

DESCOLONIZACIÓN Y EMANCIPACIÓN DEL CUIDADO EN SALUD: HACIA UNA PRAXIS TRANSFORMADORA DESDE LA SALUD COLECTIVA

**FREDDY ELÍAS PERILLA PORTILLA
JOSÉ FRED QUIROZ ORTEGA
DONOVAN CASAS PATIÑO**

Resumen

Este capítulo propone una praxis transformadora en salud, fundamentada en la descolonización y emancipación del cuidado, que desafía la hegemonía biomédica, mercantilista y colonial predominante en los sistemas de salud de América Latina. Desde el marco de la salud colectiva, inspirado en las perspectivas críticas de Jaime Breilh, Asa Cristina Laurell y Naomar de Almeida Filho, se articula una visión teórico-política que prioriza una comprensión social y emancipadora del proceso salud-enfermedad-cuidado. Se propone la construcción de sistemas de salud comunitarios, interculturales y participativos, que integren las prácticas tradicionales y promuevan la autonomía de los pueblos. A través de herramientas como el diagnóstico participativo, la interculturalidad y el análisis de la determinación social de la salud, se busca resignificar el cuidado como un derecho colectivo, no como un bien mercantilizado. Este enfoque no ofrece soluciones universales, sino claves para procesos políticos y transformadores que, desde una perspectiva descolonizadora, fortalezcan

la justicia social, la dignidad y la soberanía de los territorios en la gestión de la salud.

Palabras clave: Descolonización del cuidado, Emancipación del cuidado, Salud colectiva, Epidemiología crítica, Interculturalidad, Determinación social de la salud

Introducción

La salud, como campo de conocimiento y práctica, ha sido históricamente dominada por un paradigma biomédico reduccionista, donde la enfermedad está sujeta a procesos biológicos e individuales, ignorando las dimensiones sociales, culturales y políticas que la determinan. La salud, está a merced de la mercantilización de los servicios de salud, debido a la imposición de modelos hegemónicos dictados por las grandes farmacéuticas, lo que ha hecho que el cuidado en salud sea despojado de su dimensión comunitaria, social y cultural, reduciendo al cuidado, a un acto técnico y fragmentado (Ortiz-Prado *et al.*, 2024). Así mismo, el enfoque heredado del colonialismo y reforzado por el neo-capitalismo global, ha perpetuado desigualdades profundas en el acceso y la calidad de la atención, especialmente en regiones como Latinoamérica, donde el legado colonial sigue marcando las estructuras sociales y económicas. Frente a esta realidad, la descolonización y la emancipación del cuidado en salud emergen como propuestas críticas y transformadoras, que buscan recuperar la autonomía de los pueblos, reivindicar los saberes tradicionales y construir sistemas de salud más justos e inclusivos (Engebretsen *et al.*, 2024).

Desde la perspectiva de la salud colectiva, este texto explora cómo estos procesos pueden contribuir a una praxis emancipadora en el campo de la salud. Para ello, se analizan las contribuciones teóricas de algunos autores como: *Jaime Breilh*, *Asa Cristina Laurell* y *Naomar de Almeida Filho*, así como las luchas y experiencias de las comunidades latinoamericanas. El objetivo es no solo entender los problemas,

sino también proponer alternativas concretas que permitan avanzar hacia sistemas de salud verdaderamente equitativos, igualitarios y participativos a través de un enfoque crítico, que pueda desentrañar las estructuras de dominación que han configurado el **cuidado en salud** y vislumbrar alternativas que prioricen la vida, la dignidad y la autonomía de las comunidades.

De esta forma podemos decir, que la salud colectiva como marco teórico y práctico, ofrece una visión integral y crítica de los problemas de salud, reconociendo que las condiciones de salud están determinadas por factores sociales, económicos, educativos y políticos, y no solo por aspectos biológicos (Breilh, 2023). Autores como Breilh y Laurell han desarrollado enfoques que cuestionan el reduccionismo del modelo biomédico y proponen alternativas basadas en la justicia social, la participación comunitaria y el respeto a la diversidad cultural. Estos enfoques son fundamentales para entender y transformar los sistemas de salud en Latinoamérica, donde el legado colonial y las desigualdades sociales siguen marcando la vida de millones de personas (Murillo, 2017). En ese mismo sentido, la colonialidad del cuidado en salud se refiere a la persistencia de estructuras coloniales en la forma en que se concibe, organiza y practica la salud, este fenómeno no se limita a los periodos históricos de colonización, sino que se extiende hasta la actualidad a través de la globalización de modelos biomédicos occidentales, la medicalización de la vida y la subordinación de saberes tradicionales y locales (Boodman, 2023).

En este contexto, la descolonización del cuidado en salud hace referencia a recuperar y revalorizar los saberes y prácticas de salud tradicionales que han sido marginados por el sistema hegemónico. Las comunidades indígenas y afrodescendientes han preservado conocimientos ancestrales sobre el uso de plantas medicinales, la partería tradicional y los rituales de sanación, que son fundamentales para su bienestar; sin embargo, estas prácticas han sido sistemáticamente deslegitimadas y criminalizadas (McCoy et al., 2023).

La descolonización del cuidado exige reconocer la validez de estos saberes y promover su integración en los sistemas de salud, no como un complemento exótico, sino como un pilar fundamental de la atención.

La emancipación del cuidado en salud implica liberar el cuidado de las lógicas opresivas del sistema biomédico y neocapitalista, que priorizan la enfermedad sobre la persona y el lucro sobre el bienestar. En Latinoamérica, las comunidades han desarrollado formas de cuidado comunitario y solidario, basadas en la reciprocidad y la colectividad. Las mujeres, en particular, han jugado un papel central en estos procesos, aunque su labor ha sido invisibilizada y no remunerada. La emancipación del cuidado exige reconocer y valorar este trabajo, así como promover modelos de atención que prioricen el bienestar colectivo y la participación comunitaria (Gómez et al., 2021). Este documento busca no solo analizar los problemas, sino también inspirar acciones concretas hacia una praxis transformadora en el campo de la salud.

El legado colonial en los sistemas de salud latinoamericanos

La colonización de América no solo implicó la explotación económica y la dominación política de los pueblos originarios, sino también la imposición de un sistema de salud que marginó y deslegitimó las prácticas de salud tradicionales. Los saberes indígenas y afrodescendientes, basados en una comprensión holística de la salud y la enfermedad, fueron considerados "primitivos" o "supersticiosos", mientras que la medicina occidental se erigió como la única válida (Redvers et al., 2024). Este proceso de colonización del conocimiento y del cuerpo ha dejado una huella profunda en los sistemas de salud de la región, perpetuando desigualdades raciales, de género y de clase. En concordancia, el modelo biomédico, originado en Europa y expandido globalmente, se ha erigido como el paradigma dominante en salud. Este mo-

delo se caracteriza por su enfoque reduccionista, centrado en la enfermedad y no en la persona, y por su dependencia de tecnologías y fármacos (Manzano, 2020).

En muchos países latinoamericanos, los sistemas de salud siguen siendo jerárquicos y excluyentes, con un acceso desigual para las poblaciones indígenas, afrodescendientes y rurales. Además, la dependencia de tecnologías y conocimientos importados desde Europa y Estados Unidos ha limitado la capacidad de las comunidades para desarrollar sistemas de salud autónomos y adaptados a sus necesidades. *La descolonización de la salud implica, por tanto, cuestionar esta hegemonía y recuperar los saberes y prácticas que han sido históricamente excluidos* (Castro, 2024).

Por ejemplo, en México, las parteras tradicionales han sido perseguidas y marginadas por el sistema de salud, a pesar de que juegan un papel crucial en la atención de las mujeres embarazadas, especialmente en las comunidades rurales (Argüello Avendaño et al., 2014). En Bolivia, las comunidades indígenas han luchado por el reconocimiento de sus prácticas de salud, como el uso de la hoja de coca y otras plantas sagradas, que han sido estigmatizadas por el sistema hegemónico (Antonio Grández-Urbina et al., 2012).

La salud colectiva como marco crítico y transformador

La salud colectiva, surgida en Latinoamérica en las décadas de 1970 y 1980, ofrece un marco teórico y práctico para entender y transformar los problemas de salud desde una perspectiva integral y crítica. A diferencia del modelo biomédico, que reduce la salud a procesos biológicos individuales, la salud colectiva reconoce que las condiciones de salud están determinadas por factores sociales, económicos y políticos (Breilh, 2003). Autores como Jaime Breilh han desarrollado la epidemiología crítica, que cuestiona el reduccionismo de la epidemiología tradicional y propone un enfoque que integra la dimensión social, ambiental y política de la salud.

Breilh argumenta que las enfermedades no son solo el resultado de factores de riesgo individuales, sino de condiciones de vida precarias impuestas por el sistema capitalista. Por ejemplo, la alta prevalencia de enfermedades crónicas en las comunidades pobres no se debe solo a malos hábitos alimenticios, sino a la falta de acceso a alimentos saludables, agua potable y condiciones de vida dignas. La epidemiología crítica, por tanto, no solo busca entender los problemas de salud, sino también transformar las condiciones que los generan (Breilh, 2023).

Por su parte, Laurell ha denunciado cómo las políticas neoliberales han mercantilizado la salud, excluyendo a amplios sectores de la población de su acceso. Laurell argumenta que la salud es un derecho fundamental y no un privilegio, y que los sistemas de salud deben ser universales, gratuitos y basados en la solidaridad (Laurell, 2014). Su trabajo ha sido fundamental para entender cómo las políticas económicas y sociales influyen en el proceso de salud-enfermedad y en la forma en que se organiza la atención en salud. De esta forma la salud colectiva, es una disciplina en constante reestructuración, donde la mirada es transdisciplinar enfocada en analizar el proceso salud, enfermedad, atención, cuidado, vida, muerte, donde lo teórico social descolonizado representa la carga teórica de aproximación social de la realidad, por lo cual el enfoque de la salud colectiva, nos permite jugar en terrenos nunca antes explorados por las demás disciplinas en salud, donde lo crítico y propositivo es parte de la regla disciplinar.

Descolonización del cuidado: recuperación de saberes tradicionales

La descolonización del cuidado en salud no puede entenderse sin una crítica profunda a las estructuras de poder que han perpetuado la exclusión de saberes y prácticas no hegemónicas. Desde la perspectiva de Laurell, este proceso implica

desmantelar las lógicas neoliberales que han mercantilizado la salud, convirtiéndola en un bien de consumo en lugar de un derecho fundamental. Laurell argumenta que la colonialidad en salud se manifiesta no solo en la marginación de las medicinas tradicionales, sino también en la forma en que los sistemas de salud han sido diseñados para servir a intereses económicos y políticos, en lugar de las necesidades de las poblaciones. Para ella, la descolonización del cuidado exige una reestructuración radical de los sistemas de salud, basada en principios de universalidad, equidad y justicia social (Tetelboin et al., 2015).

Laurell, enfatiza que la descolonización no puede limitarse a la inclusión simbólica de prácticas tradicionales dentro de un sistema que sigue siendo jerárquico y excluyente. En su lugar, propone un enfoque que reconozca la determinación social de la salud, es decir, cómo las condiciones de vida, el acceso a recursos y las relaciones de poder influyen en el bienestar de las personas. Desde esta perspectiva, la descolonización del cuidado implica no solo recuperar saberes ancestrales, sino también transformar las condiciones sociales que generan inequidades en salud. Por ejemplo, en contextos urbanos marginados, donde las comunidades enfrentan altos niveles de pobreza y exclusión, la descolonización del cuidado debe incluir la lucha por mejores condiciones de vida, acceso a servicios básicos y participación política (Laurell, 2014).

Por su parte, Naomar de Almeida Filho aporta una visión complementaria al enfocarse en la interculturalidad como eje central de la descolonización del cuidado. Para Almeida Filho, la salud no puede ser entendida desde una sola perspectiva cultural o epistemológica, sino que debe integrar múltiples formas de conocimiento y práctica. En este sentido, la descolonización del cuidado implica un diálogo horizontal entre la medicina occidental y las medicinas tradicionales, donde ninguna se impone sobre la otra. Este enfoque intercultural no sólo reconoce la validez de los saberes ancestrales, sino que también cuestiona la superioridad históricamente asignada a la ciencia biomédica (Almeida-Filho, 2024).

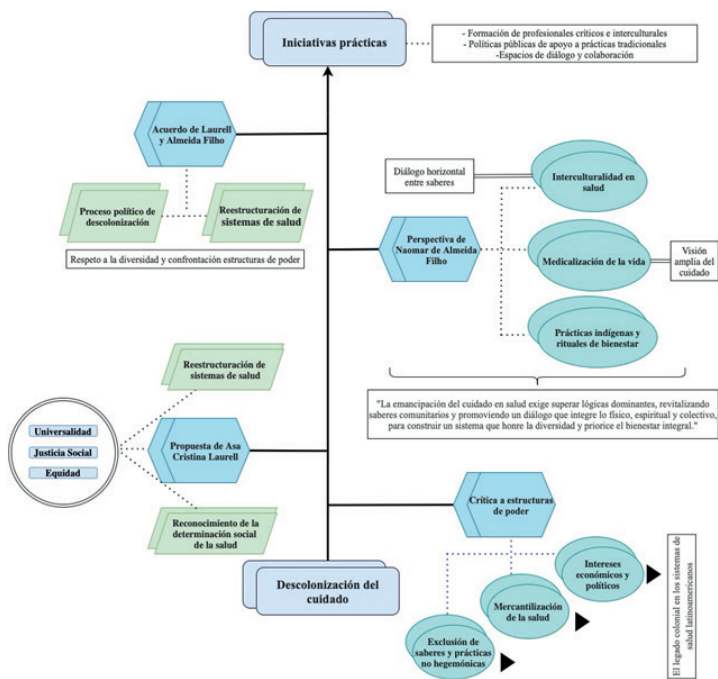
Almeida Filho destaca que la descolonización del cuidado también debe abordar la medicalización de la vida, un fenómeno que ha sido impulsado por el sistema capitalista y que reduce la salud a la ausencia de enfermedad. En su lugar, propone una visión más amplia del cuidado, que incluya dimensiones emocionales, espirituales y comunitarias (Almeida-Filho, 2024). Por ejemplo, en el caso de las comunidades indígenas, el cuidado de la salud no se limita al tratamiento de enfermedades, sino que incluye *rituales, ceremonias y prácticas que fortalecen el bienestar colectivo*. La descolonización del cuidado, por tanto, implica recuperar estas dimensiones olvidadas y reintegrarse en los sistemas de salud.

Ambos autores coinciden en que la descolonización del cuidado no es un proceso meramente técnico o académico, sino profundamente político. Para Laurell, esto implica confrontar las estructuras de poder que perpetúan la exclusión y la inequidad, mientras que Almeida Filho enfatiza la necesidad de construir sistemas de salud interculturales que respeten y valoren la diversidad. En conjunto, sus aportes ofrecen un marco teórico y práctico para avanzar hacia un cuidado en salud verdaderamente descolonizado, basado en la justicia social, la participación comunitaria y el respeto a la diversidad cultural. En la práctica, esto se traduce en iniciativas como la formación de profesionales de la salud con una perspectiva crítica e intercultural, la creación de políticas públicas que reconozcan y apoyen las prácticas tradicionales, y la promoción de espacios de diálogo y colaboración entre las comunidades y las instituciones de salud. La descolonización del cuidado, desde esta perspectiva, no es un fin en sí mismo, sino un camino hacia sistemas de salud más justos, equitativos y humanos.

La imagen siguiente sintetiza los principales aportes que orientan el proceso de descolonización del cuidado en salud, destacando planteamientos de Asa Cristina Laurell y Naomar de Almeida Filho, ilustrando cómo sus propuestas convergen en la necesidad de reestructurar los sistemas de salud, reconocer la determinación social del proceso salud-enfermedad

y promover la interculturalidad mediante el diálogo horizontal entre saberes. Asimismo, se evidencian las tensiones generadas por la mercantilización de la salud, la exclusión de prácticas no hegemónicas y la persistencia de intereses económicos en el modelo biomédico dominante; en este entramado, las iniciativas prácticas apuntan a una transformación estructural del cuidado, basada en la justicia social, la equidad y el reconocimiento de los saberes comunitarios.

Imagen 1. Diálogos, resistencias y propuestas, hacia una praxis emancipadora en salud.



Fuente: Propia

Emancipación del cuidado: hacia un modelo comunitario y participativo

La emancipación del cuidado en salud es un proceso que busca liberar las prácticas de atención de las lógicas opresivas del sistema biomédico y capitalista, que han priorizado la enfermedad sobre la persona y el lucro sobre el bienestar colectivo. Desde la perspectiva de Laurell, este proceso implica una crítica radical a la mercantilización de la salud, que ha convertido el cuidado en una mercancía accesible solo para quienes pueden pagarla. Laurell argumenta que la emancipación del cuidado debe basarse en principios de justicia social, donde la salud sea entendida como un derecho universal y no como un privilegio. Para ella, esto implica no solo garantizar el acceso a servicios de salud, sino también transformar las condiciones sociales que generan inequidades, como la pobreza, la exclusión y la explotación laboral (Laurell, 2014).

Laurell, enfatiza que la emancipación del cuidado no puede lograrse sin la participación activa de las comunidades en la toma de decisiones sobre su salud. Esto implica reconocer y valorar el papel de los cuidadores tradicionales, como parteras, curanderos y hierberos, cuyos saberes han sido históricamente marginados por el sistema hegemónico. Además, propone la creación de sistemas de salud basados en la solidaridad y la cooperación, donde el cuidado sea entendido como una responsabilidad colectiva y no como una carga individual. En este sentido, la emancipación del cuidado implica no sólo transformar los sistemas de salud, sino también construir sociedades más justas y equitativas, con respuestas sociales organizadas.

En concordancia, Almeida Filho también destaca la importancia de la formación crítica de los profesionales de la salud como un elemento clave para la emancipación del cuidado (Silva Paim. *et al.*, 2023). Propone que la formación de profesionales de la salud debe incluir perspectivas decoloniales, de género y de determinación social, que permitan a los profesionales entender y abordar los problemas de salud

desde una perspectiva integral y crítica. Además, enfatiza la necesidad de crear espacios de diálogo y colaboración entre las comunidades y las instituciones de salud, donde se puedan construir soluciones conjuntas a los problemas de salud, desde un diálogo abierto de característica horizontal, donde todos los actores trabajen de manera colaborativa.

Así mismo, Jaime Breilh desde la perspectiva de la epidemiología crítica, aporta una visión adicional al enfocarse en la determinación social de la salud. Para Breilh, la emancipación del cuidado implica transformar las condiciones sociales que generan inequidades en salud, como la pobreza, la exclusión y la explotación laboral. Argumenta que las enfermedades no son solo el resultado de factores de riesgo individuales, sino de condiciones de vida precarias impuestas por el sistema capitalista. Por tanto, la emancipación del cuidado exige no solo garantizar el acceso a servicios de salud, sino también luchar por mejores condiciones de vida y por la justicia social (Breilh, 2022).

Breilh también enfatiza la importancia de la participación comunitaria en la construcción de sistemas de salud más justos y equitativos. Propone que las comunidades deben ser protagonistas en la toma de decisiones sobre su salud, desde la planificación de políticas hasta la implementación de programas. Esto implica no solo garantizar el acceso a servicios de salud, sino también promover la autonomía y la autogestión de las comunidades en la construcción de sistemas de salud más justos e inclusivos.

En conjunto, los aportes de Laurell, Almeida Filho y Breilh ofrecen un marco teórico y práctico para avanzar hacia una emancipación del cuidado en salud. Este proceso implica no sólo transformar los sistemas de salud, sino también construir sociedades más justas y equitativas, donde el cuidado sea entendido como una responsabilidad colectiva y no como una carga individual.

Experiencias latinoamericanas: entre la resistencia y la innovación

En Latinoamérica, diversas experiencias ilustran cómo la descolonización y la emancipación del cuidado en salud pueden traducirse en prácticas concretas. En Bolivia, la implementación de la medicina intercultural ha permitido integrar la medicina tradicional y la occidental, reconociendo la diversidad cultural y promoviendo la participación comunitaria. El Sistema Único de Salud (SUS) incluye a médicos tradicionales y facilita el acceso a plantas medicinales, lo que ha mejorado el acceso a la salud en las comunidades indígenas (Del Pino *et al.*, 2022).

En México, las comunidades indígenas han creado sistemas de salud autónomos, que combinan prácticas tradicionales y modernas. Por ejemplo, en el estado de Chiapas, las comunidades zapatistas han desarrollado un sistema de salud autónomo, basado en la participación comunitaria y el respeto a los saberes tradicionales. Este sistema ha demostrado ser efectivo en la atención de las necesidades de salud de las comunidades, a pesar de los limitados recursos disponibles (Seca Jaime, 2024). También podemos mencionar la iniciativa de Hospitales Mixtos

En Brasil, movimientos sociales como el Movimiento de los Trabajadores Rurales Sin Tierra (MST) han desarrollado prácticas de salud colectiva, vinculando la lucha por la tierra con la promoción de la salud. El MST ha implementado programas de agroecología y salud comunitaria, que promueven el bienestar colectivo y la soberanía alimentaria. Estas experiencias demuestran que es posible construir sistemas de salud más justos e inclusivos, basados en los saberes y necesidades de las comunidades (Melo *et al.*, 2024).

En Colombia, el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) representa un modelo innovador y transformador en el campo de la salud colectiva. Desarrollado por comunidades indígenas, especialmente del Cauca y otras regiones, el SISPI surge como una respuesta a la exclusión

histórica que han enfrentado estos pueblos dentro del sistema de salud colombiano, el cual ha estado dominado por un enfoque biomédico centralizado y ajeno a las realidades culturales y territoriales de las comunidades (Baza *et al.*, 2023). Este sistema integra la medicina tradicional indígena, basada en el uso de plantas medicinales, rituales de sanación y prácticas como la partería tradicional, con elementos de la medicina occidental, pero siempre bajo el control y la dirección de las autoridades y médicos tradicionales indígenas.

Desafíos y perspectivas futuras

A pesar de los avances, la descolonización y la emancipación del cuidado en salud enfrentan numerosos desafíos en Latinoamérica. Uno de los principales es la resistencia al cambio por parte de las instituciones de salud, que siguen dominadas por lógicas mercantilistas y biomédicas. Además, la falta de recursos y la discriminación hacia las prácticas tradicionales limitan la capacidad de las comunidades para fortalecer sus sistemas de salud.

Otro desafío es la necesidad de formar profesionales de la salud con una perspectiva crítica y decolonial. La formación en salud tradicional sigue priorizando el modelo biomédico y marginando los saberes tradicionales y populares. Es crucial incorporar perspectivas decoloniales, de género y de determinación social en la formación de médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud.

Por lo tanto, es necesario fortalecer las redes comunitarias y promover la participación activa de las comunidades en la toma de decisiones sobre su salud. Esto implica no solo garantizar el acceso a servicios de salud, sino también promover la autonomía y la autogestión de las comunidades en la construcción de sistemas de salud más justos e inclusivos.

Conclusiones

La descolonización y la emancipación del cuidado en salud no son solo propuestas teóricas, sino procesos profundamente políticos y transformadores que buscan devolver la autonomía a los pueblos, reivindicar los saberes tradicionales y construir sistemas de salud más justos e inclusivos. Desde la perspectiva de la salud colectiva, estos procesos implican cuestionar las estructuras de poder y conocimiento hegemónicas, reconocer la determinación social de la salud y promover la participación comunitaria en la toma de decisiones.

En Latinoamérica, donde el legado colonial y las desigualdades sociales siguen marcando la vida de millones de personas, estas propuestas son más urgentes que nunca. La lucha por la descolonización y la emancipación del cuidado en salud es, en última instancia, una lucha por la dignidad, la justicia y la emancipación de los pueblos. A través de la recuperación de saberes tradicionales, la promoción de modelos comunitarios y participativos, y la construcción de sistemas de salud autónomos y equitativos, es posible avanzar hacia una praxis transformadora en el campo de la salud, que priorice el bienestar colectivo y el respeto a la diversidad cultural.

Bibliografía

Almeida-Filho, N. (2024).

Resgate histórico da educação superior no brasil: casos-índice de colonialidade na universidade. Universidades, 75(100), 20-41. doi: 10.36888/UDUAL.UNIVERSIDADES.2024.100.757

Antonio Grández-Urbina, J., & Gonzalo-Rodríguez, J. (2012).

Derechos humanos de los Pueblos Indígenas Altamente Vulnerables en Bolivia y la equidad en salud. *Gaceta Médica Boliviana*, ISSN 1012-2966, ISSN-e 2227-3662, Vol. 35, No. 2, 2012, Págs. 102-103, 35(2), 102-103. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4129995>

- Argüello Avendaño, H. E., & Mateo González, A. (2014).**
Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *Liminar: Estudios Sociales y Humanísticos*, ISSN-e 2007-8900, ISSN 1665-8027, Vol. 12, No. 2 (Julio-Diciembre de 2014), 2014, Págs. 13-29, 12(2), 13-29. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5572381&info=resumen&idioma=ENG>
- Baza, D. A. C., Villalobos, E. S. T., Quintero, C. P., Parra-Henao, G. J., Ruiz, G. E. G., Flórez, P. A., & Campo, A. (2023).**
Bejkaariwa' a: Propuesta de un modelo de salud intercultural para el pueblo indígena ette ennaka. Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia. doi: 10.16925/9789587604559
- Boodman, E. (2023).**
Medical Colonialism and the Power to Care: Unsettling Participatory Inclusion in the Settler-State Care Paradigm. *Hypatia*, 38(2), 330-352. doi: 10.1017/HYP.2023.24
- Breilh, J. (2003).**
Ciencia emancipadora, pensamiento crítico e interculturalidad (Vol. 1). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Breilh, J. (2022).**
La determinación social de la salud y la transformación del derecho y la ética. *Revista Redbioética / UNESCO*, 13(25). Retrieved from <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/9377/1/Breilh%20J-CON-268-La%20determinacion.pdf>
- Breilh, J. (2023).**
Epidemiología crítica y la salud de los pueblos, ciencia ética y valiente en una civilización malsana (1era ed.). Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.
- Castro, A. (2024).**
La medicina social y las ciencias sociales en América Latina: tensiones conceptuales para la transformación de la salud pública en el siglo XX. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48, e56. doi: 10.26633/RPSP.2024.56
- Del Pino, S., & Gómez, S. (2022).**
Construyendo salud intercultural en América Latina. Avanzando hacia la equidad. *REVISTA ELECTRONICA IBEROAMERICANA*, 16(2), 123-144. doi: 10.20318/REIB.2022.7393
- Engbretsen, E., & Baker, M. (2024).**
The Rhetoric of Decolonizing Global Health Fails to Address the Reality of Settler Colonialism: Gaza as a Case in Point. *International Journal of Health Policy and Management*, 13(1), 1-3. doi: 10.34172/IJHPM.2024.8419
- Gómez, Z. H., & Gómez, Z. H. (2021).**
Hacia la descolonización de derechos humanos y el feminismo. *Tabula Rasa*, 38, 227-246. doi: 10.25058/20112742.N38.11
- Laurell, A. C. (2014).**
Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. *Saúde Em Debate*, 38(103), 853-871. doi: 10.5935/0103-1104.20140088

Manzano, M. R. (2020).

Rasgos de colonialidad en la atención médica a pueblos indígenas. *Alea: Estudos Neolatinos*, 22(1), 231–245. doi: 10.1590/1517-106X/2020221231245

McCoy, D., Kapilashrami, A., Kumar, R., Rhule, E., & Khosla, R. (2023).

Developing an agenda for the decolonization of global health. *Bulletin of the World Health Organization*, 102(2), 130. doi: 10.2471/BLT.23.289949

Melo, A. C. B. P. O., Melo, A. C. B. P. O., Santos, M. H. B. dos, Santos, C. L. B. dos, Rodrigues, R. S. de G., Rodrigues, B. M. de G., Meireles, D. S., & Pereira, L. G. N. (2024).

Assentamento Lagoa do Prado: ações de intervenção em saúde no Nordeste do Brasil. *Revista Fitos*, 18. doi: 10.32712/2446-4775.2024.1449

Murillo, A. L. C. (2017).

La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Revista Ciencias de La Salud*, 15(3), 397–408. doi: 10.12804/REVISTAS.UROSARIO.EDU.CO/REVSALUD/A.6123

Ortiz-Prado, E., Begay, R. L., Vasconez-Gonzalez, J., & Izquierdo-Condoy, J. S. (2024).

Editorial: Promoting health and addressing disparities amongst Indigenous populations. *Frontiers in Public Health*, 12. doi: 10.3389/FPUBH.2024.1526515

Redvers, N., Lokugamage, A. U., Barreto, J. P. L., Bajracharya, M. B., & Harris, M. (2024).

Epistemicide, health systems, and planetary health: Re-centering Indigenous knowledge systems. *PLOS Global Public Health*, 4(8), e0003634. doi: 10.1371/JOURNAL.PGPH.0003634

Seca Jaime, N. Y. (2024).

Integración de Políticas Públicas de Salud Interculturales en México para Garantizar el Derecho a la Salud de las Comunidades Indígenas | Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. *Ciencia Latina, Revista Multidisciplinar*. Retrieved from <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/14833>

Silva Paim, J., & Almeida Filho, N. (2023).

Saúde Coletiva; Teoria e Prática (2 ed). Rio de Janeiro: Científica Ltda.

Tetelboin, C., & Laurell, A. C. (2015).

Por el derecho universal a la salud: Una agenda latinoamericana de análisis y lucha (CLACSO). Buenos Aires.

ACERCA DE LOS AUTORES

FREDDY ELÍAS PERILLA PORTILLA

ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5582-7951>



Magíster en Salud Colectiva (Universidad Antonio Nariño, Colombia). Enfermero Profesional (Universidad Francisco de Paula Santander, Colombia). Con experiencia en docencia universitaria y coordinación de prácticas, actualmente adscrito al programa de Enfermería de la Universidad de Pamplona, conferencista

internacional en temas de salud colectiva, interculturalidad, políticas públicas, migración y cuidado de enfermería. Miembro de la Sociedad Internacional de Honor de Enfermería Sigma Theta Tau – Capítulo Upsilon Nu, de la ED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC), Red Internacional de Investigación y Educación para la Salud Comunitaria (RIIESC), la Red Latinoamericana de Educación en Enfermería (RELE-DEN) y la Academia Mexicana de Fenomenología e Investigación Cualitativa en Enfermería y Salud. Integrante de comités editoriales y evaluador de revistas científicas internacionales. Autor de artículos y capítulos de libro, con reconocimientos por liderazgo e innovación académica. Línea de generación de conocimiento: Salud Colectiva, Interculturalidad y Determinación Social de la Salud.

JOSÉ FRED QUIROZ ORTEGA

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-1741-6067>



Enfermero colombiano con una sólida formación académica y experiencia profesional en salud pública y colectiva. Obtuvo su título en Enfermería en la Universidad Francisco de Paula Santander en 2016, presentando un estudio sobre automedicación en estudiantes universitarios. Actualmente, es Magíster en Salud Colectiva de la Universidad Antonio Nariño. Ha trabajado en diversas instituciones de salud y educación, incluyendo la Universidad Antonio Nariño y la Cruz Roja Colombiana. Como docente, ha participado como docente en diplomados sobre seguridad del paciente y ha sido ponente en congresos internacionales, abordando temas como la calidad de la educación en simulación clínica y los cuidados integrales para personas trans. Sus publicaciones recientes incluyen artículos sobre salud sexual y reproductiva en poblaciones indígenas y el impacto de los microplásticos en la salud humana y el medio ambiente. Actualmente, se desempeña como docente del programa de enfermería en la Universidad de Pamplona.

DONOVAN CASAS PATIÑO

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-3129-9418>



Posdoctor en Antropología Social. Posdoctor en Salud Colectiva. Posdoctor en Antropología Médica. Posdoctor en Políticas Públicas. Doctor en Ciencias en Salud Colectiva (UAM-X). Maestro en Población y Salud (UAM-X). Especialista en Medicina Familiar (IMSS). Médico Cirujano (UNAM). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (nivel II) por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI). Perfil PROMEP SEP. Profesor de la Universidad Autónoma del Estado de México (CU Amecameca). Líder del Cuerpo Académico “Nutrición, Educación y Salud Colectiva” UAEMEX 277. Presidente de la RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC). Línea de Generación del Conocimiento: Salud Colectiva.

FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS Y PRÁCTICAS COTIDIANAS PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SALUD COLECTIVA

JUAN VICENTE QUINTANA ADRIÁN
DONOVAN CASAS PATIÑO
PEDRO ENRIQUE VILLASANA LÓPEZ



FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS Y PRÁCTICAS COTIDIANAS PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SALUD COLECTIVA

JUAN VICENTE QUINTANA ADRIÁN
DONOVAN CASAS PATIÑO
PEDRO ENRIQUE VILLASANA LÓPEZ



Primera Edición: Octubre 2025
Diseño de portada: María Elisa Salazar Moya

© Juan Vicente Quintana Adrián
© Donovan Casas Patiño
© Pedro Enrique Villasana López
© Castellanos editores, S.A. de C.V.

Agradecemos el apoyo de la Universidad de Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías" -Venezuela-, a la Universidad Autónoma del Estado de México -México-, a la Universidad de los Lagos -Chile-, a la RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural [REDSACSIC] y al Posdoctorado Internacional en Salud Colectiva, que nos han permitido ampliar los horizontes del conocimiento y su internacionalización.

ISBN: 978-607-5923-21-5

Todos los derechos reservados. Se permite la reproducción de la presente obra, por cualquier medio impreso, electrónico, auditivo, con la autorización por escrito de los editores y el titular de los derechos y citando la fuente.

La presente edición fue sometida a dictamen por el Consejo Editorial, en la modalidad de pares ciegos, siendo aprobada para publicarse y comercializarse.

Hecho en México