

El Reto de la Bioética Intercultural en Casos de Salud, Enfermedad y Muerte en Población Indígena

Trabajo de grado presentado por:

Claudia Yaneth Gálvez Chávez

Director:

José Edwin Cuellar Saavedra

Documento para optar por el título de Magíster en Bioética

Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, Febrero 2020.

El Reto de la Bioética Intercultural en Casos de Salud, Enfermedad y Muerte en Población Indígena

Trabajo de grado presentado por:

Claudia Yaneth Gálvez Chávez

Documento para optar por el título de Magíster en Bioética

Pontificia Universidad Javeriana

Instituto de Bioética

Maestría en Bioética

Bogotá, Febrero 2020.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO 1. PROBLEMA BIOÉTICO EN LAS DIFERENCIAS CULTURALES EN SALUD, ENFERMEDAD Y MUERTE DE INDÍGENA.	10
CASO DE SILVIA.	10
HECHOS RELACIONADOS CON LA SITUACIÓN DE SILVIA DURANTE LA ATENCIÓN EN SALUD.	12
DIAGNÓSTICO MÉDICO.	15
TENSIONES ENTRE LA MEDICINA ALOPÁTICA Y EL SABER ANCESTRAL EN EL CASO DE SILVIA.	16
TENSIÓN N°1.	18
TENSIÓN N°2	20
TENSIÓN N°3.	21
EL SURGIMIENTO DE UN PROBLEMA BIOÉTICO.	23
SOCIEDAD OCCIDENTAL	25
LOS PUEBLOS INDÍGENAS.	27
CAPÍTULO 2. BIOÉTICA Y LOS PROBLEMAS DE LA INTERCULTURALIDAD.	31
BIOÉTICA	32
CULTURA	40
INTERCULTURALIDAD	43
CAPÍTULO 3. APROXIMACIONES DE LA BIOÉTICA A LOS PROBLEMAS QUE SURGEN A PARTIR DE LA INTERCULTURALIDAD.	48
LA FIGURA MEDIADORA EN EL DIÁLOGO.	51
PASO RESOLUTIVO DE LAS TENSIONES GENERADAS EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN DE SILVIA.	53
VALORACIÓN BIOÉTICA.	60
CONCLUSIONES	67
BIBLIOGRAFÍA.	73

Introducción

El presente trabajo tiene como propósito plantear una perspectiva de la bioética intercultural como herramienta de diálogo entre la medicina alopática y la medicina ancestral. Esto, con el fin de establecer un horizonte de comprensión en el campo de la salud cuando se interponen dos cosmovisiones respecto a la enfermedad, a la vida y a la muerte. Para ello, el siguiente trabajo intenta establecer puentes que nos lleven a entender tanto las decisiones de la medicina alopática y las del saber ancestral de los pueblos indígenas, con el objetivo de construir acuerdos desde el reconocimiento, el respeto, la participación y la responsabilidad. Valores que permiten comprender las tensiones que nacen en ese encuentro de culturas.

La aproximación a la bioética intercultural, facilitaría la construcción de canales de comunicación durante el encuentro entre el médico y el sabedor indígena. Y asimismo facilitaría la identificación de aspectos que afectan la vida la salud, la enfermedad y la muerte de personas con pertenencia étnica determinada. Con el fin de promover el diálogo y fortalecer los procesos de participación, previniendo y evitando que estos canales de comunicación y los procesos de construcción conjunta se trastoquen, lentifiquen y bloqueen por discursos, acciones o condiciones ajenas a los ejes fundamentales de cada situación.

La siguiente perspectiva se da gracias a la identificación de conflictos que se han generado durante años entre las sociedades occidentales y los pueblos indígenas. Ambos grupos se han encontrado y han chocado entre sí a lo largo de la historia por múltiples factores, un ejemplo de ello, son las tensiones que se han formado en el ámbito de la atención de salud en una persona con pertenencia étnica determinada, ya que esto lleva a la confrontación entre elementos culturales propios de las cosmovisiones de los pueblos indígenas y los principios éticos o morales de la medicina alopática. Los saberes ancestrales de los pueblos indígenas son saberes con diferentes creencias, rituales, códigos morales y costumbres que se relacionan con el cuidado de la vida, del espíritu, de la salud, de la enfermedad y la comprensión total de la muerte. Es un saber integral que se contrapone al cientificismo y a los presupuestos morales de la medicina alopática inscrita en la sociedad occidental.

Puesto que los conflictos y tensiones que surgen entre la medicina alopática y el saber ancestral, complejizan los procesos en los que se toman decisiones relacionadas con la vida y la muerte. Se plantea la aproximación a la bioética como una herramienta conceptual y práctica susceptible de ser usada en el campo de la salud y la interculturalidad, especialmente en casos que involucran la atención de personas indígenas. Para que la bioética intercultural en situaciones como estas, facilite el encuentro con el otro a través de un diálogo que se caracteriza por el respeto, el reconocimiento, la participación y la responsabilidad.

Esta aproximación a la salud indígena desde la bioética podría permitir en cierta medida reflexionar sobre las dinámicas hegemónicas que agudizan el proceso de toma de decisiones en campos específicos como la medicina, ya que “los encuentros” de la sociedad occidental con los pueblos indígenas generan un cierto conflicto que implica situaciones de incertidumbre. Por ejemplo, lo que ocurre durante la atención médica de una persona con pertenencia étnica determinada quien llega a estar dentro de un sistema de salud como el nuestro. Este problema nos invita a reflexionar sobre las siguientes preguntas: ¿cómo explicar la enfermedad a partir de varias culturas?, ¿cómo cuidar de la salud y de la vida de una persona a partir de quehaceres socioculturales diferentes? y ¿cuál es la autoridad para tomar decisiones sobre la vida y la muerte en casos de pueblos indígenas?

Es así como esta aproximación a los retos interculturales desde la bioética podría facilitar el abordaje de las tensiones que surgen tanto en la medicina alopática como en el saber ancestral durante la atención en salud indígena. Ya que en el encuentro de éstas dos perspectivas culturales sobre el cuidado de la salud se configuran tensiones entre ambas por cómo resolver una situación en la que se involucran epistemologías y prácticas sociales distintas. Dichas tensiones tiende a que ambas perspectivas se excluyan entre sí, provocando que intenten imponerse la una a la otra una la lógica de pensamiento que considera propia y “única”, lo que lleva anular al otro como sujeto individual y colectivo, como ocurrió en el proceso histórico relacionado con la conquista e invasión realizada por Europa a América en el siglo XV, quien impuso su esquema de pensamiento occidental a los pueblos indígenas, como a todas aquellas personas que tuvieran otras formas de pensamiento distintas al de occidente.

Para abordar las anteriores cuestiones y plantear el marco teórico que permitiría abordar los retos interculturales en salud indígena (medicina ancestral vs medicina occidental) a partir de la bioética, se desarrolla la siguiente investigación en tres capítulos. El primero, evidencia la justificación de un problema bioético a partir del surgimiento de los conflictos culturales, especialmente los que se generan entre la sociedad occidental y los pueblos indígenas durante la atención en salud. Lo anterior se lleva a cabo gracias a la identificación de los hechos y los valores que entran en un juego de tensión en el momento de tomar decisiones sobre la vida, la salud, la enfermedad y la muerte de personas indígenas.

Para ello, nos servimos del caso de una niña de pertenencia étnica, la cual llamaremos Silvia y quien luego de ser atendida por el sabedor indígena de la comunidad a la que pertenecía, fue remitida al Hospital Departamental para recibir atención médica convencional. Este caso será presentado con detenimiento para evidenciar el tipo de conflictos que surgen durante el encuentro de diferentes culturas en el ámbito de la salud, los cuales incluso en el marco de un diálogo podrían no ser resueltos debido a distintos criterios y dificultades para acordar puntos comunes. Afectando las decisiones sobre la vida y la muerte de una paciente indígena.

En esta primera parte se exponen las situaciones y problemáticas relacionadas con los conflictos que se dan entre las sociedades occidentales y los pueblos indígenas dentro del ámbito de la salud y la medicina. Cada cultura cuenta con su propio acervo epistemológico para configurar las creencias, las costumbres, los lenguajes y los rituales que condicionan la comprensión y las prácticas relacionadas con situaciones que afectan la vida en su totalidad.

Aquí se reflejan algunos conflictos culturales a partir del caso de Silvia, quien al ser remitida al Hospital recibe atención por parte de un médico convencional. Desde su conocimiento occidental, el profesional que atendió a Silvia hace un diagnóstico que revela un cáncer linfático. Cuestión que generó tensiones y controversias en las decisiones sobre la vida, la salud, la enfermedad y la muerte de la menor. La descripción de este caso incluye la identificación de tres aspectos relacionados con las tensiones que surgen en el encuentro de la medicina alopática y el saber tradicional de los pueblos indígenas, a partir de los hechos e interpretaciones por parte de las personas involucradas en la situación de salud de Silvia.

El primer aspecto se representa por la tensión que se da en torno a las diferencias conceptuales para definir desde cada cultura lo que se comprende por salud, enfermedad, vida y muerte. El segundo, tiene que ver con la tensión que surge alrededor de las diferentes prácticas vinculadas con el cuidado de la vida, la salud, la enfermedad y la muerte, bien sea por medio de las prácticas tradicionales de los pueblos indígenas o de las prácticas clínicas propias de los médicos profesionales y del sistema de salud vigente. Finalmente, el tercer punto tiene que ver con la tensión relacionada con la representatividad, ya que cada cultura tiene sus propias figuras de autoridad para tomar las decisiones respecto a la vida y la muerte. A partir de la exposición del anterior contexto, se evidencia la importancia de una valoración desde la bioética para establecer un horizonte de comprensión amplio entre los diferentes significados culturales y las prácticas involucradas en los procesos de toma de decisiones que afectan la vida, la salud y la muerte de los pueblos indígenas.

En el segundo capítulo se presentan las categorías *bioéticas*, *cultura e interculturalidad*, que nos llevan a configurar el marco teórico de la investigación. A partir de la identificación de las tensiones en el caso de Silvia, surge una serie de interrogantes respecto a la forma de abordar situaciones relacionadas con la atención en salud de personas con pertenencia étnica determinada. Por ello se propone el uso de categorías de la bioética y de la antropología para reflexionar sobre el actuar ético y moral de las personas involucradas en una circunstancia que implica la atención de miembros indígenas por parte de médicos con educación occidental. Las categorías de bioética, cultura e interculturalidad son herramientas conceptuales para abordar este tipo de situaciones que afectan la vida.

La *bioética* se plantea como herramienta de diálogo que usa elementos como el reconocimiento, el respeto, la participación y la responsabilidad, orientada hacia los retos de la bioética según los diferentes entornos morales que se configuran en cada cultura. Permitiendo un auténtico encuentro y una total alteridad pese a las diferencias culturales que se evidencian. Asimismo se exploran enfoques de la bioética como el principialismo de Tom L. Beauchamp y James F. Childress, planteamientos teóricos sobre la actuación moral y perspectivas bioéticas interculturales que consideran aspectos éticos, culturales e interculturales, para abordar esta categoría, se consultaron los estudios desarrollados por autores como Miguel Kottow, Fernando Lolas, entre otros.

La *cultura* se plantea como una categoría necesaria para comprender cómo cada sociedad se construye en el marco de una estructura social, en la cual se organizan las personas alrededor de una lengua, de rituales y de costumbres comunes. Este tipo de organización está acorde con el acervo epistemológico propio, ya sea el de la sociedad occidental con la medicina alopática o los pueblos indígenas con su saber ancestral. El uso de esta categoría tiene una finalidad analítica acerca de los conflictos culturales y no propiamente se presenta conforme a un debate académico sobre los modos de su conceptualización.

Finalmente, se expone la *interculturalidad* como herramienta conceptual y práctica que permite abordar las diferencias a partir de un encuentro entre distintas personas o grupos sociales con diversas culturas, quienes se pueden encontrar por medio de acciones concretas de acercamiento al otro en el marco de la dignidad, del respeto, de la participación y de la solidaridad. Así, la bioética, la cultura y la interculturalidad se proponen como herramientas necesarias en este documento bajo el supuesto de comprender algo más allá de lo clínico o de lo científico descriptivo, que dé cuenta de las diferencias culturales en torno a la vida y la construcción de otros principios éticos en casos con conflictos culturales.

En el tercer capítulo se da la propuesta de la bioética como herramienta de diálogo para aminorar y resolver tanto situaciones como controversias interculturales que se generan entre la visión de la salud de una sociedad occidental y la de los pueblos indígenas. En este sentido se afirma que la bioética intercultural tiene un reto en tanto puente de entendimiento entre diferentes culturas por medio de un diálogo que se establece gracias a elementos como el reconocimiento, el respeto, la participación y la responsabilidad. Los cuales se espera que se cumplan rigurosamente por los actores involucrados en la situación, y así establecer el diálogo, en tanto no todo discurso es reconocido y válido para entrar en el consenso.

Así mismo esta aproximación de la bioética para abordar los retos intercultural en salud indígena, implica acercarse a otros saberes, y evocar bajo condiciones precisas, la intervención de la institucionalidad; con el fin de mitigar los aspectos que pese a los acuerdos construidos durante el diálogo, podrían bloquear los canales de comunicación por

medio de discursos o personas, quienes trastocaría el curso de acción relacionado con el cumplimiento de un objetivo común, y la protección de los derechos tanto individuales como colectivos.

Con todo lo anteriormente planteado, se quiere mitigar y esclarecer los problemas de carácter ético que se generan respecto a las diferencias epistemológicas que definen la vida, la salud, la enfermedad y la muerte desde cada cultura presentada en esta investigación. También, se propone la construcción de acuerdos con el fin de re-significar estos aspectos entre dos sistemas de creencias y elegir un posible curso de acción conjunta en donde la persona afectada sea el centro de atención. Y enfatizar en los retos que se plantean para la bioética respecto a promover el tejido social y mitigar los aspectos que quiebren su proceso social.

Para finalizar este trabajo de investigación, se presentan las conclusiones y se resalta la bioética como mediación dialógica para aminorar y explicar los problemas de carácter ético que nacen a partir del encuentro entre las diferencias culturales, más precisamente en relación con la atención de salud de personas con pertenencia étnica determinada por parte de profesionales de medicina alopática. Planteando que la aproximación de la bioética a los retos de la intercultural le permite ser usada como un instrumento dialógico el cual promueve la construcción de estrategias interculturales que involucren al otro para diseñar y ejecutar una atención en salud de manera diferencial, conjunta y responsable en relación con un objetivo y curso de acción común, el cual se busca garantizar incluso bajo adversidades propias o ajenas, que pretendan trastocar los acuerdos construidos durante el diálogo.

Capítulo 1. Problema bioético en las diferencias culturales en salud, enfermedad y muerte de indígena.

En el presente capítulo se plantea la identificación de un problema bioético que surge durante diversos momentos de encuentro entre dos culturas: una la denominamos occidental y la otra, pueblos indígenas. Cada una de ellas constituye una epistemología, un lenguaje, una creencia, unos rituales y unas costumbres propias que conllevan distintas maneras de interpretar y de relacionarse con el *otro* en un mundo social. En el marco de estos encuentros, nacen tensiones relacionados con elementos éticos, culturales y sociales que afectan la vida, la salud, la enfermedad y la muerte de personas con pertenencia étnica determinada, quienes a lo largo de la historia han sido sometidos a procesos de aculturación que han llevado a la imposición de conceptos y prácticas ajenas a su identidad individual y colectiva; lo que “ha invisibilizado los potenciales transformadores de los saberes y pautas ético-políticas propias de estas comunidades que podrían resultar fundamentales para resolver los desafíos socioambientales y existenciales de nuestro tiempo. (Rueda, 2017, pág. 97).

Para comprender lo dicho, acudimos al caso de una niña indígena, a la que llamamos Silvia y quien ha sido tratada por enfermedad física, principalmente por un sabedor mayor del pueblo indígena a la que pertenece. Después de un corto tiempo de atención por parte del Sabedor es remitida a un Hospital de la zona para recibir atención y allí le revelan como diagnóstico un cáncer linfático que requiere un manejo clínico. De esta situación surge unas diferencias y tensiones entre el tratamiento propuesto por el Hospital y los tratamientos de la enfermedad por parte de la cosmovisión del pueblo indígena.

Caso de Silvia¹.

Silvia era una niña de trece años con pertenencia étnica a una población indígena ubicada en zona dispersa de la Orinoquía de Colombia, con escolaridad básica primaria y poco

¹ Respecto a la identidad de Silvia, se usan datos que no están relacionados con la identificación de las personas involucradas en el caso. No se quiere revelar su identidad original. Se mantiene en anonimato.

manejo del español. Silvia hablaba la lengua nativa de su comunidad. Ella hace parte de una familia extensa cuyo abuelo es autoridad tradicional (sabedor) de los pueblos indígenas. El lugar donde nació Silvia es un territorio colectivo que tiene titulación de resguardo indígena, que incluye lugares prohibidos, encantados y de uso colectivo según su propia ley de origen.

Silvia hace parte de la comunidad que se conforma por una población de aproximadamente 107 familias que integran un total de 790 personas, entre hombres, mujeres, jóvenes, adultos mayores, niños y niñas. El 57% de la población son hombres mientras el 43% restante son mujeres. Los niveles de escolaridad en la comunidad son bajos ya que solo el 30% de la población accede a la educación y en el menor porcentaje esta la participación de la mujer.

Por la cercanía a los ríos y bosques que componen su territorio, esta comunidad practica la recolección, la caza y la pesca. Además, cultivan en los valles de las montañas alimentos fundamentales en su dieta como yuca, papa, maíz, arroz y plátano. En esta comunidad se establecen alianzas matrimoniales según las habilidades físicas que desarrolle el hombre, ya que él debe proveer la vivienda y el alimento, mientras que la mujer hace parte de la siembra del cultivo, prepara el alimento y se encarga de la crianza de los hijos. Además, la mujer elabora artesanías con pepas y frutos silvestres que encuentra en el territorio.

Cabe mencionar que los pueblos indígenas han sido involucrados en procesos de evangelización desde hace años, lo que ha generado una pérdida de conocimientos propios debido a la imposición de creencias y rituales relacionados con culturas occidentales. El caso del pueblo indígena al que pertenece Silvia no es ajeno a este proceso histórico, pues se identificó que en esta comunidad vivía un grupo religioso hacía más de 30 años que realiza actividades misioneras y de evangelización con los indígenas.

Este proceso de evangelización hizo que algunas comunidades indígenas se vieran forzadas a cambiar sus pensamientos y costumbres para estar acorde a la imposición de redes de dominación en procesos de aculturación. Todo ello se ha vivido desde el siglo XV cuando los españoles invadieron el territorio de los pueblos indígenas de América, iniciando procesos de aculturación y extracción de riquezas. (Eusebio, 2016)

Hechos relacionados con la situación de Silvia durante la atención en salud.

- Silvia manifiesta el malestar a su núcleo familiar más próximo, entre ellos al papá, la mamá y al abuelo, quien además de ser familiar, es el sabedor indígena de la comunidad.
- El abuelo de la niña identifica un malestar que comprende en términos espirituales e inicia tratamiento a partir de rezos, cantos, danzas y uso de plantas medicinales.
- Después de casi seis meses de recibir cuidados tradicionales por parte del abuelo (danzas, cantos, rezos y el uso de plantas medicinales), él decidió no continuar con los métodos del saber ancestral porque consideró que la enfermedad no era de carácter espiritual ya que no pertenecía a la ley de origen del pueblo indígena, por lo que concluyó que esa era la razón por la que la molestia de Silvia no disminuía.
- El abuelo habla con el gobernador para informarle que su nieta necesitaba recibir cuidados complementarios en salud por medio de la atención médica convencional, y que por ello necesitaba que el gobernador indígena como máximo representante del gobierno propio de los pueblos indígenas solicitara a la Empresa Prestadora de Salud (EPS) una autorización de traslado y garantía en la atención médica desde el resguardo indígena hasta el Hospital Departamental.
- A partir de la solicitud realizada por el gobernador indígena, Silvia fue trasladada al Hospital local y desde allí fue remitida al Hospital Departamental el día 07 de agosto de 2016, con el fin de recibir una valoración médica por pediatría. El especialista ordenó exámenes de laboratorio y una biopsia de medula ósea que dio como resultado un cáncer linfoide (Leucemia-linfoblástica aguda- ALL).
- De acuerdo con el diagnóstico se indicó por criterio médico la realización de la primera fase (inducción y remisión) de las quimioterapias, proceso que se realizó desde el 10 de octubre hasta el 30 de noviembre del 2016. Tiempo durante el cual se registraron interrupciones del tratamiento porque durante algunos días la condición de salud de Silvia requería de reposo y recuperación, pues ya había empezado a experimentar los efectos secundarios de la quimioterapia, tales como pérdida de peso, pérdida del cabello, náuseas, vómito, debilidad, entre otros.

- Ante el decaimiento de Silvia por los efectos secundarios de las quimioterapias el abuelo hace una nueva solicitud para retornar la niña al territorio.
- En referencia a esta nueva solicitud el equipo de profesionales de salud del Hospital Departamental solicitó apoyo técnico al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para evaluar el caso y decidir sobre la atención de la niña. Luego de una reunión se concluye que Silvia debía continuar con la atención médica convencional según lo indica el criterio del equipo profesional médico, para garantizar el derecho a la vida y hacerlo prevalecer sobre los demás derechos según la Constitución de Colombia.
- Acogiendo el concepto emitido por el ICBF los profesionales de la salud del Hospital Departamental decidieron dar continuidad a la hospitalización de Silvia, y negaron la solicitud del abuelo para retornar la niña al territorio.
- Ante esta situación el gobernador indígena solicitó brindar una atención en salud adecuada según un enfoque diferencial a partir de la articulación entre la medicina y el saber ancestral. Sin embargo, no hubo respuesta ya que no se contaba con las herramientas o las estrategias interculturales para abordar el caso.
- Transcurridos cinco meses desde el ingreso de Silvia al Hospital Departamental y cumplida la primera fase de las quimioterapias, el médico dio manejo ambulatorio mientras se daba continuidad a la fase II de las quimioterapias, motivo por el cual se dio la autorización de retornar a Silvia al territorio por un tiempo determinado.
- Desde el inicio del mes de diciembre del 2016 hasta principios del mes de abril del 2017, Silvia solo asistió a un control médico y no regresó al Hospital Departamental.
- El equipo del Hospital Departamental se comunicó con el padre de Silvia quien informó que no realizaría los controles médicos porque él consideraba que el bienestar de la niña dependía de la fe puesta en un ser supremo, quien curaba por medio de “milagros” anunciados a través de un pastor de una iglesia evangélica quien vivía en la comunidad.
- El equipo de profesionales de salud se comunicó con el abuelo y el gobernador indígena, quienes a diferencia del padre, reconocían la importancia de la atención en salud y habían solicitado al padre de Silvia que realizara los controles médicos en el

Hospital Departamental más los cuidados de la salud ancestral. Orden que no fue cumplida.

- El abuelo manifestó que ante la gravedad de la situación, él había estado solicitando a la EPS las autorizaciones para el transporte, afirmando que si la EPS le garantizaba dicho traslado, él mismo se encargaría de llevar a la niña a los controles médicos en el Hospital Departamental y retornarla al territorio, incluso pese a la decisión de los padres de ella.
- Pese a los esfuerzos tanto de los profesionales como de las autoridades indígenas de establecer acuerdos para una atención diferencial en salud, los días pasaron y Silvia estaba en el territorio sin recibir manejo tradicional ni controles médicos. El agotamiento se hizo cada vez mayor y después de una recaída, Silvia murió en mayo de 2017.
- El cuerpo de Silvia fue sepultado en el territorio por sus familiares según los rituales fúnebres de los pueblos indígenas. Los integrantes de este pueblo indígena no volvieron a establecer contacto con los profesionales de la salud después del entierro.
- El sector de la salud convocó a la unidad de análisis con profesionales del derecho, la medicina, la antropología, la epidemiología, el trabajo social y la enfermería, quienes, según lo ocurrido en el caso, consideraron que las fallas administrativas y logísticas afectaron considerablemente la atención en salud más allá de las diferencias culturales. Enfatizando que, aunque en el caso de Silvia sí se habían identificado barreras culturales en la atención en salud relacionadas con el lenguaje, la ausencia de recursos por parte de los pueblos indígenas, la distancia del territorio donde está ubicada la comunidad y con la ausencia de estrategias interculturales que permitieran un diálogo entre las personas de ambas culturas. La mayor dificultad se había generado por las barreras relacionadas con las demoras en el momento de garantizar la atención diferencial en salud para los pueblos indígenas por parte de la EPS a la que pertenecía Silvia, ya que se requería la autorización del transporte, albergue, acompañante, entre otros servicios en salud.

Es importante mencionar que durante los hechos ocurridos en este caso y en la deliberación de la unidad de análisis realizada por la red institucional del sector de la salud para la evaluación de las demoras en la atención de Silvia, se mantuvo una reflexión sobre los conflictos y tensiones que surgen por la atención médica de una persona que pertenece a una población indígena. Esto llevó a problematizar la importancia de tener una valoración bioética que oriente el proceso al uso de las herramientas médicas y ancestrales, según los parámetros culturales y éticos que implican decisiones relacionadas con la vida de personas inscritas en contextos socio-culturales distintos como en el caso de Silvia.

La unidad de análisis no comprendió el porqué de las inconsistencias que se presentaron en la implementación de los acuerdos a los que habían llegado tanto el médico como el sabedor indígena; ¿ocurrido algo en el retorno de Silvia al territorio?, ¿Qué trastoco el acuerdo?, etc.

Diagnóstico médico.

En la ciencia médica occidental se practica la construcción de un diagnóstico médico para nombrar el tipo de enfermedad que tienen los pacientes como Silvia. La elaboración de este diagnóstico implica el uso de términos técnicos que dan cuenta del estado de salud bajo preceptos clínicos focalizados en la enfermedad a partir de la función corporal. En el caso de Silvia se determinó que es una paciente con alta sospecha de síndrome linfoproliferativo pendiente reporte de estudios de medula ósea, inicio prefase, por hiperglicemias asociadas, inicio manejo con insulina persiste cifras de glicemia elevadas pendiente de valoración por endocrinología, en el día de ayer culminó transfusión de 4 plaquetas cada 8 horas hasta completar 3 dosis, hoy en la tarde se debe realizar control pos transfusional. Se tiene la realización de un examen de medula ósea que acompaña el diagnóstico de la paciente con leucemia al parecer bifenotípica (linfoide-mieloide), evolución clínica estacionaria, hemodinámicamente estable, no presenta nuevos picos febriles, tampoco presenta episodios de sangrados, mejoría de la glicemia, último control glucometría predesayuno hoy 88 mg/dl, control con glucometrías, no ha recibido manejo insulínico, hemograma control reporta leucopenia, anemia y trombocitopenia moderada, último control manual de plaquetas 81000, manejo por hematoncológica, pendiente nueva biopsia para citometría.

Se corrobora diagnóstico de leucemia bifenotípica con presencia de marcadores linfoides y mieloides por lo que se hace de alto riesgo, reporte de mielograma con blastos granulares, citometría de flujo que soporta diagnóstico.

Días después se reporta en la historia clínica de la paciente: Se encuentra actualmente afebril, bien hidratada, bien perfundida, hemodinámicamente estable no signos de alarma. Sin evidencia de sangrado. Se revisa hemograma de control. Sin embargo, se hace constar que para la enfermedad de la paciente el manejo es por dos años de quimioterapia con una sobrevida global a 5 años del 50%. A partir de este diagnóstico clínico se da el criterio profesional para continuar con un tratamiento y se da a conocer la decisión del médico quien sugirió una atención intrahospitalaria y la realización de las quimioterapias durante la Fase I. Dando un espacio de recuperación entre la fase I y la fase II de las quimioterapias, periodo de tiempo que Silvia retorna al territorio y asimismo continuar con los controles médicos.

Tensiones entre la medicina alopática y el saber ancestral en el caso de Silvia.

De acuerdo a lo expuesto hasta este momento, en relación a los conflictos que se dan entre la medicina alopática de la sociedad occidental y el saber ancestral de los pueblos indígenas, las tensiones que hemos venido indicando giran en torno a la comprensión, a la práctica y a la representación en temas relacionados con el cuidado de la salud, la enfermedad, la vida y la muerte, por parte de cada cultura.

La primera tensión es de carácter teórico ya que se genera por una confrontación entre los distintos significados relacionados con la salud, la enfermedad, la vida y la muerte, por parte de la medicina alopática y el saber tradicional. La segunda tensión es de carácter práctico, pues genera una confrontación entre la atención en salud que debe recibir Silvia, ya sea por el médico en el Hospital o por el sabedor ancestral en el territorio. Y la tercera tensión es de carácter representativo porque se refiere a las figuras y roles sociales que tienen poder para decidir sobre otros, como el médico y el sabedor indígena. (Ver cuadro de tensiones)

Cuadro N°1. Descripción de las tensiones: elementos y nivel de la tensión.

N°	TENSIÓN BIOÉTICA	ELEMENTOS EN TENSIÓN		NIVEL DE LA TENSIÓN
1	A partir del acervo epistemológico de cada cultura, se identifica una confrontación entre los significados que definen la salud, la enfermedad, la vida y la muerte, por parte de la medicina alopática y el saber tradicional de los pueblos indígenas.	CONCEPTO VIDA		Teórica
		<i>Medicina</i>	<i>Saber tradicional</i>	
		Estado de actividad del organismo y la energía del ser vivo.	Es un todo en conexión con el ser humano, la naturaleza y la espiritualidad, en un territorio.	
		CONCEPTO MUERTE		
		Cese de la actividad del organismo.	El tránsito a otros mundos espirituales.	
		CONCEPTO SALUD		
		Bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad	Estado de armonía entre el ser humano, la naturaleza y la espiritualidad.	
		CONCEPTO ENFERMEDAD		
Desviación del estado fisiológico manifestado por medio de síntomas y signos.	Estado de desarmonía entre el ser humano, la naturaleza y la espiritualidad.			

Cuadro N°2. Descripción de las tensiones: elementos y nivel de la tensión.

N°	TENSIÓN BIOÉTICA	ELEMENTOS EN TENSIÓN		NIVEL DE LA TENSIÓN
2	Según las prácticas del cuidado de la salud configuradas por cada cultura, se observa que tanto la medicina como el saber tradicional tienen sus propias pautas para manejar situaciones que se relacionan con la vida, la salud, la enfermedad y la muerte.	PRÁCTICAS DEL CUIDADO DE LA SALUD		Práctico
		<i>Medicina</i>	<i>Saber tradicional</i>	
		La práctica clínica es la que orienta este quehacer de la medicina a través de la realización de consultas, exámenes de laboratorio, uso de medicamentos, tratamientos como la quimioterapia, etc. Acciones médicas que se realizan principalmente en una institución de salud como el hospital, y clínica.	La práctica del saber tradicional se caracteriza por involucrar elementos de la naturaleza y la espiritualidad que son usados durante los rezos, cantos, danzas, rituales, etc. Quehaceres tradicionales que se realizan principalmente en el territorio.	

Cuadro N°3. Descripción de las tensiones: elementos y nivel de la tensión.

N°	TENSIÓN BIOÉTICA	ELEMENTOS EN TENSIÓN		NIVEL DE LA TENSIÓN						
3	En el plano representativo se observa cómo las dos culturas tienen diferentes figuras de autoridad para tomar decisiones sobre la vida, la muerte, la salud y la enfermedad. Es aquí donde se identifica la confrontación entre médico y saber tradicional, ya que ambos son figuras con autoridad para decidir sobre Silvia.	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">FIGURAS DE AUTORIDAD</th> </tr> <tr> <th><i>Medicina</i></th> <th><i>Saber tradicional</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Un médico que a partir de su acervo epistemológico opta por prácticas clínicas a partir de la concepción de la vida y la salud desde el enfoque de la medicina occidental.</td> <td>El sabedor indígena que desde su acervo epistemológico opta por la realización de rituales tradicionales y uso de plantas medicinales a partir del saber ancestral del pueblo indígena.</td> </tr> </tbody> </table>		FIGURAS DE AUTORIDAD		<i>Medicina</i>	<i>Saber tradicional</i>	Un médico que a partir de su acervo epistemológico opta por prácticas clínicas a partir de la concepción de la vida y la salud desde el enfoque de la medicina occidental.	El sabedor indígena que desde su acervo epistemológico opta por la realización de rituales tradicionales y uso de plantas medicinales a partir del saber ancestral del pueblo indígena.	Representativo
FIGURAS DE AUTORIDAD										
<i>Medicina</i>	<i>Saber tradicional</i>									
Un médico que a partir de su acervo epistemológico opta por prácticas clínicas a partir de la concepción de la vida y la salud desde el enfoque de la medicina occidental.	El sabedor indígena que desde su acervo epistemológico opta por la realización de rituales tradicionales y uso de plantas medicinales a partir del saber ancestral del pueblo indígena.									
ANEXO A LA TENSION N° 3										
<i>Descripción de la situación</i>		<i>Figuras involucradas</i>								
Aunque en la tensión N° 3 se identificó en principio las controversias que surgen entre el médico y el sabedor indígena como figuras de autoridad, se señala igualmente la aparición de una tercera figura que aunque no cuenta con unas características que la definen como un referente de autoridad, es una figura que se hace necesaria de nombrar en tanto ésta se involucra en las dinámicas que se generan durante el retorno de Silvia al territorio. Es así como en esta tensión se observa el surgimiento de una tercera figura que interviene en el proceso de decisión a través de una persona que se afirma como pastor y quien sugiere la curación por medio de la realización de un “milagro”.		<table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Medico</i></th> <th><i>Sabedor indígena</i></th> <th><i>Pastor</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>El médico inscrito en la medicina de la sociedad occidental.</td> <td>El sabedor indígena inscrito en la tradición de los pueblos indígenas.</td> <td>El pastor, quien dice tener el poder de curar por medio de “milagros”. Pero a quien no se logra ubicar en una estructura epistemológica ya sea religiosa, científica, etc.</td> </tr> </tbody> </table>			<i>Medico</i>	<i>Sabedor indígena</i>	<i>Pastor</i>	El médico inscrito en la medicina de la sociedad occidental.	El sabedor indígena inscrito en la tradición de los pueblos indígenas.	El pastor, quien dice tener el poder de curar por medio de “milagros”. Pero a quien no se logra ubicar en una estructura epistemológica ya sea religiosa, científica, etc.
<i>Medico</i>	<i>Sabedor indígena</i>	<i>Pastor</i>								
El médico inscrito en la medicina de la sociedad occidental.	El sabedor indígena inscrito en la tradición de los pueblos indígenas.	El pastor, quien dice tener el poder de curar por medio de “milagros”. Pero a quien no se logra ubicar en una estructura epistemológica ya sea religiosa, científica, etc.								

Tensión N°1.

La primera tensión en el caso de Silvia se identifica en el plano teórico, en cuanto al acervo epistemológico de la sociedad occidental y de los pueblos indígenas que entran en tensión, principalmente, porque mientras la medicina alopática se define a través de una lógica de pensamiento racional, el saber ancestral se define por una lógica de pensamiento místico; en este sentido Diego Gracia nos ilustra con una diferenciación entre salud y enfermedad:

Los valores de salud y enfermedad han ido cambiando de sentido, o han ido definiéndose de modo distinto a lo largo de la historia. No menos de tres momentos distintos cabe distinguir en el transcurso de la historia de las civilizaciones. El primero, propio de las culturas primitivas, interpreta la enfermedad en términos de

«des-gracia» y la salud como «gra-cia»; en un segundo momento, la salud se va a ver como «orden» y la enfermedad como «des-orden». (Gracia, 2006, pág. 19)

El saber ancestral establece que la vida es un todo en armonía con la naturaleza y los seres vivos. Incluye una espiritualidad definida como la relación integral con el territorio y los espíritus de la naturaleza (espíritu del aire, agua, fuego, arboles, etc.). Hay una conexión de la vida con la noción del *buen vivir* como referencia,

al equilibrio con la madre tierra en la satisfacción de las necesidades ("tomar solo lo necesario" con vocación para perdurar), una forma de vida más digna y más apegada a la vida, inspirada en los valores tradicionales indígenas (...), buscando fortalecer una concepción integral del territorio, el equilibrio y armonía en la conservación de los espacios de vida. (PND 2018-2019, 2019, pág. 29)

Según la cosmovisión de los pueblos indígenas, se considera que mantener este tipo de armonía entre el ser humano, la naturaleza y la espiritualidad es lo que define la salud. Entonces, esta se concibe como la garantía de una conexión armónica con todo lo demás ya sea con el ser mismo, con el otro y con el ambiente. Por eso cuando esta armonía se rompe por una trasgresión a la ley de origen, la ofensa a los espíritus o el irrespeto a las reglas de la naturaleza, llega el castigo individual o colectivo en forma de enfermedad o alteración de la convivencia en la comunidad porque aparece la contienda y la enemistad.

Por su parte, para la sociedad occidental la vida, la salud, la enfermedad y la muerte se definen en términos de la medicina alopática, la cual se inscribe en un determinismo biológico focalizado en lo corporal y el funcionamiento del mismo. Aquí, se define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (Organización Mundial de la Salud, 2006). Por otro lado, la enfermedad se comprende como la "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible" (Organización Mundial de la Salud, 2006).

Esta tensión señala un aspecto bioético, puesto que las concepciones en relación al valor de la vida y la muerte generan unas decisiones que chocan y generan actuaciones riesgosas. Esta decisión está determinada por el significado que cada cultura le da al concepto de enfermedad, de muerte, de salud y de vida. Por ello cabe preguntar ¿Cómo definir el concepto de vida?, ¿Cuál de los dos conceptos se convertiría en una categoría a priorizar?, ¿Por qué se daría prioridad a un concepto?, ¿Qué implicaciones tienen estos conceptos en la decisión relacionada con la vida y la muerte, la salud y la enfermedad?, ¿Qué alcance tiene una perspectiva propia y una perspectiva científica para tomar las decisiones en un caso? y ¿Es posible priorizar a partir de argumentos científicos o ancestrales?

Tensión N°2

La segunda tensión del caso de Silvia está inscrita en el plano práctico, ya que surge durante el encuentro entre los distintos cuidados de la salud desde la práctica médica occidental, que implica controles médicos, consultas, uso de medicamentos, exámenes, tratamientos, o bien desde la práctica ancestral, que conlleva rituales tradicionales como rezos, cantos y el uso de plantas medicinales.

Las prácticas occidentales se hacen en lugares determinados ya que para llevar a cabo acciones médicas se hace necesario la estancia de la paciente en una institución de salud donde se realicen exámenes y procedimientos que solo son posibles de hacer en una clínica, mientras que para las prácticas tradicionales relacionadas con el saber ancestral se necesita estar en el territorio, porque en él están las plantas medicinales necesarias para las bebidas que prepara el sabedor. Además, allí también están los espacios comunitarios en donde se realizan los rituales de armonización y los lugares sagrados como lagos, ciénagas, montañas, ríos, cerros y árboles, que para los pueblos indígenas son sitios de valor simbólico, ancestral y espiritual que fortalecen la armonía entre el ser humano, la naturaleza y la espiritualidad.

Esta tensión evoca una relación con aspectos bioéticos, cuando las pautas del cuidado de la salud en el caso de Silvia, surge la necesidad de priorizar y ejecutar un quehacer respecto al manejo del caso. Entonces: ¿Cómo se toma la decisión respecto a cuál acción realizar en este caso en concreto?, ¿Cómo tomar la decisión ante el reconocimiento de una práctica

científica y una práctica tradicional, ambas orientadas a cuidar la salud?, ¿A partir de qué argumento se considera de mayor pertinencia realizar un manejo médico o un manejo tradicional para mitigar los síntomas y signos de la enfermedad?

Tensión N°3.

La tercera tensión surge en el plano de la representación, al encontrarse figuras que inscriben y representan un rol social que se caracteriza según cada cultura, como ocurre entre la sociedad occidental que se representa principalmente por el médico desde la medicina alopática, mientras que desde los pueblos indígenas se representa por el sabedor tradicional inscrito en el saber ancestral. Cabe aclarar que ambos gozan de prestigio, autonomía y reconocimiento para valorar y decidir respecto de la vida de Silvia.

En cada sociedad se tiene una figura que está clasificada según un orden jerárquico como ocurre en el caso de Silvia a través de la participación del médico y el sabedor tradicional. Estas figuras de autoridad deben tomar decisiones conforme a si dar continuidad a la atención médica durante la hospitalización de Silvia o si dar manejo tradicional a la enfermedad durante la estadía en el territorio. Ambas posiciones entran en choque cuando cada representación de autoridad se manifiesta y tiende a la construcción de discursos distintos. No obstante, en el caso de Silvia surge una tercera figura representada por un pastor, quien vivía en la comunidad. Así que tanto el médico, el sabedor ancestral y el pastor, son figuras que convergen en situaciones que afectan la vida y la muerte de personas con determinada pertenencia étnica. Cada uno de ellos participa en el proceso de la toma de decisión, según sus propios códigos morales y culturales, los cuales determinan un curso de acción específico.

Sin embargo en esta tensión se observa cómo la figura del pastor no goza de un reconocimiento completo por parte de la comunidad, además que los discursos y los criterios del pastor entran en contradicción con los pronunciamientos del gobierno mayor de los pueblos indígenas. Esta tercera figura complejiza la situación, porque aunque la bioética intercultural promueve el diálogo entre el médico y el sabedor indígena, se observa que durante la estadía de Silvia en la comunidad, quien decidió fue el pastor. Ya que él fue quien persuadió a la familia de Silvia para no realizar los controles médicos, y tampoco los

cuidados tradicionales, en tanto él se autoproclama como generador de milagros. Postura que bloquea todo canal de comunicación tanto con la red familiar, profesional, comunitaria e institucional.

Es entonces a través de este panorama que encontramos un asunto de carácter bioético, en tanto que la toma de decisiones en la atención de Silvia, manifiesta diversos aspectos culturales en tensión asociados a los acervos epistemológicos sostenidos por cada una de las culturas, con impactos en valores como la vida, la salud, el bien individual y el bien común.

Es por esto que se hace necesario analizar las tensiones en el caso de Silvia, ya que este acercamiento nos evidencia un desafío bioético a partir del cual es necesario ampliar el horizonte de comprensión de los principios y valores éticos y los elementos culturales de cada entidad cultural. Por lo tanto, también se trataría de pensar, quizá lo decimos de manera apresurada, en la importancia de que la bioética pueda aportar posibilidades de construir un puente o puentes de entendimiento entre las diferentes culturas. Pues en casos como estos las dudas, de cómo actuar de manera ética, es decir, de la mejor manera posible, sin generar daño o injusticia, son de suma importancia. Así mismo, es importante reflexionar sobre preguntas como, ¿Qué otros valores entran en juego pensando en el bien común y no sólo en un bien individual?, y ¿Qué tipo de limitantes podrían bloquear la construcción de un diálogo?.

El surgimiento de un problema bioético.

Con miras a precisar el planteamiento del problema que denominamos, bioético, queremos describir algunas distinciones básicas entre los dos sistemas de creencias que han atendido el caso de Silvia. En tanto el panorama ético y cultural se convierte en un llamado a la bioética como herramienta de diálogo con el otro, ya que ante las tensiones suscitadas en los encuentros culturales, se hace necesario ampliar la comprensión de los significados y de las prácticas sociales relacionadas con la vida, la salud, la enfermedad y la muerte.

La configuración de saberes en cada cultura implica en términos epistemológicos, la construcción de distintas lógicas de pensamiento a través de las cuales se nombra y se apropia el mundo social. Dichos aspectos sociales, éticos y económicos se establecen en virtud de códigos morales y patrones de comportamiento acorde a un acervo epistemológico particular, por ello se requiere comprender que cada cultura está inscrita a una estructura, que hace referencia a “un tipo de disposición organizada de las partes. Estas partes son personas individuales que participan en la vida social, ocupando posiciones en la red social [que] se compone de relaciones sociales entre los individuos de una sociedad, quienes están controlados por normas o modelos”. (Bohannon Paul, 1993, pág. 308).

Sin embargo, cuando las culturas se encuentran surgen controversias que tienen a anular por la fuerza todo aquello que no sea igual. Así pues, es válido reconocer que “toda forma de conocimiento y comprensión de la naturaleza, no importa la cultura que la produzca, difícilmente escapa al etnocentrismo” (Nieto & Martin, 2005, pág. 16). Diferentes poblaciones han quedado inscritas en un proceso a partir del cual su lengua, prácticas y creencias se ven anuladas y remplazadas por otros esquemas de pensamiento, generando una modificación estructural de los sistemas cognoscitivos y las relaciones sociales de las comunidades, por ejemplo como los procesos de colonización que realizó la corona española en América Latina en el siglo XV cuando los territorios de los pueblos indígenas fueron invadidos por navíos procedentes de Europa; “Enviamos al presente noble varón Cristóbal Colón con tres carabelas armadas, por los mares oceánicos a las partes de las India, para algunas causas y negocios concernientes al servicio de Dios y al aumento de la fe ortodoxa, y también para nuestro beneficio y utilidad” (Vollet, 2004, pág. 100).

A partir de la imposición de un pensamiento hegemónico que desconoce todo aquello que no está nombrado desde su propia cultura, Occidente intenta nombrar a “lo descubierto” desde su propia referencia conceptual y práctica, lo que ha llevado a:

reducir la realidad de América a una mera fabricación social y a una elaboración europea, dejando poco espacio para entender el papel de la geografía, la naturaleza y los pueblos americanos hasta el punto de casi negar su existencia y su realidad antes de la llegada de los europeos. Además, los conceptos de invención o construcción conservan las tradicionales dicotomías entre Europa y los “otros”; entre cultura y naturaleza; entre civilización y barbarie; y entre el sujeto (en este caso el sujeto europeo) y el objeto (América). (Nieto & Martin, 2005, pág. 6)

Según el Auto 004 del 2009 los pueblos indígenas están en riesgo de exterminio físico y cultura por desplazamiento o muerte natural o violenta de sus integrantes. Es en este sentido que se plantea y evidencia que a lo largo de la historia los pueblos indígenas han sido excluidos e inscritos en una condición de vulneración y desventaja ante las relaciones de poder; “La mayor preocupación actual de los investigadores y analistas de la salud pública es describir desigualdades en salud por raza, género, etnia, ingreso, tipo de ocupación, educación, clase social, áreas urbanas por mencionar algunas y encontrar su asociación con condiciones socio-económicas y sociodemográficas”. (Estrada, 2017, pág. 156).

En vista de lo anterior, planteamos que la bioética tiene el reto de identificar las problemáticas éticas que afectan la vida y que nacen del encuentro de la sociedad occidental y los pueblos indígenas. Si bien nos hemos centrado en la tensión entre la medicina alopática y el saber tradicional de los pueblos indígenas en un caso específico, esto no desconoce otras problemáticas de mayor complejidad como las que se exponen anteriormente.

Con la intención de ampliar la comprensión del problema bioético que nos proponemos presentar, vamos a distinguir lo que entendemos por sociedad occidental y pueblos indígenas.

Sociedad occidental

La sociedad occidental es una estructura social que gestó su lógica de pensamiento en la antigua Grecia y permeó a otros países del continente europeo. Sin embargo, esta referencia geográfica cambió con la expansión cultural hacia otras sociedades: “la visión europea de la naturaleza e incluso de los habitantes nativos de regiones remotas estaba fuertemente determinada por la cosmología cristiana y por la tradición de conocimientos en historia natural que provenía de la antigüedad clásica” (Nieto & Martin, 2005, pág. 19).

El dominio del esquema de pensamiento occidental se extendió a países en donde se construían procesos de identidad distintos, como ha ocurrido a lo largo de lo siglo XV y el siglo XIX en relación con los procesos de colonización de Europa en el continente Americano, y la imposición de un esquema de pensamiento y unas relaciones sociales y económicas específicas que se tienden a configurar como relaciones de dominación ya que una cultura se impone sobre otra, hasta el punto de ponerla en riesgo de extinción física y cultura. Este proceso de aculturación ha marcado el proceso de expansión de occidente.

Aunque la sociedad occidental representa la construcción de lógicas de pensamiento hegemónicas para determinar diversos aspectos económicos, religiosos, culturales y sociales, esta se configuró gracias a un proceso histórico que incluyen algunas periodos estimados desde la antigüedad hasta la problemática categoría de edad moderna y contemporánea; “la edad antigua (desde 4000 a. C hasta el siglo V d. C), siguiendo con la edad media (siglo IV-XV), la edad moderna (Siglo XV-XVII) y pasando a la edad contemporánea (finales del siglo XVIII hasta la actualidad)” (Tamayo, 1997, pág. 12). Aunque cada proceso histórico tiene su narrativa y relación con la construcción de identidad de lo que se concibe como occidente, es importante resaltar que durante la edad media la religión católica fue parte fundamental del proceso histórico de occidente, cumpliendo el rol relacionado con la interpretación religiosa del mundo, aportando valores religiosos para el panorama ético y moral de occidente. Así como también fue significativo en este proceso histórico las dinámicas y retos que trajo la revolución industrial a partir del siglo XVII y las décadas posteriores de expansión en toda Europa.

Después del distanciamiento entre el poder religioso y el poder político, la sociedad occidental continúa con un proceso filosófico y político relacionado con la construcción de nación y sociedad. Paulatinamente y en diversos espacios de deliberación, se fueron consolidando una serie de conocimientos y prácticas bajo una lógica justificada en la “razón”, entendida esta como un esquema de pensamiento a partir del cual se concibe el ser humano como un ser racional distinto de la naturaleza. Aquí, la naturaleza se asume como un objeto posible de intervenir con herramientas científicas y tecnológicas.

En la sociedad occidental se han generado saberes que acompañan la comprensión del mundo, la relación con el otro y con el ambiente. Esta sociedad se caracteriza por la construcción de saberes inscritos en la ciencia; un saber específico determinado por un método positivista basado en la evidencia; la objetividad y la réplica de su conocimiento. En este campo se ubica la ciencia médica, a partir del cual la sociedad occidental determina la configuración de saberes sobre la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. Esto se da por medio de la representación de una figura: el médico, quien con sus conocimientos goza de autoridad para procurar: “1) la conservación de la salud, 2) de la curación de las enfermedades, y 3) de evitar las muertes prematuras.” (Tamayo, 1997, pág. 12).

Es importante mencionar que la sociedad occidental tiene además de las ciencias naturales, las llamadas ciencias sociales, como un saber a través del cual occidente comprende y produce conocimiento sobre la vida social, según su propia perspectiva. Las ciencias sociales se basan en un método que incluye la observación, la recolección, la descripción y el análisis de datos cualitativos relacionados con las prácticas sociales, las lógicas de pensamiento, los usos del lenguaje, los códigos morales y los intercambios económicos. Aunque ambas ciencias están inscritas en un esquema de pensamiento comprometido con una estructura lógica que diferencia tajantemente la idea de naturaleza y ser humano.

Los pueblos indígenas.

Los pueblos indígenas construyen una identidad colectiva, un lenguaje y un gobierno propio estructurado por la ley de origen que orienta la relación con los otros y el territorio. Cada pueblo indígena tiene una pertenencia a un territorio y tiene un gobierno propio de carácter administrativo representado por las autoridades indígenas, quienes se encargan de establecer las concertaciones con los actores institucionales de la sociedad occidental. La autoridad indígena con carácter tradicional cuenta con los sabedores mayores, quienes además de tener la autoridad para tomar decisiones comunitarias, también tienen el poder de mantener el equilibrio entre la naturaleza, el ser humano y la espiritualidad, a partir de rituales de armonización como cantos, rezos, danzas y uso de plantas medicinales.

El territorio es un elemento intrínseco al ser indígena y el escenario donde se desarrolla la vida. En él se encuentra y reside la Ley Natural o Ley de origen, principio rector de la vida indígena. En el territorio están los recursos para la vida, los medios de subsistencia, la medicina, el conocimiento y los dueños espirituales de lo que allí habita. (...) En este sentido, el ser humano hace parte integral de este complejo sistema que llamamos territorio, y así mismo, se establecen entre los miembros de los pueblos, relaciones de tipo colectivo para la vida en el territorio. (Política Pública Indígena del Departamento del Meta, 2013, pág. 65).

Para los pueblos indígenas es fundamental la pertenencia al territorio que hace parte de su vida social y espiritual. A partir de él se concibe la apropiación de un espacio desde donde se construye una identidad y se configura su riqueza ancestral como pueblos indígenas. El territorio se concibe como la basa en la relación con la naturaleza. Gracias a las dimensiones espirituales de su cosmovisión, los indígenas conciben el territorio más allá de un objeto para estar, lo perciben como vivencia de la propia la vida.

La lógica de pensamiento de los pueblos indígenas se constituye por una dimensión espiritual que mantiene una relación estrecha entre el ser humano y la naturaleza. Para esta cultura no existe una diferencia entre todos los seres vivos, bien sean humanos o no humanos, ya que según su acervo epistemológico todo se conecta con todo a través de una

idea de unificación del pensamiento, ya que la vida se concibe como una unidad que mantiene a todos los seres vivos en una conexión espiritual por medio de una relación armónica entre el ser humano y la naturaleza como fuente de vida que determina su mundo social.

Con el fin de aclarar el tipo de diferencias que surgen en cada cultura, se presentan dos cuadros para mostrar cómo cada una cuenta con un acervo epistemológico, el cual sirve para construir un significado sobre la enfermedad, la salud, la vida y la muerte, ya sea desde una lógica racional o desde una lógica de pensamiento mística.

Cuadro N°4. La medicina: Salud, enfermedad, vida y muerte.

ENFOQUE	CONCEPTO	SIGNIFICADO	EJE TEMÁTICO	PRÁCTICA	FIGURA DE AUTORIDAD
MEDICINA CONVENCIONAL AL Conjunto de conocimientos de carácter científico, orientados a prevenir la enfermedad, promover la salud y hacer uso de técnicas clínicas para cuidar la vida.	SALUD	Bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad.	Bienestar	Práctica médica (acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad)	Médico (es quien elabora un diagnóstico y da manejo a enfermedades, según acervo científico)
	ENFERMEDAD	Desviación del estado fisiológico manifestado por medio de síntomas y signos.	Desviación	Práctica médica (consulta, exámenes, tratamiento, etc.)	
	VIDA	Estado de actividad del organismo y la energía del ser vivo.	Mecánica	Hábitos saludables, calidad de vida y garantía de los determinantes de la salud.	
	MUERTE	Cese del funcionamiento del organismo.	Terminación	Procesos jurídicos, médico forense, religioso y socio-culturales.	

Cuadro N°5. El saber tradicional: Salud, enfermedad, vida y muerte.

ENFOQUE	CONCEPTO	SIGNIFICADO	EJE TEMÁTICO	PRÁCTICA	FIGURA DE AUTORIDAD
SABER TRADICIONAL: es un conjunto de conocimientos ancestrales que tienen una lógica de pensamiento por medio de la cual se integra lo humano, lo espiritual y la naturaleza, para cuidar de la vida.	SALUD	Estado de armonía entre el ser humano, la naturaleza y la espiritualidad.	Armonía	Práctica tradicional para la protección y equilibrio (danzas, cantos, uso de plantas medicinales, etc.).	Autoridad indígena (autoridades administrativas y autoridades tradicionales del gobierno propio de los pueblos indígenas)
	ENFERMEDAD	Estado de desarmonía entre el ser humano, la naturaleza y la espiritualidad.	Des-armonía	Práctica tradicional para la curación (danzas, cantos, uso de plantas medicinales, etc.).	
	VIDA	Es un todo que está en conexión entre el ser humano, la naturaleza y la espiritualidad, a partir de un territorio.	Todo	Prácticas individuales y colectivas de protección, fertilidad, abundancia, etc.	
	MUERTE	El tránsito a otros mundos espirituales	Tránsito	Prácticas individuales y colectivas de carácter fúnebre (rezos, entierros, quemados, etc.).	

Con el panorama descrito del caso de Silvia y del contexto de la existencia de al menos dos culturas que inevitablemente se encuentran surgen diferencias y tensiones consideramos que para la bioética estos aspectos pertenecen a su campo de reflexión e investigación, por

eso planteamos dos aspectos, de un lado, consideramos que cualquier ser humano merece un tratamiento de respeto a su vida integral, entiéndase esto, como su propia existencia, sus creencias y sus respectivas identidades. Silvia pasó por una diversidad de situaciones que para la bioética no serían los cursos de acción más recomendables, por ejemplo, surgen preguntas como, ¿Cuál debería haber sido la decisión más razonablemente ética en la atención a Silvia? ¿Es posible defender el principio de autonomía en este caso o en un caso similar? ¿Qué debe primar entre el interés individual y el interés institucional?

Aunque aún no hemos explicado en qué consiste la bioética, es importante señalar que, desde nuestro previo conocimiento en bioética, el cuidado de la vida es un valor supremo ético y bioético, así se nos hace necesario atender dos o más formas de entender este cuidado desde cada una de las culturas involucradas y en concreto de las personas de poder o mando dentro de cada cultura; igualmente, la comunicación comprensiva de situaciones que afectan la vida en general, están en el ámbito de la bioética, por eso las tensiones entre las culturas tienen un carácter ético y no sólo jurídico o político; sobre todo cuando la vida está en riesgo.

De otra parte, surgen algunas preguntas que nos ayudan a avanzar en la comprensión tanto del caso como de la problemática general que se produce en las relaciones entre distintas tales como: ¿qué desafío tiene la bioética cuando dos sistemas de pensamiento y creencia chocan en situaciones donde la vida y en concreto la salud, la enfermedad y la muerte son los factores determinantes? ¿Puede la bioética proponer cursos de acción moral en coherencia con el reconocimiento y la aceptación de diferencias culturales? ¿Qué mecanismo podría ofrecer la bioética para comprender y actuar en este tipo de situaciones donde la interculturalidad se manifiesta de una manera tensionante?. Para el desarrollo, en lo posible, de estas preguntas vamos a proponer, en el siguiente capítulo la exposición de tres categorías que esperamos nos aclaren conceptualmente la apuesta de una bioética intercultural y así poder ofrecer un aporte al amplio campo de la bioética.

Capítulo 2. Bioética y los problemas de la interculturalidad.

El propósito de este capítulo es hacer una aproximación conceptual a tres categorías, *bioética, cultura e interculturalidad*, que se han constituido en ejes de la problemática planteada en el capítulo anterior. Consideramos que el caso descrito contiene varios problemas de orden técnico, procedimental, político, jurídico y cultural entre otros, sin embargo, para nosotros es prioritario ganar claridad del problema en términos de la bioética. Concretamente planteamos la importancia del esclarecimiento de cursos de acción moral y ético en situaciones en que personas como Silvia requieren de una atención médica alopática legítima sin que su identidad cultural sea afectada.

Estas categorías fortalecen el desafío de entender las diferencias culturales y a partir de ellas, abordar el caso de Silvia desde un panorama más amplio que nos invite a usar nociones más adecuadas para este tipo de casos. La *bioética* se expone aquí como un campo de saber práctico orientado a valorar de manera ética y dialógica, aquellas situaciones que afectan la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. La *cultura* se plantea como una herramienta conceptual útil para abordar la organización social de un modo estructural, epistémico y jerárquico que asigna características particulares a una sociedad diferenciándola de las demás. Y la *interculturalidad* se propone como una herramienta que permitiría en cierta medida la conexión, reconocimiento y aprendizaje entre diferentes culturas, que, a pesar de los elementos diferenciadores en cada cultura, promueve la unidad, la solidaridad, la cooperación y otros valores posibles de ser vivenciados.

Es necesario resaltar que actualmente se tienen referentes propios e interculturales por parte de los pueblos indígenas y las instituciones, quienes buscan aproximarse a la problemática vigente en la salud indígena. Es por ello que figuras institucionales como el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia realiza ejercicios de inclusión y adecuación de la atención en salud de los pueblos indígenas a través del enfoque diferencial en salud pública y la construcción del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), aspectos que se anuncian a lo largo del documento y especialmente en la categoría de la interculturalidad.

La estructura que proponemos en este capítulo es de tres partes, comenzamos con la noción de bioética, la

Bioética

La palabra bioética desde sus orígenes ha tenido distintas explicaciones, una perspectiva es la de Van Rensselaer Potter, otra es la Fritz Jar y otra es la André Hellegers, entre otras, sin embargo, en todas ellas podemos reconocer la conformación de dos términos conjugados, bios y ethos, esta última, palabra griega es la fuente de la palabra ética en castellano. Como lo señala Alvarez, en términos generales, trae la idea Potter, de que el “*bio* representa los conocimientos biológicos y *ética* el conocimiento de los sistemas de valores humanos” (Alvarez, 2003, pág. 62).

Así, la bioética integra al menos dos grandes saberes sobre la vida, relacionados con la biología y con la sabiduría en acción (biology and wisdom in action). Siguiendo la perspectiva de Potter, por ejemplo, la bioética es la ciencia de la supervivencia, que provee, de manera sabia “un conocimiento de cómo usar el conocimiento para la supervivencia del hombre y para el mejoramiento en la calidad de vida” (Potter V. R., 1970, pág. 127). Esta sabiduría, según Potter, es una guía para la acción que tiene obviamente un alcance social. Por esto, considera que la bioética debe abordar cuestiones relacionadas con la vida, la sociedad y los avances tecnológicos, a través de los distintos conocimientos o culturas.

Desde allí se empieza a plantear la bioética como un puente entre distintas ciencias con el fin de producir conocimiento y reflexionar sobre las implicaciones éticas de los avances tecnológicos, los cambios sociales e identificar la necesidad de crear cursos de acción para la investigación con seres humanos y posteriormente con otros seres vivos. Cabe anotar, que antes de que la bioética apareciera, a principios del siglo XX, en Estados Unidos ya se habían producido ciertas regulaciones y orientaciones para la investigación con seres humanos. Y en Alemania, desde 1931 se establecieron unas directivas para los tratamientos médicos y la experimentación científica con humanos. Las primeras normas éticas propiamente dichas se establecieron hacia 1947 bajo el nombre el código de Nüremberg.

Volviendo a la idea de puente de la bioética, es importante indicar que la conjunción de estos dos términos configura un saber que tiene la característica de recibir información de otros conocimientos y a la vez de dar información de carácter práctico e iluminador, esto constituye a la bioética como un campo de saber en que confluyen diversos conocimientos, fuerzas e intereses que generalmente están en conflicto y que de muchas maneras buscan salidas y cambios de la situación correspondiente que se está viviendo. En otras palabras, en la bioética se dialoga entre varios o como dice Calderón, la bioética es como “zona franca” en donde pueden realizarse diferentes transacciones que están legitimadas”.

Algunas de las referencias usadas por la bioética como herramientas para construir mundos morales y valorar el curso de acción moral, se relacionan con las nociones que se constituyen en torno al reconocimiento, el respeto, la participación y la responsabilidad. Estas, al hacer parte de las referencias con las que se determina un acervo epistemológico desde occidente, permiten la comprensión de sí mismo y la relación con el otro, como ocurre al reconocer al otro como fin en sí mismo en el marco del respeto. Esto lo hace partícipe del proceso de decisiones que lo involucra, mantiene el reconocimiento de su autonomía y sobresalta su capacidad de decidir y cumplir con las responsabilidades. En este sentido la bioética se constituye propiamente en un ejercicio deliberativo, dialógico, reflexivo, investigativo y orientativo de las acciones humanas. Anteriormente hemos indicado unas nociones específicas desde donde la bioética se podría aproximar a los aspectos interculturales a través del reconocimiento, el respeto, la participación y la responsabilidad que podrían ser valores para realizar ejercicio bioético. Veamos cada uno,

El reconocimiento hace referencia a la identificación de una estructura individual y colectiva, que se fundamenta en un valor construido socialmente, el cual cubre expectativas, motivaciones, emociones, redes familiares entre otros. Lo que haría posible establecer un diálogo con un “otro” para comprender sus características propias más no como un reflejo del “yo”: “(...) la convivencia social (...) debería estar esencialmente vinculada a ciertas concepciones respecto de cómo y cuánto los sujetos establecen un “reconocimiento” recíproco entre ellos. En el caso de la convivencia entre individuos provenientes de esquemas culturales e identitarios disímiles esto es aún más relevante” (Villaruel, 2017, pág. 93).

En una organización social se inscriben diversos grupos étnicos que al convivir deben garantizar unas relaciones sociales entre sí, inscritas en el marco del respeto, el reconocimiento de sus identidades y diferencias culturales, ya que “cuando los integrantes de una comunidad “se respetan mutuamente como personas y aprecian las habilidades y capacidades de cada uno” se puede hablar de respeto de las identidades individuales y de los mundos culturales en que tales identidades se han construido” (Villareal; 2017, pág. 94).

Respetar al otro significa reconocerlo como un fin en sí mismo, como sujeto portador de derechos, como otro capaz de interpretar, actuar y tomar sus propias decisiones dentro de su cultura, sin tener que verse en situaciones de marginalidad y discriminación ante lógicas de pensamiento hegemónicas. El respeto como un “valor intrínseco” de la persona se debe reflejar en un plano pragmático, en tanto que reconocer al otro con respeto implica ir más allá de un plano conceptual y trascender a uno práctico, en el cual se tejen nociones y conductas mínimas de interacción con el otro.

El respeto por el otro tiene implicaciones morales gracias a la concepción que hago del *otro* y cómo me relaciono con él, además implica el vínculo que establezco con el ambiente como parte del todo, sin instrumentar ni tomar a nadie como objeto de uso. No se trata de suponer el respeto como algo exclusivo de los seres humanos tal y como lo plantean las lógicas occidentales, sino desde una auténtica alteridad que se convierte en principio o en máxima. El respeto del otro incluye el respeto a todo ser que vive sobre la tierra:

Si desde la reflexión bioética se tiene apertura a una comprensión total del universo y de la vida, dada por el conocimiento, los sentimientos morales y las prácticas culturales, se tendría que modificar esa mentalidad antropocéntrica y desplegar actitudes de tolerancia, de respeto a la diferencia y de solidaridad hacia los otros, incluidos todos los otros seres vivos. (Cuellar, 2010, pág. 279)

El diálogo que se plantea a partir del reconocimiento y el respeto como punto de partida para la interacción con el otro implica además de reconocer al otro como otro, acogerlo con respeto dentro de las diferencias identitarias o culturales. Esto es, reconocerlo como sujeto capaz de tomar sus propias decisiones, como se nombra en la sentencia 881/2002 sobre “dignidad”:

la posibilidad real y efectiva de gozar de ciertos bienes y de ciertos servicios que le permiten a todo ser humano funcionar en la sociedad según sus especiales condiciones y calidades, bajo la lógica de la inclusión y de la posibilidad real de desarrollar un papel activo en la sociedad. De tal forma que no se trata sólo de un concepto de dignidad mediado por un cierto bienestar determinado de manera abstracta, sino de un concepto de dignidad que además incluya el reconocimiento de la dimensión social específica y concreta del individuo, y que por lo tanto incorpore la promoción de las condiciones que faciliten su real incardinación en la sociedad. (ST 881/02, pág. 33)

Esta dimensión social de valores como el respeto y el reconocimiento implica la participación del otro, es involucrar al otro para diseñar y ejecutar estrategias diferenciales construidas conjuntamente entre diversas personas, familias, grupos sociales, comunidades y sociedades a través del diálogo. También es fundamental la disposición entre sujetos para adecuar y articular los distintos quehaceres en torno a un fin común. En este sentido, participar significa vivir y relacionarse de modo diferente con el otro. Sobre todo, implica la recuperación de la libertad interior propia, aprender a escuchar y compartir, libre de cualquier miedo o conclusión, creencia o juicio predefinidos (Rahnema, 1996, pág. 397).

La participación es un elemento esencial para incluir al otro en el proceso de toma de decisiones que afectan su propia vida y muerte. Desde la bioética se plantea una participación en términos de empoderamiento de los sujetos, al igual que la necesidad que los otros identifiquen en ese proceso la importancia de dicha participación ya que lo que se busca es resaltar es la voz del otro, y evitar el silenciamiento del otro, incluso en espacios donde está presente pero no se le da voz; “se hace imprescindible la exigencia de favorecer la participación, sobre todo, de los más débiles, así como la alternancia de los dirigentes políticos, con el fin de evitar que se instalen privilegios ocultos” (Suardíaz, 2018, pág. 27).

La bioética en los procesos de toma de decisión que involucran a los otros resalta la participación efectiva en aquellos procesos en donde el decidir es un fin central. Por ello, es necesario el garantizar la participación del otro sin coartar su libertad. Por eso la bioética promueve el respeto, el reconocimiento y la participación.

Así como se relacionan este tipo de elementos, referencias, enfoques y valores construidos por la bioética durante el surgimiento de sus problemas, también en este saber han germinado otro tipo de herramientas conceptuales para aproximarse a temas que involucran la vida, la muerte y el curso de acción moral en circunstancias en las que las personas se ven comprometidas en situaciones que urge la atención médica. Como ocurre con el enfoque propuesto por Tom L. Beauchamp y James F. Childress, quienes desde una bioética principialista orientan el abordaje de los casos clínicos a partir de la autonomía, la no maleficencia, la beneficencia y la justicia; reconociendo a la persona como sujeto activo en la toma de decisiones en torno a un bien común y así mitigar el daño.

Sin embargo, esta corriente tiene críticas, entre ellas la ausencia de una clasificación de los cuatro principios que sirva para orientar el modo de aplicarlos en un caso. Además, porque el principialismo no aborda aspectos que ocurren fuera del campo clínico, lo que agota las posibilidades de aplicarse en reflexiones relacionadas con casos o situaciones que involucren otro tipo de planteamientos o problemas morales. Beauchamp y Childress “son conscientes de que los principios no son suficientes en la vida moral y que hay que tener en cuenta otras dimensiones. Así, principios y virtudes tendrían que ir juntos; los principios garantizarían la seriedad racional del juicio moral y su objetividad, y las virtudes proporcionarían buenos motivos para actuar” (Beauchamp, Y. & James, F. 2011, pág 17).

Así mismo, la bioética se ha encargado de discutir los valores y principios a través de la elaboración de diferentes modelos y regulaciones, obedeciendo al desarrollo de normas nacionales e internacionales como por ejemplo, el código de Núremberg (1947) por las acciones cometidos por los nazis en la segunda guerra mundial. La declaración de Ginebra (1948) que fortalece el código moral del médico en su práctica clínica, particularmente después de que ésta se vio comprometida en investigaciones con seres humanos como en el caso Tuskegee (1972) y en el informe Belmont (1979). Además de otros códigos como lo presenta la declaración de Helsinki (1964) para la aplicación de los principios morales en la práctica médica y en las investigaciones con los seres humanos, y más recientemente la Declaración universal sobre el genoma humano y los derechos humanos (2001), y la Declaración Universal sobre Bioética y derechos humanos (2005), entre otros.

En este mismo sentido relacionado con los aportes por parte de la bioética se resalta que debido al desarrollo y los retos de la tecnología en el marco de la biotecnología, se han generado nuevas preguntas y nuevos desafíos que involucran la responsabilidad del ser humano frente a la intervención de la naturaleza, tratando de ubicar el actuar del ser humano en medio de los tiempos del siglo XX. Resaltando aquí aportes de filósofos como Hans Jonas quien propuso principios como el de responsabilidad a través del cual se reflexiona sobre las capacidades que tiene el ser humano para intervenir y actuar en relación con los desarrollos tecnológicos en el marco de una sociedad que se acompaña de relaciones de poder: “el principio de responsabilidad contrapone una tarea más modesta, decretada por el temor y el respeto: preservar la permanente ambigüedad de la libertad del hombre, que ningún cambio de circunstancias pueda jamás abolir, preservar la integridad de su mundo y de su esencia frente a los abusos de su poder” (Jonas, 1995, pág. 17).

Es así como la responsabilidad se plantea como un lente fundamental para evaluar aquello que puede considerarse propio del ser humano, y a lo que se puede apostar para llevar al actuar moral orientado por la voluntad y la convicción a hacer el bien común. Reflexionando sobre las implicaciones de la intervención humana y el avance tecnológico tanto en relación con el otro, como en la consideración de las consecuencias en el futuro.

La definición de la responsabilidad depende, asimismo, de la comprensión y determinación de las características de las acciones, de sus contextos y condicionamientos históricos e institucionales, de la identificación de las relaciones causales entre la acción y sus consecuencias, de la determinación del alcance espacio-temporal de las consecuencias y de los sujetos afectados por ellas y, además, de la valoración de su calidad. (Wester, 2008, pág. 517)

Es decir que la responsabilidad es un llamado a la reflexión sobre el actuar moral en una sociedad cambiante y acompañada de desarrollos tecnológicos, e igualmente una noción de responsabilidad que también implica la relación con el otro como interacción social fundamental para determinar los compromisos en el marco de las capacidades individuales y colectivas: “la relación, siendo como es unilateral en sí misma y en cada caso particular,

es, sin embargo, reversible e incluye la posible reciprocidad. Más aún, genéricamente la reciprocidad está siempre ahí, por cuanto yo, el que tengo responsabilidad por alguien, al vivir entre hombres soy siempre también responsable de alguien” (Jonas,1995, pág. 172).

Entonces, cuando el problema moral se evidencia más allá de lo clínico y de la regulación, se plantean cuestiones éticas que comprenden relaciones entre hechos y valores que ameritan analizarse en conjunto mediante la construcción de acuerdos mínimos entre distintas culturas. Esto, amplía el panorama de comprensión del problema moral y construye un punto de encuentro entre aquellos hechos y valores a partir del diálogo.

Poder lograr ciertos acuerdos alrededor de unos pocos valores que se puedan universalizar para ser aplicados con el apoyo de la razón, es decir, sin imponerse, aunque se llegue a ellos por diferentes vías. Estas vías corresponderían a las distintas concepciones sobre la vida y sobre la moral que tiene las diversas comunidades humanas. (Calderón, 2013, pág. 13)

En el panorama de la ética y de los temas relacionados con el curso de acción a tomar en la vida según el marco moral de cada cultura, la bioética surge como una herramienta para tejer puentes de entendimiento entre distintos conocimientos y culturas. En este sentido, la bioética es una herramienta de diálogo que mitiga conflictos entre distintas culturas, actúa como mediador durante el surgimiento de problemas morales que se generan entre los principios éticos y los elementos culturales de la sociedad occidental y de los pueblos indígenas. Lo anterior, en virtud de la toma de decisiones que afectan la vida y la muerte de personas con pertenencia étnica determinada. Así, “la bioética, una reciente disciplina aún en desarrollo, es, fundamentalmente, una herramienta deliberativa que posibilita la mediación dialógica entre los hechos y los valores, entre principios abstractos y cursos concretos de acción, entre el relativismo ético extremo y el universalismo absoluto” (Calderón, 2013, pág. 5).

En la presente investigación se propone una bioética que dialoga con otro tipo de valores no occidentales, aproximándose a otros mundos morales y culturales, tal como ocurre entre la

concepción “racional” de la sociedad occidental y la concepción mística de los pueblos indígenas: “La bioética debe intentar aquí la mediación que pasa por poner en dialogo diferentes saberes o sectores de la realidad. Entre *ser* y *debe ser* tiene que existir algunos vasos comunicantes que contribuyan a menguar las distancias” (Calderón, 2013, pág. 21).

La bioética es la “mediación dialógica” que permite la aproximación hacia otras éticas y valores a partir del reconocimiento, el respeto, la participación y la responsabilidad como conductas necesarias para mitigar las tensiones que surgen entre las diferentes culturas. Esto, será a través de la construcción conjunta de acuerdos mínimos sobre la vida, la salud, la enfermedad y la muerte, así, “la bioética se define como esta disciplina que construye puentes: un puente del presente hacia el futuro gracias a un puente entre las dos culturas, entre los hechos y los valores. Una disciplina que surge de entrada inter o multidisciplinaria, y en un sentido particularmente amplio” (Hottois, 2011, pág. 66).

La bioética permite el diálogo con otras culturas porque problematiza la existencia de distintos mundos de valores construidos en el marco de cada una. Por ello, se pregunta por las afectaciones de la vida y de la muerte más los diversos significados de la ética:

En la constitución de un universo dialógico se acepa lo cambiante de las percepciones y lo lábil de las justificaciones. Tal vez la ética, siempre en construcción, sea propia de las culturas. (...). Al explorar la “equivalencia moral de las culturas”, debe suponerse que no hay cultura sin una moralidad inherente a ella. Porque cultura es modo de comportarse según pasado, creencia y tradición, pero también idea modélica de futuro. (Lolas, 2017, pág. 36)

A partir de estos retos de la bioética respecto al cambio de las culturas, se han explorado perspectivas bioéticas interculturales como las que se conocen gracias a autores como Miguel Kottow, Fernando Lolas y Carlos Zambrano, quienes enfatizan en las reflexiones bioéticas, las afectaciones a la vida y la muerte en el marco de los conflictos culturales. Lo que implica el diálogo con *otro* ya que es necesario abordar aquellos conflictos desde su propio mundo moral e interpretaciones sociales, por ello:

Es necesario tener en cuenta el hecho del pluralismo, no solo como fenómeno predominante en la mundialización sino como una especie de fundamento ontológico de las relaciones sociales y nuestro habitar en el mundo. Una ética intercultural en medio de concepciones religiosas y morales y opciones sociales y políticas muy diferentes tiene que tener como punto de partida este hecho del pluralismo, para aspirar a formar y convocar ciudadanas y ciudadanos tolerantes y participativos. (Hoyos, 2010, pág. 29)

El planteamiento de la bioética como diálogo se expresa con el fin de construir acuerdos que permitan “entender ética y moralmente al individuo desde su especificidad cultural, lo cual demanda avanzar en la comprensión de la existencia humana moral y ética más real” (Zambrano, 2006, pág. 88). Así, la bioética reflexiona desde varios mundos morales, la interacción con el otro en torno a las variadas nociones sobre la ética y sobre los acuerdos respecto a un bien común: “Pensar los cambios culturales que se presentan, es pensar en las nuevas cualidades de los sujetos con los que tenemos que interactuar, por lo tanto en la transformación de sus subjetividades, sus morales y sus éticas” (Zambrano, 2006, pág. 103).

Cultura

Durante el periodo clásico de la antropología se conoció y se usó la definición de cultura propuesta por Edward Burnett Tylor (1832-1917), en su obra *Cultura Primitiva* publicada en 1871. Allí manifestó que “la cultura o civilización, en sentido etnográfico amplio, es ese todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre en cuanto miembro de una sociedad” (Pellon, 2010, pág. 3). La cultura se comprende como una organización que construye normas, costumbres, interpretaciones, códigos morales, interacciones sociales, lenguaje, y medios de intercambio.

A partir del siglo XVII, la categoría de cultura se abordó inicialmente desde un planteamiento evolucionista hasta una perspectiva funcionalista con exponentes como Herbert Spencer y Henry Morgan, quienes asociaban la estructura y funcionamientos de la sociedad a la estructura y función biológica de un organismo vivo articulado a una dinámica condicionada según las leyes de la naturaleza, y acorde a un desarrollo lineal que orientaba diferentes pasos y avances para distintas sociedades. Sin embargo, a medida que la noción de cultura se fue distanciando del paradigma de las ciencias naturales, se asumió que la sociedad no se asemejaba al funcionamiento de los organismos vivos y que tampoco se medía en un tiempo lineal de un “antes” o “después”, ya que la cultura se comprendió como algo cambiante y en construcción. Así, “la cultura es ante todo un concepto donde no aparece la noción de finalidad, ella no se propone fines específicos o se busca a través de ella llegar a ninguna meta previamente” (Abello, Zubirías & Sánchez, 2000. pág. 39).

Desde el siglo XVIII hasta el siglo XIX el concepto de cultura cambió tanto que según la perspectiva francesa, esta se refería a lo que se denomina como civilización: “En Francia, en el llamado Siglo de las Luces, el concepto era optimista del progreso y la modernidad, porque se fundó sobre la potencialidad de la razón humana y culminó en un término (...): la civilización” (Ruiz, 2014, pág. 17). A diferencia de esta perspectiva, en Alemania la cultura se asocia con la palabra *Kultur*, que hace referencia a las características históricas de una comunidad y a la relación con un territorio propio. En efecto, evoca el concepto relacionado con cultura, *Volkgeist* (Ruiz, 2014).

Aunque estas son corrientes principales del término, la cultura toma distintos matices a partir de diferentes enfoques y perspectivas teóricas, entre ellas la planteada por la escuela norteamericana liderada por Franz Boas y sus aportes sobre el particularismo y el relativismo cultural. Esto trajo como consecuencia un campo para seguidores como Ruth Benedict, Alfred Kroeber, entre otros que abordaron el concepto de cultura desde las particularidades del individuo. Existen otras miradas al respecto, como la de la escuela de sociología francesa encabezada por los aportes de Emile Durkheim y Marcel Mauss, quienes influenciaron a A.R. Radcliffe-Brown y otros sucesores de una línea estructuralista

de la cultura (Bohannon Paul, 1993), que la percibe como una organización social construida a lo largo del tiempo.

Es así como en el proceso de significación del concepto de cultura, podemos suponer que aunque en inicio la cultura se midió por un determinismo biológico e incluso se usó para fijar estados de desarrollo de las sociedades según la idea de civilización, también se concibió como un arraigo a una identidad y actualmente se asume desde las ciencias sociales que el concepto de cultura debe ser abordado de manera amplia, deliberativa y bajo la premisa de ser un concepto en constante proceso de construcción social e histórica.

Con lo anterior, se observa que la categoría *cultura* implica procesos que configuran lógicas de pensamiento para cada organización social a lo largo del tiempo. Como ocurre con la regulación del comportamiento del ser humano, la interacción con el otro, la relación con los ambientes, la creación de códigos morales, la organización política, la estructura social, el uso de un lenguaje común, la fabricación de productos y medios para el intercambio, entre otros acuerdos sociales, económicos y morales que moldean la conducta de las personas y grupos sociales inscritos en una estructura social determinada.

El término de estructura se refería a un tipo de disposición organizada de las partes. En la estructura social, estas partes son personas individuales que participan en la vida social, ocupando posiciones en la red social. La red social se compone de relaciones sociales entre los individuos de una sociedad, quienes están controlados por normas o modelos (Bohannon Paul, 1993, pág. 308).

Aunque respecto a la noción de cultura han surgido diversas deliberaciones y debates académicos relacionados con la comprensión de la categoría y sus implicaciones, este documento no pretende profundizar genealógicamente en el concepto, ya que la asumimos en los términos de Edward Taylor, como un conjunto de pautas y comportamientos creados y aprendidos por el hombre en sociedad, a partir de la interacción con el otro y los acuerdos mínimos para interpretar el mundo social. Lo anterior se da por medio de los símbolos, las creencias, las costumbres, los lenguajes y las pautas de comportamiento de un grupo social.

A pesar de que aquí se mantiene una noción de la cultura como referencia para abordar casos en salud indígena, se ha manifestado en párrafos anteriores que la cultura se reconoce como una categoría en constante cambio y construcción. Así se concibe ésta como una forma de abordar la organización social que es permeada por múltiples variables y condicionantes históricos, económicos, etc., que la hacen un concepto en constante construcción social: “Deberíamos considerar las culturas humanas como constantes creaciones, recreaciones y negociaciones de fronteras imaginarias entre “nosotros” y el/los “otro(s)”. El “otro” siempre está también dentro nuestro y es uno con nosotros. Un sí mismo es un sí mismo sólo porque se distingue de un “otro” real, o más que nada imaginario” (Benhabib, 2006, pág 33).

Entonces esta noción de cultura se trae en este trabajo de investigación fundamentalmente para comprender las diferencias entre las culturales, puesto que entendemos que cada una de ellas tiene una dinámica inscrita en los aspectos sociales propios. Por eso es importante traer este concepto para abordar los retos éticos y culturales que surgen en el horizonte de la bioética en relación con las afectaciones a la vida y la muerte, ya que los conflictos entre culturas surgen por el choque entre los distintos esquemas de pensamiento y cursos de acción.

La cultura, sin duda tiene profundos impactos sobre los estilos de convivencia, no solo de una sociedad a otra, sino al interior de las mismas sociedades. Esto es lo destacable, pues no por ser miembros de una misma comunidad, se están entendiendo las cosas de la misma manera, ni las disposiciones éticas se ajustan con el mismo rasero, como cuando se ajusta un chip. (Zambrano, 2006, pág. 101)

Interculturalidad

La interculturalidad es un concepto, más que un simple término que usa por el prefijo inter, que significa “entre” o “en medio”. En nuestro caso lo aplicamos para señalar la relación que se establece entre dos o más culturas con valores distintos o muchas veces diferentes, más no separados, aunque así lo parezca y siempre con la posibilidad o la inevitabilidad de

ser intercambiables. La interculturalidad se concibe en el marco de “las distintas ideas, nociones y conceptos que se han aplicado durante la modernidad, que tiene su génesis a finales del siglo XV en el concepto de tolerancia, sus definiciones y usos, seguido por los de pluralismo y multiculturalismo para llegar en el siglo XXI al de interculturalidad” (Ruiz, 2014, pág. 11).

En este sentido, se define la interculturalidad como una herramienta de encuentro entre diferentes culturas, que aunque se aproximan entre sí, evitan que una se subordine a la otra, como suele ocurrir con la lógica hegemónica de occidente. Por ello, la interculturalidad debe dar cabida a las demás culturas, ya que a partir del encuentro con el otro se puede dar la mediación entre ideales y conductas que aunque en principio se chocan con diferentes referentes, es el camino para reconocer otras valoraciones sociales, evitando replicar procesos de aculturación donde se anulan por completo otros valores y prácticas sociales. Por eso la interculturalidad es un espacio de encuentro entre la diferencia, para reconocerse y asumirse desde sus propios mundos sociales y morales, sin homogenizar al otro y sin implementar lógicas de pensamiento hegemónico. Es así que la interculturalidad intenta aprehender al *otro* en la diversidad de valores que adquiere la vida y la muerte: “La interculturalidad no crea incertidumbre, ni proyecta nihilismos, ni trivializa la operación ética; por el contrario, lo que promueve es un cuidado mucho mayor respecto de qué puede significar una cosa en un determinado momento” (Zambrano, 2006, pág. 90).

En el encuentro de distintas culturas que se relacionan a través de espacios sociales en los que coexisten por dinámicas sociales e históricas, surge la necesidad de mediación, así la interculturalidad se constituye en una herramienta social valiosa, porque es:

la interacción entre culturas de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes. En las relaciones interculturales se establece una relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo; sin embargo, no es un proceso exento de conflictos, estos se resuelven mediante el respeto, el diálogo, la escucha mutua, la concertación y la sinergia. (Almaguer, Vargas & García, 2014, pág. 17).

Así mismo, la interculturalidad se convierte en una categoría con diferentes acepciones y aplicaciones que dependen del contexto en el que se use, puede ser en aspectos políticos, educativos y médicos. Por ejemplo, las consideraciones que se han construido sobre la interculturalidad como herramienta que posibilitan el encuentro con el *otro* en el campo de la salud, así como ha sido aplicada en Colombia a partir del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), que busca promover la concertación, el diseño y la ejecución de acciones diferenciales en salud pública, con el fin de adecuar la atención en salud para la población indígena, según su contexto socio- cultural: “El PDSP garantiza el desarrollo de un conjunto de estrategias y acciones en salud incluyentes, que acogen, reconocen, respetan y protegen la diversidad, formuladas desde las particularidades sociales, culturales, religiosas, de género y de etnia, etc.” (ABC del Plan Decenal de Salud Publica, 2013, pág. 17).

El uso de la categoría de la interculturalidad en la salud pública está relacionada con la población vulnerable, que incluye a los grupos étnicos, por eso la salud pública en población indígena adquiere un matiz diferencial respaldado por lineamientos nacionales e instrumentos jurídicos que se orientan hacia el reconocimiento y la adecuación de la atención en salud a partir de lo diferencial. Acciones que se acompaña de espacios de concertación entre las autoridades indígenas e instituciones, para articular la medicina de la sociedad occidental y el saber ancestral de los pueblos indígenas, a través de la empatía, el diálogo y la construcción conjunta de conocimiento: “la comunicación y coordinación comprensiva entre los diferentes saberes y prácticas de los pueblos y las instituciones del SGSSS, genera el reconocimiento, la valoración y el respeto a su particularidad, en el plano de la igualdad, armonía y equilibrio” (Decreto 1953, 2014, pág. 41).

Usar esta categoría es esencial ya que se debe visibilizar la necesidad de fortalecer un diálogo durante el encuentro entre diferentes culturas que orienten hacia la construcción de puentes de entendimiento en medio de la diferencia. Esto implica establecer algunos acuerdos mínimos debido a las distintas nociones sobre la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. La comparación entre los principios éticos más los elementos culturales de la sociedad occidental y de los pueblos indígenas, es un ejemplo de las controversias que surgen entre los significados que afectan la vida y la muerte: “los valores no se encuentran

determinados, sino que son creados, inventados según un conjunto de condiciones y circunstancias que permiten su surgimiento” (Libro Blanco sobre el dialogo intercultural, 2008, pág. 21)

La interculturalidad se propone como medio para aproximar los distintos valores que construyen las sociedades para comprender la vida y la muerte, ya que son conceptos que “han ido cambiando de sentido, o han ido definiéndose de modo distinto a lo largo de la historia.” (Gracia, 2006, pág. 19). Esta categoría de la interculturalidad permitiría reconocer la condición dinámica de las culturas y la interacción entre ellas. Por eso se hace posible el encuentro entre las culturas y sus significados, sin imponer una lógica absoluta que defina universalmente la vida y la muerte: “la ciencia y la medicina occidentales modernas son un constructo humano. Por ello, sólo constituyen un sistema de pensamiento y representación de la realidad, no la realidad en sí misma” (Perdiguero & Comelles, 2000, pág. 72).

De este modo, la categoría de interculturalidad nos permite hacer una aproximación entre distintas culturas para mitigar las tensiones que surgen entre ellas, lo que amplía el panorama de comprensión sobre el sentido de la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. Ello, en virtud de un diálogo como mediación para acercar el mundo occidental y el mundo indígena.

Por esto, la interculturalidad se expone como parte de la triada conceptual de la presente investigación porque además de permitir el encuentro entre diversas culturas, ofrece la posibilidad de crear acuerdos mínimos sobre nociones y prácticas en común respecto a la concertación del bienestar individual y colectivo. También, integra elementos culturales y principios éticos diferentes y promueve la construcción conjunta de nuevos sentidos relacionados con la vida, la salud, la enfermedad y la muerte, con el objetivo de evitar la imposición de una lógica de pensamiento hegemónica dando cabida a otros mundos:

Una cosmovisión en la que se comprende el universo como totalidad interconectada; el cuerpo humano, que incluye a la mente y el espíritu, conectado estrechamente a ese universo, y una concepción de la salud y enfermedad como estados de equilibrio y desequilibrio entre distintos factores entre los que sobresalen los elementos fríos y

calientes, derivados del comportamiento individual y de las relaciones sociales, ambientales y espirituales. (Almaguer, Vargas & García, 2014, pág. 143)

Esta categoría resulta imprescindible para lograr un auténtico encuentro con el *otro* y dialogar en medio de la diferencia. Se trata de aprehenderlo desde las interpretaciones y mundos construidos a partir de cada cultura. El ejercicio por un genuino encuentro con el *otro* enriquece la comprensión de los sentidos y las prácticas construidas para configurar un mundo de valores particulares, por el cual los sujetos y colectivos nombran y se apropian de experiencias del ser humano, tanto individuales como colectivas para dar un sentido a la enfermedad, la salud, la vida y la muerte: “La introducción de la dimensión cultural y la observación empírica en los análisis de la bioética contribuye a entender cómo se inserta la bioética en la trama de la acción colectiva, y en el tejido social” (Zambrano, 2006, pág. 102).

Por lo anterior, proponer en la presente investigación las categorías, *bioética, cultura e interculturalidad*, nos posibilita abordar de otro modo y ampliar el panorama de los casos o situaciones que tienen que ver con la salud de la población indígena. Con ellas se pretende brindar un enfoque teórico que permita tomar desde otra mirada, los conflictos entre culturas a partir de reflexiones bioéticas respecto a las diferencias culturales que implican un reconocimiento más allá del simple reflejo de lo occidental.

Por eso, en este documento se parte del supuesto de una problemática con denotación ética que afecta la vida y la muerte, lo que evoca la necesidad de construir un puente de entendimiento que oriente los cursos de acción moral. Esto implica el reconocimiento cultural como herramienta necesaria para comprender las diferencias relacionadas entre el significado de la vida, la salud, la enfermedad y la muerte por parte de diferentes culturas. Además, se trata de involucrar la interculturalidad para generar acercamientos, diálogos deliberativos y morales entre las culturas y evitar que se descarten las nociones que no hacen parte de la estructura social de lo que se ha configurado y presentado bajo la categoría de Occidente.

Capítulo 3. Aproximaciones de la bioética a los problemas que surgen a partir de la interculturalidad.

En el presente capítulo se exponen los retos constitutivos de la bioética que consideramos básicos a la hora de encontrarse en situaciones donde hay conflicto ético entre dos o más culturas y en que la vida de una persona está en algún grado de riesgo. Una apuesta que sostenemos es que la bioética intercultural se configura como un puente de entendimiento, reflexión conjunta, deliberación y una toma de decisiones justa entre dos o más culturas que con sus respectivas cosmovisiones presentan conflictos vitales. En nuestro caso, hemos venido planteando que la bioética tiene constitutivamente un reto y es el de lograr ser una mediación que pasa por poner en diálogo diversos saberes o sectores de la realidad (Calderón, 2013, pág. 21), en concreto aspectos de la vida y la muerte.

En este sentido, consideramos que la bioética intercultural, refleja de la manera más específica ese papel de mediación dialógica. Acoger este pensamiento de la mediación dialógica, implica un tejido de acuerdos mínimos ético-morales que esclarecen el problema o los problemas más de fondo que se presentan en una situación de una sociedad plural e intercultural. Este esclarecimiento es básico porque es el que va a permitir la canalización de la acción moral a definirse y permitirá identificar posibles riesgos para el diálogo.

Esto implica aceptar un valor humano como es el diálogo, puesto en marcha entre distintos e iguales, y propiamente entre el *nosotros*, los formados en un pensamiento occidental que está referido a la práctica de la medicina alopática, a todo el sistema actual de atención en salud y al conjunto de creencias y racionalidades de tipo instrumental., y los *otros*, formados en un pensamiento no occidental, en este caso del pueblo indígena. Este diálogo requiere de mínimos éticos: reconocimiento, respeto, participación y responsabilidad. La acción moral evita de manera anticipada lo que sería la imposición de lógicas hegemónicas. Tiende al diálogo. En este punto se propone un aspecto básico de la bioética intercultural y es el diálogo deliberativo; “dado que la mayor parte de los problemas morales, particularmente los que competen a la bioética, no tienen una solución unívoca, solo queda el arduo camino de la deliberación, de la “moral dialogante” (Calderón, 2013, pág. 41).

Cuando nos referimos a *nosotros* y a los *otros*, estamos indicando una sutil y significativa distinción entre representaciones de una cultura, a la que *nosotros* llamamos occidente y los *otros*, quienes aun conviviendo en la misma cultura occidental, pertenecen a un grupo distinto, con cosmovisión, creencias y prácticas que no hacen parte de la lógica de occidente. Si bien la puridad no existe, no podemos ignorar las importantes diferencias a la hora de interpretar el mundo en que vivimos. No pretendemos establecer una separación entre el *nosotros* y los *otros*, sino una distinción para guardar las identidades que entran en conjunción y unidad en el marco de una sociedad que denominamos occidental.

En unos párrafos atrás, hemos afirmado con Calderon que, frente a los problemas morales en casos de interculturalidad, la bioética debe impulsar el diálogo deliberativo. Él lo denomina como una moral dialogante, que en este caso sería aplicado a unas formas de entender y actuar de manera distinta, hechos como la vida misma, la salud, la enfermedad y la muerte. En este sentido la deliberación es posible porque a la base de su actuar está el planteamiento de preguntas que consecuentemente posibilitan una dinámica de reflexión.

La generación de preguntas tiene un valor significativo porque son estas las que abren un camino a un diálogo deliberativo, si no hubiese preguntas podríamos caer en el choque, la imposición de una fuerza hegemónica o la imposibilidad de una interculturalidad. Desde esta perspectiva nos planteamos algunas de las siguientes preguntas para poner en marcha los retos de una bioética intercultural en relación a situaciones e incertidumbres de la salud indígena; ¿cómo lograr un entendimiento por medio del reconocimiento, el respeto, la participación y la responsabilidad entre dos o más culturas, en el momento en que la población indígena es objeto de atención en salud por parte de la medicina occidental? Esta pregunta la convertimos en la guía de análisis de este capítulo, ya que está en juego la valoración bioética del caso intercultural que nos acompaña, como de otros posibles casos. En esta misma pregunta están implícitas otras preguntas como: ¿qué entendemos por reconocimiento, respeto, responsabilidad y participación?, ¿por qué la población indígena acude al sistema de salud de la sociedad occidental con la que convive?, ¿qué entendemos por atención diferencial en salud indígena?, ¿Quién debe garantizar los mínimos?, entre otros.

Con el propósito de comprender de manera más precisa el aspecto deliberativo de la bioética, consideramos fundamental indicar el papel mediador de quien hace uso de éstas herramientas, ya que si la bioética es mediación, ello implica reconocer a quien facilita el diálogo, quien a partir de la empatía y la participación, promueve la construcción de acuerdos y valoraciones de los hechos ocurridos, para la correspondiente toma de decisiones conforme a una acción moral conjunta. Entendemos que un propósito de la bioética intercultural como mediación dialógica está en lograr comprender los diversos puntos de vista:

En las pocas frecuentes ocasiones en que se logra un consenso, aunque este no satisfaga a todas las partes tendrá muchas más legitimidad y mayor peso moral si surge como producto de una decisión razonada y razonable, en la que, por lo menos, se haya hecho el esfuerzo por comprender los puntos de vista contrarios antes de tomar una decisión. (Calderón, 2013, pág. 41)

Con base en lo anterior, queremos precisar que para lograr que la bioética aborde los aspectos culturales que afectan la vida y la muerte de personas que pertenecen a población indígena, se requiere la construcción de canales de comunicación durante un encuentro en el que se busque el entendimiento a partir de los aportes de cada acervo epistemológico. Criterios como el respeto y el reconocimiento, facilita el diálogo y la construcción de acuerdos comunes. Panorama en salud indígena que configura un reto significativo ya que la atención en salud para la población indígena debe ser abordada de manera holística por la bioética;

“Sigue siendo el mayor y más importante reto para la ética y para la bioética: poder lograr ciertos acuerdos alrededor de unos pocos valores que se puedan universalizar para ser aplicados con el apoyo de la razón, es decir, sin imponerse, aunque se llegue a ellos por diferentes vías. Estas vías corresponderían a las distintas concepciones sobre la vida y sobre la moral que tienen las diversas comunidades humanas” (Calderón, 2013, 13).

La figura mediadora en el diálogo.

La aproximación a la bioética intercultural en el marco de la atención en salud de una persona con pertenencia étnica determinada, implica la participación de una figura mediadora que facilita el encuentro entre las personas que se inscriben en distintas culturas, es este rol el que tiene la función de gestionar el diálogo y orientar la construcción de acuerdos que orienten cursos de acción conjuntos entre las personas involucradas. Usando el diálogo como herramienta de encuentro con el otro, y evitando la resistencia que se genera hacia el otro, en virtud de sus diferencias. Ya que puede que no les resulte fácil interactuar con el otro ni re evaluar sus argumentos ante otros mundos morales. En tanto que suele ocurrir que el ser humano se aferra a argumentos etnocéntricos que lo llevan a considerar que sus esquemas de pensamiento proporcionan las nociones absolutas sobre fenómenos que afectan la vida y la muerte en personas que interactúan entre sí en una sociedad plural.

La figura mediadora como gestor del diálogo entre las personas, debe promover la identificación de lo común entre los intereses personales y colectivos, resaltando la importancia de que estos últimos se construyen en una red social que teje sentidos y prácticas con los otros, que involucran aspectos políticos, económicos, éticos y científicos. El facilitador le apuesta a establecer un diálogo moral por medio del reconocimiento, el respeto y la responsabilidad como herramientas para tejer compromisos necesarios entre unos y otros. Cuestión que lleva a la aproximación de los distintos mundos de valores y de hechos de las culturas para lograr un fin común relacionado con la vida, la salud, la enfermedad y la muerte.

El facilitador promueve el diálogo y construye una valoración bioética en la que incluye la voz y la participación de *nosotros* y *otros* en el marco del reconocimiento, el respeto, la participación y la responsabilidad, para abordar los diversos significados de la salud, la enfermedad, la vida y la muerte. Además orienta la construcción de objetivos comunes y cursos de acción moral teniendo en cuenta cada una de las personas involucradas con el objeto de propiciar un auténtico reconocimiento del *otro*, respetándolo y haciéndolo

partícipe del diseño y de la ejecución de cada estrategia diferencial, lo que involucra responsabilidades además de identificar posibles riesgos que podría tener el diálogo.

En conclusión, con la compañía de la figura del mediador se pueden esclarecer las tensiones en el marco del diálogo, con la construcción de estrategias diferenciales, la delegación de responsabilidades y la identificación de aspectos que podrían implicar posibles riesgos para gestionar el diálogo y bloquear la comunicación. Es la figura mediadora, quien configura la pregunta sobre los posibles problemas bioéticos que se generan conforme a los diferentes elementos culturales y principios éticos. Ya que involucra las diferentes nociones culturales en torno a la salud, la enfermedad, la vida y la muerte, por eso, es quien aviva la pregunta sobre ¿Cómo hacer posible el encuentro entre nosotros y el otro en el marco del reconocimiento, el respeto, la participación y la responsabilidad? Teniendo como precedente los hechos y valores vinculados por las diferentes nociones, prácticas y representaciones respecto a la vida y a la muerte durante la atención de indígenas, como ocurrió con Silvia.

En el caso de Silvia, consideramos que esta figura mediadora debe promover el diálogo enfocado en una valoración bioética, en la que incluye la voz y la participación de todos en el marco del reconocimiento, el respeto, la participación y la responsabilidad, para abordar los diversos significados de la salud, la enfermedad, la vida y la muerte. Esto implica asumir ciertas responsabilidades a partir del lugar de acción, ya sea científico o ancestral. En este sentido un resultado de la gestión del mediador es la distensión de la problemática, la construcción de estrategias diferenciales y de la delegación de responsabilidades.

Estamos planteando una bioética intercultural que como mediación dialógica, necesita de la participación de una persona (medico, abogado, entre otras) que facilite el entendimiento entre las partes. En este caso, entre el médico y el sabedor indígena; pues como hemos vislumbrado, en base a las tensiones surgen problemas de reconocimiento, respeto, participación y responsabilidad. Aspectos que bien atendidos aportarían claridad en las valoraciones que la bioética hace en casos de conflictos interculturales. Se hace posible la pregunta, el diálogo y la valoración bioética para comparar diferencias y semejanzas entre los significados que afectan la vida y la muerte en diferentes culturas. En efecto, se

lograrían acuerdos con puntos de referencia comunes que impliquen una acción moral conjunta, en este caso, entre el médico y el sabedor indígena.

Con esto hemos querido resaltar varios aspectos, de un lado que la moral dialogante de la bioética que funciona bajo el pensamiento de la mediación y que esto es posible si hay un mediador que gestione, ese diálogo que es reflexivo, deliberativo, valorativo, clarificativo y conectivo entre las diferentes posiciones. Este es un reto, que deja preguntas aún abiertas, como por ejemplo las cuestiones que afectan la vida y la muerte, y se desbordan del carácter moral; ¿Qué haría la bioética ante aspectos que al involucrarse en las dinámicas de un caso, acentuarían las diferencias y generarán rupturas entre las personas de distintas culturas?.

Paso resolutivo de las tensiones generadas en el marco de la atención de Silvia.

La bioética intercultural como mediación dialógica para resolver los conflictos culturales que afectan la vida y la muerte de indígenas, es una apertura a la posibilidad de tejer un puente de entendimiento entre las distintas partes, *nosotros* y el *otro*, con la intención de reconocernos, respetarnos, participar y cumplir con las responsabilidades que implican la construcción de acuerdos y cursos de acción moral. Como se mencionó anteriormente, el gestor de una bioética intercultural es quien, desde su estructura cognitiva, emocional, técnica y consciente de su papel, promueve el diálogo entre los diferentes actores, en nuestro caso, el médico, el sabedor indígena y posteriormente, el pastor, quien finalmente se resiste ante todo lo demás, y entorpece los canales de comunicación entre la familia y los médicos.

El facilitador del diálogo tiene la intención de esclarecer las tensiones que afectan las decisiones y los cursos de acción de carácter moral. Por ello, proponemos un ejercicio de valoración con cada tensión para ejemplificar, cómo desde la bioética intercultural podría dar otro rumbo distinto y al menos más equitativo a las situaciones que afectan la vida y la muerte de las personas con pertenencia étnica determinada. Para esto, se abordan las

tensiones para esclarecer cómo surgen y cómo se podrían disolver las dificultades en salud indígena desde lo teórico, lo práctico y la representación. Surge el reto de entender el significado de los conceptos en cada cultura con el fin de tener puntos de referencia en común y lograr claridad en el asunto que afecta la vida y la muerte; así, lo práctico logra fluir a procesos menos traumáticos y las representaciones revalúan su postura dogmática y de poder.

Lo anterior nos invita a preguntar, ¿Qué significa enfermedad, vida, salud y muerte para cada una de las perspectivas socio-culturales involucradas? Aquí hay un aspecto asociado al conocimiento de cada una de las perspectivas culturales y su respectiva comprensión. Siguiendo esta línea de pensamiento, cabe indagar ¿Qué tipo de atención médica se debe ofrecer a Silvia según las distintas herramientas de la medicina y del saber tradicional?, es decir, ¿Debe prevalecer una sobre otra? Esta pregunta nos plantea el desafío del reconocimiento de cada epistemología y la aplicación de valores sobre la salud y la enfermedad en el caso de Silvia.

Además se plantea la controversia que surge entre las distintas figuras que se configuran como referentes sociales e intervienen durante en el proceso de toma de decisión y de elección en el curso de acción moral, por lo que cabe preguntar sobre ¿Quién, realmente, tiene la autoridad para decidir ante temas relacionados con la vida, la muerte, la salud y la enfermedad de una persona indígena como Silvia? ¿Cómo posibilitar las mejores decisiones para estos casos cuando hay más de una autoridad?, entre otros interrogantes que surgen durante la atención en salud de una persona con pertenencia étnica como Silvia.

Como ya vimos, en el primer capítulo, la primera tensión se genera entre las decisiones planteadas por el médico y el sabedor indígena, por la diferencia de nociones relacionadas con la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. Mediante el diálogo bioético, se pretende la re-significación de las nociones mencionadas. Esto tiene quizá un costo alto para cada parte, pero enriquece las posibilidades de actuación. De este modo, se construyen espacios para identificación de las referencias comunes y articulación de los elementos culturales del pensamiento indígena y los principios éticos del pensamiento occidental. Si bien la vida y la salud para la medicina alopática se miden en términos de lo corporal más un estado de

bienestar físico, para los pueblos indígenas la vida se concibe como una conexión con todo y la salud como armonía entre ese todo en conexión que involucra la naturaleza y lo espiritual. Además, para los indígenas hay un aspecto ontológico relevante: el vínculo entre la vida y la salud con el territorio. Esta relación es para ellos algo central en tanto que el territorio es trascendental para definir la vida, la salud, la enfermedad y la muerte.

Lo mismo ocurre con las nociones de enfermedad y muerte, ya que una vez se tiene la disposición para comprender qué significan para el *otro*, es posible ampliar las referencias y comprender que, aunque el médico asuma la enfermedad a partir del determinismo biológico, no ocurre igual para los pueblos indígenas que conciben la enfermedad como una falta de armonía en las relaciones entre el ser humano, la naturaleza y la espiritualidad. Ahora bien, la manera diferencial para abordar esta primera tensión, implica explorar y comprender tanto las referencias como los sentidos que el otro usa durante la atención en salud de una persona indígena, lo que requiere de la participación de un tercero que promueva el diálogo entre el médico y el sabedor, para que en conjunto, se logre un sentido que acoja los diferentes nociones y valores que se relacionan con la vida, la salud, la enfermedad y la muerte.

Es por esto que no es adecuado actuar bajo una sola perspectiva cultural cuando se involucran más de dos culturas. En nuestro caso, el concepto *vida* puede ser ampliado en la medicina desde su referencia corporal más el saber ancestral con la referencia ambiental y espiritual. No olvidemos que para los pueblos indígenas existen los espíritus como los del bosque, el viento, la pantera, entre otros, así, la vida y la salud se tendrían que asumir en casos de salud indígena, en términos de un todo que sobrepasa lo corporal de la vida humana.

En este escenario, la bioética intercultural tiene el reto de, además de reconocer y respetar al *otro*, promover los acuerdos mínimos sobre las referencias en común respecto a la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. Así mismo, debe promover la participación de ese *otro* de manera efectiva durante el diseño y la ejecución de las acciones sin crear aislamientos o sometimientos por relaciones hegemónicas o de dominación. Una forma de esclarecer esta tensión es gracias a la participación de todos los involucrados en la construcción de

estrategias interculturales que permitan garantizar en temas de salud indígena, una atención diferencial adecuada a partir de acuerdos comunes que contemplen los diversos contextos socio-culturales: “el cambio en los valores bioéticos, en lugar de ser simplemente algo que tendría que ver con caracteres, personalidades o subjetividades básicamente idiosincrásicas y particulares, vendría marcado también (y sin negar las excepciones o singularidades) por los contextos sociales e históricos en que se vive” (Mayos, 2011, pág. 74).

En la construcción de este tipo de estrategias interculturales se tienen grandes retos durante el diálogo intercultural. Además de despojarse de sus referentes como absolutos, se debe abrir el espacio para la articulación con el *otro* e involucrarlo en las acciones y así, adecuar la atención en salud indígena para que el médico interactúe con el sabedor ancestral. En este sentido se plantea una atención en salud diferencial para la población indígena, la cual implica el reconocimiento y la participación de la red comunitaria y el vínculo con el territorio: “Desde esta perspectiva podemos ver que nuestros sufrimientos y placeres son muy similares a los de otros; y que no hay razón para prestar menor consideración a los sufrimientos de los demás solo porque son “los demás”” (Singer, 1995, pág. 262).

En esta estrategia es fundamental involucrar aspectos logísticos que le competen a la Empresa Promotora de Salud (EPS) y a la Institución Prestadora de Salud (IPS). Ya que una atención diferencial en salud indígena que articule el saber médico y el saber ancestral por medio de estrategias interculturales, requiere de trámites institucionales como los traslados, las autorizaciones, los retornos y demás servicios de salud que deben ser garantizados con prioridad y respuesta oportuna. Por eso, esta segunda tensión expone cómo en el plano práctico se plantea la interacción entre los distintos quehaceres respecto al cuidado de la vida, la salud, la enfermedad y la muerte, con el fin de dar una atención en salud complementaria que respeta la diferencia y a su vez aporta al propósito común. En nuestro caso, la estabilización de la salud de Silvia o la armonización de lo corporal, natural y espiritual de la menor, según las creencias de su comunidad y la garantía de los servicios en salud.

Es así como en este panorama se observa que el médico y otros profesionales involucrados en el caso, hacen parte de estructuras institucionales que condicionan la interpretación y comportamiento. Ya que la institucionalización de la práctica clínica en la que se inscribe el rol del médico y otras profesiones, implica una configuración de lo que se establezca respecto al cuidado y protección de la vida, y en este caso la representación de otras instituciones como el ICBF que tienen funciones como garantes de los derechos a la salud y protección de las personas que hacen parte de una sociedad particular: “Las institucionales guían de manera sistemática a la memoria individual y encauzan nuestra percepción hacia formas que resultan compatibles con las relaciones que ellas autorizan”. (Douglas, 1996, pág. 137).

Aunque las instituciones tengan la tarea de garantizar el cumplimiento de los derechos e intervenir en situaciones donde el bien común puede estar en riesgo. Sin embargo, como se identificó en el caso de Silvia existe debilidades institucionales en la atención en salud y seguimiento. Encargadas de concertar, diseñar y ejecutar estrategias diferenciales que no se realizaron, por parte de la IPS ni por la EPS. Acciones institucionales que tampoco se realizaron por el ICBF, quien pudo haber concertado con las autoridades indígenas y comunidad el retorno inmediato de la menor o tomar medidas para la custodia al nombrar una madre sustituta. Así que aunque existe una red institucional, no se tiene el mecanismo necesario para ser garante de los derechos de manera oportuna, diferencial y prioritaria.

En la tercera tensión se identifica el conflicto que surge por las figuras representativas que se repelen entre sí durante el proceso de toma de decisiones. Aquí se juega el mayor desafío bioético porque las cargas de autoridad son bastante fuertes e importantes en cada cultura. Por un lado está el sabedor indígena quien representa la autoridad de una comunidad con acervos epistemológicos constituidos principalmente por elementos místicos que conciben la vida del ser humano desde una conexión entre el ambiente, la naturaleza y la espiritualidad. Por otro lado, está el médico quien representa la autoridad médica y científica para la sociedad occidental, en el marco de un acervo epistemológico relacionado con el ámbito clínico y la apuesta al uso del método positivista y la tecnología para el cuidado de la vida y la salud; “muchos de los conflictos y debates más intensos de la

actualidad tienen que ver, sobre todo, con los valores bioéticos: cómo los sujetos los asumen para dirigir su propia vida y como las sociedades, culturas y Estados los regulan o protegen” (Mayos, 2011, pág. 65).

La confrontación entre médico y sabedor indígena se genera principalmente porque el médico niega la solicitud de retorno de Silvia al territorio. Es el médico quien manifiesta que la atención en salud de los menores se desborda de la decisión a nivel familiar e involucra la participación de instituciones, tal como ocurre con el ICBF; quien tenía la custodia de Silvia. Así, los profesionales e instituciones sugieren continuar con las quimioterapias hasta tener un diagnóstico favorable, que le permitía regresar a la comunidad y luego retomar la fase II de la quimioterapia: efectivamente como paso meses después cuando el médico autorizó el retorno de Silvia a la comunidad, con controles médicos y el posterior reinicio de la fase II.

Sin embargo este desplazamiento expuso a Silvia a la presencia de una tercera figura inscrita en las dinámicas de un sector de la comunidad, quien entra a interferir en el proceso de toma de decisión para los cuidados de la vida y la muerte de Silvia. Esta figura se afirma como pastor y se define como puente entre el nivel de lo espiritual y el mundo de los seres humanos, produciendo milagros. Esta tercera figura genera una situación aún más compleja porque si bien ya había una confrontación para decidir entre el manejo tradicional y el manejo clínico, esta tercera persona de supuesta autoridad es quien congela el diálogo entre médico y sabedor porque no permite el consenso entre éstas dos figuras representativas y anula las posibles opciones, al obstruir la situación a partir de proclamaciones relacionadas con un milagro.

Es por ello que ante este panorama de obstrucción del diálogo se hace preciso definir criterios y así concertar decisiones durante la atención en salud para identificar prácticas conjuntas sobre la vida y la muerte. Por ello, la bioética intercultural como mediación para el diálogo, debe intentar que cada una de las figuras de autoridad se apropie de las situaciones que están a su alcance y reconozcan que hay acciones que antes de llevarse a cabo deben ser resultado de un consenso, y así fortalecer la reflexión sobre las capacidades

y responsabilidad de cada figura de autoridad como ocurriría con el médico y el sabedor principalmente, quienes deben reconocer que tanto el trato clínico como el tradicional son necesarios para Silvia, quien define su esquema de pensamiento a través de lo corporal, lo natural y lo espiritual.

Por eso el médico debe actuar a partir de sus preceptos clínicos, mientras el sabedor actúa bajo sus principios tradicionales, ambos próximos al *otro* sin excluirse entre sí. Ya que cada uno de estos saberes tiene sus acervos epistemológicos que permiten el diálogo sobre principios éticos y elementos culturales orientados a tejer acuerdos que tiene como fin objetivos comunes, prioritarios durante el encuentro de las diferentes culturas. Por ello los aspectos culturales que afectan la vida deben lograr ser armonizados y prever situaciones que irrumpen en los diálogos, ya que aunque se usen los canales de comunicación con el otro, habrían acontecimientos que podrían ocasionar una ruptura en la interacción, como ocurrió con el pastor, quien obstruye el diálogo: “No merece el título de sociedad un grupo cualquiera de pasajeros de autobús o una aglomeración fortuita de gente: para ello, debe existir algún tipo de pensamiento o sentimiento comunes entre sus miembros” (Douglas, 1996, pág. 27).

Aunque en principio las tensiones evidencian los choques y el rechazo entre los argumentos elaborados por cada figura de autoridad, el médico y sabedor comparten un sentido de responsabilidad. Cada uno tiene una tarea específica en relación con el cuidado de la vida, la salud, la enfermedad y la muerte de Silvia, por lo tanto, un esfuerzo intercultural de atención y cuidado implica que cada quien realice y comparta sus respectivas responsabilidades con la intención de mantener el bienestar de la menor, como, por ejemplo, el médico al usar la ciencia, el sabedor ancestral al realizar los rituales de armonización según la ley de origen.

Sin embargo, respecto al involucramiento del pastor, quien desde el abordaje del caso y las narrativas de las personas involucradas lo describen como una persona que aunque no goza del reconocimiento por parte del total de la comunidad y tampoco del gobierno propio, si ha realizado un trabajo de persuasión y convencimiento a ciertas familias de la comunidad según lo cual intento difundir la creencia que las acciones tradicionales son fuente de mal, y que las acciones medicas no garantizan una curación, más según él un milagro era la cura.

El pastor acaparo la capacidad de decisión de los padres de Silvia, quienes persuadidos por el pastor negaban completamente toda acción relacionada con el manejo médico o tradicional de Silvia. Así es el pastor quien provoca que los canales de comunicación se bloqueen y congela los acercamientos que se habían generado anteriormente entre médico y sabedor.

Valoración bioética.

Este ejercicio de valoración bioética está orientado hacia la resolución de las tensiones ocurridas entre dos perspectivas distintas durante la atención en salud de indígenas por parte de médicos alopáticos. Así mismo, se plantea la bioética intercultural como herramienta para esclarecer dichas controversias entre los actores de diferentes culturas; todo ello, gracias al diálogo que resalta la aproximación a una bioética intercultural, a través de valores como el reconocimiento, el respeto, la participación y la responsabilidad.

Con el diálogo como instrumento operativo, se pretende asimilar, o al menos comprender, la perspectiva y el conocimiento de los otros, sus enfoques y sus puntos de vista, y también desarrollar, en un esfuerzo conjunto, los métodos, las técnicas, y los instrumentos conceptuales que faciliten o permitan la construcción de un nuevo espacio intelectual y de una plataforma mental y vivencial compartida. (Martínez, 2004, pág. 10)

Ante este panorama intercultural la bioética propone esclarecer estas controversias por medio de procesos que permiten re significar los conceptos y construir cursos de acción moral que permiten adecuar la atención de salud en indígenas, al cuestionarse sobre los aspectos sociales y culturales que se inscriben en el caso. Ya que la bioética intercultural, tienen objetivos alrededor de ideales morales que involucran a todos. Y por ello propone esclarecer controversias ente personas de distintas culturas, por medio de procesos que permitan re significar los conceptos y construir cursos de acción moral conjuntos, en virtud del diálogo con sentido ético respecto a la vida, la salud, la enfermedad y la muerte:

“La perspectiva cultural de la bioética es una aproximación a la producción de los fenómenos morales, éticos y tecno científicos, que permiten entender, intervenir, reproducir y transformar las prácticas y las instituciones dedicadas a la administración, conducción y reestructuración de los conocimientos, del sentido y de las hipótesis sobre la vida” (Zambrano 2006, pág. 88).

La bioética como herramienta de diálogo se dirige al reconocimiento de una identidad propia reflejada en la construcción del “yo” y en el reconocimiento del “otro”. Ambos, distintos y construidos en culturas particulares, pero con posibilidades de interactuar en escenarios de la vida social en los que debe primar el acuerdo de objetivos comunes, los cuales posibilitarían la articulación entre diferentes técnicas relacionadas con la vida y la muerte. La bioética intercultural se acerca y reconoce la existencia de un *otro* con proyecciones propias y vínculos colectivos que interponen sus figuras de autoridad.

Partir de la necesidad de reconocer y respetar las nociones y prácticas del *otro* es lo que nos lleva a comprender lo cambiante de los valores y los hechos, según tiempo y espacio. Esto ratifica lo fundamental de un diálogo para exponer y escuchar las referencias que usa el *otro* para representar los procesos que afectan la vida y la muerte en el marco de cada cultura; así, construir conceptos conjuntos que reflejen puntos de acuerdo comunes en los que podemos pasar a evaluar, medir y articular quehaceres relacionados con el cuidado de la vida y la muerte de ambas culturas y así mismo identificar limitantes al diálogo.

Es así como a través del uso de la bioética se podría promover una interacción entre el médico y el sabedor indígena, de tal modo que se dé entre ellos la acción de reconocimiento y respeto mutuo, respecto a la interpretación de cada uno y sus modos. Este proceso de acercarse a través del diálogo implica construir códigos de interpretación y de acción conjunta, que facilite la relación con el *otro*, con el fin de alcanzar un consenso sobre la acción moral que se ejecutara según este coordinada con el objetivo común. La adecuación institucional y la atención diferencial para la población indígena, permitiría la articulación entre médico y sabedor a través de estrategias interculturales, tales como hacer uso de un traductor, estar alerta en los síntomas que advierten la remisión de la menor de la

comunidad al centro de salud, estar pendiente de la adecuación de los servicios de transporte oportunos, cooperar en la adecuación institucional para espacios comunitarios, adaptar los alimentos y costumbres como uso de camas o hamacas, en suma, todo aquello que hace posible la apreciación y adecuación conceptual y práctica de la salud indígena.

Así mismo por medio del diálogo se logra esclarecer y construir conceptos, articular prácticas y coordinar el tipo de tareas que se requiere, según las responsabilidades de cada una de las partes involucradas. Esto se hace con el fin de que cada quien realice su tarea, lo que generará espacios para construir canales de comunicación, reconocimiento, respeto por el criterio ajeno, interés en promover la participación y otras estrategias diferenciales en salud indígena. La gran ventaja del diálogo es la oportunidad de configurar nociones y prácticas comunes acorde al contexto socio-cultural de las personas involucradas. Lo que exige que la aplicación de la bioética intercultural deba ser según cada situación. Pues, aunque se planteen estas herramientas para resolver tensiones que surgen durante la atención en salud de una persona con pertenencia étnica determinada, cada dinámica cambia según el caso.

Ya que se requiere un análisis de cada caso para ser abordado de acuerdo a las dinámicas de cada situación, así como se hizo con el caso de Silvia, que una vez contextualizada y descrita la situación, se pasó a identificar las tensiones para proponer una valoración de las mismas. Esto, solo es posible gracias a la aproximación de la bioética a los problemas interculturales, ya que así, se evidencia la importancia de generar espacios de diálogo y la construcción de acuerdos en los que ambas culturas actúan articuladas para el cuidado de la vida y de la muerte. Superado el conflicto de la diversidad de significaciones respecto a los conceptos que se juegan en esta situación, es posible problematizar tanto la noción de la vida como la actitud frente a la misma. Por ello, urge la necesidad de tejer estrategias que involucren la participación de las dos culturas al articular hasta donde sea posible el manejo tradicional de los pueblos indígenas y las sugerencias del médico profesional. Aquí, lo ideal sería que ambas partes fijen acuerdos previos para prevenir desenlaces fatales que aunque no garanticen la continuidad de la vida de la paciente, sí permiten explorar otras alternativas que se logran a través del diálogo.

Valorar los casos de población indígena durante la atención en salud a partir de una mirada bioética intercultural, implica que se describa el problema bioético de manera holística, dando cuenta de lo epistemológico y lo empírico, conforme a aspectos sociales, históricos, culturales y económicos que configuran las opciones para resolver la problemática hallada. Todo esto, según un soporte normativo y el uso de una solución que garantice los efectos más óptimos y la mitigación de los daños (Vries, 2011).

Así, en este capítulo se destaca el panorama que viven nuestras sociedades en relación con la salud de los indígenas, quienes en algunos casos deben ser atendidos por médicos alopáticos, sin herramientas para brindar una atención en salud diferencial y “humanizada”. Asimismo, se resalta la importancia de un experto y la pertinencia de una bioética intercultural en una sociedad plural que implica el encuentro entre nosotros y los otros. Encuentro que convoca la creación de espacios de diálogo para superar aspectos éticos y culturales que afectan la vida, con el fin de constituir acuerdos y cursos de acción moral que orienten hacia fines comunes para lograr una re-significación de las nociones, la adecuación de las acciones durante la interacción con el *otro* y la delegación de las responsabilidades según cada rol social y cultural: “llevar una vida ética nos permite identificarnos con la mejor causa, y hacerlo es el mejor modo de dar sentido a nuestras vidas” (Singer, 1995, pág. 258).

Todo ello, indica la propuesta de un camino para dialogar y construir una perspectiva de la bioética que permite un consenso acerca de cómo vivir mejor pese a los retos culturales.

Las sociedades desarrollan reglas éticas para que la cooperación sea más fiable y duradera. Los resultados benefician a todos los miembros de la sociedad, colectiva e individualmente. Adoptar una postura de entrada amistosa y cooperadora, entrar en una relación a largo plazo pero no dejarse explorar, ser directo y abierto y evitar la envidia, no son mandatos externos que nos ordenan controlar nuestras inclinaciones y apartarnos de la búsqueda de lo que nos conviene. Son sólidas recomendaciones para cualquiera que aspire a una vida feliz y plena como ser social. (Singer, 1995, pág. 183).

A la luz de todo esto se resalta la necesidad de plantear criterios respecto a las características del diálogo y los limitantes del mismo, ya que éste se debe garantizar, pese a que aparezcan riesgos, así como ocurrió en el caso con el pastor, quien obstruye los canales de comunicación. Esto con la intención de identificar discursos que aunque se pronuncien en los procesos de toma de decisión, bloquean el diálogo ya que son intervenciones que carecen de fundamento respecto a los saberes tradicionales y el saber de la medicina occidental, que si gozan de un saber con tradición y efectividad. Es decir, que para interactuar y construir acuerdos con el otro, se hace necesario que los sujetos involucrados gocen de un esquema epistemológico que fortalezca la argumentación y la práctica cultural.

Respecto a lo anteriormente mencionado, es preciso retomar lo ocurrido con el pastor que hacia parte de la comunidad a la que pertenecía Silvia, ya que justamente él podría ser el reflejo de un sujeto con el cual no se podría establecer un canal de comunicación, ya que su concepto oscurece y empobrece los elementos que pueden llevar a que la comunidad tome la decisión de manera autónoma, al estar éstos persuadidos por un discurso que solo se fundamenta en la ocurrencia de un milagro, sin profundizar si quiera en un sustento religioso. Por otro lado el caso nos ha permitido ver la debilidad de la red institucional quien no intervino como garante de los derechos fundamentales, y dejó el vacío para que el pastor manejara la situación de Silvia; ya que aunque él no gozaba de un reconocimiento por parte de toda la comunidad, ni se inscribía en una tradición religiosa fundamentada y estructurada, si logro obstruir la deliberación y no permitió el diálogo, manifestando que nada tenía mayor efectividad en la salud de Silvia que la realización de un milagro.

Por ello, es importante enfatizar que la bioética que busca abordar los aspectos culturales que afectan la vida y muerte, sugiere identificar los límites que se podrían presentar para realizar el consenso. Ya que muy posiblemente los factores, aspectos, situaciones, discursos, y demás partes de un hecho social, podrían estar configurando distintas problemáticas y aspectos bioéticos que aunque se valoren desde la ética y la cultura podrían requerir de otro tipo de acción, como una práctica de otro profesional o una intervención institucional, ya sea a partir de saberes como las ciencias sociales y el derecho, y las diferentes redes institucionales que tienen como competencia ser garante de los derechos. Por lo que se requiere que una vez identificado los límites para alcanzar acuerdos y cursos

de acción conjuntos, se deba señalar dicha situación a un actor institucional, con el fin de gestionar acciones orientadas a la protección del bien común y los derechos fundamentales.

Cuando hay un riesgo eminente de bloquear los canales de comunicación y cuando el diálogo no ha sido suficiente entre las partes involucradas es cuando tenemos que considerar la intervención de una esfera legal que garantice acciones que protejan la vida de personas con pertenencia étnica determinada, por ello se propone dejar abierta la pregunta, respecto al rol y alcance de la bioética ante dichos límites, es decir; ¿Qué haría la bioética intercultural ante situaciones que se desbordan de su alcance, pero que a la vez son situaciones que trastocan los acuerdos y acciones morales relacionadas con la vida, la salud, la enfermedad, y la muerte? ¿La bioética intercultural podría gestionar y sugerir la intervención institucional (legal) para decidir y actuar en relación con la protección de la vida y las garantías de los derechos fundamentales?.

“La apuesta por el diálogo y la deliberación implica, por supuesto, que no hay un solo método como tal que excluya a otros. Diversos métodos pueden coexistir, siempre y cuando se tengan en cuenta aspectos como la legitimidad de las decisiones colectivas; el respeto por los puntos de vista opuestos y las moralidades incompatibles; la solidez pero también los límites de los conocimientos requeridos; la escasez de los recursos y la conciencia de que el diálogo entre disciplinas no es una suma simple y que este no solamente se da entre saberes sino entre “realidades”” (Calderón, 2013, 34).

Finalmente, un aspecto a destacar en este capítulo, es la relevancia que le hemos dado al *otro*, porque en nuestro caso, el indígena, representado en Silvia, se configura en una categoría de valor y de respeto como ese que no está inscrito en una tradición occidental pero justamente es quien puede tener el riesgo de eliminación física, cultural, económica o política, ya que la continuidad de un proceso de aculturación podría implicar una pérdida de estos grupos étnicos (indígenas) para el conjunto de la sociedad.

En importan resaltar que aunque la sociedad occidental ha gestado diversos procesos de aculturación a lo largo de la historia, también ha tratado de realizar procesos de inclusión a través de espacios de participación y competencias institucionales, con el fin de reconocer

e incluir al otro como ocurre con la Constitución Política de Colombia (1991) que reconoce diversas culturas y evoca el ejercicio de inclusión que se ha gestado por parte de sociedades inscritas en esquemas occidentales, que cohabitan con otras culturas como el pueblo indígena. Siendo así necesario abordar al otro de manera holística y a través del diálogo, como lo afirma la declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

“Teniendo presente también que la identidad de una persona comprende dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales”. Y así “fomentar un diálogo multidisciplinario y pluralista sobre las cuestiones de bioética entre todas las partes interesadas y dentro de la sociedad en su conjunto” (Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, 2005, Pág. 9).

Es así como en este abordaje de los aspectos culturales y las afectaciones sobre la vida y la muerte, se busca el respeto, el reconocimiento, la participación, y responsabilidades tanto de los pueblos indígenas, como de los actores inscritos en la razonabilidad de la sociedad occidental, ya que ambos tienen un lugar definitivo en el ejercicio de reflexión de la bioética, puesto que en la diferencia cultural tenemos la riqueza de la unidad de la vida diversa.

Conclusiones

El ejercicio de investigación y la experiencia de escribir este texto, nos lleva a proponer unas conclusiones que sirven para resaltar la pertinencia de la bioética intercultural en Colombia y por qué no, en otros países en los que también se evidencian tensiones entre los pueblos indígenas y tendencias excluyentes de algunas sociedades.

En esta perspectiva se tiene la intención de promover la construcción de un puente de entendimiento entre distintas culturas, a través de un diálogo tejido por el reconocimiento y la participación durante la atención en salud a una persona parte de un pueblo indígena, como ocurre en el caso de Silvia. Situación que nos ayudó a ejemplificar las tensiones que surgen entre la medicina de la sociedad occidental y el saber ancestral de los pueblos indígenas, respecto a las diferencias entre los elementos culturales y las formas de valoración ético-morales; ¿Cómo pensar la bioética en casos con población indígena, en los que los conceptos, las prácticas y las representaciones relacionadas con situaciones que afectan la vida, la salud, la enfermedad y la muerte se convierten en un reto cultural para comprender la moral?. ¿Cómo explicar la enfermedad de Silvia desde dos perspectivas socio-culturales distintas?, ¿Cómo cuidar de la salud de Silvia desde dos quehaceres socioculturales diferentes? y ¿Quién es la autoridad para tomar decisiones sobre la vida de Silvia?. Estos interrogantes se han ejemplificado con la descripción y el análisis del caso.

Estas tensiones e interrogantes nos llevaron a un desarrollo conceptual y metodológico en el que se plantean caminos posibles para articular los elementos éticos y sociales que pertenecen a dos o más perspectivas culturales, ya sea en el plano teórico, práctico o representativo. Por eso las categorías de cultura, interculturalidad y bioética usadas en este texto, orientan situaciones en las que la bioética se inscribe en particularidades culturales con el fin de construir puentes de entendimiento entre personas y grupos sociales para alcanzar objetivos comunes que aunque sean diferentes entre sí, se relacionan gracias a procesos de toma de decisiones sobre la vida, la salud, la enfermedad y la muerte.

Es así como en el marco de lo anteriormente dicho se realiza una aproximación a la bioética como una herramienta para establecer el diálogo, el cual tiene como eje la pregunta por la vida y la muerte en el panorama de los mundos sociales y éticos que se construyen y coexisten por medio de las relaciones sociales inscritas en una sociedad plural: “Es precisamente este respeto por la pluralidad de culturas, que se expresan de múltiples maneras y entran en relación una con otras, lo que debe traducirse en una actitud moral de reconocimiento mutuo, hecho que es altamente encomiable” (Calderón, 2013, pág. 57).

Así mismo la aproximación a la bioética intercultural en la atención de salud indígena, brinda la opción de un abordaje diferencial del caso de Silvia gracias a los espacios de diálogo entre personas de distintas culturas, con el objetivo de establecer acuerdos que permitan re-significar conceptos en el marco del reconocimiento del *otro*, lo que implica tomar los conceptos salud, vida, enfermedad y muerte desde un panorama más amplio que incluye otras referencias distintas a la medicina alopática. Con ello, se consideran otros aspectos complementarios a los corporales como lo sugiere la cosmovisión de los pueblos indígenas que vinculan el cuerpo humano con aspectos ambientales y espirituales, que son significativos en el trato de la salud indígena, y que deben ser revindicados en el proceso de re-significación, en tanto este tipo de saberes han sido anulados en procesos de conquista e invasión por parte de Europa al continente Americano a lo largo de la historia: “Existe un amplio consenso acerca de que la medicina moderna se impuso y desplazó a la medicina natural y tradicional no siempre demostrando superioridad terapéutica, sino gracias a presiones políticas de colonizadores y neocolonizadores, hecho particularmente relevante en América Latina, y a presiones religiosas y económicas” (Freyre, 2008, pág. 439).

En este sentido, la aproximación a la bioética intercultural promueve el diálogo y la relación con el otro a partir del reconocimiento, el respeto, la participación y la responsabilidad, como herramientas básicas para construir acuerdos y cursos de acción moral conjuntos respecto a un bien común. Es por ello que a la luz del caso se plantea el uso de éstos valores para lograr la articulación de las técnicas clínicas y las tradicionales en los cuidados de salud indígena, ya sea para acordar la remisión de la persona por parte del sabedor indígena al médico para recibir la atención clínica en una institución en salud o para incluir los cuidados tradicionales durante la hospitalización de la persona.

Todo ello implica un diálogo que involucra la participación de ambas partes en virtud de sus capacidades y responsabilidades para actuar frente a un objetivo común. Se trata de lograr una convergencia entre concepciones y herramientas diversas, que en este caso, sería la articulación entre técnicas clínicas y tradicionales orientadas a la consolidación de estrategias interculturales para la salud y la vida, lo que lleva a una atención diferencial en salud indígena: “la ética y la bioética interpretan, pero, por supuesto, tienen que vérselas con una problemática compleja en la que deben articular principios, obligaciones y normas de conducta, y ello sin abandonar la referencia a problemas urgentes que requieren algún tipo de respuestas sobre lo que deba o no deba hacerse” (Calderón, 2013, pág. 23).

En suma, la bioética se propone como un saber ético orientado a promover el encuentro con el *otro*, identificando los puntos de encuentro y desencuentro, los cuales orientan tanto la construcción de acuerdos comunes, como la identificación de limitantes que implican riesgos y bloqueos para los canales de comunicación entre las personas del caso.

Además, esta propuesta sobre las tensiones entre los aspectos éticos y culturales busca despertar la sensibilidad de los temas sobre la vida y la muerte en una sociedad plural donde surge la necesidad del entendimiento a partir del reconocimiento y el respeto de los cambiantes mundos morales que involucran diferentes acciones y emociones para asumir la vida social, los valores propios y los de otros. Esto implica que la bioética intercultural brinda la oportunidad de ampliar tanto esquemas de pensamiento como esquemas emocionales, más allá de las experiencias inscritas en lógicas hegemónicas de la sociedad occidental.

A partir de este trabajo se hace necesario contar con un amplio panorama de comprensión para valorar y construir acuerdos entre las nociones y prácticas relacionadas sobre la salud, la enfermedad, la vida y la muerte durante la atención en salud de una persona indígena. Lo que nos lleva a concluir que el manejo diferencial en la atención en salud indígena exige el auténtico encuentro con el otro e implica un ejercicio de introspección por parte de las personas involucradas, y una disposición para el diálogo en el marco del respeto, reconocimiento, participación y responsabilidad de todos y cada uno de ellos.

De este modo, surge la necesidad de despojar nociones y técnicas que deben ser desnaturalizadas para aprehender al otro en el marco de su propio esquema de pensamiento y de sus prácticas, evitando la imposición de lógicas externas a su propia configuración social, ética e histórica. Ya que estas acciones de imposición de una cultura sobre la otra, trastocan el encuentro con el otro al intentar hacer que imponga el esquema “propio” y llevar a un proceso de homogenización de los esquemas y prácticas sociales. Situación que va en contravía de la propuesta para tejer acuerdos y cursos de acción orientados a la construcción de un bienestar que permite el vínculo entre personas, sin importar su cultura o interés individual. “Esto exigiría incluso una participación ciudadana más activa en la atención a la salud, lo cual contribuiría al desarrollo de un metadiscurso médico que armonice las narrativas tradicionales y modernas, la cultura médica popular y la cultura médica profesional” (Freyre, 2008, pág. 440).

Finalmente, la valoración de casos de salud indígena desde la bioética intercultural, se basa en un tipo de diálogo moral conjunto que apuesta a la construcción de cursos de acción moral y el fortalecimiento del tejido social, para responder a la pregunta sobre ¿Cómo vivir mejor en una sociedad plural?. Interrogante central en la reflexión de la bioética intercultural ya que ésta justamente intenta construir acuerdos que permitan ser garantes de objetivos comunes en el cuidado de la vida y la salud; “La bioética no debe circunscribirse a lo discursivo; debe ser, además, un instrumento para mejorar la calidad de vida de la gente, promoviendo y defendiendo los Derechos Humanos fundamentados en la dignidad de las personas” (Maglio, 2008, pág. 577).

Esta aproximación a la bioética intercultural deja aún preguntas abiertas sobre el diálogo y los aspectos que afectan las situaciones relacionadas con la vida y la salud durante los encuentros de diferentes culturas. Ya que además del reto de abordar aspectos éticos y culturales relacionados con la atención en salud indígena, también evidencia situaciones que pueden recaer en otros campos de saber cómo las ciencias sociales, el derecho, entre otras ; “En todas sus acepciones se reconoce, al menos en principio, que la bioética implica dar cabida a un número considerable de ciencias y campos del saber” (Caldero, 212, 40).

También evocar intervenciones institucionales con competencias en la garantía de los derechos fundamentales, ya que si bien se identifican y reconoce que puede haber situaciones que obstaculicen los objetivos comunes, se requiere que estructuras de mayor alcance intervengan como garantes de los objetivos individuales.

Es por ello que se considera necesario evidenciar como los esfuerzos para establecer diálogos y construir acuerdos conjuntos deben ser una prioridad tanto para los actores, saberes e instituciones inmersos en los procesos de decisión sobre la vida y la muerte. Ya que además de tener la responsabilidad de actuar acorde a sus capacidades, debe fortalecer con campos del saber y estructuras institucionales las herramientas para proteger el cumplimiento de derechos fundamentales, y en este caso también, para alcanzar los objetivos comunes como salvar la vida, acuerdo común que se convierte en una prioridad que debe ser de cierta manera blindada ante situaciones o procesos que se puedan presentar para trastocar las decisiones que se relacionan con la vida y muerte de personas con pertenencia étnica determinadas.

Lo que genera en el ejercicio reflexivo de una bioética intercultural la siguiente pregunta; ¿Qué debe hacer la bioética ante la identificación de los límites y riesgos relacionados la obstrucción de los canales de comunicación que se construyen entre personas de distintas culturas?. Tales como las situaciones que plantean el sometimiento de un sujeto ante una presunta figura de autoridad, la imposición de dogmas religiosos, las carencias económicas de ciertos sectores de la sociedad, además de las situaciones de uso indebido del conocimiento y las relaciones de poder, que pueden llevar a la anulación del otro, entre otras.

Con esto consideramos que el gran reto de la bioética y de las ciencias sociales de promover canales de comunicación como el camino para el encuentro y esclarecimiento de todo aquello que se refleja en la diferencia, la reivindicación de otras epistemologías y la construcción de estrategias interculturales para la adecuación de la atención en salud para los pueblos indígenas de Colombia.

Con el propósito de construir canales de comunicación que nos permitan tener acuerdos mínimos sobre cursos de acción relacionados con la vida y la muerte, previendo rupturas que se pueden generar por situaciones que trastocan el objetivo deseable en busca del bien individual y colectivo. Apostando a que la bioética haga efectiva la práctica del reconocimiento y respeto de diferentes grupos e individuos cuyas creencias y cosmovisiones a veces entran en conflicto, ya que asumimos que la bioética y las ciencias sociales puedan en cierta medida prever las figuras que con frecuencia podrían trastocar el bien individual y común de personas con pertenencia étnica determinada.

Bibliografía.

- ABC del Plan Decenal de Salud Pública. (2013). Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Abello, I., Zubiria, S., & Sánchez, S. (2000). *Cultura: Teorías y gestión*. San Juan de Pasto: Ciudad universitaria. Torobajo: Ediciones Unariño.
- Almaguer, J., Vargas, V., & García, H. (2014). *Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. México: Programa editorial del gobierno de la República.
- Álvarez, J. (2003). *Para fundamentar la bioética*. España: Desclee de brouwer, S.A.
- Beauchamp, Y. & Childress, J. (2011). Principios de Ética Biomédica. En: *Bioética y Debat, Revista*. Vo. 17, Núm. 64. Pp. 1-7. Septiembre- Diciembre. Tribuna abierta del Instituto Borja de Bioética
- Benhabib, S. (2006). *Las reivindicaciones de la cultura. Igualdad y diversidad en la era global*. Buenos Aires: Katz Editores.
- Bohannan Paul, G. M. (1993). *Lecturas en antropología*. Madrid: McGraw Hill.
- Calderón, G. (2013). Bioética, derechos y capacidades humanas. *Estudios en bioética*.
- Canguilhem, G. (2004). *Escritos sobre la medicina*. Pp. 9-122. 1a Ed.- Buenos Aires: Amrrortu,
- Cuellar, J. (2010). *Alcances y límites de la dignidad humana en el contexto de la bioética: una reflexión crítico-antropológica*. Pp. 260-280. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 19 de octubre del 2005.
- Decreto 1953 del año 2014. Colombia. Ministerio de Interior. República de Colombia.
- Douglas, M. (1996). *Cómo piensan las instituciones*. Madrid. Alianza Editorial.
- Estrada, JH. (2017). Apuestas actuales de articulación de teoría crítica y salud: desarrollos y aportes desde Latinoamérica. En: *Las ciencias sociales en sus desplazamientos. Nuevas epistemes y nuevos desafíos*. Ediciones Universidad Simón Bolívar. Barranquilla. Colombia. Pp.55-69.

- Freyre, E. (2008). Medicina natural y tradicional (Cuba). En: *Diccionario latinoamericano de bioética*. Dir. Juan Carlos Tealdi –Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia. Pp. 439-440.
- Gracia, D. (2006). *Bioética clínica*. Bogotá: Editorial Códice.
- Hottois, G. (2011). Definir la bioética: retorno a los orígenes. En: *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 6 No 2. Pp. 62-85 diciembre. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.
- Hoyos, G. (2010). Ética, interculturalidad y pluralismo. En B. Toro & A. Tallone (coords.). *Educación, valores y ciudadanía*. Pp. 29-39. Madrid: OEI.
- Jonas, H. (1995). *El principio de Responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica* Barcelona: Herder Editorial.
- Libro Blanco sobre el dialogo intercultural. (2008). *Consulado de Europa*. 7 de mayo de 2008. Estrasburgo.
- Lolas, F. (2017). Hacia una bioética cultural. En: *Bioethics Update*. Pp. 32-44. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Maglio, F. (2008). Aspectos sociales de la bioética, Francisco (Argentina). En: *Diccionario latinoamericano de bioética*. Dir. Juan Carlos Tealdi. Bogotá: UNESCO-Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia. Pp. 577-578.
- Martínez, M. (2012). *Perspectiva epistemológica de la bioética*. *Polis [en línea]*.
- Mayos, G. (2011). Valores bioéticos, subjetividad y biopolítica. En: *Bioética, sujeto y cultura*. Cuadernos para el análisis 31. Pp. 61-78. Horsori Editorial.
- Nieto, M. & Martin, T. (2005). *1492: “Descubrimiento” de Europa y la comprensión del Nuevo Mundo*. Documentos CESO N°99. Ediciones Uniandes 205. Bogotá, Colombia.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Constitución de la organización mundial de la salud.
- Pellon, E. G. (2010.). *Introducción a la antropología social y cultural*. Universidad de Cantabria.
- Perdiguero, E. & Comelles, J. (2000). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

- Pérez, A.E. Hardy & Lima, J.E. Rovelo. (2014). Moral, ética y bioética. Un punto de vista práctico. *Medicina e Investigación*, 3(1). Pp.79-84. Universidad Autónoma del Estado de México. Masson Doyma México S.A.
- Política pública Indígena del Departamento del Meta. (2013). Gobernación del Meta (2013), *Autoridades mesa permanente de concertación*. Colombia, Villavicencio: Meta.
- Potter, V. (1970). Bioethics, the science of survival. *Revista Biology and Medicine*, Vol. 14 N° 1, Autumm. Pp. 127-153.
- Propuesta unificada de los pueblos y organizaciones indígenas frente al PND 2018-2022. (2019). *Autoridades mesa permanente de concertación*. Colombia- Bogotá.
- Rahnema., M. (1996). Participación. *Diccionario del desarrollo. Una guía del conocimiento como poder*. Perú: W. SACHS (Ed).
- Rueda, E. (2017). Hospitalidad crítica, buen vivir y paz territorial: más allá del multiculturalismo liberal. En: *Las ciencias sociales en sus desplazamientos. Nuevas epistemes y nuevos desafíos*. Ediciones Universidad Simón Bolívar. Barranquilla. Colombia. Pp 89-104.
- Ruiz, A. A. (2014). *Interculturalidad: concepto, alcances y derecho*. México: Editorial del GPPRD.
- Sentencia T-881/02. Principio De Dignidad Humana. Corte Constitucional República De Colombia.
- Singer, P. (1993). *Compendio de Ética*. Madrid: Alianza Editorial
(1995). *Ética para vivir mejor*. Pp. 5-99. Barcelona: Ed. Ariel, S.A.
- Suardíaz, J. (2018) "El principio de participación." En: *Ética y Sociedad*. Enero-abril 2018. Pp. 27-28.
- Tamayo, R. P. (1997). *De la magia primitiva a la medicina moderna*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Villarroel, R. (2017). Reconocimiento, tolerancia e interculturalidad. La agenda pendiente de un mundo de extraños morales. En: *Acta Bioethica*. 23(I). Pp. 91-97. Chile: Universidad de Chile.

- Vollet, Mathias. 2004. ¿Otros mundos, otros hombres? Imágenes del hombre en los tiempos del descubrimiento y la conquista de América por los españoles en los siglos XV y XVI. En: *El Nuevo Mundo. Problemas y debates*. Universidad de los Andes. Bogotá. Colombia. Pp. 99-118.
- Vries, R. (2011). The uses and abuses of moral theory in bioethic. *Revista brasileira de educacion medica*. Disponible en: www.researchgate.net/publication/22569767_the_Uses_and_Abuses_of_Moral_Theory_in_Bioethics
- Wester, J. (2008). Responsabilidad en contextos de pobreza. En: *Diccionario latinoamericano de bioética*. Dir. Juan Carlos Tealdi. Bogotá: UNESCO-Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia. Pp. 517-518.
- Zambrano, C. (2006) Dimensiones culturales en la Bioética. Aproximación para una Bioética intercultural y pública. En: *Revista Colombiana de Bioética*, Vol. 1. Núm. 2, julio-diciembre. Pp. 83-104. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189217259004>