Encuentro de saberes y diálogos de saberes: desafíos para la construcción de sistemas de salud pluriepistémicos

Encounter of knowledges and dialogues of knowledges: Challenges for building pluriepistemic health systems

Nelson Filice de Barros[1], Rafael Afonso da Silva[2], Flávia Liparini[3], Thabata Cristina Rosa Negrete[4], Daniela Droguetti Christovam[5], José Jorge de Carvalho[6]

[1]Doctor en Salud Colectiva. Profesor Titular, Departamento de Salud Colectiva, Facultad de Ciencias Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil. [2]Posdoctor en Salud Colectiva. Profesional de Apoyo a la Enseñanza e Investigación, Departamento de Salud Colectiva, Facultad de Ciencias Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil. [3]Doctora en Salud Colectiva. Investigadora, Laboratorio de Prácticas Alternativas, Complementarias e Integrativas en Salud, Facultad de Ciencias Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil. [4]Magíster en Salud Colectiva. Doctoranda en Salud Colectiva, Facultad de Ciencias Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil. [5]Magíster en Salud Colectiva. Doctoranda en Salud Colectiva, Facultad de Ciencias Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil. [6]Doctor en Antropología Social, Posdoctor. Profesor Titular, Departamento de Antropología, Instituto de Ciencias Sociales, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

RESUMEN La metodología de diálogos de saberes, desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud, constituye una estrategia orientada a articular la biomedicina con las medicinas tradicionales. Aunque representa un avance, persisten limitaciones epistemológicas relacionadas con las asimetrías en la validación y el reconocimiento de los diferentes sistemas de conocimiento. Este ensayo, fundamentado en las perspectivas de la decolonialidad, la justicia cognitiva y el pensamiento pluriepistémico, analiza las contribuciones del *encuentro de saberes* a los *diálogos de saberes* en la construcción de modelos de cuidado pluriepistémicos. El argumento se desarrolla a partir de tres ejes: la pluralización epistémica y el reconocimiento de maestros y maestras de saberes tradicionales como sujetos epistémicos plenos; la valorización de los saberes tradicionales en la esfera pública mediante la noción de cuotas epistémicas; y la crítica al modelo biomédico a partir de la concepción de cosmos vivo. Se argumenta que los diálogos de saberes aún reproducen determinadas asimetrías epistémicas y que la alianza descolonización-contracolonización, propuesta por el encuentro de saberes, constituye una posibilidad para superar estas limitaciones. Se concluye que el acercamiento entre los diálogos de saberes y el encuentro de saberes contribuye a la construcción de sistemas de salud pluriepistémicos, interculturales y socialmente justos.
PALABRAS CLAVES Competencia Cultural; Medicina Tradicional; Sistemas de Salud; Equidad en Salud; Salud Pública.

ABSTRACT The dialogues of knowledges methodology, developed by the Pan American Health Organization, is a strategy aimed at bringing biomedicine and traditional medicines into dialogue. Although it represents an important advance, epistemological limitations persist, particularly regarding asymmetries in the validation and recognition of different knowledge systems. Grounded in perspectives of decoloniality, cognitive justice, and pluriepistemic thought, this essay examines the contributions of the *encounter of knowledges* to the *dialogues of knowledges* in the construction of pluriepistemic models of care. The argument is developed along three main axes: epistemic pluralization and the recognition of masters of traditional knowledge as full epistemic subjects; the recognition and valuing of traditional knowledge in the public sphere through the notion of epistemic quotas; and a critique of the biomedical model based on the concept of the living cosmos. The essay argues that the dialogues of knowledges still reproduce certain epistemic asymmetries and that the decolonization–countercolonization alliance proposed by the encounter of knowledges offers a possible way to overcome these limitations. It concludes that bringing the dialogues of knowledges and the encounter of knowledges closer together contributes to the construction of pluriepistemic, intercultural, and socially just health systems.
KEYWORDS Cultural Competency; Traditional Medicine; Health Systems; Health Equity; Public Health.

Introducción

A pesar del creciente reconocimiento internacional de la importancia de las medicinas tradicionales y de los conocimientos indígenas, afrodescendientes y comunitarios para la construcción de sistemas de salud más equitativos y culturalmente sensibles, persiste un desafío fundamental: la creación de condiciones efectivamente simétricas para el diálogo entre diferentes sistemas de conocimiento. Aunque las políticas y directrices internacionales promueven la articulación entre saberes biomédicos y tradicionales, muchas de las metodologías destinadas a propiciar este encuentro continúan operando en contextos marcados por jerarquías epistemológicas históricamente constituidas, en los que el conocimiento científico moderno sigue siendo el principal referente de legitimidad. No se trata de evaluar los diálogos de saberes a partir de objetivos que exceden su finalidad metodológica original, sino de examinar en qué medida esta metodología puede contribuir a enfrentar asimetrías epistemológicas más amplias y qué desafíos persisten cuando se considera la transformación institucional de los sistemas de salud.

A partir de esta cuestión, buscamos examinar las potencialidades y los límites de la metodología de los Diálogos de Saberes propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y sostenemos que su alcance puede ampliarse mediante el diálogo con el movimiento del Encuentro de Saberes, cuya trayectoria ofrece contribuciones relevantes para la construcción de relaciones interculturales más horizontales y para el fortalecimiento de sistemas de salud pluriepistémicos. Para desarrollar esta argumentación, adoptamos la modalidad de ensayo teórico de carácter analítico-comparativo, fundamentado en el análisis de documentos institucionales y referentes conceptuales centrales para ambas propuestas.

La comparación estuvo orientada por interrogantes surgidos de la crítica a la configuración monocultural y monoepistémica de las instituciones de salud socialmente dominantes, tomando como referencia la noción de interculturalidad crítica[1] y los aportes de los campos de estudios decoloniales y contracoloniales. A partir de este encuadre analítico, examinamos las concepciones que sustentan ambas iniciativas, los modos de producción de legitimidad epistemológica, las formas de participación de los portadores de saberes tradicionales y las estrategias empleadas para promover relaciones horizontales en los procesos de diálogo intercultural. Este procedimiento permitió articular dimensiones conceptuales, políticas y normativas para identificar convergencias, tensiones y posibilidades de enriquecimiento mutuo entre los diálogos de saberes y el encuentro de saberes.

El corpus bibliográfico se centró en documentos institucionales de referencia, incluida la metodología de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para los diálogos de saberes, así como en producciones teóricas consolidadas sobre el encuentro de saberes, especialmente aquellas que explicitan sus fundamentos epistemológicos, políticos y pedagógicos. De manera complementaria, se recuperaron aportes de la antropología de la salud y de autores vinculados con las perspectivas decoloniales y contracoloniales, con el propósito de ampliar el horizonte interpretativo del análisis. No se pretende realizar una reconstrucción exhaustiva de los marcos de referencia de ambas propuestas, sino discutir críticamente sus contribuciones a la construcción de sistemas de salud pluriepistémicos y a la profundización de prácticas interculturales capaces de enfrentar las asimetrías que aún caracterizan los procesos de diálogo entre diferentes tradiciones de conocimiento.

La reflexión propuesta en este ensayo también dialoga con un conjunto más amplio de producciones latinoamericanas dedicadas a la interculturalidad en salud, el pluralismo médico y la crítica de las relaciones de poder que atraviesan los encuentros entre diferentes sistemas de cuidado. En este campo, se destacan los aportes sobre el modelo médico hegemónico, la autoatención y el pluralismo asistencial, así como los trabajos que analizan el reduccionismo biomédico y la relevancia de distintas racionalidades médicas en la producción del cuidado[2,3,4,5,6,7]. Estos enfoques coinciden en señalar que las relaciones entre sistemas médicos no pueden comprenderse únicamente como un intercambio de prácticas terapéuticas, sino que involucran disputas por la legitimidad, el reconocimiento y la autoridad epistemológica. La incorporación de este debate permite situar las contribuciones de la metodología de los diálogos de saberes y del programa encuentro de saberes en un campo intelectual más amplio, dedicado a la construcción de sistemas de salud capaces de reconocer la diversidad de formas de conocer, cuidar y producir salud.

En 2025, se publicó la Estrategia Mundial sobre Medicina Tradicional 2025-2034[8], que reafirma la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de integrar las medicinas tradicionales en los sistemas nacionales de salud de sus Estados miembros, reconociendo su papel histórico, cultural y sanitario en la producción del cuidado. Este documento destaca que la medicina tradicional, entendida como un conjunto de saberes, prácticas y filosofías desarrollados en contextos históricos y culturales específicos, anteriores a la biomedicina, constituye para millones de personas la principal forma de acceso a la atención de la salud, especialmente en el primer nivel de atención. Al destacar principios como el holismo, la centralidad de la persona, la sostenibilidad, las plantas medicinales y el respeto por los derechos de los pueblos indígenas, la estrategia amplía el debate sobre modelos de cuidado que articulen conocimientos tradicionales y evidencias científicas contemporáneas. En este sentido, las medicinas tradicionales no deben tratarse como un vestigio del pasado, sino como un campo dinámico, susceptible de regulación, investigación e integración, con criterios de seguridad, eficacia y calidad. De este modo, la OMS

reposiciona las medicinas tradicionales como un componente estratégico para alcanzar la cobertura universal de salud, valorizar la diversidad cultural y construir sistemas más equitativos y sensibles a las realidades locales.

La participación de practicantes de las medicinas tradicionales en los sistemas de salud de los Estados miembros de la OMS fue promovida como una estrategia para alcanzar la salud y el bienestar para todos en 1978, durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata[9], y reafirmada cuarenta años después en la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Astaná[10]. En Alma-Ata, la participación de practicantes de las medicinas tradicionales fue concebida como un componente estratégico para ampliar el acceso, respetar los contextos culturales y fortalecer los vínculos comunitarios, especialmente en territorios donde estos practicantes constituyen la principal referencia de cuidado. En la Conferencia de Astaná, este compromiso se renovó frente a desafíos contemporáneos como las desigualdades persistentes, la transición demográfica, el cambio climático y la creciente carga de enfermedades crónicas, reafirmando la centralidad de los enfoques integrados y culturalmente sensibles. La incorporación de practicantes de las medicinas tradicionales a los sistemas nacionales de salud no responde únicamente a la necesidad de ampliar la oferta de servicios, sino también a la de crear modelos de cuidado que articulen diferentes saberes para la prevención, la promoción, el tratamiento y la rehabilitación de manera continua a lo largo del curso de vida, con el propósito de construir sistemas de salud más sensibles a las expectativas de las poblaciones y con mayor capacidad para promover el nivel más alto posible de salud y bienestar para todos.

Para responder a esta necesidad, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) creó en 2022 la estrategia de "diálogos de saberes"[11], también denominada "diálogos interculturales", que "aplicados a la salud forman parte de una política intercultural que plantea como posible y conveniente la articulación de los sistemas médicos tradicionales con el occidental"[11]. Se trata de una metodología participativa que busca promover encuentros horizontales entre diferentes sistemas de conocimiento en salud, especialmente entre los saberes biomédicos y los saberes tradicionales, indígenas y comunitarios, reconociendo su legitimidad epistemológica, histórica y cultural. A diferencia de los enfoques asimilacionistas, los diálogos de saberes no buscan subordinar un sistema a otro, sino crear espacios seguros de escucha, reconocimiento mutuo y construcción compartida de soluciones a problemas concretos de salud. La metodología comprende etapas estructuradas, como mapear actores, identificar prácticas y concepciones del cuidado, acordar objetivos comunes y construir acuerdos interculturales. Se fundamenta en principios como la equidad, el respeto por la diversidad cultural, el consentimiento libre e informado y la valorización de los contextos territoriales. Al incorporar las dimensiones simbólicas, espirituales y comunitarias del cuidado, los diálogos de saberes amplían la comprensión de la salud más allá del modelo biomédico y contribuyen a la formulación de políticas públicas más inclusivas, culturalmente pertinentes y orientadas por el principio de integralidad, en el marco de sistemas de salud interculturales en América Latina.

El objetivo de este ensayo es discutir las afinidades electivas entre la metodología de los diálogos de saberes[11] y el movimiento de encuentro de saberes[12], así como las contribuciones que este último puede aportar al primero para la construcción de sistemas de salud pluriepistémicos. El encuentro de saberes, concebido por José Jorge de Carvalho en respuesta a debates y demandas surgidos en diversos contextos, dentro y fuera del ámbito académico, como las diferentes ediciones del Encuentro de Culturas Populares a principios del siglo XXI, surge en 2010 en la Universidad de Brasilia como parte de una estrategia más amplia de transformación estructural de la universidad latinoamericana, históricamente marcada por el eurocentrismo, la exclusión racial y la monocultura epistémica. Se define como un proceso teórico-político que permite la incorporación de maestros y maestras de saberes tradicionales –indígenas, afrodescendientes y de otras comunidades tradicionales– como docentes en carreras de la universidad. Se trata de una ampliación radical del cuerpo docente, orientada a la construcción de una universidad multiétnica y multiepistémica, capaz de reconocer la legitimidad de conocimientos producidos en territorios existenciales-epistemológicos diferentes de aquellos propios de los saberes académicos occidentales y de construir diálogos horizontales entre distintas tradiciones epistemológicas.

El movimiento también se articula con políticas de acción afirmativa y con la superación del dualismo entre las Humanidades y las Ciencias Exactas, y propone una reestructuración curricular y pedagógica orientada por la transdisciplinariedad y la noción de complejidad, inspirada en lo que Carvalho[13,14] denomina polimatía de maestros y maestras de saberes tradicionales. El encuentro de saberes se configura como una intervención epistemológica e institucional orientada a la descolonización de la universidad, que promueve no solo la inclusión de sujetos históricamente excluidos, sino también la incorporación efectiva de sus sistemas de conocimiento como parte constitutiva de la educación superior latinoamericana.

En este texto, siguiendo la propia literatura del movimiento del encuentro de saberes, adoptaremos el adjetivo "tradicional" para evitar denominaciones residuales, como "no occidental" o "no científico", así como expresiones que implican la unificación de este pluriverso cultural y epistemológico mediante categorías generalizadoras. Reconocemos, sin embargo, el carácter problemático del término "tradicional", que puede evocar los binarismos de la monocultura del

tiempo lineal[15], cuya escala de valores se fundamenta en la afirmación de la contemporaneidad exclusiva de la modernidad occidental, o incluso aquellas concepciones sustancialistas de la cultura de los "otros", que separan "la alteridad del otro" de "su capacidad de alteración"[16]. La palabra "tradicional", tal como se la utiliza en este artículo, no guarda ninguna afinidad con estas perspectivas, sino que se refiere a "tradiciones" vivas y contemporáneas, en permanente transformación, en el contexto de una historia abierta, que se teje "en medio de otras y en intercambio con ellas"[17].

Pluralización epistémica

Existe una profunda asimetría en la validación de los diferentes saberes y una persistencia de la matriz monocultural y eurocéntrica en los campos de la educación y la salud en América Latina. Aunque se presenta como un espacio universal de producción científica, la universidad moderna se consolidó mediante la exclusión sistemática de conocimientos indígenas, afrodescendientes y populares, restringiendo el reconocimiento de legitimidad a la tradición científica occidental[18]. Este empobrecimiento es estructural y se extiende al campo de la salud, en la medida en que limita el horizonte cognitivo de las instituciones, reduce su capacidad para interpretar sociedades plurales y refuerza jerarquías disciplinares rígidas, fragmentaciones excesivas y la disociación entre teoría y práctica.

En el contexto de la "universidad empobrecida de conocimiento"[18], la pluralización epistémica emerge como un horizonte crítico y propositivo. Más que ampliar el acceso de nuevos sujetos al ámbito académico, se trata de reconocer institucionalmente la dignidad epistemológica, las eficacias y la legitimidad de los valores de otros sistemas de conocimiento. La pluralización implica desplazar los criterios hegemónicos de validación del saber, admitir la coexistencia de múltiples ontologías, cosmologías, epistemologías, racionalidades y espiritualidades, y promover diálogos interculturales simétricos en el interior de las universidades. Al proponer este giro, el encuentro de saberes plantea una refundación pluriétnica y pluriepistémica de la universidad[19,20], abriendo el camino hacia una institución efectivamente comprometida con la diversidad histórica, cultural y epistémica de las sociedades latinoamericanas, así como con el antirracismo y la justicia cognitiva.

La discusión sobre la pluralización epistémica encuentra importantes puntos de convergencia con la literatura latinoamericana sobre pluralismo médico. Los sistemas de atención de la salud constituyen un campo heterogéneo en el que diferentes formas de cuidado coexisten y disputan legitimidad, aunque bajo el predominio del modelo médico hegemónico. En este pluralismo médico, las racionalidades médicas no pueden reducirse a técnicas terapéuticas, ya que articulan concepciones propias del cuerpo, la salud, la enfermedad y la cura[2,3,4,5,21]. Esta perspectiva permite comprender que la pluralización epistémica no se refiere únicamente a la ampliación del conjunto de sujetos autorizados a tomar la palabra, sino también al reconocimiento institucional de la diversidad de racionalidades que estructuran los procesos de cuidado.

La pluralización epistémica en el campo de la educación encuentra su correlato en el campo de la salud a través de la política de los diálogos de saberes[11]. En el *Manual para facilitadores de la metodología de los diálogos de saberes*, la pluralización epistémica se aborda como fundamento del proceso intercultural, al reconocer que diferentes grupos son portadores de saberes legítimos sobre los problemas que experimentan. En el apartado "El segundo momento: interacción cultural", las preguntas formuladas estimulan el intercambio de diferentes conocimientos y cosmovisiones, configurando un espacio de aprendizaje mutuo y cooperación horizontal entre pares. Por lo tanto, la pluralización epistémica no constituye únicamente un reconocimiento simbólico de la diversidad, sino una práctica metodológica estructurada de democratización del conocimiento, que comprende el análisis conjunto y participativo de las causas y consecuencias, así como la construcción compartida de acciones.

Tanto en los diálogos de saberes como en el encuentro de saberes, las acciones buscan desafiar a la colonialidad del poder, del saber y del ser[22,23]. El encuentro de saberes sitúa explícitamente en el centro de su propuesta la construcción de una "alianza descolonización-contracolonización", que articula el movimiento de académicas y académicos orientado a romper con "el mandato interiorizado de repetir el patrón epistémico occidental como única referencia de conocimiento (científico, artístico, tecnológico)" (descolonización), y promueve la presencia de "representantes de los grupos que sufrieron y que aún resisten la colonización occidentalista", quienes sostienen modos propios de sentir-pensar-hacer, por fuera de las normas de la colonialidad (contracolonización)[13]. La propia noción de "contracolonial" fue concebida por uno de los maestros del encuentro de saberes, Antônio Bispo dos Santos[24,25], en su interlocución crítica con la literatura decolonial.

Aunque los diálogos de saberes fueron concebidos como una metodología de encuentro intercultural y no como un dispositivo de reforma institucional, algunos elementos de su formulación revelan tensiones que merecen atención cuando se busca ampliar sus efectos sobre las condiciones de reconocimiento de los diferentes sistemas de conocimiento. Un detalle aparentemente menor de su metodología puede contribuir a reproducir asimetrías. En el documento se afirma que "los profesionales y trabajadores del sector salud dialogan, por ejemplo, con ciudadanos indígenas, afrodescendientes o pertenecientes a otros grupos"[11], de modo que el intercambio intercultural se plantea entre profesionales de la salud y ciudadanos. En cierto modo, la lectura crítica

aquí propuesta identifica que el lenguaje utilizado puede reproducir, aunque de manera indirecta, la asimetría presente en la Declaración de Alma-Ata, en la que se contemplaba la posibilidad de incorporar practicantes tradicionales debidamente capacitados junto al equipo de salud[9]. Esta crítica comprende dos niveles distintos: por un lado, las limitaciones propias de una metodología participativa de diálogo intercultural, que inevitablemente enfrenta desafíos relacionados con el lenguaje y el diseño institucional; y, por otro, las limitaciones estructurales de los sistemas de salud en los que se implementa esta metodología, caracterizados por jerarquías rígidas y epistemicidios históricos. Esta distinción permite reconocer el valor de la propuesta de la OPS como herramienta participativa y, al mismo tiempo, poner de manifiesto los obstáculos institucionales que condicionan su eficacia.

En el encuentro de saberes, este riesgo fue mitigado mediante la definición del concepto de maestro y maestra, que

> "...abarca a los especialistas en toda la gama de saberes consolidados de todos los pueblos tradicionales (afrobrasileños, indígenas y quilombolas) y de todas las agrupaciones de las culturas populares tradicionales".[26]

De este modo, maestros y maestras de conocimientos tradicionales son sujetos epistémicos plenos, y no meramente ciudadanos genéricos, "informantes" u "objetos de estudio". Se trata de reconfigurar las relaciones en los escenarios epistémicos del mundo académico para constituir espacios de aprendizaje e investigación anclados en las referencias epistemológicas y pedagógicas de las maestras y los maestros, y generar oportunidades de colaboración y coautoría dentro de los diferentes troncos epistémicos y entre ellos, sustituyendo la verticalidad por procesos horizontales de aprendizaje mutuo. Esta propuesta encuentra sustento en experiencias concretas de programas locales de salud, en los que parteras indígenas, *benzedeiras* y *pajés* han sido reconocidos por sus comunidades como especialistas legítimos y contribuyen a prácticas de cuidado que articulan cuerpo, territorio y espiritualidad[27,28,29,30,31,32,33]. En este sentido, la propuesta de maestros y maestras no debe entenderse como una negación de la metodología de la OPS, sino como una ampliación de su horizonte. Mientras que la OPS promueve encuentros entre profesionales y ciudadanos, el encuentro de saberes reconoce a maestros y maestras como sujetos epistémicos plenos, lo que permite superar la asimetría implícita en la categoría genérica de "ciudadano" y avanzar hacia una práctica intercultural más simétrica y transformadora.

En este marco, resulta relevante señalar que el encuentro de saberes propone un espacio de pluralización epistémica que comprenda no solo las dinámicas de lo "inter" (interculturalidad, interepistemicidad, aprendizaje mutuo), sino también un mundo plural que admita la contigüidad de saberes y troncos epistémicos. José Jorge de Carvalho es muy explícito al respecto[34], al sostener que el espacio de pluralización epistémica al que aspira el encuentro de saberes inaugura la posibilidad de un territorio inter o transcultural, o de un mundo de "epistemologías fronterizas". La "frontera" es el espacio de identificación de compatibilidades y de composición a partir de complementariedades y, al mismo tiempo, de identificación y negociación de incompatibilidades entre diferentes saberes. Pero la propia idea de "fronteras" sugiere la existencia de espacios configurados de acuerdo con las lógicas propias de cada episteme. Como señala Carvalho[34], "no se trata de migrar hacia la frontera" ni de la obligatoriedad de habitar siempre la "frontera". Según la propuesta del encuentro de saberes, se invita a maestras y maestros, ante todo, a "presentar su modelo de conocimiento, que ya es muy sofisticado y complejo" [34].

Trasladar esta perspectiva al campo de la salud produciría tensiones con los modelos hegemónicos. Implicaría concebir la posibilidad de un mundo plural en el que diferentes saberes, provenientes de distintos troncos epistémicos (occidental, indígena, afrobrasileño, oriental, etc.), produzcan sus propios espacios de atención, cuidado y promoción de la salud, y también una "tercera orilla", como lugar de las "epistemologías fronterizas".

Los maestros y las maestras no han transitado trayectorias académicas y, por lo tanto, no poseen títulos profesionales; sin embargo, se han formado en las raíces ancestrales de los conocimientos y las prácticas de cuidado, anclados en concepciones propias y ampliadas del cuerpo, el territorio y la espiritualidad, y son reconocidos por sus comunidades y sus redes de especialistas. Son sujetos epistémicos que, por su propia presencia activa, desestabilizarían las jerarquías clasificatorias, los epistemicidios y la producción de subjetividades subalternizadas en el campo de la salud. La participación de maestros y maestras portadores de saberes no reconocidos como oficiales en el campo de la salud institucionalizada, así como sus encuentros interculturales e interepistémicos con trabajadores y trabajadoras y gestores y gestoras de salud legalmente reconocidos, contribuirían a ampliar el acceso, la construcción de políticas públicas sensibles a la diversidad sociocultural, la justicia cognitiva, la justicia social y las transformaciones institucionales orientadas por la equidad, el antirracismo, el diálogo y la valorización de la pluralidad de saberes.

La contribución de la pluralización epistémica a los diálogos de saberes consiste en ampliar el horizonte de su práctica intercultural. Si la metodología de la OPS crea condiciones para el encuentro entre diferentes sistemas de conocimiento, la noción de pluralización epistémica permite problematizar las condiciones institucionales que definen qué conocimientos son reconocidos como legítimos en ese encuentro. De este modo, el diálogo deja de ser comprendido únicamente como un mecanismo de comunicación intercultural y pasa a concebirse también

como un proceso de reconfiguración de las bases epistemológicas que sustentan la producción de conocimiento en salud.

Valorización de los saberes tradicionales en la esfera pública

Si la pluralización epistémica permite comprender la necesidad de reconocer diferentes sistemas de conocimiento, persiste la cuestión de cómo este reconocimiento puede materializarse en las instituciones. Es en este punto donde la propuesta de las cuotas epistémicas desarrollada por el movimiento encuentro de saberes ofrece contribuciones relevantes a los diálogos de saberes, al proponer mecanismos concretos para ampliar la presencia y la autoridad pública de los portadores de saberes tradicionales.

La valorización de los saberes tradicionales en la esfera pública está directamente vinculada con los debates contemporáneos sobre conocimiento, democracia y políticas públicas. Como continuidad de este proceso, se crea la metodología de los diálogos de saberes, fundada en la noción de interculturalidad en el campo de la salud, que busca trascender la mera inclusión simbólica de los conocimientos tradicionales y plantea la necesidad de reconfigurar los modos de producción y reconocimiento del saber en la esfera pública. La metodología no tiene como foco explícito el debate sobre la justicia epistémica ni sobre la transformación de los mecanismos institucionales de validación del conocimiento. Esta ausencia no reduce su importancia como estrategia intercultural, pero señala un campo en el que el diálogo con el encuentro de saberes puede ampliar su alcance analítico y político.

En las versiones en español y en inglés de los diálogos de saberes se afirma que:

> "Se espera que la metodología propicie un mejor acceso y cobertura de salud con la perspectiva de superar las desigualdades, inequidades e injusticias étnicas en materia de salud".[11]

Esta formulación sitúa la propuesta en el campo de la equidad en salud, al enfatizar la ampliación del acceso y la cobertura para poblaciones históricamente afectadas por desigualdades étnicas. En todo el documento, esta es la única mención explícita a la noción de injusticia y, además, se circunscribe a las desigualdades en el acceso a los servicios y en los resultados en salud, sin incorporar de manera directa la dimensión de la injusticia epistémica. Así, aunque la metodología se propone promover el diálogo entre diferentes sistemas de conocimiento, el texto no explicita el problema de las asimetrías que estructuran los regímenes de validación, autoría y autoridad del conocimiento en el campo de la salud, ni aborda de manera sistemática las condiciones institucionales que producen la marginación o deslegitimación de los saberes tradicionales.

Esta cuestión ha sido ampliamente discutida en el campo de la salud colectiva latinoamericana a partir del análisis de las relaciones asimétricas entre la biomedicina y otros sistemas médicos. La incorporación institucional de saberes no biomédicos se produce con frecuencia mediante procesos de subordinación epistemológica, en los que solo determinados elementos terapéuticos son reconocidos como válidos; sin embargo, la hegemonía biomédica no elimina otras formas de cuidado, sino que establece relaciones jerárquicas que condicionan su legitimidad social e institucional[2,6,21,35,36]. Estas reflexiones permiten comprender que el desafío de la justicia epistémica no consiste únicamente en promover encuentros interculturales, sino también en transformar los criterios que definen qué conocimientos pueden participar en la producción de las políticas y prácticas de salud.

En este punto emerge una diferencia fundamental entre ambas iniciativas. Mientras que los diálogos de saberes constituyen una metodología orientada a facilitar procesos interculturales, el encuentro de saberes se configura como un proyecto de transformación institucional. Por esta razón, las contribuciones que se analizan a continuación no deberían entenderse como criterios para evaluar la metodología de la OPS sino más bien como posibilidades de ampliar sus efectos en el interior de instituciones que busquen avanzar hacia formas más profundas de pluralización epistemológica.

En el encuentro de saberes[13,14,19,34], la necesidad de crear cuotas epistémicas deriva directamente de los avances y las limitaciones observados con la implementación de las cuotas étnico-raciales en la educación brasileña. Esta política de acción afirmativa para el acceso a las universidades públicas brasileñas representó un hito fundamental para enfrentar las desigualdades históricas, al ampliar significativamente la presencia de estudiantes negros, indígenas y pertenecientes a otros pueblos tradicionales y grupos históricamente excluidos en las universidades. Aunque transformaron la composición del cuerpo estudiantil, las políticas de acceso no modificaron de manera equivalente las estructuras que organizan la producción, la legitimación y la circulación del conocimiento académico. El cuerpo docente, los currículos, los referentes teóricos y los criterios de evaluación permanecen, en gran medida, anclados en una tradición eurocéntrica que históricamente marginó o invisibilizó otras matrices civilizatorias y epistemológicas[37]. En este contexto, la propuesta de las cuotas epistémicas señala la necesidad de que a las políticas de acción afirmativa para el acceso se sumen políticas orientadas a garantizar la permanencia, con el propósito de enfrentar la asimetría estructural entre los saberes reconocidos como legítimos dentro de las instituciones. En el encuentro de saberes, por lo tanto, la ampliación del currículo y de la producción académica exige acciones descolonizadoras-contracolonizadoras mediante la

incorporación efectiva de las bases epistémicas afrobrasileñas, indígenas, quilombolas y de otros pueblos y comunidades tradicionales en los procesos formativos y en las prácticas de investigación y enseñanza.

Así, la justicia epistémica se refiere a la corrección de las desigualdades que afectan a quienes son reconocidos como productores legítimos de conocimiento, mientras que las cuotas epistémicas constituyen un instrumento institucional para garantizar la presencia efectiva de maestros y maestras de saberes tradicionales en los espacios de formación, investigación y cuidado. La traslación de las reflexiones sobre las cuotas epistémicas del campo de la educación al campo de la salud resulta pertinente en la medida en que este último se ha visto interpelado por la necesidad de reconocer la legitimidad de diferentes matrices de saberes relacionadas con el cuidado, la cura y la promoción de la vida. En este contexto, la idea de cuotas epistémicas puede comprenderse como un mecanismo capaz de ampliar no solo quiénes participan en las instituciones de salud, sino también el conjunto de conocimientos considerados válidos en la formación profesional, la producción científica y la formulación de políticas públicas.

En términos históricos, los servicios de salud se han estructurado a partir de un paradigma biomédico fuertemente eurocéntrico, que con frecuencia ha descalificado-excluido o con prácticas extractivistas ha asimilado-subordinado saberes tradicionales indígenas, afrobrasileños, quilombolas y de otros pueblos y comunidades tradicionales. La incorporación de cuotas epistémicas en este campo implicaría, por lo tanto, reconocer a maestros y maestras de estos sistemas de conocimiento como sujetos productores de saber y como participantes activos en los procesos de enseñanza, investigación y cuidado, y no únicamente como objetos de investigación o fuentes empíricas para consultas interculturales. Las cuotas epistémicas, en este caso, implican la incorporación de los sistemas tradicionales de salud a través de sus especialistas, quienes deberán ser acogidos en condiciones de equidad y en diálogo con los profesionales de la salud, lo que llevaría, además, a una ampliación de los currículos de las carreras académicas del área de la salud.

La incorporación de especialistas en medicinas tradicionales en los servicios de salud exige transformar la relación entre la ciencia y los saberes populares, abriendo espacio al reconocimiento de que diferentes sistemas de cuidado y cura producen saberes, prácticas y modos de cuidado legítimos. Esto supone inaugurar un mundo plural que reconozca la existencia de diferentes saberes eficaces en salud y de eficacias diferenciales derivadas de distintas estrategias de cuidado, así como la posibilidad de producir nuevos conocimientos y abrir nuevas posibilidades en el contexto de las "epistemologías fronterizas". Experiencias como el encuentro de saberes señalan un camino posible para esta transformación, al proponer una presencia institucional regular, y no episódica, con una remuneración no simbólica y equivalente a la de los profesionales de las instituciones anfitrionas, ya que invitar a especialistas sin garantizar estas condiciones reproduce una forma de extractivismo intelectual mediante el cual los instituidos se apropian de los conocimientos de los no instituidos sin reconocer su valor ni conocer efectivamente su lógica propia.

Esta cuestión fue señalada con gran claridad por el fitoterapeuta togolés Lakassa Essossiminam (coordinador de la Confederación de Asociaciones de Medicina Tradicional de África Occidental) durante la *Second World Health Organization Global Summit on Traditional Medicine*, celebrada en 2025[38]. Para Essossiminam, el debate sobre la integración de la medicina tradicional en los sistemas de salud suele carecer de precisión conceptual, ya que no siempre está claro qué es exactamente lo que se pretende integrar. Es necesario distinguir tres dimensiones: la integración de practicantes de las medicinas tradicionales en los sistemas de salud; la integración de las prácticas terapéuticas que conforman estos sistemas médicos; y la integración de los productos derivados de esas prácticas, como medicamentos fitoterápicos y otros preparados. En sus reflexiones, cuestiona el interés concreto de los Estados miembros de la OMS en contratar a practicantes de las medicinas tradicionales con el mismo estatus jurídico y económico que los profesionales de la biomedicina en sus sistemas nacionales de salud. Para el autor, solo la integración de los practicantes puede ampliar el imaginario del cuidado, fortalecer las prácticas tradicionales y favorecer experiencias verdaderamente integradoras.

Consideramos que la adopción de cuotas epistémicas en el campo de la salud, asociada a la equiparación de la remuneración y el estatus, puede representar un paso decisivo para ampliar la cultura del cuidado y del buen vivir, expresión que, siguiendo a Krenak[39], preferimos a la ya establecida fórmula de bienestar. Sin embargo, resulta importante adoptar un principio de precaución en el marco de esta reflexión: la incorporación de maestras y maestros como profesionales o en una condición equivalente no puede realizarse mediante la imposición de los modos de profesionalización vigentes, sino respetando las formas de validación y de reconocimiento propios de las diferentes medicinas. Aunque la propuesta de equiparación jurídica, económica y laboral es fundamental, requiere un mayor desarrollo argumentativo para evitar que aparezca como una mera prescripción normativa y que reproduzca la relación entre las prácticas de extractivismo intelectual y los saberes tradicionales. Consideramos que el encuentro de saberes ya está llevando a la práctica la propuesta tridimensional de Essossiminam en el mundo académico, y el próximo paso será adoptarla directamente en el campo de la salud global. Para ello, pueden contribuir las experiencias del encuentro de saberes desarrolladas en asignaturas sobre salud en doce universidades públicas, con la participación de cuarenta y cinco maestros y maestras.

La reflexión de Essossiminam no solo complementa el debate, sino que refuerza la tesis central sobre la necesidad de las cuotas epistémicas. Al distinguir

entre la integración de practicantes, prácticas y productos, su análisis pone de manifiesto que solo la presencia institucional de especialistas de las medicinas tradicionales puede transformar efectivamente los sistemas de salud. Esta perspectiva fortalece el argumento de que las cuotas epistémicas no son únicamente una medida de inclusión, sino un mecanismo de reconfiguración estructural que amplía el imaginario del cuidado y legitima diferentes matrices de saber. De este modo, se observa que las cuotas epistémicas no sustituyen a los diálogos de saberes, sino que ofrecen condiciones institucionales que pueden ampliar su efectividad. Al favorecer la presencia de maestros y maestras de saberes tradicionales, con pleno reconocimiento de sus conocimientos, en los espacios de formación, investigación y formulación de políticas, contribuyen a que los procesos de diálogo se desarrollen en contextos menos asimétricos.

Descolonización institucional

El cosmos vivo en lugar de la naturaleza muerta de los saberes sintéticos del modelo biomédico

Aunque los diálogos de saberes enfatizan el encuentro entre diferentes formas de conocimiento tienden a centrarse en los sujetos humanos involucrados en ese proceso. El concepto de cosmos vivo desarrollado por el movimiento encuentro de saberes amplía este horizonte al cuestionar los supuestos ontológicos que organizan las propias nociones de salud, cuidado y conocimiento. En este sentido, permite profundizar la dimensión intercultural de los diálogos de saberes más allá de la coexistencia de distintas epistemologías. Es importante destacar que esta reflexión ontológica y cosmológica no se aparta del objetivo inicial del ensayo, sino que lo complementa. El concepto de cosmos vivo debe entenderse como una ampliación de la metodología de los diálogos de saberes, al ofrecer una perspectiva que vincula la interculturalidad, la justicia epistémica y la transformación institucional. El diálogo intercultural puede entenderse como el espacio de encuentro entre diferentes sistemas de saber; la justicia epistémica, como el principio que busca corregir las asimetrías en el reconocimiento y la validación de esos saberes; y la transformación institucional, como el mecanismo que traduce dichos principios en configuraciones concretas dentro de las estructuras educativas y sanitarias. Esta articulación permite comprender cómo se pasa de la interacción simbólica a transformaciones efectivas en los regímenes de producción y circulación del conocimiento. De este modo, se evita que la discusión se convierta únicamente en una filosofía del cuidado y se mantiene el foco en la contribución del encuentro de saberes al fortalecimiento de la metodología.

En el contexto de la salud, la refundación pluriétnica y pluriepistémica propuesta por el encuentro de saberes implica una transformación radical, con la incorporación simultánea de nuevos sujetos y saberes en los servicios de salud. Esta transformación comprende un posible efecto cultural de amplio alcance: la recuperación de las prácticas del "cosmos vivo»"[34,40], en contraposición al modo "cosmofóbico", objetivante y sintético-utilitarista de relacionarse con la naturaleza[24,25,41].

La noción de "cosmos vivo" comprende una crítica a las ontologías modernas occidentales que disocian naturaleza, sociedad y espiritualidad[34,40]. En contraste con estas ontologías, los universos culturales de diversos pueblos indígenas y afrodiaspóricos conciben el mundo como un entramado dinámico de existencias –humanas, no humanas, ancestrales y espirituales– entrelazadas en relaciones de interdependencia. En estas ontologías, el cosmos se percibe como un sistema vivo, relacional, abierto e inestable, constituido por una multiplicidad de agencias heterogéneas que se componen y descomponen en diferentes planos de existencia, sin un principio previo de coherencia o armonía. Estas ontologías se despliegan en sistemas complejos de conocimiento para responder a la necesidad constante de instituir y reinstituir modos de comunicación y éticas de convivencia multiseres que hagan posible el buen vivir.

Las ontologías/epistemologías del cosmos vivo comprenden posibilidades específicas en el contexto de la salud y el cuidado. Aquí quisiéramos considerar una posibilidad culturalmente significativa: pueden contribuir a comprender y superar el "desánimo" y la "desgracia" de la cultura del cuidado centrada en la medicina occidental dominante. Sin embargo, el supuesto de "reanimación" de las prácticas de cuidado debe comprenderse como una posibilidad analítica y no como una consecuencia directa e inevitable. Se trata de una proposición que abre un campo de investigación y experimentación, al sugerir que la presencia de practicantes de las medicinas tradicionales puede contribuir a ampliar el imaginario terapéutico y enriquecer las prácticas de salud, pero cuya efectividad dependerá de condiciones institucionales, políticas y culturales específicas.

El desánimo de la cultura del cuidado biomédico puede comprenderse en el marco de un proceso histórico más amplio de "desalmar" el mundo, es decir, de despojar a las cosas, los cuerpos y la naturaleza de cualquier dimensión de vitalidad, agencia o espiritualidad. La constitución de la ciencia moderna implicó la progresiva objetivación de la naturaleza y del cuerpo humano, transformados en objetos susceptibles de observación, medición e intervención técnica. La ciencia moderna se constituye, por lo tanto, a través de un profundo proceso de "desencantamiento del mundo"[42], en el que la realidad pasó a explicarse prioritariamente mediante procedimientos considerados racionales y científicos, pero que son, esencialmente, medios de la "abstracción civilizatoria"[41], que postula la distinción entre humanidad y naturaleza y transforma a esta última en "recurso", "materia muerta" subordinada a los proyectos "sintéticos" de los monocultivos coloniales[25].

En el campo de la salud, este proceso puede observarse, por ejemplo, en la distinción entre *disease* –entendida como disfunción biológica– e *illness* –entendida como experiencia vivida del padecimiento– y también en la marginación de esta última por parte de la cultura del cuidado biomédico[43]. El "desánimo" de la medicina occidental contemporánea produce consecuencias significativas para las prácticas de salud, ya que tiende a reducir el cuidado a una relación predominantemente técnica e instrumental, centrada en la identificación de disfunciones biológicas y la aplicación de protocolos, relegando a un segundo plano o invisibilizando la experiencia humana del padecimiento y, en un sentido más amplio, las dinámicas "cosmotrópicas"[44] de generación continua de la vida.

El cuidado construido de este modo no favorece la conexión entre profesionales y usuarios, debido al debilitamiento de la dimensión relacional en un cuidado desconectado de la experiencia, ni entre estos y el complejo de relaciones cosmológicas en el que están inmersos, debido a la concepción del cuerpo como una unidad biológica autoproductora, homeostática y autopropulsada, que constituye el punto de partida de la intervención. El "des-ánimo" expresa así el des-envolvimiento de sus saberes, constituidos como "saberes sintéticos", desconectados del cosmos y de la experiencia, según la terminología de Santos[25].

Considerando este panorama, podemos suponer que la presencia de practicantes de las medicinas tradicionales en los sistemas nacionales de salud contribuiría a un proceso de "re-animación" de las prácticas de cuidado, al invocar las ontologías/epistemologías del cosmos vivo. Estas medicinas conciben el encuentro terapéutico o de cuidado no como la resolución de síntomas, sino como un "encuentro de seres, de vidas [humanas y no humanas] que se comparten"[45]. El cuidado implica así "saberes orgánicos"[25], inscritos en una cosmoética y, por qué no decirlo, en una cosmopoética, orientados hacia la emancipación[7]. Sin embargo, para evitar caracterizaciones excesivamente dicotómicas, es necesario reconocer que tanto la biomedicina como los saberes tradicionales poseen fortalezas y limitaciones. La biomedicina, por ejemplo, ha consolidado avances técnicos fundamentales para enfrentar enfermedades y epidemias, pero tiende a relegar a un segundo plano las dimensiones relacionales y espirituales del cuidado. Por su parte, los saberes tradicionales, aunque ofrecen una visión integrada y comunitaria de la salud, enfrentan desafíos de sistematización y reconocimiento institucional.

Los practicantes de las medicinas tradicionales frecuentemente reintroducen en el cuidado prácticas de escucha, rituales, gestos simbólicos, relaciones comunitarias y performances cosmológicas que reconocen la vitalidad del mundo y la interdependencia entre los seres. Al incorporar estas perspectivas del cosmos vivo en los servicios de salud, estos practicantes amplían el imaginario terapéutico, favorecen formas de atención y contribuyen a reanimar el cuidado como práctica relacional orientada hacia la restauración cosmoética y cosmopoética del buen vivir.

Otro elemento que recupera la presencia de practicantes de las medicinas tradicionales es la posibilidad de enfrentar la "desgracia" producida por la cultura del cuidado biomédico. Para la cultura del cuidado de la medicina occidental contemporánea, la "gracia" es la ausencia de enfermedad. En este sentido, invisibiliza la posibilidad de un sentido positivo de la "gracia" y de la salud, al tiempo que ofrece un cuidado sin gracia, en el sentido más amplio del término. En cierto modo, refleja uno de los sentidos de la gracia en la religiosidad cristiana: el estado de gracia como ausencia de pecado o emancipación del pecado. Pero, al mismo tiempo, anula otro sentido presente en el ámbito de la religiosidad cristiana: la gracia como comunión o sentimiento de plenitud[46], como "sentimiento oceánico"[47].

En este último sentido, desde una elaboración no teológica, la gracia podría interpretarse como un sentimiento de conexión o, si pensamos en la experiencia de la cura, más allá de la eliminación de una enfermedad, como la alegría de la reconexión. Es el sentimiento festivo que surge de la participación en el ciclo (social) virtuoso del don, basado en dar, recibir y retribuir[48], o en el ciclo (cosmológico) del compartir[25].

Es esta gracia la que la cultura del cuidado biomédico ha expulsado al conceptualizar la salud como silencio: "silencio de los órganos", en la formulación clásica de René Leriche –citado por Canguilhem[49]–, o silencio como "discreción en las relaciones sociales", en la formulación clásica de Georges Canguilhem[49], quien se distancia de la concepción homeostática de la salud y la enfermedad propia de la cultura biomédica e invoca la capacidad normativa (no silenciosa) del ser vivo, sin embargo, reproduce la fórmula del "silencio". En las medicinas tradicionales, por el contrario, la salud no es silencio (ausencia de enfermedad), ni tampoco discreción, sino una experiencia festiva de conexión y de compartir. "Cuando escucho la palabra confluencia o la palabra compartir, me siento muy festivo", escribe Antônio Bispo dos Santos[25].

La dimensión ecológica de la normalidad y la salud, en la elaboración de Canguilhem[49], remite a una normatividad vital que se instituye y reinstituye en una negociación incesante con las "deslealtades" o "infidelidades" del ambiente. En esta elaboración, la salud sigue sin tener gracia, es fricción más que disfrute o, como diría Santos[24], "trabajo". Es decir, sería "castigo" o una "relación fatigosa"[24] –porque la tierra/naturaleza está "maldita" desde una perspectiva cosmofóbica– más que interacción o "biointeracción": una "comunión placentera"[24], porque la tierra/naturaleza es un entramado de seres que comparten y "compartir es algo que rinde"[25] y desemboca en la fiesta, la celebración de la gracia, de la abundancia del "encuentro de seres, de vidas que se comparten"[45].

En las medicinas tradicionales, el cuidado no se limita a la intervención sobre el cuerpo físico, porque el propio cuerpo es un entramado "biointeractivo", "cosmológico". Sus procedimientos construyen o reconstruyen vínculos entre la persona, la comunidad y los demás seres que comparten, humanos y no humanos, cercanos o distantes, en diversos planos de existencia. Lo que estas medicinas buscan no es el silencio ni la discreción, sino la "comunión placentera de la biointeracción" y su carácter festivo. En algunas tradiciones médicas existe, incluso, un especialista en las fiestas, como en las medicinas del Alto Río Negro descritas por João Paulo Lima Barreto[50], en las que el bayá, maestro de ceremonias y fiestas, es uno de los especialistas esenciales de su cuerpo médico. En ciertas tradiciones afro en las que confluye la medicina ancestral y tradicional, las fiestas, como las giras de Umbanda, los xirês del Candomblé Ketu/Nagô, los toques del Candomblé Angola, entre otras, constituyen una agenda tan importante como el calendario nacional de vacunación en las medicinas occidentales.

La presencia de practicantes de las medicinas tradicionales en los sistemas nacionales de salud contribuiría a devolver la gracia a las prácticas de cuidado. Desde esta perspectiva, la gracia deja de ser únicamente un concepto teológico y pasa a entenderse como parte constitutiva de una cultura del cuidado intercultural que da lugar al carácter festivo del compartir en un cosmos vivo.

En síntesis, orientar la metodología de los diálogos de saberes por el cosmos vivo de las maestras y los maestros del encuentro de saberes constituye una forma de reanimar la naturaleza muerta de la cultura del cuidado biomédico y recuperar el estado de gracia en las relaciones que configuran el proceso de salud-enfermedad-cuidado. La incorporación de esta perspectiva no implica sustituir la metodología de los Diálogos de Saberes por una nueva propuesta, sino ampliar el campo de cuestiones que esta puede movilizar. Al reconocer que las diferentes tradiciones articulan no solo conocimientos distintos, sino también diferentes concepciones de la realidad, el concepto de cosmos vivo contribuye a profundizar el potencial transformador de los procesos de diálogo intercultural en salud.

Consideraciones finales

El análisis realizado en este ensayo pone de manifiesto que la metodología de los diálogos de saberes propuesta por OPS representa un avance importante en la búsqueda de formas interculturales de producción de conocimiento y de organización del cuidado de la salud, especialmente al reconocer la legitimidad de diferentes sistemas médicos y promover espacios de encuentro entre saberes biomédicos y saberes tradicionales. La comparación realizada en este ensayo no señala insuficiencias de la metodología de los diálogos de saberes en relación con sus propios objetivos, sino que pone de manifiesto que sus efectos pueden potenciarse cuando se articula con iniciativas orientadas a la transformación institucional y a la ampliación de la justicia epistémica. En este sentido, el encuentro de saberes puede contribuir a profundizar los diálogos de saberes en tres dimensiones complementarias. La pluralización epistémica amplía la reflexión sobre los criterios de legitimidad del conocimiento, las cuotas epistémicas ofrecen caminos para enfrentar las asimetrías institucionales en la participación de los portadores de saberes tradicionales, y el concepto de cosmos vivo expande el horizonte ontológico de los procesos interculturales al reconocer diferentes modos de concebir la realidad, la salud y el cuidado. En conjunto, estas contribuciones no sustituyen los fundamentos de la metodología propuesta por la OPS, sino que señalan posibilidades para fortalecer su capacidad de promover diálogos interculturales más simétricos y transformadores. Estos elementos amplían el horizonte de los Diálogos de Saberes al desplazar el debate desde la simple articulación entre sistemas médicos hacia la transformación de las condiciones institucionales que históricamente han producido la marginación de esos saberes. Al reconocer a maestros y maestras como productores legítimos de conocimiento y defender su participación institucional con una remuneración y un reconocimiento equivalentes a los de los profesionales de la biomedicina, el encuentro de saberes ofrece un marco de referencia más sólido para promover la justicia epistémica en el campo de la salud. Esta perspectiva sugiere que la integración de las medicinas tradicionales no debe limitarse a la incorporación de prácticas terapéuticas o productos, sino que también debe incluir la participación activa de sus especialistas en la formulación de políticas, la formación profesional y la organización de los servicios.

Las reflexiones desarrolladas a lo largo del ensayo dialogan con una tradición consolidada de estudios latinoamericanos sobre pluralismo médico, interculturalidad en salud y modelos de atención. La coexistencia entre diferentes sistemas de cuidado no elimina las relaciones de poder históricamente constituidas, por lo que se requieren mecanismos institucionales capaces de promover el reconocimiento, la participación y la legitimidad de conocimientos tradicionalmente marginados. En este contexto, el encuentro de saberes realiza una contribución singular al desplazar el debate desde la mera coexistencia entre racionalidades médicas hacia la transformación de las estructuras institucionales responsables de la producción y validación del conocimiento.

Las afinidades electivas entre los diálogos de saberes y el encuentro de saberes señalan la posibilidad de avanzar hacia sistemas de salud pluriepistémicos, interculturales, socialmente justos, con ánimo y gracia. Al articular participación social, reconocimiento epistemológico y transformación institucional, estas iniciativas contribuyen a ampliar el imaginario del cuidado y a

enfrentar los límites de un modelo biomédico históricamente marcado por la monocultura del saber. En este horizonte, la incorporación efectiva de practicantes de las medicinas tradicionales y de sus sistemas de conocimiento puede favorecer procesos de reconfiguración de las prácticas de cuidado, acercando nuevamente la atención de la salud a dimensiones relacionales, espirituales y comunitarias frecuentemente marginadas en las instituciones de la medicina occidental contemporánea. Así, fortalecer la metodología de los diálogos de saberes a la luz de las contribuciones del movimiento encuentro de saberes puede representar un paso relevante en la construcción de políticas públicas capaces de promover simultáneamente la equidad en salud, la justicia cognitiva y la valoración positiva de la diversidad cultural presente en las sociedades latinoamericanas.

FINANCIAMIENTO

Esta investigación se realizó sin financiamiento.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener vínculos que condicionen lo expresado en el texto y que puedan ser comprendidos como conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN AUTORAL

Nelson Filice de Barros: Conceptualización; Investigación; Redacción: borrador original; Redacción: revisión y edición. **Rafael Afonso da Silva**: Investigación; Redacción: borrador original; Redacción: revisión y edición. **Flávia Liparini**: Redacción: borrador original; Redacción: revisión y edición. **Thabata Cristina Rosa Negrete**: Redacción: revisión y edición. Daniela Droguetti Christovam: Redacción: revisión y edición. **José Jorge de Carvalho**: Conceptualización; Investigación; Redacción: revisión y edición.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Walsh C. Interculturalidad crítica y pedagogía de-colonial: apuestas (des)de el in-surgir, re-existir y re-vivir. Educação On-Line. 2009;(4).
2. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciência & Saúde Coletiva. 2003;8(1):185-207. doi: 10.1590/S1413-81232003000100014
3. Menéndez EL. De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús; 2025. doi: 10.18294/CI.9789878926810
4. Luz MT. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. Cadernos de Sociologia. 1995;7:109-128.
5. Luz MT, Barros NF, orgs. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2012.
6. Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. Revista de Saúde Pública. 2008;42(5):914-920. doi: 10.1590/s0034-89102008000500018
7. Barros NF. Cuidado emancipador. Saúde e Socirdade. 2021;30(1):e200380. doi: 10.1590/S0104-12902021200380
8. World Health Organization. Global traditional medicine strategy 2025-2034 [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 10 feb 2025]. Disponible en: https://tinyurl.com/knzsd5pw
9. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 1978 [Internet]. Geneva: WHO; 1978 [citado 10 feb 2026]. Disponible en: https://tinyurl.com/2fuyjxey
10. World Health Organization. Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care, Astana, Kazakhstan, 2018 [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [citado 10 feb 2026]. Disponible en: https://tinyurl.com/4bztc3zc
11. Organización Panamericana de la Salud. Metodología de los diálogos de saberes [Internet]. Washington DC: OPS; 2021 [citado 10 feb 2026]. Disponible en: https://tinyurl.com/ms99e9zr
12. Carvalho JJ. Los estudios culturales en América Latina: interculturalidad, acciones afirmativas y encuentro de saberes. Tabula Rasa. 2010;(12):229-251. doi: 10.25058/20112742.394
13. Carvalho JJ. Encontro de saberes e cotas epistêmicas: um movimento de descolonização do mundo acadêmico brasileiro. In: Bernardino-Costa J, Maldonado-Torres N, Grosfoguel R, orgs. Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico. 2a ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2019. p. 79-106.
14. Carvalho JJ. Cotas étnico-raciais e cotas epistêmicas como um valor estruturante das universidades brasileiras. Cadernos de Inclusão. 2021;7(18):4-12.
15. Santos BS. A monocultura do tempo linear. In: Santos BS. A gramática do tempo. Porto: Afrontamento; 2002. p. 155-165.
16. Viveiros de Castro E. O nativo relativo. Mana. 2002;8(1):113-148. doi: 10.1590/S0104-93132002000100005
17. Segato RL. Crítica da colonialidade em oito ensaios: e uma antropologia por demanda. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo; 2021.
18. Carvalho JJ. Universidades empobrecidas de conhecimento: entrevista concedida à Revista de História da Biblioteca Nacional. Cadernos de Inclusão. 2011;1:3-9.
19. Carvalho JJ. Cotas étnico-raciais e cotas epistêmicas: bases para uma antropologia antirracista e descolonizadora. Mana. 2022;28(3):1-36. doi: 10.1590/1678-49442022v28n3a0402
20. Carvalho JJ. Universidade aberta a novos saberes, sujeitos e epistemologias: um modelo para a refundação das universidades brasileiras. Ciência e Cultura. 2023;75(2):1-11. doi: 10.5935/2317-6660.20230002
21. Papalini V, Avelín Cesco MJ. Pluralismo médico: regulaciones y concepciones de salud en seis países de América Latina. Perfiles Latinoamericanos. 2022;30(59):1-21. doi: 10.18504/pl3059-009-2022
22. Lander E, organizador. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais, perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO; 2005.
23. Castro-Gómez S, Grosfoguel R, orgs. El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Universidad Central, Pontificia Universidad Javeriana; 2007.
24. Santos AB. Colonização, quilombos: modos e significações. Brasília: INCTI/UnB; 2015.

25. Santos AB. A terra dá, a terra quer. São Paulo: Ubu Editora; 2023.

26. Carvalho JJ, Vianna LCR. O Encontro de Saberes nas universidades: uma síntese dos dez primeiros anos. Revista Mundaú. 2020;(9):23-49. doi: 10.28998/rm.2020.n.9.11128

27. Bautista-Valarezo E, Duque V, Verhoeven V, Mejia Chicaiza J, Hendrickx K, Maldonado-Rengel R, et al. Perceptions of Ecuadorian indigenous healers on their relationship with the formal health care system: barriers and opportunities. BMC Complementary Medicine and Therapies. 2021;21:65. doi: 10.1186/s12906-021-03234-0

28. Cruz ML, Christie S, Allen E, Meza E, Nápoles A, Mehta K. Traditional healers as health care providers for the Latine community in the United States, a systematic review. Health Equity. 2022;6(1):412-426. doi: 10.1089/heq.2021.0099

29. Sarmiento I, Paredes-Solís S, García AJ, Maciel Paulino N, Serrano de los Santos FR, Legorreta-Soberanis J, et al. Safe birth in cultural safety in southern Mexico: a pragmatic non-inferiority cluster-randomised controlled trial. BMC Pregnancy and Childbirth. 2022;22(1):43 doi: 10.1186/s12884-021-04344-w

30. Reichert AJ, Salazar Shiguango O. Hacia una interculturalidad resurgente: generando hermandad, grietas decoloniales y sanación en la Amazonía ecuatoriana. Mundos Plurales. 2024;11(2):158-179. doi: 10.17141/mundosplurales.2.2024.6169

31. Berlowitz I, Pesantes MA, Cárdenas Palacios C, Martin-Soelch C, Wolf U, Maake C. Towards culturally inclusive healthcare in Peru: mapping epistemic concepts in contemporary Indigenous Amazonian medicine, traditional healers' perspectives. PLOS Global Public Health. 2025;5(1):e0003912. doi: 10.1371/journal.pgph.0003912

32. Zavaleta-Cortijo C. Health systems collaboration can strengthen climate change resilience: insights from Indigenous knowledges in the Latin American region. PLOS Global Public Health. 2026;6(4):e0005958. doi: 10.1371/journal.pgph.0005958

33. Maldonado-Esquer A, Pelcastre-Villafuerte B, Meneses-Navarro S, Montesi L. Health initiatives aimed at Indigenous populations in Mexico: a critical perspective. Health Research Policy and Systems. 2026;24(1):18. doi: 10.1186/s12961-026-01445-w

34. Silva RA, Barros NF. O antirracismo como valor: das cotas étnico-raciais às cotas epistêmicas, entrevista com José Jorge de Carvalho. Revista de Antropologia. 2024;67:e214859. doi: 10.11606/1678-9857.ra.2022.214859

35. Barros NF, Siegel P, Simoni C. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2007;23(12):3066-3067. doi: 10.1590/S0102-311X2007001200030

36. Barros NF, Francisco PMSB, Sousa LA. Desapoio dos gestores e desinstitucionalização das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2020;36(6):e00062320. doi: 10.1590/0102-311X00062320

37. Arantes TP, et al. O que estou fazendo aqui? Choque cultural na vida de acadêmicas indígenas da UNICAMP. Revista Pihhy. 2026;1(1):1-14.

38. Essossiminam L. Charting the way forward for progress with accountability. In: Second WHO Global Summit on Traditional Medicine; 2025 [Internet]. Nueva Delhi, India; 2025 [citado 10 feb 2026]. Disponible en: https://tm-summit.org/

39. Krenak A. Caminhos para a cultura do bem viver. Cultura do Bem Viver [Internet]. 2020 [citado 10 feb 2026]. Disponible en: https://tinyurl.com/3fn3fn2e

40. Carvalho JJ. O Encontro de Saberes nas artes e as epistemologias do cosmos vivo. In: Tugny RP, Gonçalves G, orgs. Universidade popular e Encontro de Saberes. Salvador: EDUFBA; 2020. p. 475-507.

41. Krenak A. Ideias para adiar o fim do mundo. São Paulo: Companhia das Letras; 2019.

42. Weber M. A ciência como vocação. In: Weber M. Ensaios de sociologia. 5a ed. Rio de Janeiro: LTC; 2002. p. 154-183.

43. Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing and the human condition. New York: Basic Books; 1988.

44. Illich I. Health as one's own responsibility: no, thank you! Journal of Consciousness Studies. 1994;1(1):25-31.

45. Albernaz PC, Carvalho JJ. Encontro de Saberes: por uma universidade antirracista e pluriepistêmica. Horizontes Antropológicos. 2021;28(63):333-358. doi: 10.1590/S0104-71832022000200012

46. Boff L. Espiritualidade: um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante; 2001.

47. Freud S. O mal-estar na civilização. São Paulo: Companhia das Letras; 2011.

48. Mauss M. Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: Mauss M. Sociologia e antropologia. São Paulo: Cosac Naify; 2003. p. 183-314.

49. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.

50. Barreto JP. O mundo em mim: uma teoria indígena e os cuidados sobre o corpo no Alto Rio Negro. Brasília: Mil Folhas; 2022.

FORMA DE CITAR

Barros NF, Silva RA, Liparini F, Rosa Negrete TC, Droguetti Christovam D, Carvalho JJ. Encuentro de saberes y diálogos de saberes: desafíos para la construcción de sistemas de salud pluriepistémicos. Salud Colectiva. 2026;22:e6236. doi: 10.18294/sc.2026.6236.

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0). https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/.
Atribución — Se debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante. Sin restricciones adicionales — No se pueden aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras personas a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Recibido: 31 mar 2026 | Versión final: 21 ago 2026 | Aprobado: 12 sep 2026 | Publicado en línea: 5 nov 2026