

DIVERSIDAD, SALUD Y BIOÉTICA INTERCULTURALES

Daniel GUTIÉRREZ MARTÍNEZ
Marcia MOCELLIN RAYMUNDO

SUMARIO: I. *Diversidad y desafíos interculturales: a manera de introducción.* II. *De la diversidad intrínseca a la diferencia social.* III. *Salud pública e intercultural.* IV. *Las conexiones entre bioética y salud intercultural.*

El resultado de este estudio demuestra que cada individuo es un mosaico de múltiples tipos de mitocondrias ADN en varias frecuencias en diferentes tejidos.

Hans SPELBRINK

I. DIVERSIDAD Y DESAFÍOS INTERCULTURALES: A MANERA DE INTRODUCCIÓN

En el número de marzo de 2010 de la revista *Nature*, se afirmaba que el genoma mitocondrial no es uniforme entre las células del genoma del cuerpo, como se acreditaba anteriormente, sino que varía entre los diferentes tipos del tejido orgánico corporal. La principal función de la mitocondria es ofrecer respiración celular, proporcionando energía a la misma célula. Este aparente descubrimiento de la variabilidad y diversidad de las mitocondrias en las células humanas, en realidad nos habla del proceso homogeneizador, unificador y reduccionista en el que se habían establecido, la mayoría de las investigaciones de la ciencia médica en el pasado y que habían aquejado al enfoque *diversal* en la bioética.¹

¹ Morin E., *Ciência com Consciência*, Río de Janeiro, Bertrand Brasil, 1996.

Con el uso del ADN de forma recurrente y concreta en las ciencias médicas y forenses terminó de “destaparse” por completo todo un andamiaje epistemológico basado en el enfoque de la diversidad. Si cada uno de nuestros organismos tiene su propia diversidad interna ¿por qué negar la diversidad propia de la sociedad? Esto significa que la realidad del mundo en que vivimos se refleja a partir de su diversidad y complejidad; sea del mundo natural o social. Por ello, se hace sumamente necesario —desde el marco de la bioética “social”— considerar esa misma diversidad en su plenitud para entender y abordar los avatares que surgen por la misma naturaleza de la sociedad, y que son parte de los dilemas de la bioética como disciplina.

La diversidad ya no es vista como causa de conflictos o como un problema social que se deba erradicar, sino como un factor antropológico (humano) primero y fundamental (*arché* = arcaico) de las sociedades humanas, y como raíz de indagación investigativa. Hay que insistir al respecto, la diversidad es el elemento común a todas las sociedades en convivencia, y es alrededor de ésta que se pueden construir éticas de vida (bioética), es decir, acuerdos de organización social que se muestran indispensables a toda sociedad para garantizar su propia existencia; para decirlo de manera tajante: sin diversidad no hay sociedad.²

Si hay algo que comparten todas las sociedades naturales y humanas es su variabilidad e interacción. Lo anterior nos lleva a reflexionar sobre la importancia de tener en mente que la diversidad en cuestiones de salud se presenta, no solamente a partir de aspectos étnicos, de género, de religiosidad y de creencias, entre tantos otros, sino también en términos de condiciones socioeconómicas, políticas y culturales, así como internas a la misma cultura, por lo que la bioética debe necesariamente incorporar en su consideración epistémica dichos aspectos para sus planteamientos y resultados, pues todos ellos influyen en los modos de tomar decisiones de vida sobre los cuerpos sociales, tanto naturales como personales. A este respecto, en ejemplos más cercanos a nuestras experiencias diarias, la diversidad se constituye también en el marco de la relación de los profesionales de salud con los pacientes, desde ambas partes, es decir, desde el profesional hacia el paciente, y viceversa.

A partir de esta consideración de la diversidad es que se configura la base de la interculturalidad en la salud, o sea, la intención de que distintas

² Gutiérrez Martínez, D., “Panorámica de los fenómenos ambientales y el desarrollo en la perspectiva de la diversidad”, en Calixto Flores, Raúl (coord.), *Educación e investigación ambientales y sustentabilidad: entornos cercanos para desarrollos por venir*, México, Universidad Pedagógica Nacional-El Colegio Mexiquense, 2011, pp. 27-34.

miradas frente a un mismo problema se puedan complementar de manera ecuánime, equitativa e inclusiva. Aguirre Beltrán planteaba ya a mediados del siglo pasado que “la salud intercultural se da desde el marco de las cuestiones indígenas e involucra la complementariedad entre dos sistemas de salud (institucional y tradicional), que tiene como objeto común hacerle frente a la enfermedad y mejorar la salud en zonas de refugio indígena”.³

Aunque ha sido de gran aporte lo planteado por Beltrán en este rubro, la interculturalidad no se refiere exclusivamente a las mal llamadas culturas indígenas o a los —“políticamente correcto”— denominados pueblos originarios, más bien se refiere a la interacción de la diversidad involucrada en determinados procesos de intercambio colectivo e interdependencia de saberes. Por su parte, Lerín Piñón propone que

la salud intercultural puede ser interpretada de distintas maneras, y la interculturalidad debe ser entendida como un proceso, dado que involucra las interrelaciones equitativas y respetuosas de las diferencias económicas y sociales, pero sobre todo de las culturales, donde la salud y la enfermedad, la muerte y el accidente ocupan un lugar preponderante.⁴

Sin entrar en debate aún sobre las distintas definiciones de lo intercultural, es claro que la idea de inicio tiene que ver con este encuentro entre diferentes raíces cosmogónicas y valóricas del mundo para enfrentar un acontecimiento de manera colectiva que atañe a la comunidad y potenciar los diferenciales (intercultural).

Del mismo modo, desde sus albores la bioética, preconizada por Potter, ya involucraba la interdisciplinariedad y lo intercultural, aunque no se le denominará de este modo.⁵ Lo anterior nos permite inferir que necesitamos respuestas que consideren y reconozcan la pluralidad de racionalidades, y con ello reflexionar sobre lo que significa “éticas de vida” (bioética) desde la complejidad, es decir, desde la diversidad.⁶ Lo anterior no tanto porque sea “políticamente correcto” u obedezca al reconocimiento de la diferencia en los derechos humanos; sino por el hecho de que el conocimiento, cualquiera que sea éste, se constituye ineluctablemente a partir del intercambio de

³ Aguirre Beltrán, G., *Antropología médica*, México, Fondo de Cultura Económica, 1996.

⁴ Lerín Piñón, S., “Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta”, *Desacatos*, núm. 16, 2006, pp. 111-125.

⁵ Potter, Van Rensselaer, “Ponencia en el IV Congreso Mundial de Bioética”, *O Mundo da Saúde*, 1998, 22 (6), pp. 370-374.

⁶ Viesca-Treviño, C., “Bioética. Conceptos y métodos”, en González Valenzuela, J. (coord.), *Perspectivas de bioética*, México, Fondo de Cultura Económica, 2008, pp. 53-89.

saberes, de manera colectiva y plural. Bien dice el dicho popular; “piensan más dos cabezas que una”. Por ello, una teoría sobre la ética, que involucre sólo la particular visión de vida de un grupo cultural, no da cuenta de toda la diversidad y pluralidad de racionalidades que convergen en los procesos culturales y sociales;⁷ que para nuestro caso, el de la ciencia médica, nos remite a la pluralidad de consideraciones curativas y de salud que acontecen día con día. A decir de Van Rensselaer Potter en su obra de 1970 *Bioethics: the Science of Survival*, nosotros tenemos una gran necesidad de una ética de la tierra, una ética para la vida salvaje, una ética de las poblaciones, una ética del consumo, una ética urbana, una ética internacional, una ética geriátrica y así en adelante, pues todas envuelven la bioética, es decir, un conjunto de valoraciones compartidas por todos, que permitan desde ese punto en común organizar las reglas y designios (morales) de las sociedades. Por ello, el desafío constante de la bioética es justamente reflexionar sobre los puntos mínimos comunes compartidos entre diferentes culturas, en el marco de la variabilidad de racionalidades y valoraciones existentes. Esto es lo que definimos como ética.

De hecho, aseveraríamos que es sobre esta razón que la bioética se sostiene como disciplina inter-trans-multi-pluri. Su base epistémica es la pluralidad de racionalidades y visiones del mundo, conjugando los saberes de manera complementaria, sin favorecer o imponer fundamentos particulares de una cultura sobre las demás (laicidad).⁸ La bioética se alimenta y se mantiene de la diversidad, y no de su homogeneidad. Es también por esta razón que el frecuente reduccionismo de la bioética a una sola teoría, como la *teoría principialista* (ausencia de integralidad cuerpo-entorno) por ejemplo, termina por ser insuficiente al aplicarse a contextos distintos de las sociedades occidentales, liberales y anglosajonas; donde por lo contrario a éstas, la concepción de enfermedad es holista y referida a todo el cuerpo físico y social, léase referido al entorno.

Aquí la ciencia médica occidental (léase hipocrática) ha tendido a fragmentar las visiones holistas de la enfermedad o de las dolencias que existen en otras culturas y grupos, y por tanto ha segmentando sus procedimientos curativos. Del mismo modo, conjugar ciencias sociales, biológicas y humanas, va en el sentido del carácter interdisciplinario y diverso que supone fundamentar la bioética. Por todas estas razones se busca también que la

⁷ Mello, D. G. de y Braz, M., “Vulnerabilidade, autonomia e ética em pesquisa”, *Revista Brasileira de Bioética*, 2008, 4(1-2), pp. 49-68.

⁸ Véase Blancarte, Roberto *et al.* (coords.), *Laicidad: estudios introductorios*, México, El Colegio Mexiquense, 2012.

bioética sea laica, es decir, además de no partir de dogmas de fe metafísicos, teológicos o religiosos, la disciplina mantenga su carácter controversial en sus cuestionamientos morales, y una pluralidad esencial de base que la configuren como necesariamente imparcial (bioética laica).⁹

De hecho, la diversidad no sólo se mide por las relaciones exógenas entre diferentes elementos, sino que hay que considerar también lo *intra*-culturalmente dinámico, es decir, donde endógenamente se constituye lo diverso. Esto significa que no necesitamos estar entre culturas muy distintas para que situaciones de diversidad se presenten o interpongan; desde las entidades más microscópicas como las células, hasta la más macro como las vías lácteas, la diversidad demora. De hecho, la “diversidad *intra*” es también la base de fenómenos macro como el de la globalización, o los micro como la relación de la que hemos mencionado, en un hospital, profesional-paciente. Diferentes géneros, creencias, valores, cosmovisiones, filosofías y religiosidades, etcétera, entre individuos que comparten una misma cultura se constituyen de manera cotidiana. Esta *intra-diversidad*, es incluso fundamento de asimetrías y desequilibrios (sustento básico de la diversidad), que algunas veces, retomando nuestros ejemplos, son obstáculos en el proceso mismo de atención a la salud. Al respecto, véase los ejemplos con las cuestiones que involucran temas tan polémicos como el aborto, la homoparentalidad, etcétera, que suponen plantearse como problemáticas en una sociedad que supone compartir valores comunes de la modernidad (pluralismo, racionalidad, tolerancia, etcétera).¹⁰ En suma, la diversidad empieza por lo *intra*, antes de llegar a lo *inter*, pero en todo caso, fuera de toda polémica sobre este postulado, se trata de dinámicas (*intra/inter*) que se conjugan constantemente en el proceso de constitución dialógica de la sociedad.

Ya decía Paolo Freire que la educación es comunicación, es diálogo en la medida en que no se trata de la transferencia del saber, sino de un encuentro de sujetos interlocutores que buscan significado de significados. El interculturalismo en salud presupone,¹¹ como se ha mencionado, que el diálogo (definiendo éste como “conflicto de interpretaciones”), permita una conexión equiparable/equitativa entre los diferentes interlocutores in-

⁹ González Valenzuela, J., “¿Qué ética para la bioética?”, en González Valenzuela, J. (coord.), *Perspectivas de bioética*, cit., pp. 9-50; véase declaración de la bioética laica del Colegio de Bioética de México que da cuenta de estos principios mencionados.

¹⁰ Esto significa que se puede respetar y reconocer la diferencia pero ello no forzosamente conlleva a la convivencia pacífica; en algún momento se puede romper el hilo de tolerancia, o bien ese respeto por el otro diferente. Cfr. Taylor, Charles, *Sources of the Self*, Harvard University Press, 1989.

¹¹ Casaús Arzú, María Elena, *El lenguaje de los ismos: algunos conceptos de la modernidad en América Latina*, Guatemala, FoG Editores, 2010.

volucrados para generar saberes de manera colectiva y complementaria; sin embargo, gran parte de las escuelas de bioética tradicionales (por fortuna cada vez son menos) parten de presupuestos que consideran que las relaciones hegemónicas (como las de la medicina hipocrática con respecto a las medicinas alternativas), donde el poseedor del conocimiento suele ser única y exclusivamente el profesional de la salud, sean las únicas válidas en la gestación del conocimiento médico curativo y de sanación.

Los discursos alrededor de los beneficios que la ciencia médica le ofrece al paciente terminan no sólo en los ya conocidos sacralismos-medicalizados (hacia la medicina, los médicos o los medicamentos), sino que justifican la monopolización de los saberes del profesional de salud para opinar sobre nuestra salud de manera universal.¹² Se trata de conflictos de valores que se presentan muy recurrentemente en el marco de la bioética médica. La concepción de “hacer el *bien*” cuando se considera desde una visión hegemónica o desde el sentido de los médicos predominantes, no siempre termina por ser el *bien* para todas las personas o pacientes. Al respecto, véase el ejemplo de los Testigos de Jehová, cuyo “bien” curativo se asocia con el hecho de no recibir una transfusión de sangre, mientras que para otras religiosidades o creencias el “bien” sería el de recibirla.

De la misma manera podemos citar la conocida ética de las *virtudes* de raíces aristotélicas, las cuales se definen con base en las consideraciones de las virtudes valoradas en el mundo occidental, que se concentran en la acción virtuosa del mundo de la razón, mientras que por lo contrario en el mundo oriental, por ejemplo, las virtudes se definen a partir de la valoración de la contemplación y la transcendencia del espíritu. Se trata de ejemplos quizás un poco superficiales, pero que nos hablan bien de que nos encontramos todavía, en la actualidad, con una bioética bastante occidentalizada, cuyos parámetros frecuentemente se basan en conceptos y proposiciones teóricas que no son universales (esto incluye los intentos de laicizar la bioética), y que terminan por reflejarse en casos tan comunes y cotidianos como los de las relaciones profesional-paciente en los sistemas de salud. Aquí sin duda queda el asterisco sobre la sempiterna discusión de la universalización de los principios de la bioética.

Lo anterior nos lleva, particularmente, a pensar que la interculturalidad es una herramienta que puede aportar a la reflexión sobre los dilemas de la universalización de los principios bioéticos, así como en la resolución de los

¹² Ruiz Llanos, A., “La ética, la interculturalidad y los derechos humanos para la protección de la salud”, en Citarella, L. *et al.* (eds.), *Yachay Tinkuy, salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*, La Paz, Prohisaba, 2009, pp. 291-305.

conflictos de variabilidad cosmogónica, debido a que podría proporcionar —en distintos niveles— espacios de diálogo y negociación (justo porque son conflictivos y asimétricos); sea en el nivel epistemológico (interacción disciplinaria ciencias sociales/ciencias humanas/ciencias naturales); en el nivel del intercambio de saberes; o bien en el nivel de la vida práctica donde el paciente se sienta atendido en sus demandas, y el profesional cómodo con sus decisiones y acciones.

Una de las propuestas teóricas bioéticas que propone trabajar desde la diversidad situacional y contextual como punto de partida para consolidar la discusión, la negociación y los acuerdos entre comunidades tecnocientíficas, culturales y morales es precisamente la postura de María Jesús Buxó i Rey,¹³ quien habla de la *bioética intercultural*, no sólo como espacio de reflexión y acción investigativa, sino como un amplio territorio de intermediación y traducción transculturales con el fin de conectar diferentes sistemas de conocimiento y realidades sociales, además de establecer comunidades de coparticipación.

Partiendo de la teoría a la práctica, resta saber de qué manera esos preceptos pueden ser incorporados en el quehacer de cada profesional de la salud cuando se encuentre en situaciones de diversidad conflictiva en su práctica diaria. Éste sería, desde nuestro punto de vista, uno de los desafíos actuales de la bioética. Es decir, el considerar como parte inherente a su constitución la diversidad de los grupos humanos particularmente en el marco de la salud, y sobre todo evitar que criterios hegemónicos se establezcan como normativos, pues al considerárseles “normales”, muchas veces tales normativas contribuyen a la exclusión de la diversidad de saberes.

Esto no es cosa menor cuando se piensa en las dificultades que se generan con respecto al tema de las enfermedades, que no son iguales y no se manifiestan de una misma manera en culturas diferentes, ni en personas *padecientes*, es decir, existen distintas maneras de enfermarse, que pueden determinarse *intra/inter* culturalmente. Lo anterior conlleva a repensar la formación académica y práctica de los profesionales de la salud desde el paradigma de la diversidad¹⁴ y el enfoque de lo intercultural,¹⁵ no sólo en la

¹³ Buxó i Rey, M. J., “Antropología cultural y bioética”, en Casado, María (comp.), *Nuevos materiales de bioética y derecho*, México, Fontamara, 2007, pp. 29-45.

¹⁴ Con respecto al tema del paradigma significaría dar cuenta de qué manera desde la diversidad humana se pensarían las relaciones humanas y las sociedades en su conjunto y a través de los tiempos en las diferentes disciplinas convergiendo en un punto común epistémico de esta noción.

¹⁵ En lo inmediato, el enfoque intercultural se usó, después de la segunda guerra mundial, en el *Foreign Service Institute*, que da formación a los diplomáticos estadounidenses, particularmente en el conocimiento de las lenguas y culturas extranjeras. El carácter di-

inclusión de visiones médicas no hegemónicas, sino sobre todo en el proceso de estructuración del conocimiento médico, que a la larga se traduciría inevitablemente en prácticas incluyentes de los profesionales de la salud en el contexto de la diversidad humana existente.

II. DE LA DIVERSIDAD INTRÍNSECA A LA DIFERENCIA SOCIAL

La noción de diversidad es insumo central en la comprensión, no sólo del enfoque de lo intercultural sino también de todo fenómeno en general. No obstante, hay que evocar el nebuloso efecto de moda que el tema de la diversidad ha provocado en las últimas décadas; desde su instauración científica en la biología con la noción de biodiversidad hasta su establecimiento conceptual en las ciencias sociales, hace un par de décadas, a través del concepto de “diversidad cultural”.¹⁶ Si bien en biología queda claro para la comunidad científica que el concepto de biodiversidad hace referencia a la interacción de especies distintas y concretas existentes en el entorno, así como remite al paradigma de investigación aludiendo a la relación de reactivos biológicos y sus avatares (desde la multicelularidad, hasta las mitocondrias del ADN, así como lo diverso de la fauna y la flora en el planeta...); en ciencias sociales y humanas existe una preponderante inercia a no distinguir, ni sistematizar los

plomático de la formación daba condiciones ideales de laboratorio para centrarse en fenómenos interculturales, que tenían que ver con el ejercicio de colaboraciones colectivas para resolución de problemas de interés común (en este caso de desarrollo económico). En Pittsburg, la extensión de este tipo de formación condujo a la creación de los “Talleres de comunicación intercultural” para permitir una mayor adaptación de los estudiantes extranjeros a las universidades en el país. Todo ello estuvo centrado en la obtención y acumulación de datos prácticos de la vida cotidiana, asociándolos con el trabajo colectivo e intercambios establecidos en contextos de marcada diferenciación cultural. Con ello se establecieron una serie de programas en favor de la consideración de las subjetividades y mejoramiento de las comunicaciones interpersonales en dichos contextos, así como estudios de punta sobre semántica general intercultural, y de comunicación no directivista, así como de análisis transaccionales y de programación neurolingüística. Lo anterior tenía como objetivo la búsqueda de sus aplicaciones (dimensión política) en los dominios del comercio, lo empresarial, la comunicación mediática, entre tantos otros. *Cfr.* Demorgon, Jacques, “Critique de l’Interculturel. L’Horizon de la sociologie”, *Anthropologie*, París, Economica-Anthropos, 2005; Leeds-Hurwitz, W., “Tendance actuelles de la recherche en communication interculturelle aux Etas-Unis”, en Sfez, L., *Dictionnaire critique de la communication*, París, PUF, 1993, t. 1; *id.*, *Foreign Service...*, *cit.*, t. 2.

¹⁶ El término se acuñó en 1985 en el Foro Nacional sobre la Diversidad Biológica de Estados Unidos con Edward O. Wilson, entomólogo de la Universidad de Harvard, que intituló así su publicación de resultados bajo el mismo título. *Cfr.* Wicviorka, Michel, *La diversité*, París, Robert Laffont, 2006.

conceptos de diversidad, diversidad cultural, pluralidad y lo que ello significa en el lenguaje de las ciencias sociales; menos aún en la lógica de lo intercultural y en sus distintas dimensiones investigativas (epistemológica, teórica, metodológica, política —si es que la hay—).¹⁷ Son escasos incluso los estudios científicos sistemáticos con respecto a lo que la diversidad tiene como consecuencias concretas en lo social y en la convivencia en sociedad.¹⁸ Por ello parece haber, al respecto, poco o nulo consenso disciplinario en la comunidad académica sobre la definición de estos términos. En todo caso ya no se considera, al menos, a la diversidad como elementos opuestos que luchan entre sí. El paradigma se plantea ahora sobre la manera de complementar y generar una mejor interpretación del fenómeno de la diversidad para su potenciación en sociedad. Ya no se trata incluso de la interpretación del darwinismo social sobre el hecho que los seres vivos “superiores” aplastan a los inferiores, sino que se trata de la visión según la cual aquella sociedad, grupo humano o persona que logra intercambiar con el/lo otro es el que puede sobrevivir. La fórmula adaptación=diversificación=supervivencia de la especie refleja bien este cambio de posición paradigmática. Ello aporta al mundo de las ciencias sociales y naturales otra visión investigativa diametralmente distinta.

La diversidad en términos culturales y sociales refiere a la *convivencia* de diferenciales en la experiencia vivida colectivamente. En la dimensión política, la diversidad es el reconocimiento de una identidad singular (particular), frente a una serie de valores identitarios nacionales que se pretenden universales. En la dimensión étnica se trataría de reconocerse como persona, grupo o nación a través de una o varias diferencias culturales frente a los

¹⁷ Para una discusión de las diferentes dimensiones de lo intercultural en la ciencia véase Gutiérrez Martínez, Daniel, “Por una epistemología de lo intercultural”, en Pastor de la Cruz, Isabel *et al.* (coords.), *Interculturalidad, conocimiento y educación. Diálogos desde el Sur*, México, Ediciones Trinchera-Universidad Pedagógica Nacional, 2015.

¹⁸ A este respecto, por ejemplo, el sociólogo estadounidense Robert Putnam buscando analizar la percepción de los ciudadanos en Estados Unidos sobre el tema de la diversidad cultural y étnica, y su impacto con afiliaciones políticas llevó a cabo una encuesta de más de 30,000 personas reflexionando, más allá de las clásicas investigaciones sobre el choque entre valores y pasiones políticas, la diversidad étnica creciente en el país, en donde dio cuenta que esta diversidad, en el corto plazo, termina por reducir la solidaridad entre las personas, así como a limitar la confianza de los individuos entre ellos, incluyendo en el interior de los grupos mismos, y a generar una menor inversión en proyectos comunitarios, y disminuir las obras caritativas. En este estudio, la diversidad étnica, lejos de ser una riqueza y contrario a los presupuestos establecidos previamente, sería un factor de desagregación social, al menos en el corto tiempo, aunque parecería que en largo plazo los resultados podrían invertirse. *Cfr.* Putman, Robert, “E. Pluribus unum. Diversity and Community in the Twenty-First Century. The 2006 Johan Skytte Prize Lecture”, *Scandinavian Political Studies*, vol. 30, núm. 2, 2007, pp. 137-174.

demás grupos, particularmente con respecto a la etnia dominante (Estado), con el fin de reivindicar derechos de toda índole. La etnicidad no es más que la reivindicación política de grupos con sus sentimientos de pertenencia (identidades).¹⁹ Con las dimensiones política y étnica se constituyen así la consideración y análisis de lo que los estudiosos refieren a tribus, personas y cuestiones colectivas cristalizadas en límites identitarios específicos. Diversidad cultural remitiría entonces a la interacción de diferenciales que producen sociedad. Podemos entender así, la diversidad cultural como la potencia de la politización cultural (eticidad), es decir, potenciar las jerarquías establecidas social y políticamente (diferencias) hacia un punto común en el que todos estemos de acuerdo y nos sintamos partícipes. En este sentido, una sociedad es el resultado de su diversidad. La ecuación: *existencia de distintos elementos y componentes en variaciones mutables al sistema* sería la definición más sintética para la noción de diversidad en ciencias sociales. Esto significa distintos entre sí, por fuera y por dentro de los sistemas (intra/inter), con variaciones en el tiempo y espacio, mutaciones en el contexto, en movimiento y en la estabilidad misma.

Ahora bien, una sociedad depende de su gran nivel de *intra/inter*-acción. Sin intercambio no hay diversidad, sin diversidad no hay intercambio. Por tanto, *diversidad en todas las dimensiones, intercambio en todas las direcciones resulta en cultura*. Sea que se trate de intercambios simbólicos, intercambios físicos, espaciales etcétera. Sea que se trate de diversidad de interpretaciones: el intercambio es producción de cultura. Sin intercambio se llega a la endogamia y, en consecuencia, a la entropía de los sistemas. Sin intercambio se llega al monopolio y, por tanto, a la implosión de las sociedades. La fórmula intercambio/diversidad es igual a interdependencias-complementariedades sociales.

En las democracias contemporáneas el problema mayor es cómo gestionar estas diversidades a partir de tecnologías de gobierno. En muchas ocasiones la diversidad se ha querido resolver con su desaparición o su negación. Ciertamente, la diversidad es ahora tema importante, si no es que capital, en las agendas políticas de organismos internacionales de solidaridad y de los Estados nacionales, y ha conformado un “políticamente correcto” en el concierto de países, buscando no sólo una apreciación-valoración optimista de ella, sino también insertándola como elemento político enri-

¹⁹ Cfr. Gutiérrez Martínez, Daniel y Clausen, Helene (coords.), *Revisitar la etnicidad: miradas cruzadas de la diversidad*, México, El Colegio Mexiquense-El Colegio de Sonora-Siglo XXI, 2008.

quecedor de las sociedades en las que vivimos.²⁰ Lejos está ese discurso decimonónico y de la primera mitad del siglo XX, que planteaba la diversidad como un problema para la constitución de Estados nacionales y sociedades igualitarias y homogéneas. Por lo contrario, cada día es mayor la alusión del desarrollo de los pueblos a partir de la promoción de la diversidad, léase de las diferencias culturales. La heterogeneidad es mayormente aceptada y valorada. La homogeneidad sólo se remite a objetivos y luchas políticas de acceso a la justicia y demandas de igualitarismos entre diferentes en cuestión con respecto a derechos económicos, políticos, sociales, culturales y ahora humanos.

1. *Regímenes políticos y tecnologías de gobierno de la diversidad*

La diferenciación y la diversidad entre los seres humanos, entre los grupos, entre las personas y entre las sociedades han sido el punto nodal de toda interacción y de todas las relaciones sociales en cualquier ámbito geohistórico.²¹ De hecho se puede afirmar sin temor a ser determinista, que la tendencia a la diferenciación, independientemente de los avatares históricos y geográficos que puedan acontecer, es un proceso singularmente mimético,²² desde que los humanos son sociedad y en donde el giro que pueda tener dicha tendencia, sea virulenta o pacífica, depende de la manera de gestionarla, convergerla, integrarla, incluirla... En otras palabras, se trata de la cuestión sociológica de cómo toman forma los intercambios entre grupos humanos diferenciados. Al respecto, se insiste en que el proceso a la diferenciación es un “hecho social total” (Durkheim), que no sólo atañe a todas las sociedades tradicionales y complejas, sino también se encuentra en todas las épocas societales (tanto en los llamados tiempos primitivos como en los tiempos premodernos, medievales, industriales, posindustriales, modernos, posmodernos, etcétera).

²⁰ Gutiérrez, C. B., “Reflexiones hermenéuticas en torno de «Ética y diversidad cultural»”, en Olivé, L. (comp.), *Ética y diversidad cultural*, México, Fondo de Cultura Económica, 2004, pp. 74-86.

²¹ Woodward, K., “Identidade e diferença: uma introdução teórica conceitual”, en Tadeu da Silva, T. (org.), *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*, Petrópolis, Voze, 2008, pp. 7-72.

²² Los procesos miméticos son procesos antropológicos de un cierto tipo de intercambio entre los seres humanos que se reproduce constantemente. Es la necesidad de diferenciarse a través del conflicto o de las rivalidades o las alianzas. Esta necesidad de diferenciación lleva paradójicamente a la acción mimética que se puede resumir claramente con el juego infantil que dice “lo que hace la mano hace la tras”. *Cfr.* Girard, René, *Veó a Satán caer como el relámpago*, Anagrama, 2002.

Como se ve en el cuadro 1, durante todas las épocas de la humanidad se ha buscado siempre maneras de gestionar los intercambios que se dan en estas diversidades y diferenciaciones, se trata de *regímenes políticos para gestionar los intercambios*; ya sea que se trate de regímenes de tipo monárquico, imperial, republicano, democrático, anárquico o tribal, todos ellos han tenido que converger con la diversidad cultural. Cada uno de estos regímenes favorece ciertas *tecnologías de gobierno* que podemos esquematizar de democracias, fundamentalismos, dictaduras, socialismos, comunismos, neo-liberalismos, multiculturalismos, Estados laicos. Éstas tecnologías terminan teniendo *implicaciones en la gestión de la diversidad* que se reflejan en las formas que adquieren los intercambios y que nosotros enumeramos en al menos seis: *a) intercambios acontecen en diversidades culturales, b) intercambios acontecen en diferenciaciones culturales, c) intercambios acontecen en pluralidades culturales, d) intercambios acontecen en relativismos culturales, e) intercambios acontecen en potencias culturales.* Como un ejercicio de asociación, cada quien vincula las tres diferentes columnas según considere. Estas formas que adquieren los intercambios de manera distinta tienen implicaciones en las transformaciones de las diferenciaciones, y son éstas las que nos terminan por interesar para nuestro asunto.

Cuadro 1. Gestionamiento de intercambios

Regímenes políticos para gestionar los intercambios	Regímenes políticos para gestionar los intercambios	Implicaciones en la gestión de la diversidad por parte de las tecnologías de gobierno
<ul style="list-style-type: none">➤ Monarquías➤ Imperios➤ Repúblicas➤ Estados nacionales➤ Teocracias➤ Tribalismos	<ul style="list-style-type: none">➤ Democracias➤ Fundamentalismos➤ Dictaduras➤ Socialismos➤ Comunismos➤ Neo-liberalismos➤ Multiculturalismos➤ Estados laicos	<ul style="list-style-type: none">a) Intercambios acontecen en diversidades culturalesb) Intercambios acontecen en diferenciaciones culturalesc) Intercambios acontecen en pluralidades culturalesd) Intercambios acontecen en relativismos culturalese) Intercambios acontecen en potencias culturales

La propuesta del cuadro 1 con respecto a la clasificación de las *implicaciones que han tenido las diferentes tecnologías de gobierno* a lo largo de la historia política de occidente sobre las formas que toman estas diferenciaciones, puede que sea considerada de muy esquemática; pero tiene la virtud no sólo de aclarar el debate conceptual y político sobre los conceptos de las diversidades culturales; de igual modo nos permite establecer el núcleo central y común de reflexión que se encuentra en la dimensión política de la salud. Aquí no sólo encontraremos las preocupaciones de origen alrededor de es-

tas reflexiones, sino de igual modo sus desafíos presentes. Éstas son las que ocupan justamente las reflexiones en el ámbito de la política y de la normativa contemporáneas.

Para entender la esquematización de las diferentes formas que toman los intercambios y su seguido acontecimiento en diferenciaciones, no vamos, al menos ahora, a centrarnos en la amplia discusión de la definición de cultura, ya que nos alejaría mucho de nuestro tratado y conllevaría a más debates. Conformémonos por el momento con definir *cultura* etimológicamente con el término en latín usada por Cicerón, en su conocido *Tusculanae disputationes*, donde no deja de hacer alusión a la metáfora del cultivo de la tierra, como cultivo del alma humana, *cultura animi*, y que no sería más que la búsqueda más álgida del desarrollo humano (espiritual, mental, corporal) diferenciándolo de todo el resto de la naturaleza, particularmente la fauna. De hecho, cuando se habla en el sentido de no tener cultura se refiere a que los humanos se acercan más a los barbarismos comunes de los seres animales de los cuales supuestamente nos distinguimos.²³

Dicho esto, como el cuadro lo señala, tenemos primeramente el concepto de *diversidades culturales* que no da cuenta más que de la existencia de elementos variables, múltiples en un sistema social como tales, es decir, seres humanos en convivencia en un entorno dado. De hecho podríamos decir que es sobre este principio que parten todas las tecnologías de gobierno, es decir, sobre la existencia de diversos elementos culturales que componen el origen de las sociedades. Se trata de componentes “culturales” y no económicos, políticos o referidas a otras dimensiones, que si bien pueden asociarse a tipos de cultura particular (por ejemplo, la cultura de los pobres), no es la diversidad epistémica a la que nos referimos. En el marco de la salud, es simplemente tener en mente los distintos elementos que conforman los sistemas curativos.

Por otro lado, cuando se habla en términos de *diferenciaciones culturales*, nos referimos a la condición *sine qua non* de *reconocer* no sólo la existencia de dichos elementos variables y múltiples en un sistema social, sino de definirlos de manera jerárquica. De este modo, el caso del imperio romano, como

²³ Para ser tajantes con este tema, si bien es cierto que al hacer las sempiternas distinciones entre humanos y animales, encontramos que cuando más se hacen investigaciones al respecto, los animales cada vez tienen menos disimilitudes con los humanos en las maneras de comer, socializar, del poder, de organizarse, de mostrar afectos, etcétera, no obstante hasta el momento parece pertinente seguir con dichas distinciones, pues hoy por hoy nada indica que los animales sean productores de creencias y religiones, es decir de espiritualidad. Curiosa casualidad “quizás” que sean sobre estas características culturales en las que se han generado los más temibles genocidios y enfrentamientos entre grupos humanos.

se presenta en el cuadro precedente, donde se distinguía entre ciudadanos romanos y los otros (los bárbaros) nos serviría de ejemplo para ilustrar cómo una tecnología de gobierno (en este caso el Imperio) organiza los intercambios contribuyendo a la generación de gestiones de la diversidad cultural que terminan en lo que definimos como diferenciaciones culturales. En este sentido, por ejemplo, la consideración en los sistemas de salud en un imperio, plantearía la conciencia de existencia de diferentes sistemas de salud, donde unos serían considerados superiores u oficiales y otros como inferiores y no oficiales según el estándar dominante del emperador, y los ejemplos podrían ser exhaustivos en este sentido.

Por su parte, cuando hablamos de las *pluralidades culturales* estamos no sólo reconociendo políticamente la existencia de una diversidad cultural, sino que también se habla de la ausencia de jerarquías explícitas que pudiesen definir intercambios privilegiados. Podríamos citar para este caso formas de gobierno de tipo democráticas, véase los socialismos y/o los comunismos, los cuales tendrían implicaciones sobre la gestión de los intercambios que resultarían en este tipo de consideraciones. El tema en este concepto es que no por reconocer la pluralidad se está generando la promoción de intercambios entre estas diversidades (*inter*), es decir, que a pesar de que se busque no establecer jerarquías políticas, económicas y/o sociales en el seno de estas diversidades culturales, el intercambio entre ellas no se da de manera forzosamente equitativa, ni automática, ni inmediata. Esta cuestión sin duda abarca la mayoría de las discusiones políticas implícitas en las propuestas del multiculturalismo. Los hospitales llamados de pluralismos culturales de salud, o con medicina tradicionales, ilustran bien esta noción, pues a pesar de que se reconocen estas formas de saber, no forzosamente hay intercambios de saberes o diálogos entre ellos terminando por resolver un problema de manera colectiva.

Por otra parte, podríamos decir que los resultados exacerbados de la situación previamente planteada, la encontramos cuando se habla del concepto de los *relativismos culturales*, el cual señala que los grupos humanos cuando se ven así direccionados por alguna tecnología de gobierno en el proceso de diferenciación, tienden a encerrarse en sí mismos, sólo existiendo intercambios pacíficos entre aquellas entidades que se encuentran en el interior del grupo cultural en cuestión y de pertenencia. En formas de gobierno como las dictaduras, los totalitarismos, los grupos intransigentes, los fundamentalismos. La principal característica de estas situaciones, la negación al intercambio con cualquier grupo que no comparta su visión o definición de lo humano, termina por implosiones.

Finalmente, cuando se habla de las *interculturalidades* se refiere al principio básico de la potenciación colectiva de los intercambios entre los diversos grupos culturales en convivencia. Las tecnologías de gobierno que implican este tipo de intercambios en la diversidad se fundamentan principalmente sobre la consideración que los grupos humanos son diversos por antonomasia y que su supervivencia depende del constante intercambio e interacción colectivos de los grupos. Se trata de relaciones interdependientes, ya que las personas, los grupos humanos, no pueden de ninguna manera vivir sin el contacto, consideración o relación con los otros. Se parte del principio de que los intercambios por la lógica compleja de las mismas sociedades tienden a buscar el beneficio mayor posible, sea emocional, material, simbólico, consciente o inconsciente. Las acciones de las personas y los sentidos que les atribuyen contienen siempre un sentimiento de pertenencia que de manera explícita o no direccionan las acciones. De este modo, el conflicto y las asimetrías de poder están directamente involucradas desde el inicio en las relaciones de intercambio. Por ello, se asume que a mayor nivel de intercambios y participantes en el proceso de diferenciación, menor serán los avatares perjudiciales para el total de los grupos humanos. Las políticas llamadas interculturales buscarían potenciar los saberes diferenciados, más allá de cualquier conflicto de interpretaciones que se presente.

Aquí se encuentra básicamente el nudo gordiano sobre el cual se concentran las mayores vicisitudes societales en la actualidad con respecto al tema de las diversidades, y que han tenido importantes giros políticos, desde los años sesenta del siglo pasado, en que empieza el auge “positivo” de la diversidad, hasta ahora con la globalización cuando se incrementan e intensifican los intercambios en la diversidad con el desarrollo de las tecnologías. Vale aclarar que la diversidad es componente básico de lo intercultural, como el intercambio. En el marco de la salud, el reto es cómo implicar la dinámica de la diversidad a partir de la obligatoriedad de hacer partícipes a la mayor parte de la comunidad en un proyecto de nación que es por antonomasia homogeneizador. El reto es potenciar las diferencias, no sólo reconocerlas como lo plantea el multiculturalismo.²⁴ Esto significa en términos de intercambio cotidiano entre grupos, co-laborar, co-operar, co-ordinar, es decir, operar y ordenar juntos, en conjunto. Esto sería el baluarte para el avance de una nación: buscar potenciar colectivamente las capacidades de cada miembro de la sociedad para que de manera cooperativa se llegue

²⁴ Véase Gutiérrez Martínez, Daniel (coord.), *Multiculturalismo: desafío y perspectivas*, México, El Colegio de México-Siglo XXI-UNAM, 2013.

a un resultado como sociedad. Tal sería el enfoque de lo intercultural que atañería las políticas de salud.

Cuadro 2. Tecnología de gobierno en el mundo occidental

Individuos		Personas
Republicanismo	Multiculturalismo	Intercultural
Estados nacionales		Grupos humanos
<p>Objetivos <i>a) Igualar la diferencia</i></p> <p>Valores * Igualdad * Libertad</p> <p>Políticas públicas * Integración/Homogenización (todo para todos) * Políticas de ciudadanía</p> <p>Políticas institucionales de salud (igualdad)</p> <p><i>Hospital</i> * Administrar mismo medicamento (masificación) * Misma vacuna</p> <p><i>Derecho</i> * Misma constitución para todos los grupos</p>	<p>Objetivos * Reconocer el pluralismo</p> <p>Valores * Tolerancia * Respeto de la diferencia</p> <p>Políticas públicas * Acción afirmativa/discriminación positiva * Reconocimiento de identidades</p> <p>Políticas institucionales de salud (diferencia)</p> <p><i>Hospital</i> * Clasificación de medicamentos</p> <p><i>Derecho</i> * Excepciones jurídicas. Procesos de discriminación fuera de lo instituido</p>	<p>Objetivos <i>a) Diálogo entre las culturas</i></p> <p>Valores * Diálogo * Comprensión del Otro</p> <p>Políticas públicas * Gestión de espacios de interlocución y participación * Vinculación de saberes</p> <p>Políticas institucionales de salud (diversidad)</p> <p><i>Hospital</i> * Introducción/complementariedades de saberes médicos * Combinación de procedimientos de salud</p> <p><i>Derecho</i> * Inclusión cultural generalizada en el derecho y justicia</p>

FUENTE: Elaboración propia.

Al respecto, el cuadro 2 acerca de las tres tecnologías de gobierno actuales en el mundo occidental, da cuenta en la lógica de cascada de la repercusión que se tiene en las políticas de salud según las políticas y regímenes de gobierno vigentes. Así, para los Estados nacionales cuya definición de sus miembros son los ciudadanos-individuales, las repercusiones en las políticas institucionales de salud serán diferentes de aquellos regímenes donde los grupos humanos se definen por la composición de personas y grupos humano. Ahora bien, los Estados nacionales en los últimos dos siglos se han caracterizado por ser entidades republicanas o multiculturales. Al referirnos a las republicanas es conocido que sus objetivos han sido los de igualar las diferencias de los individuos. Hacer de todos los ciudadanos iguales en significado y en materia. Todo esto a través de los valores supremos e inquestionables de libertad e igualdad, por lo tanto, sus políticas públicas *son*

integrativas y homogeneizantes, como las políticas de ciudadanía lo fueron por largo rato. En este sentido, viéndolo bajo la dinámica de cascada las políticas institucionales de salud bajo este régimen, por ejemplo, en un hospital público, serán las de considerar a todos los enfermos iguales y administrarles los mismos medicamentos, llevar a cabo la masificación de los sistemas de salud con las mismas vacunas, con la misma constitución.

Sucede lo mismo con los Estados nacionales definidos como multiculturales, sólo que con algunas diferencias, pues aunque se trata de individuos considerados iguales en acceso, sus objetivos serían más bien los de reconocer el pluralismo cultural o la diferencia, a partir de los valores de libertad, tolerancia, respeto de la diferencia y, por tanto, sus políticas públicas de Estado, como las de acción afirmativa o discriminación positiva, buscarán favorecer el reconocimiento de las identidades individuales. Así, como se hace en la mayoría de los hospitales públicos donde las políticas institucionales de salud obedecen al principio de la diferencia, logrando que en los hospitales se haga al menos la clasificación de medicamentos de manera diferenciada y con la consideración de excepcionalidades jurídicas. Esto conlleva como corolario a procesos de discriminación fuera de lo instituido.

Finalmente, si nos referimos a una dinámica intercultural que no parte de la dimensión de los Estados nacionales, sino de los grupos humanos, los cuales antes que considerarse como individuos, se trata de personas y se definen con respecto a su relación con el entorno, los objetivos políticos cambiarían, pues se trataría de la búsqueda del diálogo entre las culturas, a partir de los valores del intercambio y la comprensión del otro y de lo otro. De ahí que sus políticas públicas generales busquen la gestión de espacios de interlocución y participación, más que de conducción y dictaminación, así como la vinculación de saberes, que se traducirá en políticas institucionales de salud, definidas por la diversidad de la sociedad. De modo que en los hospitales se privilegie la introducción y complementariedad de saberes médicos, y la combinación de procedimientos de salud, logrando incluso que haya una inclusión cultural generalizada en el derecho y la justicia.

En suma, la gestión de la diversidad que ahora se vivencia y revalora está inscrita en un proceso político de aceptación-potenciación de esta diversidad, que rige de hecho la ética mundial, particularmente en lo que concierne a los derechos de las personas.²⁵ El interés de reflexionar, al respecto, desde la bioética y salud interculturales en el mundo actual, reside en poder

²⁵ CIOMS, “Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas”, *Diretrizes internacionais propostas para a pesquisa biomédica em seres humanos*, Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985, pp. 1-32.

observar, analizar de manera abierta, válida y legítima el funcionamiento de la diversidad en nuestras sociedades contemporáneas, a partir del hecho de que no sólo es legítimo y oficial hablar de ello, sino también necesario para una convivencia pacífica. Es sobre estos temas que versa lo que representan las nuevas perspectivas políticas a las que se enfrenta la bioética, las cuales no están alejadas de desafíos importantes en los años venideros.

El principal problema político en la gestión de la diversidad es que se pueda dar armónicamente el intercambio, la interacción entre los pueblos y la pluralidad que conllevan. Se trata de vehicular nociones de reciprocidad en los intercambios, y no de buscar igualdades o libertades emancipatorias. Se busca analizar los encuentros entre grupos, pues existen varias culturas y no sólo cultura, que coexisten, interactúan y generan culturas humanas, por lo tanto sistemas humanos de salud diversos. Se trata de entender cuáles son las razones que explican los choques y los mecanismos entre los otros y lo otro, para conllevarlo a una mejor comprensión del fenómeno y luego a su cooperación entre los diferentes implicados, y así al comunicar y movilizar elementos que le son propios a cada cultura y se hacen comunes a otras culturas. Quizás ello sólo nos permite aseverar que intercultural o incluso que diversidad cultural son pleonasmos innecesarios.

III. SALUD PÚBLICA E INTERCULTURAL

La salud es entendida como la expresión del mayor grado de bienestar que las personas y la comunidad son capaces de alcanzar a través de un equilibrio existencial dinámico, mediado por un conjunto de factores biológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, ambientales, de comportamiento. Estudia el proceso de salud-padecimientos de la comunidad, en las dimensiones biológicas, psicológicas y socioculturales.²⁶ Lo público se referiría a una homogenización de modos de comportamiento, o al menos de inclusión de los miembros de pertenencia. De manera general, lo intercultural concierne a las relaciones, los intercambios entre culturas, léase el diálogo entre civilizaciones diferentes que buscan la resolución de conflictos de manera colectiva potenciando los diferenciales que ofrece la diversidad humana.

Esto nos lleva a decir que la medicina intercultural puede ser definida como la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y

²⁶ Schramm, F. R., "A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública", *Revista Brasileira de Bioética*, núm. 2, 2006, pp. 187-200.

donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes.²⁷ Proceso que comprende la complementariedad ecuánime y respetuosa de visiones institucionales y tradicionales sobre los aspectos sociales, políticos, económicos. Vale decir que la salud intercultural no busca rechazar a los métodos occidentales, más bien busca una conjunción de saberes, donde se pueda aprovechar el conocimiento y las prácticas tradicionales, vinculadas a distintas culturas, de manera interactiva y en constante conocimiento. La medicina practicada en muchos pueblos además de ser dotada de contenido simbólico, se fundamenta sólidamente en los resultados obtenidos, y también por ser buscada por un gran número de personas. Si así no fuera, o si no fuera dotada de algún valor y no presentase respuestas satisfactorias a los enfermos, ya habría de plano desaparecido.

En este sentido, gran parte de las políticas estatales públicas de salud, a pesar de llamarse interculturales distan mucho de promover un intercambio de saberes, opiniones, conocimientos para el establecimiento de normas y formas organizacionales incluyentes con el insumo de todas las participaciones. El hecho de construir hospitales de las culturas donde coexisten medicina tradicional de un lado y medicina hipocrática de Estado por el otro, no significa que se esté aplicando o instrumentalizando el enfoque intercultural a las políticas públicas. Seamos tajantes y sucintos; las políticas públicas gubernamentales establecidas en muchas partes del mundo, México y América Latina, en las últimas décadas buscando gestionar la diversidad cultural, ha sido en el mejor de los casos políticas multiculturales, que con dificultad logran instaurar, al menos de manera institucional y gubernamental, el conocimiento de sus diferentes, incluyendo las minorías que están en convivencia. Ni mencionemos que el diálogo entre saberes haya sido asimilado por la población en general y conlleve a las convivencias de reconocimiento, respeto y diálogo de esta diversidad que suponen haber sido institucionalmente reconocidas.²⁸

²⁷ Campos Navarro, R., "Experiencias sobre salud intercultural en América Latina", en Fernández Juárez, G. (coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, Quito, Ediciones Abya-Yala, 2004, pp. 129-151.

²⁸ Tenemos varios ejemplos al respecto que confirman lo aquí esbozado, como son los casos del Hospital de las Culturas en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, o bien las universidades interculturales en todo el país, sin mencionar las célebres políticas alrededor de la diversidad sexual como los denominados LGTBIII, que tienden más a limitarse en el reconocimiento de la existencia de estas disimilitudes, diferencias o diversidades, pero menos en la búsqueda de la transmisión, conjunción, intercambio de saberes de todas la población involucrada.

En el mejor de los casos estas acciones sólo quedan en plataformas políticas bien intencionadas, pero terminan por ejercer más violencia de Estado y discriminación, que la que se busca erradicar. En suma, sin que se confunda con ser reaccionario, se puede afirmar que en general no hay políticas interculturales, y parecen estar lejos de alcanzarse, por lo mismo que no se sabe a ciencia cierta qué entendemos por el enfoque intercultural, y en qué derivaría en tanto que políticas interculturales (interculturalismos).²⁹ Por lo contrario, cada vez son más los foros, las instancias, los programas, las políticas, las convocatorias que se enuncian o asocian con lo intercultural, pero reproduciendo los mismos principios multiculturales de décadas pasadas. Efecto de moda, cierto, pero también displicencia científica. Aquí está claro lo que sucede cuando una teoría se ve sometida al servicio de la política; sea para criticarla o para legitimarla.

Para Gómez, en la mayoría de los países de América Latina está el hecho concreto de usar diferentes sistemas médicos, legalizados o no, que es decidido casi siempre por el mismo paciente o la familia. Por lo tanto, al excluir alternativas médicas a la medicina alopática en los servicios formales de atención, los sistemas de salud no cumplen, en término políticos, con su meta de responder a las necesidades de toda población, y en términos epistémicos se pierde toda una fuente de aprendizaje. En este sentido, Gómez propone un diseño de políticas desde la complementariedad, partiendo de una visión holística e intercultural de la salud, que tenga en cuenta los diferentes condicionantes y la diversidad de culturas médicas existentes en cada región, las cuales se han ido transformando a raíz de su relación con las otras, a la vez cediendo algo de sí, y tomando algo de las demás.³⁰

Importante recordar que la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) mantiene un programa para la medicina tradicional, y la define como *la suma completa de conocimientos, técnicas y prácticas fundamentadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas y que se utilizan para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar trastornos físicos o mentales*. Llama la atención que en algunos países asiáticos y africanos, el 80% de la población depende de la medicina tradicional para recibir atención básica en salud. A su vez, la medicina tradicional que ha sido adoptada por otras poblaciones

²⁹ Al respecto, en México empiezan a existir algunas iniciativas como la del Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM, Michoacán, coordinado por Arturo Argueta que, sin duda, han comprendido la urgencia de trabajar las dimensiones epistemológicas de la diversidad para una más óptima elaboración en la dimensión política.

³⁰ Gómez, M. B. D., “Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales”, *Cad. Saúde Pública*, 19 (2), 2003, pp. 635-643.

(distintas de su cultura de origen) suele denominarse medicina alternativa o complementaria. Según datos de la misma OMS, en muchos países desarrollados, del 70 al 80% de la población ha recurrido alguna vez a una u otra forma de medicina alternativa o complementaria. En muchos países desarrollados, el uso cada vez mayor de las medicinas alternativas y complementarias indica que existen otros factores aparte de los de la tradición y el costo económico. Entre estos factores se puede citar la preocupación sobre los efectos adversos de los fármacos químicos, las cuestiones asociadas con la duda a los enfoques y suposiciones universalistas de la medicina alopática, gracias al mayor acceso del público a información sanitaria, así como debido a los cambios en los valores de sociedad y la reducida tolerancia al monopolio farmacéutico.³¹

Alarcón y colaboradores proponen muy apropiadamente que el tema de la pertinencia cultural en el proceso de atención es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico, pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad. El respeto a esta diversidad tiene larga trayectoria en países cuyas altas tasas de inmigración han generado contextos de gran diversidad étnica y cultural; situación que ha puesto a los equipos de salud en el imperativo de desarrollar estrategias que faciliten la relación médico-paciente.³² A pesar de lo mucho por avanzar en cuanto a la expansión y democratización de la medicina intercultural (conjunción de saberes medicinales), no es sin razón que la salud intercultural ha sido tema de muchas investigaciones y proposiciones en América Latina,³³ destacando

³¹ OMS, *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002- 2005* (versión electrónica). Recuperada el 21 de febrero de 2011, disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf.

³² Alarcón, M. A. M. *et al.*, “Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales”, *Rev. Med.*, Chile, 131, 2003, pp. 1061-1065.

³³ Fernández Juárez, G. (coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, Quito, Ecuador, Ediciones Abya-Yala; 2006; OMS y OPAS, *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas* [versión electrónica]. Recuperada el 21 de febrero de 2011, disponible en: http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/guia_intercultural_web.pdf.

México,³⁴ Bolivia,³⁵ Ecuador,³⁶ Perú³⁷ y Chile,³⁸ aunque con todas las dificultades inherentes y peculiaridades de cada país y sus respectivos sistemas de políticas de salud.

Sobre las cuestiones de salud en pueblos comunitarios, por ejemplo, hay que considerar las interpretaciones relativas a la salud y la enfermedad desde su percepción, o sea, su cosmovisión, no sólo para su aplicación a los demandantes, sino incluso como insumo de conocimiento para la misma ciencia médica. Por ejemplo, los llamados síndromes de afiliación cultural incluyen una diversidad de situaciones cuyas soluciones o tratamientos son también originarios de las mismas comunidades. Al respecto, podemos citar *el mal de ojo, el empacho, el susto y la caída de mollera*, síndromes bastante conocidos, por ejemplo, en México y algunos otros países de América Latina. El mal de ojo es entendido como una situación en la cual una persona tiene la capacidad de producir malestar a otra con solo mirarla, pues se presume que carga con mala energía. Esa persona puede ser alguien, que aunque no sea mala persona, al tener hambre o venir de la calle traiga o se haya cargado de vibras negativas, sobre todo para aquellas personas que son o están vulnerables, como bebés, gente mayor o padecientes. De ahí el dicho conocido “Si vienes de la calle, ni toques al niño”. El mal de ojo no siempre puede ser curado, o depende de la intensidad del mal de ojo. A la persona afectada se dice que “está ojeada” o que “le echaron ojo”. Las personas que conozcan el ritual de curación pueden contribuir a la sanación. Algunos plantean que la limpia de huevo y hierbas es benéfico para la sanación.

³⁴ Campos-Navarro, R., “Procesos de legalización e interculturalidad en las medicinas indígenas de México y Bolivia”, en Fernández Juárez, G. (coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, cit., pp. 373-388.

³⁵ Hita, S. R., “Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano”, *Avá Revista de Antropología*, núm. 14, 2009, pp. 1-28.

³⁶ Lacaze, D. D., “Experiencias en medicina tradicional y salud intercultural en la amazonia ecuatoriana”, *Anales*, núm. 5, 2002, pp. 163-194.

³⁷ Ministerio de Salud Perú-Instituto Nacional de Salud-Centro Nacional de Salud Intercultural, “Informe Observatorio de Interculturalidad y Derechos en Salud de los Pueblos Indígenas”, 2008, recuperada el 21 de febrero de 2011, disponible en: <http://www.ins.gob.pe>.

³⁸ Soto, A. C., “La burocratización de la salud intercultural en Chile. Del neo-asistencia-lismo al autogobierno mapuche en Chile”, Documento para la discusión entre organizaciones mapuche, Puelmapu, Rimü [versión electrónica], 2008, recuperada el 21 de febrero de 2011, disponible en: http://www.laced.mn.ufjf.br/indigenismo/arquivos/La_Burocratizaci%C3%B3n_de_la_Salud_intercultural_en_Chile._A_Kuyul_5-08.pdf; cf. Alarcón, M. A. M. et al., “Política de salud intercultural: perspectivas de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región”, *Rev. Med. Chile*, Chile, núm. 132, 2004, pp. 1109-1114.

El empacho consta de síntomas como calentura, debilidad al caminar, vómitos, diarrea o falta de apetito, generalmente ocasionado por “algo que le cayó mal”. Es más frecuente en lo rural, aunque con gran presencia se ha encontrado también en la ciudad. Existen distintas formas de curar el empacho, y entre las más usuales está la cinta, la tirada de cuerito, la cura a palabra y la ceniza. La cinta, generalmente mide cerca de un centímetro, y *se extiende desde el codo a la punta de los dedos tres veces consecutivas*, mientras que quien está haciendo la curación dice palabras ininteligibles. La indicación de que el empacho se está curando se da en la medida que la cinta se vaya cambiando. La tirada del cuerito consiste en que el afectado por el empacho se coloca boca abajo y quien lo va a curar *toma la piel de la espalda y comienza a estirarla* hasta que se siente un ruido que informa que fue separado del otro “cuerito”, lo que da fin al empacho. Otra manera de curar el empacho es por medio de la palabra, y en este caso se da *el nombre completo del empachado al curandero*, que a su vez, por medio de la oración lo sanará. En otros lugares como el mezquital o en sierras mazatecas se cura con masajes de cenizas tibias del fogón para aflojar la panza.

El susto, también llamado espanto, es tal vez una de los síndromes de afiliación cultural más estudiados. Se caracteriza por la experiencia de un fuerte impacto (ejemplos: asalto, choque, atropellamiento, mirar a un herido o muerto) que puede tener causas naturales o sobrenaturales y que tiene la particularidad de ser causa y consecuencia al mismo tiempo, pues una persona que reciba un susto también padecerá del mismo susto, cuyos síntomas son muy variados, desde falta de apetito, disturbios del sueño, debilidad, tristeza, angustia, palidez, decaimiento, entre otros. Diferentemente del mal de ojo, que puede ser curado por cualquier persona que conozca el ritual, el susto debe ser tratado por terapeuta tradicional.

En cuanto a la “caída de mollera”, según informaciones de la Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana, es originada por una causa de tipo mecánico, que puede ser debido al traumatismo que deriva de golpes o caídas que afectan directamente la cabeza del niño, y se le “sume la mollera”, es decir, la fontanela anterior, fenómeno que constituye el signo más evidente del padecimiento. El diagnóstico se establece haciendo un interrogatorio a la madre del paciente y constatando, por observación y palpación, el hundimiento de la fontanela, y el dato acerca del color verde de las evacuaciones constituye un elemento importante para poder determinar la naturaleza de la afección.

La partera-curandera-limpiadora y la curandera-hierbera son las especialistas de la medicina tradicional a quienes la población acude para recibir tratamiento. Una de las terapias empleadas con más frecuencia consiste en

“chupar la mollera con la boca llena de refino”, del cual se deja un poco en la parte hundida, enseguida “se estira el cuerito”, es decir, la piel que cubre la fontanela, “para subir la mollera”, por último, se aplica un pedazo de cebolla con azúcar, a modo de emplasto. En otros tratamientos, primero se unta agua con sal en la mollera del paciente, y a continuación se pone, en frío, un tomate asado con sal, el cual se deja durante dos días. Otra de las terapias comunes destinadas a corregir la fontanela sumida, consiste en “sacudir al niño”, maniobra que se ejecuta de la manera siguiente: se toma al pequeño por los pies y se le dan algunas sacudidas “de un lado a otro”, después se le golpean las plantas de los pies en forma de cruz.

De acuerdo con lo anteriormente mencionado, sin duda estaremos o no de acuerdo con los procedimientos mencionados, y algunos médicos alópatas encontrarían los tratamientos mencionados de poco científicos, y hasta folklóricos. No obstante, el asunto no remite únicamente a los médicos o la medicina oficial, sino al paciente y *padecientes*. Las distintas cosmovisiones acerca de las cuestiones de salud indican la necesidad que se tiene desde el abordaje de la bioética que abarcar la diversidad de propuestas establecidas para los padecimientos o sus curaciones, es decir, tomar en cuenta que no se puede considerar que existe una única manera de comprender o hasta explicar los fenómenos que pasan en el cuerpo. Dicho de otra manera, la visión hegemónica de la medicina occidental no es la única efectiva que existe. A un mismo proceso biopatológico pueden resultar distintas respuestas culturales.

IV. LAS CONEXIONES ENTRE BIOÉTICA Y SALUD INTERCULTURAL

La bioética es una propuesta de ética acerca de los conflictos relacionados con la vida y el cuerpo de manera general. Uno de sus principales desafíos como disciplina está relacionado con el hecho de la universalización de los derechos, sobre todo aquellos involucrados con las cuestiones de salud y de vida. A este respecto, Borgoño-Barros postula, para el fenómeno de la universalización o globalización de la bioética, dos filones fundamentales, el “posibilista” y el “imposibilista”, siendo que el primero tiende a apoyarse en la fuerza retórica de los derechos humanos como ética universal, buscando consensos internacionales, mientras que el segundo denuncia la imposibilidad de un acuerdo universal entre diversas culturas,³⁹ visión liderada por

³⁹ Borgoño Barros, C., “Bioética global y derechos humanos: ¿una posible fundamentación universal para la bioética? Problemas y perspectivas”, *Acta Bioethica*, 15 (1), 2009, pp. 46-54.

Engelhardt, autor, que concentra sus análisis y proposiciones en la *moral*, apelando a una forma ideológica y cultural neutral compartida por todos los seres humanos para fundar una bioética y una política de salud justificable moralmente, es decir, preservando la moral particular.⁴⁰

Al respecto, como bien subraya León, esta propuesta universal de la bioética se ha encontrado con varios obstáculos y retos diferentes a los que debe responder. Por una parte, desde la ética del cuidado y el feminismo se ha insistido en la atención al paciente concreto, en su especificidad, hombre y/o mujer, y no al individuo racional abstracto denominado paciente. Por otro, desde el comunitarismo y el enfoque de lo intercultural se ha insistido en el conocimiento a las tradiciones comunitarias, tanto culturales como sociales y éticas, con el consecuente respeto a la diferencia en la atención de la salud, por ejemplo con las minorías poblacionales.⁴¹

En el cuadro 3 de la “Diversidad religiosa y sus implicaciones en la salud pública”, si bien tratamos solamente las diferencias al nivel religioso, dejando de lado los casos de diversidad *intra*, también mostramos, al menos en primer plano de las complicaciones que pueden enfrentarse cuando en un hospital público convergen diferentes maneras de concebir la salud, en razón de las creencias religiosas de pertenencia y, por lo mismo, cuáles serían los desafíos en las prácticas de la bioética.

⁴⁰ Engelhardt Jr, H. T., “Morality, Universality, and Particularity: Rethinking the Role of Community in the Foundations of Bioethics”, en Lai Po-Wat J., Tao (ed.), *Cross-Cultural Perspectives on the (Im) Possibility of Global Bioethics*, Reino Unido, Kluwer Academic Publishers, 2002, pp. 19-38.

⁴¹ León, F., “Bioética: entre la universalidad y la interculturalidad. Los desafíos éticos de la globalización”, *Revista Medicina y Humanidades*, núm. 2, 2009, pp. 1-12.

CUADRO 3. Diversidad religiosa y sus implicaciones en la salud pública. Comparativo de creencias, salud y prácticas bioéticas

<i>Religiones</i>	<i>Creencias sagradas</i>	<i>Consignas religiosas en salud</i>	<i>Compatibilidad con la práctica de la salud y bioética</i>
Testigos de Jehová	Fundamentación bíblica: en Génesis 9:3, 4; Levítico 17:14 y Hechos 15:28, 29: Se debe obedecer a todas las leyes humanas que no contradigan las leyes de Dios.	El asimilar la sangre en el cuerpo a través de la boca o por las venas viola las leyes de Dios. Quien practica el aborto deliberado para evitar el nacimiento de una crianza indeseada está abandonando una vida humana. Un padre responsable puede decidir si es aconsejable hacer una autopsia para determinar una causa de muerte.	Cuando un adulto de 18 años decide no recibir sangre, el equipo de salud debe respetar una decisión, apelando a la libertad de conciencia. El equipo médico debe buscar soluciones alternativas para curar la enfermedad que no sea la transfusión. Empero cuando un menor de edad (18 años por lo general), necesita una transfusión de sangre, el derecho a la salud de la persona se sobrepone por encima de la patria potestad o decisión del padre de negar la transfusión. Aquí se apela a la libertad de conciencia del paciente, por lo que tampoco se puede permitir que un adulto decida por el menor.

<p>Religiones afroamericanas</p>	<p>No hay prohibiciones en términos de salud, ya que cada orixá tiene un color que lo identifica con el mundo y su comunidad. Las “guías” son puentes fijos de las vibraciones. La ofrenda es un retorno a la naturaleza de lo que se utilizó. No se puede hacer nada sin devolver a la naturaleza lo que fue tomado de ella. La vida de una persona comienza durante el embarazo o gestación (el feto elige a la familia dentro de la religión del clan).</p>	<p>Se permiten hacer transfusiones y donación de sangre, así como donación de órganos para trasplantes. Algunas vertientes no pueden comer alimentos del color de la “orisha-guías”, pues sirve también como protección en el proceso de curación. Se pueden hacer ofrendas para mejorar la salud de alguna persona. El aborto está prohibido, salvo en caso de riesgo (no hay información cuando se trata de violación).</p>	<p>Caso “escalpelos” y la infección por VIH en los rituales africanos (adecuaciones culturales sanitarias). Preservacionismo cultural. Hay que respetar las restricciones en la dieta, incluso si afecta a su salud Si el creyente de esta “religión” es sometido a una cirugía, se puede jalar de las guías, si se solicita para hacer ofrendas en el mismo establecimiento de salud. Las consignas religiosas afro con respecto al aborto coinciden con la legislación internacional (OMS), con respecto al tema del riesgo de muerte materna en el caso de que se permita el aborto. Pero ¿qué pasa si una chica quiere un aborto por violación y pertenece a una familia “religión”?, se aplica lo mismo de la libertad de conciencia para el caso de Testigos de Jehová, sea mayor o no de edad.</p>
----------------------------------	--	---	---

Guaraníes	Sólo existen “buenos” espíritus para todos los nacimientos.	Para el caso de gemelos, sólo es aceptado uno de los nacidos, porque sólo hay un buen espíritu para los dos. El abuelo elige quién tiene el buen espíritu y el otro se abandona. Se permite la adopción de los indeseados si están fuera de la tribu. La placenta se debe dar al padre, quien se ocupará de enterrarla. No se le permite recibir leche de personas “blancas”, aunque sí se puede recibir de otra guaraní que tenga un nacido del mismo sexo.	¿Qué pasaría cuando el tutor no quiere dar al niño no elegido por el abuelo en adopción, y el nacimiento se produjo en una institución de salud? Esto ha sido viable en los casos presentados, puesto que se organizaron con el personal médico del hospital previamente .
Luteranismo	El estatus moral del embrión tiene tres visiones: 1. El ser humano es visto en su esencia en el acto mismo de la fecundación. 2. Necesidad de considerar de las etapas evolutivas. 3. Derecho a la vida humana, aunque no reúna los requisitos comprobatorios de la personalidad.	No se permite abortar. El aborto dependería de la evolución de la etapa embrionaria. Se permite el aborto antes de ser reconocido como persona.	¿Qué ocurre si una luterana desea abortar de acuerdo con alguna de las cosmovisiones?

Judaísmo	Obligación de darlo todo, salvo su vida. Un “salvador” puede morir para salvar a la persona “perseguida”. Estado de la persona ~ 40 días. Sólo se puede evitar tener hijos cuando ya se cumplió el deber bíblico (un niño y una niña). Alimentación especial y específica.	Se acepta la donación de órganos. El aborto en caso de riesgo para la madre está justificado. Se permite el aborto antes de los 40 días si, por ejemplo, se ha demostrado una enfermedad genética. El diafragma no viola las reglas. Si no hay un hospital con una cocina adecuada para preparar la comida específica se tiene que traer la comida de casa.	La donación dirigida (?). De acuerdo con las leyes internacionales es discutible el lapso de 40 días. Las prácticas del diafragma son compatibles con la anticoncepción legal. Problema con las instituciones que no ofrecen ninguna de las dos posibilidades.
	Todo se rige en términos de buena y mala suerte, pureza y e impureza. Se asocia a la parte inferior del cuerpo, las mujeres con órganos asociados al periodo premenstrual y posparto, no gitana. La salud y los padecimientos no son sólo asuntos de un proceso individual sino del grupo donde los ancianos del clan tienen el poder de decisión.	Se pueden comprometer exámenes ginecológicos para las mujeres, por ejemplo. Las familias necesitan estar unidas cuando un miembro del clan está enfermo.	La mujer se niega a ser examinada por el médico hombre. Se tienen que negociar espacios, tiempos de ocupación, horarios de visita.

FUENTE: Goldim, *Bioética y espiritualidad*, Porto Alegre, HRGS, 2002.

Los cuadros presentados aquí nos llevan a cuestionar de qué manera se configura la conexión entre una ética de vida (bioética) y el abordaje de salud desde una perspectiva intercultural, que probablemente sea el camino más adecuado para incluir la diversidad, y no privilegiar a un grupo o a una determinada cultura en detrimento de otras, sobre todo en lo que concierne a cuestiones de salud, donde el modelo hegemónico es aquel de la medicina occidental. La propuesta de Buxó i Rey, cuando apuesta por una bioética intercultural que se orienta a trabajar desde la diversidad situacional y contextual como punto de partida para consolidar la discusión, la negociación y los acuerdos entre comunidades tecno-científicas, culturales y morales, va en este sentido.

Se trata de una bioética que no busca exponer principios ni normas de buena actuación entre ciencia, medicina y sociedad, tampoco se deja llevar por categorías predefinidas y burocratizadas que piensan por nosotros, ni tampoco imágenes de la humanidad abstraídas de su historicidad y de relaciones sociales concretas que se activan como esquemas explicativos. Para la autora, se trata de diseñar marcos que permitan conectar diferentes realidades sociales y culturales y así establecer comunidades de coparticipación entre culturas donde sea posible discutir diferencias de criterio, animar el flujo de opiniones, razonamientos y propuestas; y así conseguir decisiones negociadas y concertadas sobre las formas de entender la enfermedad y la valoración de la salud, el cuerpo integral y fragmentario, las aplicaciones biotecnológicas, las prácticas médicas, entre otras.⁴²

Actualmente la bioética se ve inferida en distintos contextos del área de la salud, bajo una gran variedad de propuestas y diferentes escuelas, desde conservadoras hasta liberales, pasando por las que podríamos llamar de alternativas, como la bioética intercultural por ejemplo. Sin duda, no existe un abordaje único o exclusivo en bioética, pues que cada escuela o cada autor la propone bajo las influencias que padece, desde su propia cultura, religión o filosofía particulares, hasta la formación académica que se ha tenido. Lo mismo ocurre con uno de los mayores desafíos de la bioética —hay que insistir al respecto— que sigue siendo aquel del entendimiento entre lo particular (grupo) y lo universal (medicina hegemónica). En este sentido, la etnomedicina no sólo aporta saberes a otros sistemas terapéuticos mediante la etnobotánica y la fitoterapia, sino también sobre la eficacia psicológica de las prácticas rituales, los efectos de placebo, que aportan seguridad al paciente y bienestar físico y síquico.

⁴² Buxó i Rey, M. J., “Bioética intercultural para la salud global”, *Revista Selecciones de Bioética*, marzo de 2006, pp. 24-30.

No hay que desestimar tampoco el carácter dinámico de las prácticas tradicionales, ya que en contacto con otros saberes adoptan con facilidad el uso de medicamentos considerados en su doble perfil de útiles y prestigiosos. Es necesario, pues, estudiar estas combinaciones de sabiduría tradicional y conocimiento científico para potenciar los saberes médicos, al tiempo de sincronizar vías terapéuticas de resolución. Por ello se propone una bioética intercultural que se oriente para trabajar desde la diversidad situacional y contextual como punto de partida para consolidar la discusión, la negociación y los acuerdos entre comunidades tecno-científicas, culturales y morales.⁴³

Además de la propuesta anterior, en los últimos años han surgido algunas propuestas de bioética global, que dé cuenta de la profundización reflexiva sobre las cuestiones del universalismo, sobre todo en lo que concierne a la ciencia y la tecnología. En este sentido, Sakamoto propone que la naturaleza de esa posible bioética global debería evitar la excesiva inclinación europea centrada en el dualismo natural-artificial, y más bien establecer un nuevo humanismo sin antropocentrismo y una nueva metodología para complementar este nuevo humanismo, que debería adoptar un *ethos* asiático.⁴⁴ Aquí se plantea que la bioética ha sufrido demasiada influencia de las visiones occidentales, no obstante aquí también se podría terminar en un etnocentrismo oriental, pues en la misma proposición asiática se puede constatar la *(im)posibilidad* práctica de encontrar la fórmula de la bioética tanto global como intercultural, pues por más holístico que pueda ser el pensamiento asiático o mejor dicho el pensamiento oriental sobre el tema, la búsqueda no puede centrarse en adaptaciones de remplazo, sino en la inclusión y el compartir saberes. Se trata más bien, de buscar los mínimos comunes en el saber medicinal, o sea, la ética presente en cada una de estas distintas visiones.

En un artículo sobre bioética y salud pública, Darras propone que la salud pública y la bioética pueden enriquecerse mutuamente; la bioética desde su método de debate abierto y contradictorio y la salud pública desde su enfoque social, a través de la responsabilidad, la solidaridad y la interculturalidad. En este sentido, la interculturalidad no se refiere solamente a la no discriminación, no se limita al respeto de las otras culturas, sino que es el reconocimiento y conocimiento de que cada cultura que tiene su propia

⁴³ *Idem.*

⁴⁴ Sakamoto, H., "A New Possibility of Global Bioethics as an Intercultural Social Tuning Technology", en Tao Lai, Po-Wat J. (ed.), *Cross-Cultural Perspectives on the (Im) Possibility of Global Bioethics*, cit., pp. 359-367.

racionalidad y subjetividad. De acuerdo con el autor, no habría unas culturas científicas y otras mágicas, sino que todas son, a la vez, científicas y mágicas.⁴⁵

En suma, y a manera de conclusión, podemos resumir que los mayores desafíos en lo que concierne la conexión entre salud, bioética intercultural van más allá de la consideración de las cuestiones de saber y salud medicinales llamadas “indígenas”; la bioética enfrenta en la actualidad el conflicto mayor del diálogo entre lo universal y lo particular, es decir, la homogeneidad y la pertenencia al grupo. Las formas de expresión de la diversidad no son fijas, y la hegemonía en el saber medicinal es la posibilidad de vulnerabilidad de los grupos, pues hay distintas maneras de enfermarse, por lo que no vale rechazar los métodos occidentales, pero tampoco los llamados alternativos.

Esto es la lógica de la conjunción de saberes, y lo que sería una bioética, es decir, una ética de vida que conjunte los puntos en común de la diversidad de los grupos humanos. En este estado de reflexiones la búsqueda de una ética global y/o de su universalización tendría dos vertientes: la posibilista y la imposibilista. La primera busca centrarse en los derechos humanos como ética universal; la segunda, como forma ideológica y cultural neutrales, léase imparciales, es compartida por todos los seres humanos. Finalmente no se trata de buscar una ética del cuidado de salud centrada en el individuo, ni tampoco centrada en el comunitarismo, que sería el respeto por las tradiciones (culturales, sociales y morales) comunitarias a ultranza, sino que la orientación va en el sentido de trabajar desde la diversidad situacional y contextual como punto de partida para consolidar la discusión, la negociación y los acuerdos entre comunidades tecno-científicas, culturales y morales. No busca exponer principios ni normas de buena actuación entre ciencia, medicina y sociedad (María Jesús Buxó i Rey), sino simplemente “dialogar entre culturas”, es decir, potenciar el conflicto de interpretaciones.

⁴⁵ Darras, C., “Bioética y salud pública: al cruce de los caminos”, *Acta Bioethica*, 2, 2004, pp. 227-233.