

## Pertinencia intercultural de la atención en salud. El camino a seguir en Leishmaniosis Tegumentaria Americana

Gilberto Bastidas<sup>1</sup>, María Báez<sup>2</sup>, Tadeo Medina<sup>3</sup>, Román Iglesias<sup>4</sup>

**Resumen:** La Leishmaniosis tegumentaria americana (LTA) es considerada un problema de salud pública por su elevada incidencia. Además, es una patología abordada en muchos países a través de programas sanitarios con estructura vertical, sin contacto social y sin considerar la cultura de los grupos poblacionales, a sabiendas que existen diferencias en cuanto a ésta en el tratamiento de la enfermedad. El objetivo es la descripción y análisis de la pertinencia cultural del proceso de atención en salud en el caso de LTA, con base en la revisión bibliográfica de literatura científica sobre esta patología y sobre el papel de la cultura sobre la misma como aporte de ideas y de conocimientos para el debate necesario en el diseño de políticas y programas sanitarios de control de patologías parasitarias.

**Palabras clave:** Pertinencia cultural; interculturalidad en salud; Leishmaniosis tegumentaria americana; programas de salud.

**Abstract:** American tegumentary Leishmaniasis (LTA) is considered a public health problem because of its high incidence. In addition, it is a pathology addressed in many countries through health programs with vertical structure, without social contact and without considering the culture of the population groups, knowing that there are differences in the treatment of the disease. The objective is the description and analysis of the cultural relevance of the health care process in the case of LTA, based on the bibliographical review of scientific literature on this pathology and on the role of culture in the same as contribution of ideas and of knowledge for the necessary debate in the design of health policies and programs to control parasitic diseases.

**Keywords:** Cultural relevance; interculturality in health; American tegumentary leishmaniasis; health programs

*“Los programas de salud no son realistas, pues no conocen nuestra costumbre y nunca tienen en cuenta la medicina de las yerbas. Un programa muy bien pensado que no lo lleva a efecto el personal preparado es inútil. Ni los médicos ni las enfermeras se preparan para tratar con nosotros. Si nos enfermamos, somos de segunda categoría”*

**Declaración Tzotzil de la Salud**

Fecha de envío: 13 de diciembre de 2017 - Fecha de aceptación: 30 de abril de 2018

### Introducción

La Leishmaniosis tegumentaria americana (LTA), una parasitosis que infecta piel, es considerada endémica en regiones tropicales y sub-tropicales, y afecta aproximadamente a 12 millones de personas a nivel mundial, con incidencia de hasta 2 millones de casos por año. La LTA es también una patología metaxénica (transmitidas por insectos vectores) que genera al año una pérdida de productividad de 100 a 200 días por enfermo y puede terminar entre los

parasitados en graves secuelas físicas y psicológicas (OMS, 1990; Desjeux, 2004). Además, ésta es una patología preferentemente abordada en muchos países a través de programas sanitarios con estructura vertical (diseñados desde el mayor nivel sanitario jerárquico para su simple ejecución en centros operativos de salud), sin contacto social y sin considerar la cultura de los grupos poblacionales a sabiendas que existen diferencias en cuanto a conocimientos y prácticas que sobre la enfermedad poseen los mismos.

(1) Departamento de Salud Pública y Centro de Investigaciones Médicas y Biotecnológicas, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. Venezuela.

(2) Departamento de Salud Pública, Grupo de Investigación Alteridad Latinoamericana (GIALTERLATINO) y Centro de Estudio Jorge Mosonyi. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. Venezuela

(3) Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. Venezuela.

(4) Servicio de Patología Instituto Venezolano de los Seguros Sociales Juan Montezuma Ginnari y Servicio de Patología Hospital Central Dr. Pedro Emilio Carrillo, Ministerio del Poder Popular para la Salud. Servicio de Patología Forense Cuerpo de Investigaciones Científica, Penales y Criminalísticas, Ministerio del Poder Popular para Relaciones Interiores, Justicia y Paz.

Autor de correspondencia: [bastidasprotozoo@hotmail.com](mailto:bastidasprotozoo@hotmail.com)



En este orden de ideas son varios los factores culturales que causan resistencia al uso de los servicios de salud por parte de los afectados con LTA entre los que se mencionan los inevitables conflictos entre las nociones propias del continuo salud-enfermedad y del profesional de salud; la incomprensión del lenguaje o de los términos técnicos-científicos que actúan como infranqueable barrera para la efectiva transmisión de información, empatía y confianza mutua; el pobre impulso al encuentro intercultural por parte del profesional sanitario, así como el rechazo por parte de estos hacia las prácticas tradicionales y populares de la atención en salud que esgrimen los pueblos como reflejo de su patrón cultural; y finalmente la marcada estigmatización de la pobreza y marginación derivada de la enajenación social (Lerín, 2004).

Es aquí que cobra vital importancia en el control de la LTA su abordaje intercultural (entendido como cualquier relación entre personas o grupos sociales), porque abre las puertas a la aproximación a sistemas de salud fundamentados en el reconocimiento del otro y en la aceptación de sus patrones culturales, toda vez que, esto se cree firmemente, el mutuo aprendizaje de culturas (respeto a la diferencia dentro de la igualdad) permitirá dejar atrás enfermedades parasitarias como la LTA signadas por su carácter rural y étnico, y sumergidas en el tratamiento biomédico exclusivo.

El presente escrito tiene como objetivo la descripción y análisis de la pertinencia intercultural en el proceso de atención en salud de la LTA con base en la revisión bibliográfica de la literatura científica. Con fines prácticos las ideas se muestran en cuatro apartados a saber: la interculturalidad en salud o salud intercultural; los sistemas sanitarios como construcciones culturales; la LTA como problema de salud pública que requiere del abordaje intercultural en salud; y finalmente se muestran algunas reflexiones en un intento por aportar ideas para el diseño de políticas y programas sanitarios de control de la LTA.

### **Interculturalidad en salud o salud intercultural**

Se inicia este apartado con una definición de cultura, en este sentido la misma se considera como una construcción humana dinámica (se adquiere, transforma y reproduce con el aprendizaje y la socialización) de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas por el lenguaje y la vida en grupos (Park, 2000). En otras palabras, la cultura es todo lo que el ser humano crea en su interacción con el medio físico y social, y está conformada por dos claras dimensiones: la cognitiva en referencia expresa a pensamientos, conocimientos y creencias (lo conceptual o abstracto); y la dimensión física o material que corresponde a las conductas y prácticas culturales, y a las normas de relación social (Geertz, 2000). Habitualmente los elementos cognitivos y físicos difieren en las

distintas esferas de la vida de los grupos, por tanto, se reclama su incorporación en aspectos tan importantes como la salud, específicamente en los distintos esquemas de atención sanitaria, principalmente porque hacia el interior de los propios grupos se aprecian diferencias culturales entre pacientes y profesionales de la salud (Alarcón *et al.*, 2003).

Entonces, la interculturalidad en salud o salud intercultural, en un esfuerzo titánico para enmarcarla en un concepto sencillo (tiene carácter escurridizo y no acumulativo), se define como el conjunto de acciones y políticas que conoce e incorpora la cultura del interesado en el proceso de atención de su salud en el entendido que la pertinencia cultural de este último va más allá de lo étnico, pues involucra la diversidad biológica y social que define al ser humano agrupado para la convivencia, es así que la interculturalidad facilita la relación entre el profesional de la salud y el paciente en el logro del mayor estado de bienestar físico, psíquico y social; y como método para evitar que la identidad étnica y cultural se conviertan en barreras para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la recuperación de la salud una vez ésta resulte comprometida (Alarcón *et al.*, 2003). En este mismo orden de ideas Lerín en el año 2004 propone la siguiente definición de interculturalidad en salud:

*“Entendemos por interculturalidad en salud las distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad- atención que operan, se ponen en juego, se articulan y se sintetizan, no sin contradicciones, en las estrategias de cuidado y las acciones de prevención y solución a la enfermedad, al accidente y a la muerte en contextos pluriétnicos”* (Lerín, 2004: 118).

El abordaje intercultural facilita el develar los elementos socio-antropológicos involucrados en el proceso de atención en salud (dada la diversidad cultural existente), es decir, las dimensiones biológicas, sociales y culturales del continuo salud-enfermedad dentro del contexto de mundo globalizado, tecnificado y en constante cambio, en que los sistemas sanitarios se estructuran como complejas y dinámicas organizaciones en torno a modelos epistemológicos del pensamiento sobre la salud y la enfermedad, ya que, la interculturalidad en salud permitirá el acercamiento entre beneficiarios y prestadores de los servicios sanitarios por ser concebida ésta como elemento para el análisis transversal de la sociedad al poner juntas las distintas realidades culturales, por demás legítimas y auténticas (Alarcón *et al.*, 2003).

Es a través del reconocimiento, como lo evidenciara (Aguirre, 1955), hace más de 60 años en su obra: “Programas de salud en la situación intercultural”, de las diferencias y similitudes culturales entre quienes requieren y proveen servicios de salud que se

pueden reducir las inequidades que caracterizan la prestación de la atención socio-sanitaria, con base en las expectativas en el proceso de interacción paciente-profesional de la salud en lo que respecta a: creencias, percepciones y conductas de ambos y en la incorporación de parámetros para evaluar la calidad del accionar en la dispensación de salud (Alarcón *et al.*, 2003).

### Sistemas sanitarios como construcciones culturales

Los sistemas de salud o sanitarios, según entes oficiales del sector, hacen referencia a todas aquellas organizaciones, instituciones y recursos destinadas a mejorar la salud, provistos de orientación y dirección general en respuesta a las necesidades de la población, que tiene como premisa fundamental la justicia social (OMS, 2005). Ahora bien desde el punto de vista sociocultural los sistemas sanitarios se admiten como conjuntos organizados, coherentes y estratificados de agentes terapéuticos, de paradigmas explicativos del proceso salud-enfermedad y de prácticas al servicio de la salud, es decir, son construcciones culturales (dinámicas, acumulativas e históricas que permiten aprender, acumular y transmitir conocimientos) en respuesta a necesidades impuestas por un entorno social, compuesto por dos dimensiones: la conceptual (cultura de pacientes y profesionales) y la conductual (proceso de atención en salud) (Alarcón *et al.*, 2003; Ortega, 2007).

Los axiomas y mecanismos de validación conforman la dimensión conceptual de los sistemas de salud que se corresponden con los modelos que explican y fundamentan las enfermedades, entre ellas las parasitarias como la LTA (O'Connor, 1995), ya que, los sistemas sanitarios con base en el modelo epistemológico que lo sustenta poseen axiomas (principios) y medios de validación y de legitimación propia que surgen de la explicación de las diferentes patologías derivadas de las distintas percepciones y observaciones que sobre el fenómeno (salud-enfermedad) tienen las personas, de allí que el éxito en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad dependa de la adecuada conjunción de opiniones entre profesionales de la salud y usuarios en relación con la adherencia a los programas de salud a nivel local y a las políticas sanitarias en el ámbito nacional (Alarcón *et al.*, 2003).

La forma de abordar el problema (en este caso la elevada endemicidad de LTA), es decir, de actuar, de conducirse ante el proceso salud-enfermedad es lo que define la dimensión conductual, aquí tiene cabida el sujeto que realiza la acción terapéutica (profesional de la salud [ejemplo, médico, chaman, santero, entre otros]), la acción de atención en salud misma (diagnóstico clínico, oraciones, despojos, entre otros), el afectado (individuo o comunidad) y la dimensión de salud afectada (física, espiritual, psíquica, social, entre otras) en pleno apego a la existencia de diferentes e incluso

antagónicos sistemas de creencias que emergen, por una parte, de los paradigmas que sustentan los sistemas sanitarios y por otra de la dominación social de un modelo sanitario sobre otro (Helman, 1994; Hahn, 1995; O'Connor, 1995).

Como es de esperar, muchos de los intentos o iniciativas para resolver los problemas de salud de la población no consideran los contextos culturales en que se produce la enfermedad, de allí las graves dificultades, por no decir fracasos en el tratamiento de patologías que en consecuencia se tornan endémicas, entre estas enfermedades destacan las parasitosis metaxénicas (principalmente la LTA) que son endémicas en los sectores más desfavorecidos económicamente (la población indígena, rural y urbana marginal adentrada en los nichos ecológicos del parásito), en ellos el rechazo y la falta de adherencia a los programas sanitarios marcan el accionar de los individuos, por tanto, el desafío para los años venideros es incorporar las variables étnico-culturales y el respecto a la diversidad en las políticas sanitarias de los países, solo posible a través del diálogo, del escuchar al otro, en definitiva de comprender la importancia de la interculturalidad en salud (Helman, 1994; Hanhn, 1995; O'Connor, 1995).

### La Leishmaniosis tegumentaria americana endemia que necesita de abordaje intercultural en salud

La LTA es una antroponosis de carácter granulomatoso y crónica de las regiones Tropicales (Caraballo & Zerpa, 1993), producida por protozoos pertenecientes al Phylum *Sarcomastigophora*, Orden *Kinetoplastida*, Familia *Trypanosomatidae* y Género *Leishmania*, parásitos éstos con gran dimorfismo y diferencias antigénicas (Escobar *et al.*, 1992), transmitida por insectos hematófagos (*Diptera: Psychodiidae*) de los subgéneros *Phlebotomus* y *Lutzomyia* (Ashford *et al.*, 1992). Comienza la enfermedad con la picadura de un flebótomo infectado, (Young, 1979), género *Lutzomyia* en el nuevo mundo y *Phlebotomus* en el viejo mundo (Caraballo & Serpa, 1993) portador de promastigotos infectivos en su tracto digestivo. Estas picaduras ocurren generalmente en sitios expuestos y dejan pequeñas pápulas rojas. Las pápulas se convierten gradualmente en pequeños nódulos que se ulceran en el caso de Leishmaniosis cutánea localizada. (Ridley & Ridley, 1983).

Otros pacientes jamás se ulceran y presentan lesiones nodulares o en forma de placa, en algunos casos vegetantes (Leishmaniosis difusa). Finalmente, la forma intermedia de la enfermedad (leishmaniosis mucocutánea) compromete las mucosas, caracterizada por ser crónica y con tendencia a recaídas. La LTA, por su alta incidencia (se registran 2 millones de nuevos casos por año), es un problema de salud pública de gran impacto en la población, en zonas rurales y selváticas y, en los últimos años, por el progreso

de la urbanización, en las ciudades (Pifano, 1969; De Castro, 1998). Además, es una enfermedad que tiene tendencia a la cronicidad y difícil tratamiento, por los efectos secundarios de los medicamentos (OMS, 1990).

El mantenimiento de la endemia de LTA se debe a múltiples factores, entre los que se mencionan las características ecológicas propicias para el desarrollo y preservación del vector y reservorio, la posibilidad de contacto entre parásito y hospedador susceptible; la urbanización rápida y desorganizada; y la intervención oficialista netamente vertical, a través del diseño de programas de control esencialmente curativos que ignoran los conocimientos, percepción y prácticas de la comunidad sobre esta enfermedad. Esto afecta negativamente la eficiencia y eficacia del programa en términos de costos, daño al ambiente y sostenibilidad por la gente afectada, explicable esto último, por el hecho de no asegurarse la participación comunitaria en el control de la enfermedad (Beans, 2002).

El ignorar los conocimientos, percepciones y prácticas de la comunidad sobre esta enfermedad es el principal problema de los escasos programas de control existentes. Una vez obtenida esta información debería convertirse no solo en la guía de intervención, sino en el parámetro referente para medir el éxito o el fracaso de los programas de salud dirigidos al control y atención directa de la enfermedad (Monje, 2000). En América Latina son pocos los trabajos realizados para investigar los conocimientos sobre leishmaniosis, las percepciones y las prácticas asociadas al hecho de contraer la enfermedad. Entre los trabajos pioneros, se mencionan el de (Costa *et al.*, 1987), quienes realizaron un análisis de los efectos psicosociales de la leishmaniosis antes, durante y después del tratamiento; contrastando las actitudes y creencias de gente sana con pacientes en un área endémica de Brasil.

En 1992, se realizó un estudio sobre lenguaje y tradiciones mitológicas locales, para investigar conocimientos y prácticas referidas a LTA en comunidades andinas de Perú, encontrando que los ancianos de la localidad relacionan las enfermedades de la piel y leishmaniosis con felinos e infidelidad. Estos resultados contrastan con lo encontrado en el Ecuador, donde los pobladores no dieron explicaciones mágicas a la aparición de la enfermedad, por el contrario, atribuían la severidad de la enfermedad de acuerdo a la parte del cuerpo afectado, al número de lesiones y al tamaño de las mismas. En este sentido, consideran de mayor severidad las ubicadas en brazos, piernas y pies por afectar la actividad laboral, así como las producidas en la cara, por la desfiguración y el riesgo de infección (Camino & Anderson, 1992).

Un año antes se muestra gran interés por conocer aspectos socioculturales, así como hábitos y costumbres en poblaciones

colombianas afectadas de LTA con especial énfasis en los conocimientos, concepciones y reacciones de la población afectada, al respecto encuentran como resultado de su investigación un desconocimiento marcado de la génesis y desarrollo de la leishmaniosis (Vásquez *et al.*, 1991). Estos hallazgos fueron confirmados por quien reporta en su investigación sobre los mitos y costumbres ligados a la LTA, conocimientos rudimentarios sobre la enfermedad, así como el empleo de recursos naturales propios en el tratamiento y el alto nivel de repercusión social que tiene la marca de la cicatriz en el rostro (Moreno, 1993).

En una zona endémica de la región subtropical del noroeste del Ecuador investigan las creencias y conocimientos populares acerca de la LTA y su tratamiento y reportan que la mayoría de las personas adultas entrevistadas estaban familiarizadas con la enfermedad, el vector y los tratamientos tradicionales, pero muchas no tenían conocimientos sobre la transmisión de la enfermedad, la curación de las úlceras y el tratamiento médico convencional (Weigel *et al.*, 1994). En esta misma línea se realizó un estudio descriptivo con énfasis cualitativo con el objeto de documentar los conocimientos y las prácticas relacionadas con LTA según género. En esta investigación no encontraron diferencias atribuibles al género en los conocimientos y prácticas acerca de la leishmaniosis. Además, entre los hallazgos resaltan la importancia de determinar los conocimientos y prácticas de los habitantes locales antes de diseñar y organizar programas educativos sobre el control de leishmaniosis para que pueda garantizarse el éxito de los mismos (Isaza *et al.*, 1999).

En Venezuela, evalúan los conocimientos que sobre LTA poseen los pobladores del estado Miranda. Sus resultados indican que 74 % de la muestra reconocían la leishmaniosis como una enfermedad de la piel. De este porcentaje el género masculino fue el que mayor desconocimiento manifestó, duplicando el porcentaje de las mujeres (con apenas el 30%); Descubren, además que 45% de la población conoce como se transmite, pero 72% ignora cómo prevenir la enfermedad. Al igual que los investigadores antes señalados, este considera que la determinación de los conocimientos de los habitantes sobre leishmaniosis debe ser el paso previo para el diseño y posterior implementación de programas educativos de control (Cirocco *et al.*, 2000).

Otro estudio realizado se reporta que la mayoría de los habitantes estaban familiarizados con la LTA, el vector y el tratamiento. A pesar de esta familiaridad, ciertos aspectos son poco conocidos y hay conceptos erróneos desde el punto de vista biomédico sobre la transmisión y la prevención. Los conocimientos populares difieren de los formales o institucionales en la percepción de la enfermedad, su forma de transmisión, curación y control. Asimismo, ante la presencia de la enfermedad la comunidad ha desarrollado sus

propias formas de comprender, interpretar y tratar la patología. Igualmente valoran positiva en la atención en salud la presencia de facilitadores interculturales surgidos del seno comunitario. Con lo anteriormente señalado, se desprende la importancia del abordaje cultural en la atención de salud en el caso de la LTA, pues la brecha entre salud y enfermedad puede corregirse si se trabaja de forma focalizada y se respetan e incluyen las creencias y saberes de los beneficiarios (Bastidas & Díaz, 2008).

### Reflexiones sobre interculturalidad en salud

La interculturalidad en el ámbito de la salud, ante enfermedades parasitarias, debe ser entendida como la herramienta ética para favorecer la desaparición de inequidades en el acceso a los servicios de salud con especial énfasis en aquellas poblaciones donde los indicadores sanitarios muestren las mayores desigualdades, toda vez que el derecho a la salud está consagrado en la mayoría de las cartas magnas de los países (en atención al aspecto moral) y que corresponde a los entes oficiales de salud con base en la interculturalidad (como principio ético) garantizar el derecho en cuestión, a través del aseguramiento de la necesaria proyección empática entre profesionales de la salud y enfermos (un elemento clave que permite la interculturalidad en salud) en procura de comunidades sanas y prósperas (Ministerio de Salud Pública, 2010).

Las expresiones de interculturalidad en salud ante enfermedades parasitarias, al igual que para otras noxas, se sustenta en tres aspectos fundamentales: el contexto, la naturaleza contrastante y el carácter interdisciplinario, todo lo cual se conecta con la aceptación del continuo mestizaje que se da en las poblaciones como intento para sortear la enfermedad (una importante traba del desarrollo humano), donde es determinante la aceptación del otro y el reconocimiento de sus diferencias. Pero en algunos casos la interculturalidad en salud exige el distanciamiento de los propios valores y de la forma de pensar, aunque no se recomienda este hecho no puede negarse especialmente cuando es muy evidente la dicotomía entre dominante/dominado, esto con el fin último de lograr la convivencia entre conductas y conocimientos (Ministerio de Salud Pública, 2010).

El éxito de los programas sanitarios con base en la interculturalidad en salud radica, en que ella permite develar o comprender los factores que obstaculizan la adherencia a las medidas de atención en salud con deslinde del pensamiento único, de los prejuicios, del repliegue sobre el propio ser y de las prácticas de especialización de las políticas sanitarias, pero con realce del intercambio igualitario de los signos y de las culturas, y con el serio abordaje de los complejos problemas que devienen de la jerarquización de la

relaciones culturales en los grupos sociales. Se crea, entonces, con la interculturalidad en los programas de salud la transversalidad respecto a beneficiarios y profesionales de la salud y no como simple adaptación de instrumentos (Ministerio de Salud Pública, 2010).

La práctica de la interculturalidad en salud (la no homogeneizante) permitiría dejar atrás la desconfianza notoria entre los diferentes modelos de atención en salud, se daría al traste con las posturas radicales de exclusión desde la óptica biomédica y de la medicina originaria (indígena, afrodescendiente, asiática) y se avanzaría hacia la articulación y complementación de ambos modelos, o al menos se lograría un pacto de no agresión, que vaya más allá de la simple competencia cultural o lingüística en beneficio de facilitar la atención sanitaria (considerado el primer paso en la interculturalidad) en tanto provea una razonable comunicación con él o los afectados. Precisamente lo que caracteriza a la interculturalidad en salud es el diálogo, pero entre iguales, entre personas dispuesta a aportar principios, valores, conocimientos y prácticas en pro del bien común y hacia un modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, y con base en la atención primaria en salud (promoción de la salud y prevención de la enfermedad) (Ministerio de Salud Pública, 2010).

Parece igualmente prudente como señalan otros autores en el marco de la vigilancia epidemiológica en salud pública (el registro de información para la toma de decisiones) llevar un registro compuesto por información clínica (de la enfermedad) y de los aspectos socioculturales (del padecer); la capacitación intercultural del profesional de la salud; la adecuación de la gestión en salud al ámbito intercultural con la incorporación de personas de la comunidad; la génesis de facilitadores interculturales provenientes de la misma población; y por último contribuir a que el paradigma intercultural adquiera rango de política sanitaria con base en la investigación de la salud en el ámbito de aspectos como el discurso de la gente, las causas de la enfermedad, conocimiento, creencias y prácticas populares porque la medicina convencional y la tradicional conviven en un mismo espacio (Menéndez, 1985; Aneas, 2005).

Para generar la relación intercultural es importante la actitud de escucha la que demuestra interés por los conocimientos y opiniones del otro, la relación ya no debe ser vertical, sino horizontal y dialógica (Salaverry, 2010). Desde este proceder no sólo se orienta a las personas, sino también a los procesos sociales en la construcción de relaciones equitativas y respetuosas entre los miembros de diferentes culturas. La interculturalidad, como principio normativo abre la puerta al enriquecimiento cultural para resolver los variados problemas que aquejan a la humanidad.

## Referencias

- Aguirre G. (1955). *Programas de salud en la situación intercultural. Obra Antropológica V*. Fondo de Cultura Económica/Universidad Veracruzana/ Instituto Nacional Indigenista /Gobierno del Estado de Veracruz, México.
- Alarcón A, Vidal A & Neira J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*, **131**, 1061-1065.
- Aneas M. (2005). Competencia intercultural: concepto, efectos e implicaciones en el ejercicio de la ciudadanía. *Revista Iberoamericana de Educación (OEI)*, **25**, 1-9.
- Ashford R, Dejeux P & Raadt P. (1992). Estimation of population at risk of infection and number of cases of leishmaniasis. *Parasitology Today*, **8**, 104-106.
- Bastidas G & Díaz B. (2008). Prácticas y conocimientos populares sobre leishmaniasis tegumentaria americana (LTA) en un área endémica de Cojedes, Venezuela Hacia el desarrollo de estrategias educativas alternativas de control. *Fermentum* **18**, 634-655.
- Beans B. (2002). Nada menos que todo un pueblo. En la batalla contra el dengue, la participación comunitaria es la mejor arma. *Perspectivas de salud* **6**, 1-5.
- Camino L & Anderson A. (1992). Lenguaje, conocimiento y mito: análisis del saber empírico sobre Leishmaniasis en minorías étnicas y grupos mestizos. *Revista Peruana de Epidemiología* **5**, 32-35.
- Caraballo J & Zerpa C. (1993). *Manual de terapéutica en Medicina Interna. Primera reimpresión*. Talleres Gráficos Universitarios. ULA: Mérida, Venezuela.
- Cirocco, P, Bolívar, A, Vilé, J, y Cirocco, A. (2000) *Leishmaniasis: Evaluación de los Conocimientos en poblaciones pertenecientes al Distrito Sanitario N° 3 del Estado Miranda, Venezuela*, Accedido en <http://www.svm.org.ve/documentos/volumen>. el 20 Enero.
- Costa J, Vale K, Cecilio I, Osaki N, Netto E, Tada M, Franca F, Barreto M & Marsden P. (1987). Aspectos psicossociais e estigmatizantes da leishmaniose cutâneo-mucosa. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, **20**, 77-82.
- De Castro A. (1998). Estrategia e perspectiva de controle da Leishmaniose tegumentar no Estado de Sao Paulo. *Revista da Sociedade de Medicina Tropical*, **31**, 553-558.
- Desjeux P. (2004). Leishmaniasis: current situation and new perspectives. *Microbiology Infection Disease*, **27**, 305-318.
- Geertz C. (1998). *Thick description: Toward an Interpretative Theory of Culture*. En: Bohannan P, Glazer M, editores. High Points in Anthropology. McGraw-Hill. New York.
- Handwerker P. (2000). *Quick Ethnography*. Altamira Press. California.
- Hahn R. (1995). *Sickness and Healing: An Anthropological Perspective*. New Haven. Yale University Press.
- Helman C. (1994). *Culture, Health and Illness*. Butterworth-Heinemann. Oxford.
- Isaza D, Restrepo B & Arboleda M. (1999). La leishmaniasis: conocimientos y prácticas en poblaciones de la costa del Pacífico de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, **6**, 177-184.
- Lerín S (2004). Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos*, **15-16**, 111-125.
- Menéndez E. (1985b). Saber "médico" y saber "popular": el modelo médico hegemónico y su función ideológica en el proceso de alcoholización. *Estudios Sociológicos*, **3**, 263-296.
- Ministerio de Salud Pública (2010). *Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*. Ediciones Abya-Yala. Quito-Ecuador, Accedido en <https://es.scribd.com/document/294474113/Salud-Interculturalidad-y-Derechos-Claves-Para-La-Reconstruccion-Del-SK> el 21 Diciembre 2017.
- Monje J. (2000). *Gestión de programas y proyecto de salud*, Accedido en <http://www.desco.org.pe/coop/coop68.pdf>. el 12 Febrero 2018.
- Moreno A. (1993). *Uta: Mitos y costumbres en los distritos de Matucana San Juan de Lanca y San Mateo de Otao. Provincia de Huarochiri, Lima-Perú*. Bireme/OPS/OMS – Biblioteca Virtual en salud, Accedido en <http://www.bvs.org.pe/>. el 21 Noviembre 2017.
- O'Connor B. (1995). *Healing Traditions. Alternative Medicine and the Health Professions*. University of Pennsylvania Press.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *¿Qué es un sistema de salud?*, Accedido en <http://www.who.int/features/qa/28/es/>. 2005 el 21 Febrero 2018.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1990). *Lucha contra la Leishmaniasis*. Informe de un comité de Expertos de la OMS. Ser. Informe Técnico, Accedido en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/40984> el 12 Enero de 2018.
- Ortega F. (2007). *Otras opciones en la atención de la salud: lo tradicional y lo alternativo, en: La equidad en la mira: la salud pública en el Ecuador durante las últimas décadas*. OPS/OMS 2007. Quito: OPS MSP CONASA.

Park M. (2000). *Introducing Anthropology. An Integrated Approach*. Mayfield Publishing Company. California.

Pifano F. (1969). *Algunos aspectos en la ecología y epidemiología de las enfermedades endémicas con focos naturales en el área tropical, especialmente en Venezuela*. MSAS.

Ridley D & Ridley M. (1983). The evolution of the lesion in cutaneous leishmaniasis. *Journal Pathology*, **141**, 83-96.

Salaverry O. (2010). Interculturalidad en salud. La nueva frontera de la medicina. Redalyc. *Revista peruana de Medicina experimental y Salud pública*, **27**, 6-7.

Vásquez M, Kroeger A, Lipowakyl R & Alzate A. (1991). Conceptos populares sobre la Leishmaniasis cutánea en Colombia y su aplicación en programas de control. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, **110**, 402-415.

Weigel M, Armijos R, Racines R, Zurita C, Izurieta R, Herrera E & Hinojosa E. (1994). La Leishmaniasis Cutánea en la región Subtropical del Ecuador: percepciones, conocimientos y tratamientos populares. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, **117**, 400-413.