

Diálogo de saberes: propuesta para identificar, comprender y abordar temas críticos de la salud de la población

Dialogue of knowledges: proposal to identify and understand problems and situations in population health

Erwin Hernando Hernández-Rincón¹, Francisco Lamus-Lemus¹,
Concepción Carratalá-Munuera², Domingo Orozco-Beltrán²

Resumen

El diálogo de saberes es un método cualitativo que busca comprender, sintetizar, teorizar y contextualizar el conocimiento; permite entender los problemas y necesidades que tiene la población, mediante la reflexión y discusión de los actores, basándose en las palabras de la misma población. Este artículo reflexiona sobre el diálogo de saberes para explicar cómo este permite identificar de manera más cercana la situación, problemas y necesidades de salud que tiene la población. También presenta una revisión de experiencias similares, evidenciando la utilidad que tiene el uso de este método. Asimismo, se sugiere que el diálogo de saberes sea un punto de partida para el estudio e intervención de las principales problemáticas de la población, y a su vez integrar el conocimiento médico con los saberes tradicionales que se enmarcan dentro de la Atención Primaria en Salud (APS).

Palabras clave: educación en salud, barreras de comunicación, atención primaria de salud, investigación cualitativa, gestión del conocimiento, salud pública.

Fecha de recepción: 30 de marzo de 2016
Fecha de aceptación: 15 de mayo de 2017

¹Centro de Estudios en Salud Comunitaria (CESCUS), Facultad de Medicina Universidad de La Sabana (Colombia).

²Departamento de Medicina Clínica Universidad Miguel Hernández (España).

Correspondencia: Erwin Hernando Hernández Rincón. Facultad de Medicina Universidad de La Sabana, Campus Universitario Puente del Común, Chía (Cundinamarca, Colombia). Teléfono: 8615555, ext 23315. erwinhr@unisabana.edu.co

Abstract

Knowledge dialogues is a method of qualitative methodologies that seeks to understand, synthesize, theorize and contextualize knowledge. Knowledge dialogues is a suitable method to understand and identify health problems and needs of the population. Through knowledge dialogues and the reflection and discussion, they promote, community actors and health professionals can understand deeper concerns of each other. This article refers to the review of the subject of knowledge dialogues to explain how using this type of approach one can identify more closely the situation, problems and needs that people have. The article also presents a review of similar experiences, demonstrating the utility of this method. In conclusion it is suggested that knowledge dialogues remains a key factor to focus in the study and intervention of population groups, acknowledging its existence, together with integrating medical knowledge with traditional knowledge are part of primary health care (PHC).

Keywords: health education, communication barriers, primary health care, qualitative research, knowledge management, public health.

INTRODUCCIÓN

Esta reflexión surgió del entrenamiento que el autor principal tiene sobre el diálogo de saberes en su programa de formación doctoral, como una forma de fortalecer competencias en investigación cualitativa e identificar los problemas y necesidades en salud de manera más integral. Igualmente, surgió de la aplicación de este método al Programa de investigación del cual se deriva este escrito.

Este artículo tiene el propósito de explicar cómo el diálogo de saberes puede ser una opción ideal para identificar y entender los problemas y necesidades en salud en la población.

La Atención Primaria en Salud (APS) permite resolver los principales problemas de salud de una población, y es definida como la “asistencia sanitaria esencial al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país”. Involucrando el entendimiento de las prácticas tradicionales y culturales en salud que tiene la población (1).

Es así que desde la declaración de Alma Ata se considera que la APS debe adaptarse a las condiciones sociales, políticas y culturales de un país y de sus comunidades; haciendo necesario reconocer y entender los conocimientos tradicionales y populares de su población, y no destruirlos ni vulnerarlos desde el saber médico, procurando el respeto por la diversidad cultural (1-2).

Es por eso que para comprender y resolver las problemáticas de salud en las comunidades se requieren abordajes y metodologías ajustados a sus realidades y contextos que permitan una mayor cercanía y participación de la población de referencia; no solamente limitándose a la construcción de centros de salud cercanos o a la capacitación del personal responsable de su atención (2-3).

Por lo anterior, la comunicación se constituye en un mecanismo de construcción de valor compartido; con la cual a partir del mutuo reconocimiento y la colaboración se puede avanzar en el continuo de salud-enfermedad hacia mejores condiciones de vida, más allá de la mera transmisión de información y

conocimientos. A su vez, la comunicación hace parte de los elementos fundamentales de la educación para la salud como punto de partida para fomentar la promoción de la salud (4-5), y como una característica inherente de la vida social para llegar a entendernos los unos a los otros, resolver diferencias y trabajar colaborativamente para un fin común (6).

Diálogo de saberes

En investigación, el diálogo de saberes hace parte de las llamadas metodologías cualitativas, y su propósito dista de pretender demostrar su validez estadística; , en cambio, en generar conocimiento sobre costumbres, experiencias y lecciones aprendidas, buscando la comprensión de los fenómenos, y permitiendo participar a los actores involucrados desde un abordaje más cercano que facilite la comprensión y apropiación de conocimientos compartidos (7).

El diálogo de saberes hace parte de la metodología de Investigación Acción - Participativa (IAP); la cual se basa en la interacción entre los distintos actores para el reconocimiento de los problemas de su territorio u organización, y así plantear alternativas de mejoramiento las cuales requieren de la participación de la comunidad y generan aprendizaje mutuo durante todo el proceso (8-10).

Por otra parte, el diálogo de saberes en salud permite reconocer las representaciones sociales y prácticas de una población desde el contexto hospitalario y poblacional; pudiendo ser saberes de tipo médico convencional o de tipo popular (11). También se considera un punto de entendimiento entre la medicina tradicional y la medicina convencional moderna (9,11).

Lo anterior mediante el uso de la conversación; la cual ayuda a abordar varios puntos de vista entre distintos actores sociales, buscando reco-

nocer representaciones y sociales y prácticas de la población (12).

En pocas palabras, el diálogo de saberes permite reconocer las representaciones y prácticas sociales acerca del proceso de salud y enfermedad, a nivel individual, colectivo y familiar, dándole sentido al pensamiento comunitario - colectivo (3).

Metodología del diálogo de saberes

El proceso para realizar un diálogo de saberes parte de los principios de la investigación cualitativa, ya que no se busca la significancia estadística de un fenómeno, sino la comprensión del mismo.

Todos los métodos cualitativos buscan comprender, sintetizar, teorizar y contextualizar (7,13-14).

Morse determina que hay 6 fases para una investigación cualitativa: 1. *Fase de reflexión*: la cual consiste en la identificación del tema, de la pregunta de investigación y la perspectiva metodológica, 2. *Fase de planificación*: en la que se selecciona el contexto, las estrategias y la propuesta de investigación, 3. *Fase de entrada*: en esta se selecciona a los informantes y a los casos, y de igual forma se inicia la realización de entrevistas y observaciones, 4. *Fase de recolección reproductiva de la información*: en la cual se realiza el análisis preliminar de la información, 5. *Fase de salida de campo*: permite realizar un análisis intenso, y 6. *Fase de escritura*: en esta última fase se redactan las conclusiones y observaciones del fenómeno estudiado (13).

Estas fases son coherentes con la propuesta de diálogo de saberes, ya que este busca la recolección de información basados en la conversación de distintos actores, que

permitan, posterior a un análisis, construir representaciones y prácticas comunes (12).

Los pasos se pueden resumir en 3: Visitas previas (reconocimiento del contexto y población), ensayo del diálogo (planificación y preparación de los posibles escenarios y del desarrollo del diálogo) y ronda de diálogos (encuentro y discusión entre los participantes) (8).

En ese caso, el diálogo de saberes inicia con la reconstrucción histórica de los saberes, reconociendo el carácter intrínseco de las representaciones y prácticas sociales del proceso de salud y enfermedad, desde el punto de vista individual, familiar y colectivo. Este proceso debe tener en cuenta la diferenciación entre saber médico convencional y saber popular (11).

Así mismo, el diálogo de saberes se realiza mediante la conversación entre actores del nivel médico convencional y el nivel social, manifestando sus puntos de vista sobre una situación particular, intentando evitar imposiciones de argumentos o razones de las partes, buscando reconocer a las personas, sus representaciones y prácticas sobre determinadas situaciones, para reconstruir y resignificar nuevas formas de entendimiento en nuevas comprensiones y lenguajes que puedan traducirse en prácticas compartidas social y técnicamente aceptadas (11-12).

En salud, el diálogo de saberes no debe limitarse al saber médico convencional y reconocido como experto, el cual minimiza el conocimiento común en relación con la salud y la enfermedad; en realidad, sus virtudes residen en la integración dialógica entre sujetos con conocimientos disciplinares y académicos con los de representantes comunitarios que encarnan los saberes de los paisajes humanizados que representan.

Ensamblar estos diálogos permite a su vez garantizar el despliegue de los principios de la APS y de promoción de la salud (5,15) para contribuir al fomento de poblaciones saludables a través de la apertura de espacios para la participación efectiva de grupos interesados (12).

Adicionalmente, la APS a través de los vínculos que propician los diálogos de saberes tiene la posibilidad de mediar en la incorporación y reconocimiento de la diversidad cultural en la construcción colectiva de la salud de las poblaciones, reivindicando el poder latente de la medicina tradicional y los saberes ancestrales, para fomentar y facilitar la participación de toda la población en el sistema de salud (1,3).

Varios autores destacan que el diálogo de saberes permite hacer una aproximación intercultural y transdisciplinaria en salud, necesaria para entender la integralidad del proceso de salud y enfermedad (3,11-12).

Importancia del diálogo de saberes en las ciencias de la salud

Por lo que se refiere al diálogo de saberes como metodología, esta ha permitido comprender, sintetizar, teorizar y contextualizar las representaciones sociales y prácticas en salud en distintos actores y comunidades, reconociendo su utilidad en las ciencias de la salud. De ese modo, diversas experiencias han mostrado la importancia e implementación del diálogo de saberes en las ciencias de la salud.

El diálogo de saberes se ha usado en el contexto de la interculturalidad en salud, desde el abordaje del saber médico y tradicional, sugiriendo que a través del diálogo de saberes, a nivel individual, se puede incidir en el logro de relaciones médico-paciente caracterizadas por vínculos más cálidos y trato humanizado. Por otra parte, a nivel poblacional promueven

el empoderamiento comunitario para la promoción de la salud. Además, se ha usado para identificar barreras de acceso a los servicios de salud, construyendo vínculos culturales que saldan las brechas culturales al facilitar la comunicación entre las partes (11).

Restrepo (12) manifiesta que en salud es fundamental tener un equilibrio entre los saberes médicos convencionales y los saberes sociales. El saber social permite abrir espacios de verdadera participación comunitaria para la toma de decisiones y la ejecución de acciones de salud pública. Leonello y colaboradores determinaron lo mismo desde la práctica de enfermería (16).

Astaiza y colaboradores (3) recomiendan el uso del diálogo de saberes como un mecanismo de rescate de saberes tradicionales en salud; los cuales fomentan la inclusión de la población en el sistema de salud mediante el entendimiento de la cosmovisión cultural de la medicina tradicional y los saberes tradicionales. El enfoque intercultural de saberes tradicionales fue usado en comunidades afrocaucanas en Colombia; lo cual permitió reconocer su identidad étnica y cultural, que derivó en la generación de estrategias conjuntas para la reducción de la mortalidad materno-infantil en su contexto (2).

Reyes y colaboradores (17) se centran en el diálogo de saberes como un proceso de interacción entre la medicina tradicional y la salud pública, y destacan varias experiencias en el trabajo con población indígena y experiencias en el entendimiento de la reproducción social como un nuevo concepto de salud sexual y reproductiva desde la discusión del conocimiento indígena y el contraste de los programas convencionales de salud; la importancia del conocimiento y discurso indígena, y el contraste de la apropiación y uso de sus saberes en sa-

lud por parte del mundo occidental; el uso de medicinas tradicionales y el entendimiento del cuerpo y el territorio como ejes para mantener el equilibrio en el proceso de salud y enfermedad, y los conflictos presentados por el uso de tratamientos tradicionales en contraste con la medicina alopática; y la importancia de la mujer como eje central de educación en salud en mujeres indígenas en el Amazonas.

Do Santos y colaboradores (18) documentaron la importancia del uso del diálogo como parte fundamental para el entendimiento de los pacientes en el cuidado y atención que deben realizar los profesionales de la salud.

Peñaranda y colaboradores (19) evaluaron por medio de diálogo de saberes un programa de crecimiento y desarrollo y el rol del agente educativo, y encontraron la importancia de entender el proceso educativo en salud desde una mirada ecológica, como también la relevancia de considerar las diferencias culturales de los actores que participan en el programa.

Bastidas (20), Velásquez y colaboradores (21) destacan la importancia de usar el diálogo de saberes como un modelo alternativo de educación en salud, siendo un elemento fundamental para entender el encuentro en la diversidad, de donde se generen reflexiones sobre la autopercepción en salud de la población.

Abreu y colaboradores (22) realizaron una evaluación sobre la educación para la salud en niños entre 3 y 5 años, y observaron que el diálogo es un elemento imprescindible para transformar la realidad y el abordaje de necesidades locales, entendiendo las particularidades y prácticas de cada comunidad.

Con respecto a la APS, se requiere la integración de la comunidad para promover una atención

integral, integración desde un acercamiento y abordaje que considere las diferencias culturales.

Baum y colaboradores (23) establecen que un enfoque multidisciplinar en atención primaria permite intervenir a los determinantes sociales en salud de una población, y de esta manera entender integralmente sus problemáticas. Dockie y Singh (24) agregan que es importante considerar al contexto en la construcción de acciones en atención primaria.

Mont'Alverne y colaboradores (25) observaron el uso del diálogo en gestores comunitarios con miedo o prejuicios hacia pacientes con trastornos mentales; lo cual permitió mejorar la preocupación social por parte de los gestores, generar mayor empatía y fomentar la inclusión de la familia en el proceso.

Majmud y colaboradores (26) sugieren la comunicación y el diálogo entre distintos actores como parte fundamental para fomentar la salud en la comunidad como parte de iniciativas de atención primaria.

Parra y colaboradores (27) destacan la ausencia del diálogo intercultural en los sistemas médicos, que drena el potencial de trabajo sinérgico entre todos los actores involucrados en el proceso de salud y enfermedad. Los desafíos para alcanzar y mantener la salud de diversos grupos poblacionales precisa de la sinergia que debe generarse entre Estado, organismos internacionales, personal de salud y comunidad. Es la expresión de esas diversidades culturales la que tiene el poder de hacerse manifiesta en el planteamiento de políticas públicas de salud orientadas a las necesidades de la población atendiendo el desafío de ofrecer una atención médica moderna diferenciada, y adaptada culturalmente a la población.

En relación con la formación de recursos humanos, diversos autores recalcan la importancia de avanzar en una formación orientada hacia la atención integral, en la que la educación y comunicación entre el profesional de la salud y los pacientes y comunidades es un componente fundamental para el mejoramiento de la salud de las poblaciones; para esto se recomienda introducir en su proceso de formación elementos descritos desde la estrategia de APS, como lo son la sensibilidad cultural, la humanización del proceso de salud y enfermedad y el desarrollo de competencias culturales en personal sanitario (28-30).

Se requiere que el proceso de formación sea abordado mediante metodologías problematizadoras y participativas en contextos reales, permitiendo tener exposición a escenarios comunitarios, en los cuales se favorezca la generación de vínculos con las personas, y la reflexión crítica sobre la importancia de la construcción de ciudadanía desde el rol ejemplarizante que pueden ejercer los profesionales de la salud (31-32).

Igualmente, desde Alma Ata, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha defendido la utilidad y seguridad de los saberes tradicionales desde la medicina tradicional, formulando periódicamente desde 2002 los lineamientos estratégicos de medicina tradicional para el mundo; resaltando además la importancia de conservar plantas medicinales para su uso desde la práctica de APS (Declaración de Chiang Mai de 1988). Por ese motivo, los profesionales de la salud deben conocer con mayor profundidad estos elementos, para así mejorar su práctica de atención primaria y tener un mayor acercamiento a su comunidad (33-35).

Adicionalmente, desde una perspectiva bioética se considera que es necesario que los profesionales de la salud en ejercicio, los

tomadores de decisiones y los responsables de la formación de recursos humanos en salud contemplen al diálogo de saberes como un abordaje que busca siembre el beneficio de las personas; por lo cual resulta imperativo que se considere aprender, aplicar y permitir los espacios para este tipo de acercamiento y mejorar el proceso de atención en salud (36).

En cuanto a la prestación de servicios, en Colombia se reconocen modelos de salud interculturales, como por ejemplo, en los departamentos de La Guajira y el Guainía.

En la Guajira desde la década de los 90 se ha planteado la necesidad de implementar un sistema basado en APS ajustado para la población indígena de la zona (wuayús, arzarios, koguis y arhuacos) mediante la prestación de servicios de salud basados en la cultura de cada grupo étnico; proceso que a 2016 se consideró prioritario en el marco del nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), reconociendo la integralidad y la consideración de las condiciones culturales por parte del Gobierno nacional para la resolución de problemas prioritarios, como en el caso de la desnutrición infantil (37-39).

En el caso del departamento de Guainía, desde 2015 se realizó la implementación temprana del MIAS como parte de una propuesta de reorganización de su Modelo Intercultural de salud y de un piloto de implementación del MIAS en poblaciones dispersas; esto debido a que el 97 % del departamento es considerado resguardo indígena y a 2015 el 82 % de su población (33,497 habitantes) era indígena (curripacos, puinaves, piapocos, sikuanis, tukanos, desanos, yerals y cubes) (38, 40).

Por lo anterior, se destaca que el uso de la metodología de diálogo de saberes se presenta como una oportunidad para considerar

para mejorar la aplicación de los elementos de la APS, desde la interculturalidad, la intersectorialidad y la atención integral en el acercamiento a la comunidad, en la formación de recursos humanos y en la prestación de servicios; elementos que deben ser tenido en cuenta en los marcos normativos de los países, como en el caso de Colombia, que consideró la APS desde la Ley 1438 de 2011 y la atención integral desde 2016 en su MIAS (38,41).

CONCLUSIONES

El diálogo de saberes se presenta como una propuesta hermenéutica que permite el equilibrio entre saberes médicos convencionales y saberes populares en salud; lo cual permite tener una aproximación más cercana de la situación de las poblaciones y contextualizar las representaciones sociales y prácticas en salud.

El diálogo de saberes no solo involucra la mirada de expertos, sino también debe legitimar el saber de la experiencia social (11-12).

En atención primaria, el diálogo de saberes permite hacer un acercamiento a la población y entender los problemas en salud de manera integral, desde el conocimiento médico y el saber tradicional (3). Además, permite entender mejor a la población y a pacientes, para abordar mejor sus problemas de salud desde el contexto comunitario o individual y considerando las condiciones culturales propias de cada territorio (11,18).

Así mismo, la metodología de IAP permite avanzar hacia el desarrollo de propuestas basadas en atención primaria centradas en las comunidades, en las que el diálogo de saberes ayuda a la concertación y entendimiento de los problemas y necesidades, la organización de recursos, a conocer mejor a la comunidad

y fortalecer el empoderamiento de sus miembros para generar cambios positivos (42-43). Adicionalmente, el diálogo intercultural permite que las comunidades se sientan respetadas e involucradas en el tránsito a través del continuo de la enfermedad hacia la salud (44).

Por otro lado, en los últimos años, la metodología cualitativa ha demostrado ser una opción adecuada para fomentar y entender intervenciones de salud pública y educación de la salud; necesarios para fomentar la participación social en salud y la resolución de problemas en salud de la población (14, 45).

Debido a la complejidad de los problemas y necesidades en salud, se hace necesario que los investigadores, tomadores de decisiones y actores responsables de la salud de la población reconozcan el espectro diverso recuperador de sentidos que ofrece la investigación cualitativa para conocer de forma amplia y suficiente a las poblaciones (7,12).

Para finalizar, se recomienda que en la formación de recursos humanos en salud se introduzcan elementos que permitan abordar a los pacientes y a las comunidades desde un abordaje intercultural, integrando la cultura en su proceso de formación integral y reconociendo las ventajas de ampliar su campo de conocimiento no solo desde la medicina convencional; lo cual permitirá un mayor acercamiento a las comunidades y la prestación de servicios de manera más integral (28-29, 33).

Declaración: Artículo consecuencia del desarrollo de competencias en investigación cualitativa por parte del autor principal, en el marco del programa del doctorado en Investigación Clínica de la Universidad Miguel Hernández (España).

Contribuciones: Todos los autores contribuyeron en la redacción y aprobación final del artículo, así

como todos se hacen responsables de todos los aspectos del trabajo.

Financiación: Proyecto de investigación “Programa para la construcción de una red social de conocimiento orientada al cuidado de la salud para el desarrollo integral de niñas y niños menores de 6 años en la Región Sabana Centro de Cundinamarca y 5 municipios de Boyacá”, financiado por recursos estatales de Colciencias (Colombia), convocatoria 537 de 2011, y ejecutado por la Unión Temporal “Alianza por un Inicio Parejo de la Vida”, conformada por Universidad de La Sabana, Fundación Corona, Fundación Santa Fe de Bogotá y Organización para la Excelencia en Salud. Realizado entre junio de 2012 y 2015.

Financiación: universidad de la sabana.

Conflicto de interés: ninguno.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Alma Ata. Adoptada en la primer conferencia internacional de Atención Primaria en Salud. Alma Ata: OMS; 1978.
2. Duque M. Cultura y Salud: Elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* 2007; 9(2): 123-38.
3. Antaiza N, Rodríguez S, Guerrero N, Portela H. Diálogo intercultural en salud: una estrategia para rescatar los saberes y prácticas médicas en torno a la salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte* 2012; 37: 180-211.
4. Díaz H. La Comunicación en la Educación para la Salud. *Rev Esp Comun Salud* 2014; 5(1): 8 -13.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). La carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Adoptada en la primer conferencia internacional de promoción de la salud. Ottawa: OMS; 1986.

6. Parsons J, Lavery J. Brokered dialogue: A New research method for controversial health and social issues. *BMC Med Res Methodol* 2012; 12: 92.
7. Souza M. Los conceptos estructurales de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva* 2010; 6(3): 251-61.
8. Salas M. Diálogo de Saberes. En *Los Sabores y las Voces de la Tierra: Visualizando la Soberanía Alimentaria en los Andes*. London: International Institute for Environment and Development (IIED); 2012. p. 135-86.
9. Jácome M, Bayona E. Diálogo de saberes: Medicina tradicional y medicina occidental moderna. *Revista de Investigaciones UNAD* 2010; 9(2): 125-32.
10. Merçon J, Camou A, Núñez C, Escalona M. ¿Diálogo de saberes? La investigación acción participativa más allá de lo que sabemos. *Decisio* 2014: 29-33.
11. Espinosa L, Ysunza A. Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud. *CIENCIA ergo sum* 2009; 16(3): 293-301.
12. Restrepo D. La salud pública como escenario para el diálogo de saberes. *Revista CES Salud Pública* 2012; 3(1): 1-3.
13. Morse J. "Emerging from the data": the cognitive processes of analysis in qualitative inquiry. En Morse J, editor. *Critical issues in qualitative research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994. p. 23-43.
14. Amezcua M, Gálvez A. Different approaches to qualitative health research analysis: a critical and reflective view. *Rev Esp Salud Pública* 2001; 76: 423-36.
15. Frenk J, Gómez O. ¿Atención a la salud o la enfermedad? Restableciendo el equilibrio. *Salud Pública de México* 2016; 58(1): 84b-8b.
16. Leonello V, Oliveira M. Establishing a dialogue regarding technical-scientific and common sense knowledge for an effective health education. *Acta Paul Enferm* 2009; 22(Especial 70 años): 916-20.
17. Reyes G et al. *Diálogo de saberes: plantas medicinales, salud y cosmovisiones*. Reyes G, editor. Bogotá: ARFO Editores e Impresores; 2009.
18. Dos Santos I, Dos Santos A, Soares F. Fundamentos filosóficos e teóricos para novas concepções do cuidar em enfermagem: contribuição da sociopiética. *Rev Bras Enferm* 2010; 63(4): 644-51.
19. Peñaranda F, Bastidas M, Escobar G, Torres J, Arango A. Análisis integral de las prácticas pedagógicas de un programa educativo en Colombia. *Salud Pública de México* 2006; 48(3): 229-35.
20. Bastidas M, Pérez F, Torres J, Escobar G, Arango F, Peñaranda F. El diálogo de saberes como posición humana frente al otro: referente ontológico y pedagógico en la educación para la salud. *Invest Educ Enferm* 2009; 27(1): 104-11.
21. Velásquez V, López L, López H, Cataño N, Muñoz E. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. *Rev Salud Pública* 2011; 13(4): 610-19.
22. Abreu J, Guedine C, Moreira P, Lins T. Educação em saúde: relato de experiência com pré-escolares. *J Brazilian Soc Food Nutr* 2013; 38(1): 38-45.
23. Baum F, Legge D, Freeman T, Lawless A, Labonté R, Jolley G. The potential for multi-disciplinary primary health care services to take action on the social determinants of health: actions and constraints. *BMC Public Health* 2013; 13: 460.
24. Dookie S, Singh S. Primary health services at district level in South Africa: a critique of the primary health care approach. *BMC Family Practice* 2012; 13: 67.
25. Mon'talverne M, Osawa MdAM. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14(1): 227-32.
26. Mahmud A, Olander E, Eriksén S, Haglund B. Health communication in primary health care - a case study of ICT development for health promotion. *BMC Med Inform Decis Mak* 2013; 13: 17.
27. Parra L, Pacheco A. ¿Monólogo o diálogo intercultural entre sistemas médicos? Un reto educativo para las ciencias de la salud. *Rev Cienc Salud* 2006; 4(Especial): 110-21.

28. Rodríguez N, Leal E, Menéndez M, Bermúdez E, Pérez B, Fernández J. La internacionalización de la cultura: contribución a la formación integral de profesionales de la salud. *Edumecentro* 2015; 7(1): 76-88.
29. Hernández E, Parra L, Correal C. Necesidades de formación para el desarrollo integral de la primera infancia: Perspectiva desde un estudio regional. *Salud Uninorte* 2015; 31(2): 284-94.
30. Betancourt J, Green A, Carrillo E. Cultural Competence in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Approaches [en línea]. 2002 [fecha de acceso: 15 de marzo de 2016]. Disponible en: http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/betancourt_culturalcompetence_576.pdf.
31. Medeiros C, Alves M, Medeiros A, Reis M, Silva L, Tertulino M. Educational opportunities for reflective practice. *Rev. Gaúch. Odontol* 2015; 63(4): 418-25.
32. Souza K, Goldschmidt I, Bornstein V, Acioli S. Práticas pedagógicas de Educação Popular em Saúde e a formação técnica de Agentes Comunitários de Saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface comun* 2015; 18(Supl 2): 1513-22.
33. Morón F. La medicina tradicional en las universidades médicas. *Rev Cubana Plant Med* 1997; 2(1): 35-41.
34. Organización Mundial de la Salud (OMS), Unión Mundial para la Naturaleza (UICN), Fondo Mundial para la Naturaleza (WWF). Declaración de Chiang Mai. Directrices sobre conservación de plantas medicinales. Chiang Mai: OMS, UICN, WWF; 1988.
35. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Ginebra: OMS; 2013.
36. Mocellin M. Interculturality and the conjunction of knowledge that gathers health care. *Rev. bioét.* (Impr.) 2013; 21(2): 217-24.
37. Valenciaga J. Implementación de un sistema de atención primaria de salud en una población indígena de Colombia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003; 19(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000400012&lng=en&nrm=i&tlng=es
38. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud: "Un sistema de salud al servicio de la gente". [en línea] 2016 [fecha de acceso: 20 de febrero de 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>.
39. Ministerio de Salud y Protección Social. Integralidad, clave en atención en salud nutricional en La Guajira. Boletín electrónico para los actores del sistema de salud en Colombia. Bogotá; D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. Report n°74.
40. Vice-Ministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios. Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS: Piloto de Implementación en los Departamentos con Poblaciones Dispersas. Bogotá; D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015.
41. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1438 [en línea]. Bogotá; D.C.: 2011 [fecha de acceso: 6 de enero de 2015]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201438%20DE%202011.pdf>.
42. Gofin J, Gofin R. Community-oriented primary care: a public health model in primary care. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 21((2/3)): 177-85.
43. Gofin J, Montaner I, Foz G. Metodología de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). Elementos para su práctica. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria* 2003.
44. Patiño A, Sandín M. Diálogo y respeto: bases para la construcción de un sistema de salud intercultural para las comunidades indígenas de Puerto Nariño, Amazonas, Colombia. *Salud Colect* 2014; 10(3): 379-96.
45. Martínez A. Dialogics, ethnography and health education. *Rev Saude Publica* 2010; 44(3): 1-6.