

# LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA INTERCULTURAL

## THE TRAINING OF HEALTH FROM A CULTURAL PERSPECTIVE

Mg. Mónica Sacchi; Esp. Alejandra Bergagna A; Mg. Karina Carrizo  
Proyecto N° 1878 - Consejo de Investigación. Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad Nacional de Salta

---

### RESUMEN

**Introducción:** El proceso salud-enfermedad-atención como señala Eduardo Menéndez (1994) es un hecho fundamentalmente social, que no se define solo por profesionales, sino que es construido por los conjuntos sociales que crean significados sociales colectivos respecto a algunos de sus padecimientos. La valoración cultural en el proceso de atención de enfermería significa la identificación y documentación sistemática de las creencias, significados, valores, símbolos y prácticas de cuidado cultural de los individuos o grupos. Esta perspectiva incluye la visión del mundo, las experiencias de vida, el contexto medioambiental, la etnohistoria, el idioma y la influencia de diversas estructuras sociales (M. Leininger, 1999).

**Objetivo:** analizar las demandas de las comunidades indígenas relativas al personal de salud a partir de los testimonios de usuarios del sistema público de salud.

**Metodología:** diseño cualitativo con técnica de entrevistas abiertas en base a ejes pre establecidos a autoridades, caciques y referentes de pueblos originarios.

**Resultados:** es recurrente la demanda en la formación intercultural del personal de salud como modo de establecer puentes que contribuyan a la comprensión de los distintos sistemas médicos y la adecuación de los modelos de atención, así como la importancia otorgada a la posibilidad de formación de los jóvenes en el ámbito universitario.

**Conclusiones:** La Universidad tiene la responsabilidad de formar al personal de salud con enfoque intercultural para que pueda desempeñarse en contextos complejos y diversos y tienda a una mayor equidad en salud, que es el derecho a la satisfacción de las necesidades y protección a los riesgos; acceso a los servicios de salud de calidad y capacidad resolutive adecuada y acceso a información pertinente y comprensible para resguardar la salud y la posibilidad de tomar decisiones.

**Palabras claves:** interculturalidad; formación; personal de salud; enfermería.

*Key words: multiculturalism; training; health personnel; nursing.*

### INTRODUCCIÓN

En la Argentina, como en la mayoría de los países de Latinoamérica, los indicadores de morbi mortalidad indican que los pueblos originarios tienen mayores tasas de mortalidad infantil y materna, así como mayores índices de enfermedades prevenibles como la diarrea, desnutrición, tuberculosis, entre otras.

Su situación de extrema pobreza, su histórica postergación de la agenda pública expresada en la ausencia de políticas integrales, la falta de reconocimiento y valoración social de su cultura, un sistema educativo que no facilita el acceso y la permanencia de los indígenas que allí concurren, produce un círculo vicioso de marginación y exclusión.

Las demandas más frecuentemente expresadas por la mayoría de las comunidades indígenas de la región están relacionada con lo que se denomina la Inaccesibilidad Cultural en Salud. Esta situación afecta al mismo tiempo la equidad y eficacia de las acciones del Sistema Sanitario, cuyo modelo de

atención resulta en una oferta homogénea para cualquier usuario, ignorando las particularidades culturales, lo que significa que se realiza aplicando procesos decontextuados, que enfatizan la asistencia a la enfermedad más que la promoción de la salud, considerando al proceso salud-enfermedad-atención como un proceso fundamentalmente biológico, desprovisto de componentes culturales, valorativos y simbólicos, cuya respuesta es básicamente “técnica”.

En nuestro país hasta hace poco tiempo, el ámbito de la salud parecía impermeable o indiferente a la incorporación de la “interculturalidad” como tópico de intervención. En los últimos años, no obstante, asistimos a la conformación de programas dirigidos al colectivo indígena que paulatinamente consideran este aspecto al momento de fundamentar la perspectiva de sus iniciativas.

Como en la gran mayoría de los países latinoamericanos donde confluyen diversas culturas originarias, nuestra realidad sociocultural es también diversa, compleja y dinámica; sus encuentros y desencuentros forman parte de la vida cotidiana y de nuestra propia identidad. Todos ellos con diferencias socioculturales que se expresan en la cosmovisión, modos de vida y formas particulares de entender y abordar los problemas de salud-enfermedad y atención.

La postura intercultural parte de reconocer puentes de enriquecimiento mutuo entre distintos sistemas médicos, que pueden complementarse. Por tal razón, es urgente ofrecer una metodología que les permita a unos y otros, los que curan y los que demandan, diferentes modelos de atención a la salud, encontrar los puntos de encuentro e identificar el origen de sus diferencias para adecuar la actuación y los servicios a las necesidades de la población que demanda atención, especialmente a los que piensan distinto y se les dificulta el acceso a estos servicios (Campos Navarro Roberto: 2006)

Es necesario por otro lado, problematizar los modelos actuales de atención, para poder desentrañar los valores, creencias y construcción del otro como paciente o usuario, para así poder visualizar estas construcciones y representaciones que atraviesan los procesos de atención y promoción de la salud.

Estos cambios no pueden soslayar una cuestión fundamental; trabajar desde una perspectiva de derechos, procurando garantizar el acceso a los derechos que históricamente han sido conculcados a los pueblos originarios, siendo necesarios pero no suficientes los cambios de paradigma en cuanto a los modelos de atención de salud y de educación.

Resulta por lo tanto un camino necesario a recorrer, el de generar puentes con los referentes de los pueblos originarios, para poder conocer su perspectiva de la problemática e indagar acerca de las demandas que tienen tanto hacia el Sistema Sanitario como a las instituciones formadoras de recursos humanos en salud. Solo a partir del encuentro y del intercambio de experiencias y vivencias podrá irse construyendo el “diálogo intercultural”, con la participación de los distintos actores sociales involucrados en el proceso de promoción de la salud.

## **EL DERECHO A LA SALUD Y EL MARCO LEGAL**

El problema de la relación intercultural en Salud ha sido objeto de muchos análisis y debates en América Latina, y muchos países han avanzado en reformas sustantivas del Sector Salud en marcos interculturales. La OPS (Organización Panamericana de la Salud) en su Resolución V de La Salud de los Pueblos Indígenas (1993) otorga prioridad “al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas, respetar su cultura y sus conocimientos ancestrales” (IIDH, 2009:77).

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (Organización de las Naciones Unidas), resalta que para dar cumplimiento al mejoramiento del estado de salud de las poblaciones indígenas (artículo 12), “Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales” (IIDH, 2009:70).

Si se remite al plano de los derechos, el artículo 23 de la Declaración de las Naciones Unidas de los Pueblos Indígenas versa “Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud (...),

y en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones” (setiembre, 2007) Asimismo, el artículo 24 afirma que “Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud”.

El Artículo 15 de la Constitución de la provincia de Salta reconoce y “garantiza el respeto a la identidad, el derecho a una educación bilingüe e intercultural, la posesión y propiedad comunitaria de las tierras fiscales que tradicionalmente ocupan, y regula la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano”. Aun así, mientras en el derecho se asegura su reconocimiento, la preexistencia en el territorio, la valoración de sus creencias y pautas culturales y se afirma la necesaria participación de los pueblos en la gestión referida a sus recursos naturales, educación y salud, la población originaria representa el grupo social en peores condiciones sociales y económicas. Son los que tienen mayor dificultad de acceso a educación, salud y vivienda y los que sufren situaciones de discriminación y marginación social.

De acuerdo a ello, se considera necesario que las y los jóvenes indígenas se preparen para tomar el protagonismo en los ámbitos de decisión y poder para gestionar efectivamente y de manera concreta sus proyectos, la formación profesional y la intervención en sus comunidades.

La Constitución Nacional en el inciso 17 del artículo 75 expresa: “**Reconocer la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos.** Garantizar el respeto a su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural...”

La Ley de Educación Nacional 26.206 en su Capítulo XI, artículos 52 a 54, garantiza el derecho constitucional de los pueblos indígenas a recibir una educación que contribuya a preservar y fortalecer sus pautas culturales, su lengua, su cosmovisión e identidad étnica. En este sentido, y en concordancia con lo que expresa Cortéz Lombana (2008) existen universidades que han abierto sus puertas a este tipo de estudiantes, ofreciéndoles algunas condiciones económicas y académicas “preferenciales”. No obstante, las alternativas son aún muy débiles en cuanto a la posibilidad de brindarles una formación “diferencial”, que tenga en cuenta sus particularidades socioculturales y los apoye en los retos que los estudiantes enfrentan; que responda a las necesidades de sus pueblos, que fortalezca su identidad, su resistencia y su capacidad de desarrollarse enfrentando el mundo globalizado y multicultural sin perder su identidad.

El objetivo del trabajo es analizar las demandas de los pueblos originarios relativas al recurso humano del Sistema Sanitario así como conocer sus expectativas respecto a la formación del personal de salud. El diseño metodológico es cualitativo ya que busca indagar, desde la perspectiva de los propios actores sociales, sus opiniones, valoraciones y percepciones relativas a la relación con los agentes de salud del Sistema Sanitario y en consecuencia las demandas que realizan. Por tratarse de este tipo de abordaje, la muestra es intencional hasta la saturación de la información obtenida, con la aplicación de entrevistas a informantes claves como caciques, representantes, curadores, usuarios en general, que fueron realizadas durante el trabajo de campo en las localidades de Orán, Tartagal e Iruya. Asimismo fueron sistematizados los testimonios recogidos en el marco de las II Jornadas de Salud Intercultural organizadas por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Sede Regional Orán y el equipo del proyecto de investigación, en la cual estuvieron presentes referentes de comunidades originarias de diversas localidades de la provincia.

## **RESULTADOS: VIEJAS DEMANDAS Y DESAFÍOS PENDIENTES**

En el marco del Proyecto de Investigación N° 1878 del CIUNSA, se realizaron entrevistas a referentes de pueblos originarios. Los resultados muestran que son principalmente dos los aspectos recurrentes que manifiestan, aspectos que tienen que ver con la falta de preparación del personal de salud para trabajar en contextos con diversidad cultural y con la expectativa de formación de los jóvenes de las comunidades en el área de la salud.

En relación a la formación del personal de salud, los testimonios de los representantes de las comunidades son explícitos en cuanto a la visión de la necesidad de una formación de los recursos humanos en salud que tenga en cuenta los saberes y prácticas ancestrales vigentes. Plantean la complementariedad, al afirmar que el “saber científico” también es importante, junto con los conocimientos que ellos poseen.

Así lo expresa un cacique kolla: *Siempre dijimos que los académicos nos entiendan y respeten nuestra pauta cultural. La doctora nos atendía bajo un espinillo. Así era. Ella aceptó nuestra pauta cultural y nosotros aceptamos su saber académico. Y así salimos adelante.*

Otro representante indígena expresa: *Aproximarnos la ciencia y nosotros. Lo que la ciencia no conoce, eso es nuestro secreto. Pero lo que la ciencia ya sabe, no hay que ocultarlo, sino fortalecer y coordinar* (Barrio Estación. Tabacal, Orán).

Reconocen que este conocimiento cuando se da, es solo a nivel de los agentes sanitarios, poniendo en evidencia la condición subalterna de estos sistemas médicos que son concebidos por el Sistema de Salud como saberes de menor nivel, solo para los no profesionales:... *Enseñar a todo el equipo de salud sobre nuestra cultura. No sólo al agente sanitario. Se requiere capacitación intercultural a todos los miembros del equipo de salud. Esta capacitación la tienen que solicitar los caciques. Nosotros les tenemos que enseñar. ¿Cómo nos van a entender si no nos conocen?*(Representante de Organización Territorial Kolla de Chaupi Rodeo–Curador)

Manifiestan, de acuerdo a su propia experiencia, las consecuencias que trae la falta de formación acerca de las características socioculturales de la población a la cual tiene que asistir el sistema sanitario: *Una vez llegó un médico a Yacuy y el estante estaba vacío, y le dijimos “doctor, usted va a tener que trabajar con el curador hasta que llegue la medicación”. El médico dijo “yo mañana me voy porque no estoy preparado”* (agente sanitario de pueblo originario).

Un cacique wichi plantea otra situación: *Que los médicos que llegan y que se abren al diálogo aprendan nuestras costumbres... Cuando viene un médico que no se abre al diálogo, a la comunidad, es un gran problema porque la gente ya no se atiende* (Cacique de la Comunidad Wichí Lote 75. Embarcación).

La demanda de formación no se circunscribe al conocimiento de los aspectos “culturales” del proceso salud-enfermedad-atención/cuidado, sino a la necesidad que el personal de salud conozca las condiciones de vida de las comunidades: *Sería bueno que los profesionales se capaciten porque no conocen, no saben cómo vivimos* (indígena guaraní)

El manejo de la lengua es un aspecto fundamental en la relación entre la comunidad y el personal de salud, aspecto no es considerado en la formación y que se convierte en una barrera difícil de sortear en el vínculo que debería establecerse:... *la Universidad debe tratar de incluir como materia la lengua materna, tanto en los distintos pueblos, como segunda lengua sería en vez del inglés, el castellano como lengua extranjera para nosotros que los chicos sean capacitados porque me pidieron los chicos en Tartagal, los que están cursando tercer año el año pasado y estaban en segundo querían aprender y tuvieron problemas cuando hicieron las pasantías para mí que ellos se sentían impotentes y como toda persona que no entiende se siente impotente o no sabe qué va a hacer...* (Agente sanitario guaraní)<sup>1</sup>

En el marco de un Taller realizado en San Ramón del la Nueva Oran con referentes de pueblos originarios kollas y guaraníes, los participantes realizaron la siguiente propuesta referida al personal sanitario, manifestando que:

- *Los profesionales conozcan la lengua, la cultura y costumbres de las comunidades. Que se den cursos de capacitación.*
- *Que cambien las políticas educativas... Los preparan para mayor complejidad y no para trabajar en comunidades. El personal que vaya, que esté preparado para trabajar allí.*

---

1 Pereyra A. – Díaz Aciar B. “Comunicación Intercultural: vivencias del personal de salud”, 2011.

Respecto al personal de enfermería demandan de modo concreto: *Tienen que intercambiar, que visiten las comunidades, que vayan conociendo las costumbres para aprender a dar un trato más humanitario. Van a estar más familiarizados y tener un trato humanizado.* (Taller Orán)

Los testimonios evidencian una demanda de formación que apela no solo a lo cognitivo sino también al manejo de actitudes y herramientas para un mejor trato con el paciente: *que se atienda bien a las personas... que no sean discriminados, porque hay muchas enfermeras que están dentro del hospital, que también muchas veces es raza de nosotros y ellos son los que más discriminan a las personas... Y no sé si será que se sienten que están tan orgullosos que están dentro del hospital trabajando... no sé, eso es lo que yo no me puedo explicar tampoco.* (Curandera guaraní)

Refiriéndose al equipo de salud en general expresan: *Los profesionales tienen falta de predisposición para las comunidades indígenas. Las guardias deben saber que las personas no son iguales y que se debe respetar esas diferencias* (Indígena guaraní)

El reclamo por cambios en la capacitación del personal de salud se resume en la petición de *Formar profesionales con una fuerte identidad* (Taller San Ramón de la Nueva Orán)

En relación a las Oportunidades de Formación para los pueblos originarios expresan: *Necesitamos que se incluya a nuestros hermanos como agentes sanitarios. Queremos que nuestros hijos se titulen en la Universidad* (Cacique de la Comunidad Kolla del Barrio Estación. Tabacal, Orán).

*Necesitamos que nuestros hermanos sean agentes sanitarios, enfermeros. Que se comuniquen en nuestro idioma. Que los que nos atienden sepan la lengua nuestra. Que haya enfermeros y sanitarios de nuestra comunidad* (Cacique de la Comunidad Wichí Lote 75. Embarcación)

*Nosotros no tenemos [agente] sanitaria que visite casa por casa. Queremos que una hermana de nuestra misión estudie para ser sanitaria y tenga trabajo con nosotros* (Cacique de Misión Evangélica. Colonia Santa Rosa).

Es en ese sentido que demandan que la oportunidad de formación de los jóvenes requiere también de cambios en la cultura y modalidad organizacional de las instituciones educativas: *Que la universidad tenga más apertura para Pueblos Originarios y que haya mayor apertura para que ingresen nuestros jóvenes a carreras y cursos.* (Representante de la Organización de Nacionalidades y Pueblos Indígenas de Argentina (ONPIA). Promotora de Salud, Aguaray.

El Presidente de la Comunidad Wichí Lote 75 de Embarcación se pregunta *¿Porqué no podemos tener agentes sanitarios y enfermeros de nuestra comunidad?*

La accesibilidad a la educación, en este caso terciaria, es un derecho de todos los habitantes de nuestro país, siendo un requerimiento el que las instituciones formativas posibiliten ese acceso: *Necesitamos que la UNSa tenga más accesibilidad con las paisanas que van a estudiar.* Representante de la Comunidad Estación.

*Que los agentes sanitarios sean de nuestras comunidades. Que hayan becas de la universidad para nuestros hermanos.* Representante de la Organización de Pueblos de la Nación Diaguita. Comunidad Calchaquí.

*Queremos complementar la medicina tradicional y la medicina oficial, dando acceso a nuestros jóvenes a estudiar en la Universidad.* Representante de la Comunidad Las Pailas. Cachi

Pero también manifiestan la responsabilidad que tienen como comunidad de apoyar a los jóvenes que quieren estudiar, revelando las dificultades que atraviesan por el hecho de tener que adaptarse a una realidad que les es ajena, con pocos recursos, en una institución que difícilmente los incluye: *Hay que acompañar, que vengan los dirigentes debemos preocuparnos por los chicos que estudian. Ellos si no son apoyados desde la comunidad, fracasan. No es solo una necesidad de la comunidad hacia afuera, si quieren profesionales la comunidad debe apoyarlos* (Taller de San Ramón de la Nueva Orán)

## **EL PAPEL DE LA UNIVERSIDAD**

Si se toma como referencia el logo de nuestra universidad ***“mi sabiduría viene de esta tierra”***, cabe preguntarse ¿Cómo pasar en lo académico de relaciones de dominación, mansedumbre y actitudes

etnocéntricas, a relaciones de mutualidad e interculturalidad? ¿Cómo pensar en una reorientación del conocimiento?

El creciente y sostenido ingreso de estudiantes de pueblos originarios a la Facultad de Ciencias de la Salud en estos últimos años pone en evidencia la necesidad de establecer y expandir mecanismos de acceso, permanencia y titulación de los estudiantes indígenas, favoreciendo su participación en la generación de conocimientos y modelos de aprendizaje culturalmente pertinentes.

Las demandas más frecuentemente expresadas por la mayoría de las Comunidades Indígenas de la región están relacionadas con lo que se denomina la Inaccessibilidad Cultural en Salud. Este factor afecta al mismo tiempo la equidad y eficacia de las acciones del propio Sistema de Salud.

La "Accesibilidad Cultural al Sistema de Salud" está determinada por valores, normas, conocimientos y actitudes propios de la población en relación con la salud y la enfermedad, que pueden facilitar u obstaculizar el acceso al sistema de atención y, por ende, condicionar los resultados de las acciones (Kornblit A., Mendez Diz A., 2000)

Sin embargo algunas de aquellas intenciones que movilizaron el acta fundacional de nuestra universidad, que el escudo sintetiza "mi sabiduría viene de esta tierra", han comenzado a materializarse hace aproximadamente una década con el incremento de la matriculación de alumnos que proceden de comunidades originarias. La región ha venido experimentando un desplazamiento de la demanda indígena desde el nivel de la educación básica hacia el de la educación superior, incluida la universitaria. Ello no ha significado en lo absoluto el abandono de demandas esenciales que tienen que ver con una educación básica de mayor pertinencia y calidad, sino más bien la extensión de tales reivindicaciones para trascender la educación básica hasta entonces constituida en una suerte de umbral.

Son diversas las dificultades, pero una de las más significativas guarda relación con la mayor complejidad y abstracción que requiere el aprendizaje de los lenguajes disciplinares, debido, entre otras cosas, a la presencia de nuevos conceptos, al uso de una nueva gramática y a las mayores o menores dificultades del estudiante para establecer relaciones entre estos nuevos conocimientos y la realidad cotidiana. (Bergagna A., 2013)

Resulta imprescindible acompañar al actual trabajo con mayores niveles de involucramiento y participación del colectivo docente que permitan la construcción de sentido, condiciones y acciones desde una perspectiva institucional con el propósito de avanzar en una formación con mayor pertinencia cultural.

Coincidiendo con Czarny (2012) existe una deuda histórica de la universidad pública para respetar, valorar e incorporar los conocimientos indígenas y sus lenguas. El desafío de cambiar y relativizar su supuesta universalidad debe empezar por los hechos –en las aulas-, no sólo a través de una legislación que retrase por años la apertura académica a la compleja realidad intercultural latinoamericana. Se trata de desandar en las mentes y los cuerpos el mensaje hegemónico escolar en el que se plantea una sola lengua-el español- y una sola cultura –la dominante occidental- como valores universales incuestionables. (Czarny, 2012)

## **CONCLUSIONES**

La política de atención a la diversidad encarada desde la Universidad, exige una respuesta específica a cada situación para poder garantizar que, con distintas estrategias todos puedan acceder a la educación superior; transitar y graduarse con aprendizajes significativos y culturalmente pertinentes y en las mejores condiciones posibles.

La interculturalidad en salud nos demanda el trabajar en un diálogo que históricamente ha sido negado entre los servicios de salud y las comunidades indígenas. La inaccesibilidad social, cultural, económica y geográfica de los pueblos originarios a la atención médica, está transparentando demandas en relación al reconocimiento positivo de la diferencia en pos de un diálogo intercultural, que posibilite el respeto y rescate de los saberes tradicionales.

Es imperiosa la necesidad de generar puentes entre los saberes culturales y los saberes académicos,

siendo estos últimos deudores de los primeros, por cuanto tienen más elementos y herramientas para forjar un cambio en la construcción de conocimientos.

La investigación y capacitación intercultural en salud así como el trabajo en las comunidades, resultan acciones de suma importancia para mejorar la calidad de la atención, influir en un trato digno y equitativo y como consecuencia contribuir al cambio en la gestión de los servicios sanitarios en las zonas indígenas.

El incorporar contenidos de salud intercultural en los programas regulares de capacitación del personal sanitario es uno de los caminos que conduce a cambios tales como reformas del trato, tiempos de espera, información clara y adecuada a las necesidades culturales, para así poder ir construyendo un diálogo que redunde en el mejoramiento de los perfiles de salud de la población originaria.

Encontrar la educación adecuada en estos contextos exige la búsqueda de un equilibrio que se convierte en un desafío a alcanzar. Los jóvenes son conscientes de los dilemas que enfrentan: por un lado, exigen mayor adecuación y pertinencia cultural y social en la educación recibida en su entorno local y comunitario pero, por otro lado, no quieren quedar limitados a un conocimiento exclusivamente local que no tenga valor en un mercado de trabajo global que en muchos casos puede ser su destino final (Busquets, 2013).

Desde la función docente se hace imprescindible fortalecer la intencionalidad pedagógica de poner en juego diferentes perspectivas para la comprensión de problemas complejos del mundo y para el estudio de situaciones y hechos que sean identificados como problemáticos o dilemáticos por los estudiantes en su comunidad, generando o fortaleciendo los lazos con sus comunidades en espacios de aprendizaje que conecten la escuela al mundo social, cultural y productivo.

Todas estas iniciativas son necesarias pero no suficientes si no se enmarcan en los cambios en las condiciones de vida de las comunidades, y en el respeto a sus derechos, proceso de largo aliento que resulta imprescindible para hacer posible la garantía de los mismos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AlbóXavier (2004) "Interculturalidad y salud", en Fernández Juárez (coordinador) Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas. Quito, Ecuador.
2. Albergucci R.(2003) Educación y Estado, organización del sistema educativo, Ed. Docencia
3. Bergagna, M. A. (comp.) (2013) La inmortalidad de nuestras culturas milenarias. Ed. V.M. Hanne. Salta, Argentina
4. Bergagna, A Cardozo, N. (2008) Proyecto de Orientación al Ingresante. Facultad de Ciencias de la Salud, UNSa
5. Borzone, C. Rosemberg, M. (2000) Leer y escribir entre dos culturas. Ed. Aique. 1º Ed.
6. Busquets,M. Saraví, G. Abrantes, P.(2013) Adolescentes indígenas en México: derechos e identidades emergentes. Unicef
7. Bruner, J., (1988) Desarrollo cognitivo y educación, Madrid: Ediciones Morata.
8. Campos Navarro, R. (2006) "Procesos de legalización e interculturalidad en las medicinas indígenas de México y Bolivia (1996-2006)", en Fernández Juárez, Salud e Interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural. ISBN 84-8427-481-0.
9. Campos Navarro, R. (2009) "Apuntes del Curso de posgrado Salud Intercultural", Salta.
10. Czarny, M. G.(2012) Jóvenes indígenas en la UPN AJUSCO: Relatos escolares desde la educación superior. Universidad Pedagógica Nacional, México
11. Del Compare, M. (2008) La Orientación en la Universidad. Documento de trabajo Encuentro de Universidades Interculturales e Indígenas de América Latina. Seminario de Expertos Pueblos indígenas y educación superior en América Latina y el Caribe México, D. F., 20 de febrero de 2007

12. Facultad de Ciencias de la Salud. Informe Final CILEU (2009). Universidad Nacional de Salta.
13. Intercultural Bilingüe (ed.) Educación superior para los pueblos indígenas de América Latina. Memorias del Segundo Encuentro Regional. México, D. F.: IESALC – SEP, 379393.
14. Menéndez, E. (1994). Enfermedad y curación ¿Qué es la Medicina Tradicional? Revista ALTERIDADES, 1994 - 4 (7): Págs. 71-83
15. Menéndez, Eduardo (2002). La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo. Bellaterra, Barcelona.
16. Ortega B. I. (2014) “Juventud indígena, interculturalidad y Vivir Bien” en Desarrollo Rural. Exploraciones. 20, Instituto para el Desarrollo Rural de Sudamérica – IPDRS, La Paz (Bolivia).
17. Paladino, M. (2008) Pueblos indígenas y educación superior. Datos para el debate. Fundación Equitas. ISEES. 2008
18. Secretaría Académica Universidad Nacional de Salta Proyecto CILEU (2009).
19. Ruiz-Llanos, A. (2007) ‘La interculturalidad y el derecho a la protección de la salud: Una propuesta transdisciplinaria’. Bol MexHis Fil Med.
20. Rocha, M. (2009) Interacciones multiculturales. Universidad Externado de Colombia
21. Schmelkes, S. (2004) “Proyecto Universidad Intercultural Bilingüe. Coordinación General de Educación Intercultural Bilingüe”, En Coordinación General de Educación.
22. Trombetta, S. (1999) Seminario Internacional “Sistemas de Admisión a la Universidad” MEC.
23. Varese, S. (1987) “La cultura como recurso: el desafío de la educación indígena en el marco del desarrollo nacional autónomo”. En M. Zúñiga, J. Ansión y L. Cueva (eds.) Educación en poblaciones indígenas. Políticas y estrategias en América Latina. Santiago de Chile: UNESCOOREALC / III. 169192.