asimismo, como afirman Ciriza y Berraondo (2021), es relevante resaltar que las mujeres indígenas han sido históricamente las encargadas de salvaguardar los territorios, las fuentes de subsistencia y las productoras de sus recursos de curación. Por este motivo, nos centramos en la institucionalización de la participación deliberativa de las mujeres en el ámbito de las APS del sistema sanitario.

Figura 1. Fases de la "Deliberación decolonial pluralista para ámbitos de salud"



Fuente: elaboración propia

El primer momento, trazado por la acción de Resignificar los espacios de encuentro entre culturas, tiene como objetivo reconfigurar la función y el sentido de los lugares y formas en que se producen los encuentros entre distintas culturas. Especialmente, se sitúa en el ámbito de la APS<sup>7</sup>, donde busca promover una comprensión más inclusiva y respetuosa entre culturas y epistemes (Rovere 2023). Como hemos señalado en otros espacios, una estrategia para ello es “la consulta previa e informada, la participación en la elaboración de políticas y la creación de mecanismos legales que reconozcan y protejan sus derechos de participación” (Rodríguez Garat 2024, 18). Sin embargo, el objetivo de nuestro enfoque se centra en:

promover el desarrollo de capacidades institucionales, territoriales y sociales para la cogestión de la salud pública,

por ejemplo, mediante la resignificación y fortalecimiento de los espacios de (...) aps, como instancias organizativas plurales que articulen la participación social e intercultural territorial (Rovere 2023), adaptadas a las necesidades sociales, epistémicas y contextuales específicas (Rodríguez Garat 2024, 18).

Sin duda, para que realmente exista un encuentro intercultural y no una mera imposición de una epistemología sobre otra, es fundamental diseñar espacios de diálogo genuino con condiciones que permitan la interacción horizontal y el reconocimiento mutuo (Rodríguez Garat 2022; 2023; 2025; Hasen Narváez 2012); lo cual requiere de una serie de acciones concretas y de actores clave que lo motoricen. En este sentido, es prioritario garantizar la mayor simetría —ontológica, epistémica y política— posible en la deliberación, evitando la

7 Para implementar cualquier tipo de institucionalización deben destinarse las partidas presupuestarias necesarias, debido a que no se trata de un proceso dialógico que se ejecuta mediante voluntades particulares, sino que, por el contrario, busca mejorar la calidad de la atención sanitaria de las personas que son expulsadas (o minorizadas) por el sistema de salud.

instrumentalización de los espacios de diálogo (Walsh 2009). Para ello es necesario utilizar metodologías que aseguren la participación efectiva de los pueblos indígenas, incluyendo traducción lingüística y epistémica, la formación de facilitadores interculturales<sup>8</sup> y la implementación de mecanismos normativos que vinculen las decisiones tomadas en estos espacios (Rodríguez Garat 2022; 2024). Además, es necesario que las comunidades definan las formas y tiempos del diálogo, evitando que sean absorbidas por estructuras ajenas a sus propias dinámicas (Santos 2004). Sin estos elementos, cualquier intento de interculturalidad en salud corre el riesgo de reproducir relaciones de dominación en lugar de promover un diálogo genuino y transformador.

Para institucionalizar la participación de las mujeres indígenas en los sistemas de salud es imperativo establecer un marco normativo y operativo que garantice su inclusión activa en la toma de decisiones, respetando sus conocimientos tradicionales y promoviendo un enfoque intercultural. Esto implica la creación de políticas públicas que reconozcan la medicina tradicional y los saberes ancestrales (Convenio 169 de la OIT) y la formación de comités interculturales donde las mujeres indígenas tengan representación y voz en la planificación y evaluación de servicios de salud (OPS 2019; OPS 2023). Además, es menester desarrollar protocolos interculturales que institucionalicen el diálogo entre los sistemas médicos occi-

dentales y los conocimientos indígenas, asegurando la participación comunitaria en la formulación de acuerdos previos a la acción médica (Rodríguez Garat 2023; Rodríguez Garat 2024). Aunque este modelo debe ser flexible y adaptable a las particularidades de cada comunidad, es decisivo que en este primer momento de la Fase 1 del proceso dialógico se promueva un ambiente inclusivo. En este entorno, las mujeres indígenas deben sentirse escuchadas<sup>9</sup> y empoderadas para participar en la deliberación y en la toma de decisiones en salud pública (Ulloa 2016; Rodríguez Garat 2024).

Con la intención de contribuir a la democratización e igualación de oportunidades del espacio dialógico, el segundo momento de la Fase 1, aquel referido a la Formación intercultural y sensibilización de personal sanitario y médicos en formación, busca proporcionar educación intercultural al personal de salud en ejercicio y en formación, lo que incluye tanto a profesionales en actividad (como médicos/as, enfermeros/as y otros/as trabajadores/as de la salud) como a quienes están en proceso de formación (como estudiantes de medicina y enfermería) (Ibáñez-Salgado, Druker-Ibáñez y Rodríguez-Olea 2024). La capacitación del personal de salud en competencias interculturales y la generación de datos desglosados por etnicidad y género son pasos esenciales para identificar y abordar las brechas en el acceso y la calidad de los servicios (OPS 2019). En este segundo momento

8 La figura del facilitador intercultural representa el nexo entre el equipo de salud y los pueblos indígenas, y puede colaborar en el intercambio. Asimismo, la relevancia del facilitador se centra en que, para las comunidades indígenas, es un agente de confianza porque pertenece a estas comunidades y es avalado por ellas (Hasen Narváez 2012 en Rodríguez Garat 2022).

9 Habilitar el canal de escucha, como diría Irigaray, implica "abrir nuestro propio mundo a algo o a alguien externo y extraño al mismo. Escuchar es una forma de abrirnos nosotros mismos al otro y de recibir a este otro, su verdad y su mundo como diferente de nosotros, del nuestro" (2020, 5). Según la autora, la escucha es una estrategia epistemológica clave para posibilitar un diálogo que desande aquellas marcas y pretensiones universalizantes del discurso (Irigaray 2020).

de la Fase 1, el objetivo es sensibilizar a través de cursos académicos que visibilicen las injusticias estructurales e históricas, proporcionando herramientas para abordar el cuidado y el trato ante la diversidad cultural. El propósito de formular estos cursos es mejorar las competencias de los/as agentes sanitarios/as, no solo para atender a pacientes de distintos orígenes culturales, sino también para fomentar una escucha atenta, respetuosa y reflexiva frente a la diversidad (Feltri et al. 2006; Rodríguez Garat 2023; 2024).

Por otra parte, la Fase 2 denominada Tratativas e intercambios de sentidos pretende constituir los mecanismos participativos mediante los cuales se producirá el diálogo desde la apreciación situacional de cada miembro (Matus 1996). En el primer momento de la Fase 2, durante la Sistematización de encuentros interepistémicos y colegiados, se busca estructurar de manera organizada encuentros entre diferentes formas de conocimiento (interepistémicos) y grupos colegiados (por ejemplo, expertos, médicos, líderes comunitarios, facilitadores interculturales, *machis*<sup>10</sup>) a través de foros públicos, consejos consultivos (Monsiváis Carrillo 2014, 482-5) y redes comunitarias o tejidos. La finalidad de estos encuentros no solo es fomentar el diálogo entre saberes diversos (Fondo Internacional de Mujeres Indígenas, FIMI, 2021), sino también, habilitar espacios de intercambios de sentidos —ontológicos y epistémicos— sobre las formas que tiene cada comunidad para

entender las concepciones de salud-tratamiento-enfermedad y la relación entre vida y muerte desde las propias representaciones culturales de cada participante.<sup>11</sup>

Este momento es decisivo para que el proceso dialógico-deliberativo se gesté en un espacio democrático con la menor asimetría de poder posible (Quijano 2000). En este punto, es crucial ser cautelosos con las implicancias que pueden tener los actos de concesión en los encuentros dialógicos. En particular, debemos estar atentos a que estas aparentes concesiones por parte de las hegemonías (Sistema sanitario biomédico) no perpetúen, de manera sutil, las asimetrías de poder existentes (Quijano 2000; Spivak 1996). Sin lugar a duda, si no se transforma la intención subyacente que sostiene estas desigualdades, los espacios de diálogo pueden convertirse en mecanismos de legitimación del poder dominante, en lugar de ser verdaderos encuentros de justicia e igualdad.

Durante el segundo momento de la Fase 2, en la Apreciación situacional participativa en el marco de las deliberaciones colegiadas, se valoran las diferentes perspectivas de los/as participantes en deliberaciones colegiadas (Monsiváis Carrillo 2014), reconociendo y respetando los distintos contextos y situaciones. En este marco, es importante mencionar que la apreciación situacional participativa de cada persona es planteada desde el enfoque teórico del planeamiento estratégico situacional (PES)<sup>12</sup>.

10 Las *machis* son lideresas espirituales mapuche que guían espiritual y culturalmente a sus comunidades.

11 La negociación de sentidos tiene como finalidad promover espacios de encuentro que permitan la construcción semiótica en interacción entre culturas diversas. Esto apunta a disminuir las frecuentes injusticias hermenéuticas que se suscitan cuando algunas culturas son excluidas de la construcción de sentidos comunes dentro de un espacio social/institucional determinado (Fricker 2007).

12 El PES, desarrollado por Carlos Matus, es un enfoque metodológico que analiza situaciones complejas desde las subjetividades de los actores involucrados. Reconoce que cada actor interpreta la realidad según su propia perspectiva, lo que genera múltiples explicaciones de un mismo problema. Su valor está en facilitar un análisis más profundo y contextualizado, permitiendo estrategias adaptadas a la diversidad de visiones. Así, el PES destaca la importancia de integrar estas subjetividades en la toma de decisiones para abordar eficazmente la complejidad social.

Según este planteamiento, el análisis situacional se construye a partir de la contribución de cada subjetividad. La relevancia de este enfoque reside en la necesidad de distinguir entre las diversas explicaciones otorgadas por cada miembro. Para Matus (1996), “cada actor aprecia el juego social de una manera particular y actúa en él según su propia interpretación de la realidad” (Huertas 1996, 19). Frente a una problemática sanitaria determinada, las decisiones de los/as participantes estarán mediadas por sus interpretaciones subjetivas sobre la mejor estrategia para alcanzar el éxito (Rodríguez Garat 2024). Como es de esperarse, en el marco de este ‘juego social’, estas decisiones están influidas por las experiencias geopolíticas del conocimiento (Valiente y Ferreira da Silva 2023).

Nuestro interés en el planteamiento de Matus se centra en que el autor entiende que las experiencias geopolíticas determinan las *jugadas* de cada participante y, por tanto, su interpretación de la situación (Matus 1996). Sin embargo, Matus (1996) subraya que cualquier decisión debe tener en cuenta las respuestas generadas en los/as demás participantes que forman parte de esta interacción (Rodríguez Garat 2024). Para aclarar este aspecto recurriremos a un ejemplo que hemos mencionado en otros espacios: “(s)i pensásemos este juego social como una partida de ajedrez, las jugadas de cada participante estarían evidentemente mediadas por sus interpretaciones subjetivas respecto a cuál es la mejor estrategia por seleccionar para ganar el juego” (Rodríguez Garat 2025, 121).

De este modo, antes de pensar en los acuerdos que surgirán como producto de la deliberación, es imprescindible reconocer la asimetría que se instala como punto de partida en el escenario deliberativo en el que se dan las explicaciones y los intercambios de pareceres durante la interacción (Matus 1996). Se desprende que más allá de las múltiples interpretaciones sobre la dinámica y sus significados, es primordial abordar una dimensión adicional de esta asimetría, que no sólo es epistémica (Fricker 2007; Lander 2000), sino que se trata, específicamente, de una asimetría de poder (Quijano 2000).

A pesar de ello, consideramos que la formación pedagógica intercultural propuesta en la Fase 1 permite concientizar y, fundamentalmente, sensibilizar a los/as profesionales de la salud respecto al cuidado y la protección necesaria a brindar a estos/as agentes-participantes de la deliberación debido a las asimetrías existentes. Así, en este segundo momento de la Fase 2, se espera que las mujeres indígenas participantes del diálogo intercultural puedan emplear sus conversas, en “ese ir y venir de las palabras, a partir de los sentires” (FIMI 2021, 13) para poder coproducir formas alternas que permitan tratar y sanar a los/as integrantes de la comunidad y a todos/as aquellos/as usuarios/as del sistema de salud que lo requieran.

En este contexto deliberativo, es importante diseñar un espacio amigable y horizontal que invite no solo a generar propuestas de complementariedad de saberes, sino también de reconocimientos mutuos y recíprocos<sup>13</sup> que valoren las diferencias y modos de entender la

13 El FIMI (2021, 17) ha llevado a cabo este tipo de encuentros, con una frecuencia de tres reuniones, en las que, “con hilos, chaquiras, dibujos, telas, cabuya, insumos para el tejido —metodologías propias de los conocimientos ancestrales—, cada mujer iba haciendo su proceso”. Este estudio menciona que, “al principio, unas mujeres no hablaban pero sí tejían, y al final, todas tomaban el hilo y contaban en voz alta por qué estaban allí desde el primer día”.

salud y habitar el suelo (Kusch 2007; Rodríguez Garat 2023). El objetivo de propiciar encuentros interepistémicos se configura en torno a construir un camino hacia una filosofía de la alteridad en la que los/as otros/as son reconocidos/as en sus identidades y tradiciones, en el desarrollo de sus respectivos logros geohistóricos (Gutiérrez Fernández y Márquez Fernández 2004).

Finalmente, la Fase 3 centrada en la Coproducción de conocimiento intercultural, también se encuentra subdividida en dos momentos, el primero de ellos es la Creación de códigos éticos y protocolos interculturales de acción, y el segundo, La evaluación continua para establecer correcciones en las políticas y planes de acción.

El primer momento de esta última fase del método busca desarrollar marcos éticos y protocolos de acción que tengan en cuenta las particularidades culturales de las comunidades (Ibáñez-Salgado, Druker-Ibáñez y Rodríguez-Olea 2024). El objetivo es generar guías de intervención surgidas de las interacciones deliberativas interepistémicas para que sean aplicadas en el ámbito de la APS, donde asisten comunidades indígenas a ser atendidas por la medicina occidental (Rovere 2023). Es interesante que estas guías y protocolos de acción configuren las formas adecuadas de fortalecer las capacitaciones interculturales al personal de salud (Fase 1), como también la importancia de reconocer la lengua indígena local, la alimentación y el equipamiento con elementos tradicionales, surgido de los acuerdos establecidos con los/as médicos/as tradicionales (Ibáñez-Salgado, Druker-Ibáñez y Rodríguez-Olea 2024).

El segundo momento de la última fase, la Evaluación continua para establecer correcciones en las políticas y

planes de acción, se concentra en implementar un proceso de monitoreo y evaluación constante para identificar y aplicar de manera proactiva las mejoras necesarias en las políticas y planes, asegurando su efectividad y adaptabilidad frente a nuevos desafíos y contextos. El propósito es garantizar que las acciones se ajusten a la realidad y necesidades de las comunidades involucradas (Matus 2016). En esta etapa es importante la rendición de cuentas y el monitoreo constante para asegurar que estas medidas transformen las estructuras de poder que históricamente han excluido a las mujeres indígenas, promoviendo así la equidad y la justicia social en los sistemas de salud.

Pensamos que la evaluación continua es un componente esencial para asegurar que la deliberación plural tenga un impacto real y sostenible en la salud de las mujeres indígenas. Para ello, nos parece pertinente el uso de indicadores de participación que midan el nivel de influencia de las mujeres indígenas en las decisiones tomadas (Walsh 2009; Quijano 2000), así como indicadores de equidad en salud que evalúen el acceso y la calidad de los servicios sanitarios (OPS 2019; Breilh 2010). Además, para contribuir a que este proceso deliberativo sea respetuoso y simétrico es necesario implementar mecanismos de monitoreo de la coproducción de conocimientos, que incluyan, por ejemplo, la revisión de casos específicos y la recopilación de testimonios de las mujeres indígenas y los profesionales de la salud (Norström et al. 2020; Rodríguez Garat 2024; 2025).

Asimismo, proponemos complementar esta evaluación con criterios cualitativos y simbólicos que permitan captar transformaciones menos visibles, pero igualmente significativas. Entre estos

se encuentran la movilización de las mujeres indígenas, el fortalecimiento de su autoestima colectiva o el cambio en su valoración dentro de sus propias comunidades. Estos elementos, aunque difíciles de cuantificar, resultan fundamentales para comprender el impacto profundo de los procesos deliberativos desde una perspectiva decolonial, ya que permiten observar cómo se reconfiguran las relaciones de poder, las formas de reconocimiento y los sentidos de pertenencia.

Estos mecanismos deben ser transparentes y contar con la participación activa de las comunidades, asegurando que las evaluaciones sean culturalmente apropiadas y orientadas a la mejora continua (Tuhiwai Smith 2012; Mignolo 2011). Finalmente, resulta imprescindible incorporar un proceso iterativo de ajustes y correcciones, donde los resultados de la evaluación se utilicen para identificar áreas de mejora y realizar cambios en las políticas y planes de acción (Matus 1996; Rovere 2023). Este enfoque adaptativo garantiza que las intervenciones respondan a las necesidades cambiantes de las comunidades y promuevan una transformación real en los sistemas de salud. La evaluación no solo mide el éxito de la deliberación plural, sino que también refuerza su carácter transformador al asegurar que las voces de las mujeres indígenas sean escuchadas y respetadas en todos los niveles (Spivak 1996; Femenías 2007).

Además de la creación de nuevos conocimientos y la transformación personal a través de las interrelaciones, la interculturalidad implica la construcción de gramáticas comunes basadas en la igualdad, la reciprocidad y la justicia (Bonilla 2006; Rodríguez Garat 2022). Siguiendo a Bonilla (2006), es importante notar que al centrarnos en una

ética de la responsabilidad, se reconoce que todos los seres humanos somos responsables de la vulnerabilidad del otro, más allá de cualquier deber de reciprocidad. Por ello, consideramos que los protocolos interculturales de acción no solo encarnan un carácter ético-político que fomenta la emancipación y agencia de las mujeres participantes en los procesos deliberativos, sino que también representan un marco de acción transformador que prioriza el *cuidado del otro* como eje central. Este enfoque se sustenta en una responsabilidad ética que reconoce y valora la alteridad, es decir, la diversidad de identidades, experiencias y saberes que configuran la existencia de quienes participan en estos espacios (Cullen 2019; Rodríguez Garat 2022). Justamente, los protocolos interculturales no solo buscan garantizar la inclusión formal, sino que también promueven una práctica reflexiva y geosituada que cuestiona las estructuras de poder hegemónicas y abre caminos hacia la construcción de relaciones más horizontales y respetuosas. Así, se posicionan como herramientas fundamentales para avanzar hacia una justicia social que no solo reconoce, sino que celebra y protege la diversidad cultural y de género.

## Reflexiones finales

Hemos propuesto un marco teórico-metodológico innovador para la deliberación intercultural en salud, con un enfoque decolonial que busca desmantelar las estructuras de poder coloniales, patriarcales y epistemicidas que han marginado históricamente a las mujeres indígenas (Rodríguez 2021; 2022). A través de una crítica profunda a los modelos tradicionales de democracia deliberativa, hemos puesto en evidencia

cómo estos enfoques, aunque aspiran a la inclusión, reproducen jerarquías que excluyen y subalternizan los saberes y prácticas de las comunidades indígenas. Frente a esto, la propuesta de una deliberación plural y horizontal, inspirada en Tully, pero reinterpretada desde una perspectiva decolonial, se presenta como una base ineludible para propiciar la agencialidad epistémica de las mujeres indígenas en el ámbito de la salud.

Esta propuesta no solo busca incluir a las mujeres indígenas en los procesos de toma de decisiones, sino también validar y respetar sus saberes tradicionales como sistemas de conocimiento legítimos y en igualdad de condiciones con los saberes biomédicos (Hasen Narváez 2012). La coproducción de conocimientos entre ambos sistemas se plantea como un mecanismo clave para superar las asimetrías epistémicas y construir políticas sanitarias más justas y equitativas (Norström et al. 2020). Sin embargo, para que esta coproducción sea efectiva, es necesario descolonizar los espacios deliberativos, garantizando que las mujeres indígenas no sean meras participantes simbólicas, sino agentes activas con poder de decisión sobre cómo, cuándo y en qué términos participan. Esto implica un replanteamiento radical de las estructuras de poder que han perpetuado la exclusión y el silenciamiento de sus voces (Quijano 2000; Walsh 2008).

La metodología propuesta, estructurada en tres fases (institucionalización del diálogo, tratativas e intercambios de sentidos, y coproducción de conocimiento intercultural), ofrece un marco práctico para implementar la delibe-

ración plural en contextos sanitarios. Sin embargo, su éxito depende de la capacidad para superar desafíos como la *liberalización* de las comunidades no liberales, la cooptación simbólica y la reproducción de asimetrías de poder (Quijano 2000). Para ello, es crucial garantizar condiciones de participación equitativa, como la formación intercultural del personal sanitario, la creación de protocolos interculturales y la evaluación continua de las políticas implementadas. Estos mecanismos no solo deben asegurar la inclusión formal, sino también transformar las relaciones de poder que históricamente han marginado a las mujeres indígenas (Ibáñez-Salgado, Druker-Ibáñez y Rodríguez-Olea 2024; Rodríguez-Garat 2023; 2024).

En definitiva, nuestra propuesta no solo representa un avance significativo hacia la justicia epistémica, sino que también ofrece un marco teórico para la democratización de los sistemas de salud mediante la creación de espacios deliberativos interculturales, la formación del personal sanitario y la resolución de tensiones entre saberes tradicionales y biomédicos. Al reconocer y validar los saberes indígenas se desafía la hegemonía de la razón occidental (Taddei e Hidalgo 2016) y se promueve una coproducción de saberes que respete la diversidad cultural. Sin embargo, su implementación exige un compromiso político y social profundo. Solo así se podrá garantizar que las mujeres indígenas no solo sean escuchadas, sino que también tengan el poder de decidir sobre su salud y bienestar, construyendo un futuro más justo y equitativo.

**Agradecimientos:** A la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) por ofrecer el marco de investigación en el que me encuentro finalizando mi doctorado en Filosofía.

**Financiamiento:** Este trabajo no recibió apoyo de ninguna institución financiadora.

**Declaración de conflicto de intereses:** La autora declara no tener ningún conflicto de interés

financiero, profesional o personal que pudiera influir en los resultados o interpretaciones presentados en este manuscrito.

**Declaración sobre uso de IA:** Durante la preparación de este trabajo, la autora no utilizó IA. El contenido intelectual, análisis y conclusiones son exclusivamente responsabilidad de la autora.

## Bibliografía

- Alarcón, Ana M., Aldo Vidal H., y Jaime Neira Rozas. 2003. "Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales" *Revista Médica de Chile* 131 (9): 1061-65. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>
- Amadiume, Ifi. 2022. *Male Daughters, Female Husbands: Gender and Sex in an African Society*. Zed Books.
- Azpiroz Cleñán, Verónica. 2019. *Derechos de los pueblos indígenas: La lucha por la tierra y la cultura*. Ediciones CICCUS.
- Bohman, James. 1998. *Public Deliberation: Pluralism, Complexity, and Democracy*. MIT Press.
- Bonilla, Alcira. 2006. "¿Quién es el sujeto de la bioética? Reflexiones sobre la vulnerabilidad." En *Bioética y salud mental. Intersecciones y dilemas*, editado por Alicia I. Losoviz, Daniel A. Vidal y Alcira Bonilla. Akadia.
- Bonilla Maldonado, Daniel. 2006. *Constitucionalismo y colonialismo: Una lectura desde América Latina*. Siglo del Hombre Editores.
- Breilh, Jaime. 2003. *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- Breilh, Jaime. 2010. *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública*. Universidad Nacional de Colombia.
- Chambers, Simone. 2003. "Deliberative Democratic Theory." *Annual Review of Political Science* 6: 307-26. <https://doi.org/10.1146/annurev.polisci.6.121901.085538>
- Ciriza, Adrianay Mikel Berraondo. 2020. "El sos de las mujeres indígenas." *El País*, 16 de noviembre. <https://elpais.com/planeta-futuro/2020-11-16/el-sos-de-las-mujeres-indigenas.html>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). 2017. *Derechos de los pueblos indígenas y tribales sobre sus tierras ancestrales y recursos naturales*. Organización de los Estados Americanos. Consultado el 30 de julio, 2025. [https://www.oas.org/es/cidh/indigenas/docs/pdf/tierras-ancestrales\\_esp.pdf](https://www.oas.org/es/cidh/indigenas/docs/pdf/tierras-ancestrales_esp.pdf)
- Cohen, Joshua. 1997. "Procedure and Substance in Deliberative Democracy." En *Deliberative Democracy*, editado por James Bohman y William Rehg, 407-37. Cambridge, MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/2324.003.0017>
- Collins, Patricia Hill. 1990. *Black Feminist Thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. Unwin Hyman.
- Cordourier Real, Carlos Román. 2015. "Participación ciudadana e instituciones: un análisis desde la teoría democrática de Robert A. Dahl." *Estudios Sociológicos* 33 (99): 579-

605. Consultado el 30 de julio, 2025. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59844200004>.
- Cullen, Carlos. 2019. "El cuidado del otro" En *Ética ¿dónde habitas?*, 209-17. Las Cuarenta.
- Curiel, Ochy. 2008. "Crítica poscolonial desde las prácticas políticas del feminismo antirracista" *Nómadas* 28: 1-15.
- Dahl, Robert. 1989. *La democracia y sus críticos*. Paidós.
- Dos Santos, Telma, Cesar Koppe, Juvenial Cares y Volnei Garrafa. 2020. "Una lectura bioética de la pérdida de biodiversidad y consecuente inseguridad alimentaria". *Revista de Redbioética/UNESCO* 11 (2): 61-75.
- Elstub, Stephen. 2010. "The third generation of deliberative democracy". *Political Studies Review* 8 (3): 291-307. <https://doi.org/10.1111/j.1478-9302.2010.00216.x>
- Emanuel, Ezekiel J. y Linda L. Emanuel. 1992. "Four models of the physician-patient relationship". *JAMA* 267 (16): 2221-26. <http://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>
- Escobar, Arturo. 2016. *Autonomía y diseño: La realización de lo comunal*. Universidad del Cauca.
- Femenías, María Luisa. 2007. *Esbozo de un feminismo decolonial*. Editorial Biblos.
- Fondo Internacional de Mujeres Indígenas (FIMI). 2021. *Tejiendo saberes: Voces de mujeres indígenas en la salud intercultural*.
- Fricker, Miranda. 2007. *Epistemic injustice: power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.
- García Gualda, Suyai. 2024. *Políticas públicas y participación indígena: Un enfoque decolonial*. CLACSO.
- Gutiérrez Fernández, Doris y Álvaro B. Márquez-Fernández. 2004. "Raúl Fonet-Betancourt: Diálogo y filosofía intercultural." *Frónesis* 11 (3): 9-39. Consultado el 4 de agosto, 2025. [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-62682004000300002](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-62682004000300002)
- Gyekye, Kwame. 1997. *Tradition and Modernity: Philosophical Reflections on the African Experience*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195112252.001.0001>
- Hasen-Narváez, Felipe. 2012. *Facilitación intercultural en salud: Experiencias y desafíos*. Universidad de Chile.
- Huertas, Franco. 1996. *El método PES: Planificación estratégica situacional*. CEREB.
- Ibáñez Salgado, Nolfia, Sofía Druker Ibáñez y Soledad Rodríguez Olea. 2024. "Sistemas de conocimiento que enmarcan procesos de aprendizaje en familias mapuche y aymaras." *Estudios Pedagógicos* 50 (1): 343-62. <https://doi.org/10.4067/S0718-07052024000100343>
- Irigaray, Luce. 2020. *El camino de la escucha*. Editorial Cactus.
- Kusch, Rodolfo. 2007. *Indigenous and Popular Thinking in América*. Traducido por María Lugones y Joshua Price. Duke University Press.
- Lander, Edgardo. 2000. *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. CLACSO.
- Lugones, María. 2008. "Colonialidad y género." *Tabula Rasa* (9): 73-101.
- Mansbridge, Jane, James Bohman, Simone Chambers, David Estlund, Andreas Føllesdal, Archon Fung, et al. 2010. "The place of self-interest and the role of power in deliberative democracy". *The Journal of Political Philosophy* 18 (1): 64-100.
- Matus, Carlos. 1996. *Teoría del juego social*. Fondo Editorial ILPES.

- Mignolo, Walter D. 2000. *Local Histories/Global Designs: Coloniality, Subaltern Knowledges, and Border Thinking*. Princeton University Press.
- Mignolo, Walter. 2011. *The Darker Side of Western Modernity. Global Futures, Decolonial Options*. Duke University Press.
- Mohanty, C. T. 2003. *Feminism Without Borders. Decolonizing Theory, Practicing Solidarity*. Duke University Press.
- Monsiváis Carrillo, Alejandro. 2014. “La deliberación como mecanismo de control democrático: precisiones analíticas y cuestiones emergentes”. *Revista Mexicana de Sociología* 76 (3): 471-99.
- Muñoz Machado, Santiago. 2022-2023. “El nuevo constitucionalismo multicultural hispanoamericano” *Anales de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas* 75 (100): 51-88.
- Norström, Albert V., Christopher Cvitanovic, Marie F. Löf, Simon West, Carina Wyborn, Patricia M. Balvanera, et al. 2020. “Principles for knowledge co-production in sustainability research” *Nature Sustainability* 3: 182-90.
- ops. 2019. Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51745>
- ops. 2023. “Un enfoque intercultural y participativo, clave para garantizar la salud de los pueblos indígenas de las Américas”. ops, 9 de agosto de 2023. <https://www.paho.org/es/noticias/9-8-2023-enfoque-intercultural-participativo-clave-para-garantizar-salud-pueblos-indigenas>
- Quijano, Anibal, Michael Ennis. 2000. “Coloniality of Power, Eurocentrism, and Latin America.” *Nepantla: Views from South* 1 (3): 533-80.
- Rivera Cusicanqui, Silvia. 2015. *Sociología de la imagen: Miradas ch'ixi desde la historia andina*. Tinta Limón.
- Rodríguez Garat, Cintia. 2022. *Cuerpos-territorios de las mujeres mapuce: testimonios de opresión y de resistencia*. Universidad Nacional de Quilmes. Consultado el 4 de agosto, 2025. <https://philpapers.org/archive/RODCDL-9.pdf>
- Rodríguez Garat, Cintia. 2023. *Resiliencia y salud pública de las mujeres mapuce ante el cambio climático: Un análisis desde una perspectiva intercultural, participativa y de derechos humanos*. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/RFG54>
- Rodríguez Garat, Cintia. 2024. “Entrevista.” *Fundación Jaime Roca*, 6 de junio. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/F9CT7>
- Rodríguez Garat, Cintia. 2025. “Consideraciones sobre las obligaciones éticas de la salud pública hacia las comunidades indígenas mapuche frente a los riesgos climáticos”. Tesis de maestría, FLACSO. <http://hdl.handle.net/10469/23006>
- Rovere, Mario. 1999. *Redes en salud: Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.
- Rovere, Mario. 2023. “Derecho a la salud y atención primaria de la salud (APS): de cómo la meta ‘salud para todos’ creó las condiciones para plantear el derecho a la salud”. Clase 1, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata. Consultado el 4 de agosto, 2025. <https://acortar.link/mXwUtN>
- Rueda Pozo, Silvia. 2005. “Deliberación representativa: Las encuestas deliberativas”. *Revista de Estudios Políticos (nueva época)* (128): 221-253.

- Santos, Boaventura de Sousa. 2004. *Crítica de la razón indolente: contra el desperdicio de la experiencia*. Desclée de Brouwer.
- Segato, Rita. 2016. *La guerra contra las mujeres*. Traficantes de Sueños.
- Spivak, Gayatri. C. 1996. *The Spivak Reader: Selected Works of Gayatri Chakravorty Spivak*. Editado por Donna Landry y Gerald MacLean. Routledge.
- Taddei, Renzo y Cecilia Hidalgo. 2016. “Antropología posnormal”. *Cuadernos de Antropología Social* (43): 21-32.
- Tully, James. 1995. *Strange Multiplicity: Constitutionalism in an Age of Diversity*. Cambridge University Press.
- Ulloa, Astrid. 2016. “Justicia climática y mujeres indígenas en América Latina”. *Latin American Studies Association Forum* 47 (4): 12-16.
- Vidiella, Gabriela. 2020. “Prólogo.” En *Rostros del igualitarismo: Discusiones y desafíos filosóficos*, coordinado por Daniel Busdygan. Teseo Press.
- Viveros Vigoya, Mara. 2016. “La interseccionalidad: Una aproximación situada a la dominación.” *Debate Feminista* 52: 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>
- Walsh, Catherine. 2006. *Interculturalidad y (de)colonialidad: Diferencia y nación de otro modo*. Livro da Academia da Latinidade. Lisboa: Textos & Formas Ltda.
- Walsh, Catherine. 2008. “Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: Las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado.” *Tabula Rasa*, no. 9: 131-152.
- Walsh, Catherine. “Interculturalidad crítica y educación intercultural”. Ampliación de la ponencia presentada en el Seminario Interculturalidad y Educación Intercultural”, organizado por el Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello, La Paz.
- Young, Iris Marion. 2000. *Inclusion and Democracy*. Oxford University Press.