
EL DERECHO A LA SALUD DE LOS PUEBLOS ORIGINARIOS Y MIGRANTES.

CIENCIA, ETNIA, CULTURA, VALORES Y CREENCIAS. HACIA UNA MEDICINA INTERCULTURAL.

Marisa AIZENBERG y María Susana CIRUZZI***

Fecha de recepción: 17 de julio de 2014
Fecha de aprobación: 31 de julio de 2014

Resumen

A partir de la desconstrucción del paradigma de la atención médica individualizada, los autores cuidadosamente examinan las facetas médicas, sociopolíticas y culturales de los abordajes occidentales a la medicina para argumentar a favor de la apertura a métodos alternativos. Ante la posibilidad de nuevas olas inmigratorias de comunidades indígenas y otros grupos, el personal médico debe tener en consideración cómo los factores culturales pueden ser ubicados en el proceso de cuidado para realizar un abordaje multiétnico y aprovechar la diversidad. De lograrse tal enriquecimiento, el artículo concluye que podríamos acercarnos al verdadero objetivo de la medicina.

* Directora del Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires, Argentina (observatorioderechoysalud@derecho.uba.ar).

** Responsable del Área de Bioética del Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Palabras clave

Atención médica – antropología médica – migración – derechos indígenas – globalización.

Abstract

Deconstructing the current individualized health care paradigm, the authors carefully examine the medical, socio-political and cultural facets of Western approaches to medicine arguing for openness to alternative methods. Bearing in mind new waves of migration from indigenous communities and other groups, health care personnel need to take into consideration how cultural factors can be accommodated in the care process to enhance a multi-ethnic approach to medicine while benefiting from cross-fertilization. By doing this, the paper concludes, we can move closer to the true objective of medicine.

Keywords

Health care – medical anthropology – migration – indigenous rights – globalization.

Un hombre del pueblo de Neguá, en la costa de Colombia, pudo subir al alto cielo. A la vuelta, contó. Dijo que había contemplado, desde allá arriba, la vida humana. Y dijo que somos un mar de fueguitos. El mundo es eso –reveló–, un montón de gente, un mar de fueguitos. Cada persona brilla con luz propia entre todas las demás. No hay dos fuegos iguales. Hay fuegos grandes y fuegos chicos y fuegos de todos los colores. Hay gente de fuego sereno, que ni se entera del viento, y gente de fuego loco, que llena el aire de chispas. Algunos fuegos, fuegos bobos, no alumbran ni queman; pero otros arden la vida con tantas ganas que no se puede mirarlos sin parpadear, y quien se acerca, se enciende.

GALEANO, E. (1989), *El libro de los abrazos*.

Introducción

No existen dudas de que la clínica médica moderna en Occidente es practicada dentro de un contexto plural y multicultural. Sin embargo, en nuestros días, existe frecuentemente una división entre los valores morales de los médicos y aquellos que pertenecen a los pacientes. Mientras que muchos profesionales, cualquiera sean sus creencias personales, básicamente adscriben a una moral secular que pondera valores tales como la autonomía individual y el bienestar colectivo, muchos de los pacientes se recuestan en tradiciones religiosas y culturales que enfatizan valores tales como la

obediencia a Dios y la responsabilidad de las familias y comunidades para cuidar de sus miembros. A ello debe sumarse que, mientras resulta más o menos sencillo negociar el respeto a los rituales de tales pacientes en el campo de las dietas o de la oración, resulta más difícil consensuar las grandes diferencias que surgen en las distintas perspectivas morales entre los médicos y los pacientes cuando nos referimos a cuestiones prácticas relacionadas al proceso de atención médica en general y al tratamiento de ese paciente en particular. Algunas veces, estas diferencias deben ser más generalmente negociadas a través de la discusión de las políticas de salud que se producen en los comités de ética de los hospitales o inclusive en los recintos legales y/o judiciales. Otras veces, estas diferencias deben ser negociadas más particularmente sobre una base casuística entre los médicos, los pacientes y sus familias, además de aquellos individuos pertenecientes a su comunidad tradicional autorizados por los pacientes y sus familias, como sacerdotes, rabinos, pastores, imanes o chamanes, para orientarlos moralmente en sus decisiones.

La fuerza de las varias formas de aquello que puede denominarse creencia o sentimiento moral tradicional, varía de paciente en paciente. Algunos resultan bastante seguros y coherentes en sus expresiones, o son muy claros señalando quién será aquél que se ocupe de articular esas creencias y sentimientos por ellos. Otros no resultan tan contundentes. A ello debemos agregar que existen pacientes que afirman no poseer una creencia moral tradicional en particular o que han rechazado las prácticas en las que fueron criados, ya sea activa o pasivamente. En consecuencia, resulta extremadamente importante que el médico no sólo conozca la cultura de pertenencia del paciente sino que además debe extraer del sujeto cuál es su relación actual con esa tradición: devoción, adherencia, rechazo o inexistencia. Frecuentemente, en especial en situaciones de tratamientos prolongados, esa información acerca de la postura religiosa y/o cultural del paciente es tan importante como la información acerca de su condición física.

Trasladando estos conceptos al ámbito de las instituciones hospitalarias, éstas deberían evaluar las múltiples transformaciones que atraviesa la sociedad, interpellando a cada uno a partir de su relación con el otro y de sus prácticas cotidianas. En efecto, las habilidades técnicas y los conocimientos profesionales corrientes, algunos indispensables, no alcanzan cuando se trata, por ejemplo, de cuidar a un niño enfermo que vive en la frontera de varios mundos, como es frecuentemente el caso de los inmigrantes. En este contexto, el profesional de la salud debe, a menudo, iniciarse él mismo en la vida entre mundos diversos, reconociendo las condiciones de vida de sus pacientes y el esfuerzo interminable por comprender su arquitectura central.

A los fines del presente trabajo, resulta importante resaltar que frente a la vulnerabilidad biológica y cultural de los inmigrantes y/o aborígenes, existe también un posicionamiento político, ya que no en pocas oportunidades se ocultan las dimensiones políticas de esta vulnerabilidad –o mejor dicho, capas de vulnerabilidad, de las cuales nos

habla tan acertadamente Florencia LUNA (2008)- y aprehenden al inmigrante o indígena como un ser que viviría por fuera de las dinámicas socioeconómicas y políticas. Se lo describe sea como un ser desfigurado por una biología que le predispone a los males de una civilización que le llegó demasiado abruptamente en el curso de su historia, sea como un ser inscripto, a pesar de sí mismo, en una cultura ancestral que estructura y determina sus actitudes y comportamientos ante el proceso de salud y enfermedad. Estos modelos, que se pretenden objetivos e incluso apolíticos, olvidan que el indígena y/o el inmigrante es, primero y antes que nada, un actor que ocupa una posición social en el seno de una colectividad. Se olvidan de que es un ciudadano del mundo que actúa, días tras día, definiendo y ocupando “su lugar” (DE PLAEN, 2006).

En este sentido “la etnopsiquiatría pretende ser una alternativa a esta actitud que surge tan fácilmente en los occidentales: la de reducir al otro a ser sólo una copia de sí mismo. Porque ya sabemos: la pretensión a lo universal es siempre la justificación de la conquista. Y para obligarnos a la discusión y a la profundización –a la diplomacia, entonces– no hemos encontrado otra solución mejor que la amistad” (NATHAN y HOUKPATIN, 1996).

El gran desafío que se nos presenta, entonces, es permitir que nuestra cultura occidental, que centra su acción en la sacrosanta individualidad de la persona, resulte permeable a nuevas y distintas perspectivas que nos permitirían introducir la visión del otro, el respeto a sus valores y principios en la relación asistencial, sin por ello pretender “occidentalizar” al diferente.

I. Cultura(s), creencia(s) y ciencia(s). El paradigma de la etnomedicina.

Un hombre de las viñas habló, en agonía, al oído de Marcela. Antes de morir, le reveló su secreto: –La uva –le susurró– está hecha de vino.

Marcela Pérez-Silva me lo contó, y yo pensé: Si la uva está hecha de vino, quizá nosotros somos las palabras que cuentan lo que somos.

GALEANO, E. (1989), *El libro de los abrazos*.

Un vínculo complejo relaciona inmigración, etnicidad y salud. Por ello, hace falta establecer una primera distinción entre las nociones de etnicidad y cultura. Lo étnico reenvía a una creencia en los ancestros comunes, reales o putativos, y a un sentimiento subjetivo de pertenencia a un grupo dado (POUTIGNAT y STREIFF-FENART, 1995). Es una forma de organización social basada sobre una atribución de categorías que clasifica a las personas en función de sus supuestos orígenes y que se encuentra validada en la interacción social por la puesta en acción de signos culturales diferenciadores socialmente. Así como la noción de identidad étnica, la del grupo étnico remite a una construcción

histórica, a una dinámica relacional con frecuencia jerarquizada, a fronteras fluctuantes según las implicancias y los contextos de interacción (JUTEAU, 1999). Desde esta perspectiva, las pertenencias son múltiples (edad, género, clase social y grupo de origen) y los rasgos caracterizantes, que asimilan a un individuo a tal o cual grupo nacional o étnico, aparecen inscriptos en una relación social dinámica. Es decir que estos rasgos no preceden al grupo, más bien resultan de ellos (GUILLAUMIN, 1972). Dado esto, la etnicidad, la identidad y las diferencias étnicas no fundan al grupo sino que más bien fluyen de la vida en común. Una colectividad “étnica” no posee entonces atributos fijos y la etnicidad no puede ser transmitida por herencia.

La cultura también cobra un sentido en la relación social y en la interacción. Es un componente importante de la etnicidad, al mismo tiempo flexible y en constante transformación. Además, los grupos étnicos no detentan una cultura sino varias.

Como la etnicidad, la cultura no viene dada sino que más bien viene construida y con ella, una jerarquía de valores asociados a un ambiente determinado. Las prácticas culturales sancionadas positivamente (o, a la inversa, negativamente) generan un sistema de clasificación, constituido históricamente y puesto en acción por algunos, reconocido por otros (TABOADA-LEONETTI, 1994).

En cuanto a la relación entre religión y cultura, se puede observar que si por cultura se entiende un modo de vida de una particular comunidad que tiene continuidad histórica desde un tiempo premoderno hasta la actualidad, con intención de ser preservada en el futuro, uno puede ver que la “religión” subyace en el corazón de estas culturas. No existe una definición general y precisa que nos permita diferenciar claramente los valores religiosos de los culturales. Sin embargo, podría afirmarse que aquello que distingue a todas las religiones es que las decisiones morales en todas ellas son asumidas en referencia a una realidad trascendental; esto es a algo o alguien más allá del quehacer y control humano. De esta manera, la ética en la religión es parte, en cierta medida, del culto.

En la palabra está el comienzo mismo del hombre y de la cultura, y es no sólo el individuo, sino el grupo mismo el que resulta determinado por la tradición cultural.

El proceso natural de la evolución biológica hizo aparecer en el hombre, y únicamente en él, una facultad nueva y distintiva: la facultad de usar símbolos. La forma más importante de la expresión simbólica es el lenguaje articulado. Lenguaje articulado significa comunicación de ideas; comunicación significa preservación –tradición–, y preservación significa acumulación y progreso. El surgimiento de la facultad de usar símbolos se ha traducido en la génesis de un nuevo orden de fenómenos: un orden cultural. Todas las civilizaciones nacen del uso de símbolos, y son perpetuadas por ese uso. Una cultura, o civilización, no es más que una particular clase de forma que toman las

actividades biológicas, perpetuadoras de vida, desarrolladas por un animal particular, el hombre (WHITE, 1964).

La conducta humana es conducta simbólica; si no es simbólica, no es humana. La criatura del género "Hombre" se convierte en un ser humano sólo cuando es introducida en ese orden de fenómenos que es la cultura y participa de tal orden. La llave de este mundo y el medio de participar en él es el símbolo (WHITE, 1964).

Ahora bien, a través de la palabra se verbalizan las creencias y valores de una comunidad. El problema de la naturaleza de la creencia ha suscitado en el curso de la historia múltiples dificultades. Por un lado, se ha identificado la creencia con la fe y se ha opuesto al saber. Por el otro, se ha sustentado que todo saber y, en general, toda afirmación tiene en su base una creencia. Es obvio que en cada caso se ha entendido por "creencia" una realidad distinta (FERRATER MORA, 1981).

Las distinciones establecidas parecen querer situar el problema de la creencia distinguiéndola no solamente de la fe, sino también de la ciencia (*episteme*) y de la opinión (*doxa*). En la medida en que se aproxime a la fe, la creencia designará siempre una confianza manifestada en un asentimiento subjetivo, pero no enteramente basada en él. En efecto, en lo que respecta por lo menos a la idea de creencia dentro del cristianismo, resulta incomprensible si no se une a ella la realidad del testimonio y precisamente de un testimonio que posee la autoridad suficiente para testimoniar. En cambio, en la medida en que se aleje de la fe estricta, la creencia gravitará siempre más hacia el lado del asentimiento subjetivo y cortará toda la trascendencia que es indispensable para la constitución de la fe. En el sentido más subjetivo de la expresión, la creencia aparecerá, por lo tanto, como algo opuesto también al saber y, en cierta medida, a la opinión, pero al mismo tiempo como algo que puede fundamentar por lo menos de un modo inmanente todo saber (FERRATER MORA, 1981).

Hay que distinguir entre la creencia como algo que trasciende los actos mediante los cuales se efectúa su asentimiento y la creencia como un acto inmanente, aunque dirigido a un objeto. Dentro de esta última acepción, conviene distinguir entre la creencia como acto por medio del cual un sujeto de conocimiento efectúa una aserción, y un acto limitado a la esfera de las operaciones psíquicas, principalmente voluntarias. Y dentro de esta última significación puede establecerse una distinción entre tres sentidos de la palabra creencia: 1) adhesión a una idea, esto es, persuasión de que es una idea verdadera. Todo juicio plantea entonces algo a título de verdad. 2) oposición a certeza pasional, como el caso de las creencias religiosas, metafísicas, morales, políticas; por lo tanto, asentimiento completo, con exclusión de duda. 3) simple probabilidad, como en la expresión "creo que lloverá" (FERRATER MORA, 1981).

Por su lado, en el caso del valor, algunos han considerado que éste depende de los sentimientos de agrado o desagrado, del hecho de ser o no deseados, de la subjetividad humana individual o colectiva; otros han estimado que lo único que hace el hombre frente al valor es reconocerlo como tal y aún considerar las cosas valiosas como cosas que participan, en un sentido platónico, del valor. La palabra valor puede tener un carácter abstracto o concreto. Como nombre abstracto designa la cualidad de valer o de ser valioso. En este sentido, equivale muchas veces a mérito o bondad, y entonces el mal es considerado como un desvalor; pero también se usa en un sentido más amplio para hacer referencia tanto al mal como al bien, entonces se considera al mal como valor negativo y al bien como valor positivo. Como nombre concreto, el “valor” puede usarse en singular o en plural para referirse a las cosas que tienen la propiedad del valor o a las cosas que son valoradas. Muchas veces se ha establecido una distinción entre dos tipos de valor: un valor intrínseco y un valor extrínseco o instrumental. Por valor extrínseco se entiende el carácter de ser bueno o tener algún valor como medio para conseguir un fin. Por valor intrínseco el carácter de ser bueno o valioso en sí o como un fin (RUNES DAGOBERT, 1969).

No hay duda de que, cuando el sujeto se está refiriendo a sus valores, reclamando que sean respetados, está hablando de aquellas ideas, sentimientos, sensaciones que considera valiosas para sí.

La opinión es una afirmación que carece de evidencia. La fe es un acto sobrenatural, debido a la gracia de Dios, que se refiere a cosas que quedan fuera del alcance de la capacidad probatoria de la razón humana, aunque no en contradicción con sus principios.

La cultura refiere a aquellos valores intrínsecos de la sociedad. Este término fue empleado por SPENGLER (1923) para definir a una civilización en su período creador: medios, es decir, instrumentos, costumbres e instituciones de los grupos sociales, o utilización de tales medios. En psicología, instrucción o educación del individuo. Si bien el término cultura se ha tomado –con mucha generalidad– como sinónimo de civilización, algunos establecen una distinción entre ambos, ya que la primera es el efecto que causan sobre el desarrollo y la expresión personal (arte, ciencia, religión) las instituciones, y la segunda se identifica más con las conquistas materiales y la organización social (RUNES DAGOBERT, 1969).

La ciencia como expresión de la conducta humana es parte del acervo cultural. Es preeminentemente una manera de tratar la experiencia. La finalidad de la ciencia –en una primera aproximación– no es otra que hacer inteligible la experiencia, es decir ayudar al hombre a adaptarse a su medio para que pueda vivir.

Cuando hablamos de cultura o civilización nos estamos refiriendo a aquellos sujetos particulares que comparten entre ellos determinados valores, principios y tradiciones, así como un lenguaje común.

La traducción literal de “aborigen” es “la gente que ha estado aquí desde el principio”. Aunque en la cultura aborigen existen filosofías y prácticas análogas a la bioética, el concepto de bioética no se diferencia generalmente de los valores éticos y del marco en el cual se toman las decisiones en todas las dimensiones de la vida. De acuerdo con esto, los valores éticos que una comunidad aborigen sostiene deben ser enfocados más como un cuerpo formal y codificado de bioética aborigen.

Un repaso de la literatura en el tema revela que se ha publicado muy poco sobre este aspecto. Dentro de la cultura bioética, el sistema aborigen es único en relación con su visión y creencias del individuo y concomitante con relación a la comunidad. Usualmente, la cultura colonial occidental desmerece los valores aborigenes. Primariamente enraizada en el contexto de historia oral y cultural, la ética aborigen es mejor entendida como un proceso más que como una interpretación correcta de un código unificado. En su acercamiento al proceso ético de toma de decisiones, las culturas aborigenes difieren de los grupos culturales o religiosos que deciden en base a las escrituras y textos fundantes para ejercer sus creencias y practicas éticas (SINGER y VIENS, 2008).

Las decisiones éticas en los aborigenes son usualmente situacionales y altamente dependientes de los valores individuales y del contexto de la familia y la comunidad. Generalmente, la ética aborigen incluye conceptos como holismo, pluralismo, autonomía, comunidad –o familia– como fundamento del proceso de toma de decisiones, y el mantenimiento de la calidad de vida más que el fin exclusivo de obtener una cura. Gran parte del sistema de creencia aborigen enfatiza alcanzar un balance y bienestar en todos los dominios de la vida humana (por ej: mental, físico, emocional y espiritual). Muchas de estas comunidades afirman la necesidad de respeto a la integridad del cuerpo humano después de la muerte. La espiritualidad y la comprensión de la muerte, la pérdida y la existencia de seres espirituales muy a menudo juegan un rol importante en la toma de decisiones del paciente y su familia. Asimismo, la “aceptación” de la muerte y del paso del tiempo durante la enfermedad está profundamente enraizadas en las creencias de estas comunidades. Mantener la calidad de vida se considera un valor superior a la mera extensión biológica de esa vida. Simultáneamente, la vida debe ser preservada y mantenida siempre que existan medios cualitativamente buenos para ello. Es esencial la afirmación de la dignidad (ROYAL COMMISSION ON ABORIGINAL PEOPLE, 2006).

Existen muchas barreras que se levantan como impedimento a un respeto adecuado a la bioética aborigen. Tal incluye el lenguaje, la falta de competencia cultural

entre los profesionales asistenciales, problemas de transporte y de comunicación respecto de comunidades remotas, y discriminación institucional.

Ello se debe a que la noción de cultura fue forjada en el contexto de una antropología clásica, centrada sobre el estudio de pequeñas colectividades, con frecuencia lejanas y exóticas, en las cuales las representaciones, los valores y los sistemas simbólicos eran transmitidos por relatos, mitos y rituales, y también por la música. La cultura ha sido definida en la antropología tradicional como un producto colectivo compartido por un grupo, como un conjunto relativamente homogéneo de maneras de pensar, de comportamientos estructurados y de instituciones, como un sistema de sentido que se ha codificado diferenciadamente, según las sociedades, en función de los contextos históricos particulares en los cuales esas sociedades se desarrollaron, y como una herencia transmitida de una generación a otra. El concepto de cultura y los términos que se le asocian (intercultural, transcultural, multicultural), continúan evocando, en la mayoría de la gente, las nociones de etnia, de pueblo y de nación, nociones que cada vez causan más temor en nuestras sociedades civiles fundadas sobre el concepto de igualdad de derechos entre todos los ciudadanos (BALL, 2008).

La cultura humana, tomada en su conjunto, puede ser descripta como el proceso de la progresiva autoliberación del hombre. El lenguaje, el arte, la religión, la ciencia constituyen las varias fases de este proceso. En todas ellas el hombre descubre y prueba un nuevo poder, el de edificar un mundo suyo propio, un mundo ideal. La filosofía no puede renunciar a la búsqueda de una unidad fundamental en este mundo ideal. Pero no tiene que confundir esta unidad con la simplicidad. No debe ignorar las tensiones y las fricciones, los fuertes contrastes y los profundos conflictos entre los diversos poderes del hombre. No pueden ser reducidos a un común denominador. Tienden en direcciones diferentes y obedecen a diferentes principios, pero esta multiplicidad y disparidad no significa discordia o falta de armonía. Todas estas funciones se completan y complementan, pero cada una de ellas abre un nuevo horizonte y muestra un nuevo aspecto de lo humano. Lo disonante se halla en armonía consigo mismo; los contrarios no se excluyen mutuamente sino que son interdependientes: "armonía en la contrariedad como en el caso del arco y de la lira" (CASSIER, 1994).

Es así que la cultura no solo trata del sistema de valores, idioma, creencias, atribuciones y patrones de conductas; no sólo está definida por la etnicidad sino que también está determinada por factores de proximidad, educación, edad, género y preferencias sexuales.

Lo propio del objeto cultural es que encarna un valor y cada grupo humano, en la medida en que, diferenciándose de otros, elabora una cultura propia, produce objetos culturales diferentes, susceptibles también de diversas apreciaciones axiológicas. De esta

manera surge el problema de los valores culturales dentro de una determinada cultura y el de la valoración de esas distintas culturas. Así, la percepción de una escala de valores compartida es un elemento identitario en una comunidad específica. Esta comunidad así constituida tiende a rechazar –y por tanto a minusvalorar– expresiones culturales distintas a la propia. Una comunidad cultural puesta en relación con otra, enfrenta un proceso de acercamiento y eventual simbiosis de valores que en cierto modo puede verse como un peligro para su identidad, produciéndose una especie de “tensión superficial” que impide o dificulta la introducción de elementos exógenos eventualmente disolventes. Por eso, en cierto sentido una diferencia axiológica es normal en sociedades pluriculturales. Sin embargo, el pluralismo cultural puede ser a su vez un valor dentro de la esfera de los valores espirituales. Así lo ha reconocido recientemente la UNESCO, en la Convención sobre la Diversidad Cultural (TEALDI, 2008).

En este sentido, la cultura es un determinante importante de la falta de consenso en la asistencia médica. Los aborígenes e inmigrantes no suelen tener el mismo concepto de enfermedad que los otros ciudadanos occidentales. Para muchos de ellos, no estar sano supone desde no mantener buenas relaciones familiares hasta no poseer buenas tierras para el cultivo. Por ello se despreocupan de los problemas de salud reales y los infravaloran. Pero lo que sí puede afirmarse es que la espiritualidad (cualquiera sean sus componentes), que refiere al significado último y propósito en la vida, tiene relevancia clínica. Los pacientes están especialmente preocupados por la espiritualidad en un contexto de sufrimiento, debilitamiento y muerte. Para algunos de ellos, estas preocupaciones pueden ser analizadas por completo dentro del contexto de las relaciones humanas, los valores y propósitos; para otros, su resolución involucra a la fe en un ser superior, aquél que es una fuente de seguridad y esperanza (FOGLIO y BRODY, 1988).

De una u otra manera, la cultura, los valores y principios son un componente inescindible del “ser humano”, hacen a su dignidad ontológica, moral y teológica. Ninguna persona ni grupo de personas tiene derecho a forzar a otro a cambiar o abandonar sus prácticas y creencias, pues cambiar también es un derecho. Aunque ancladas en la historia, las particularidades culturales de los pueblos y los derechos que genera su reconocimiento no son temporarios, por lo que introducen el requisito de concebir ciudadanía diferenciadas que den cuenta de la diversidad cultural que atraviesa toda sociedad (TEALDI, 2008). Como tal, el pluriculturalismo nos interpela en su reconocimiento y exige respeto.

II. Paternalismo médico versus valores y creencias personales. El principio de beneficencia frente a la autonomía del paciente

El reconocimiento de que las percepciones morales del paciente requieren de atención en el ámbito médico no implica, por supuesto, que esas percepciones sean correctas o valiosas para todo el proceso que dure el tratamiento. Aún cuando el paciente

esté correctamente orientado acerca de la posición tradicional de su propia cultura o religión acerca de las cuestiones morales envueltas en el tratamiento médico, tal punto de vista no puede dominar los aspectos éticos del proceso de toma de decisiones. Estas tradiciones deben tener una voz pero no necesariamente un veto. Los médicos y los demás profesionales de la salud están constreñidos por sus propias convicciones morales, la ética profesional, las declaraciones de las instituciones de salud en las que trabajan, y por la ley. Por ejemplo, el rol dominante que la familia adquiere en muchas de las tradiciones culturales, puede enfrentarse con las nociones modernas seculares según las cuales solo la autonomía del paciente individual debe ser tomada en consideración. Esto resulta especialmente importante de destacar cuando el paciente es un niño, quien se supone no se encuentra en condiciones de realizar sus propias decisiones morales, pero también en el caso de muchos adultos que afirmarían aceptar libremente la autoridad de su propia familia y de su propia comunidad tradicional (usualmente vista como una extensión de la familia) para tomar decisiones graves que afectan sus vidas y su salud.

El conflicto así planteado no es susceptible de ninguna solución unívoca y exclusiva, y requiere ser analizado y adecuadamente balanceado en cada situación particular.

Para SINGER (2008), la atención de los médicos hacia los puntos de vista religiosos de sus pacientes puede llegar a enriquecer su propio proceso personal de desarrollo como agente moral. Cuando esto sucede, existe un diálogo genuino entre los médicos y los pacientes y las comunidades en las que viven.

El dilema ético que se presenta en aquellos casos en los que la visión médica contrasta manifiestamente con la opinión del paciente y/o de su familia (visión basada en su acervo cultural), implica el enfrentamiento entre los siguientes principios bioéticos: el principio de beneficencia, al que podemos denominar como "paternalismo médico", que entiende que dispone de los recursos tecnológicos necesarios para poder brindar un tratamiento comprobado y que podría curar o aliviar al paciente, lo que resulta beneficioso y bueno para él. Por otro lado, se nos presenta el principio de autonomía, ya sea ejercido por el propio paciente o a través de los subrogantes naturales, que nos lleva a tener en cuenta la negativa al tratamiento formulada, en tanto expresión de los valores y principios del paciente y que –por ello mismo– es quien atiende al mejor interés del enfermo.

Resulta una verdad de Perogrullo que el principio de autonomía implica, necesariamente, la posibilidad de negarse a someterse a un procedimiento médico, y la imposibilidad correlativa de imponer por la fuerza al paciente que realice un determinado tratamiento médico, salvo aquellos casos legalmente previstos. De otra manera, el consentimiento informado carecería de sentido, transformándose en una fórmula vacía de contenido (AIZENBERG, 2009). Cuando se trata de pacientes adultos, el principio es que debe

aceptarse siempre su negativa al tratamiento médico, aún cuando la misma pueda resultar irrazonable, desproporcionada, arbitraria o francamente infundamentada, con excepción de aquellos casos en que el paciente se encuentre en estado de inconciencia, demencia o haya sido víctima de delitos contra la vida o de tentativa de suicidio. Sin embargo, cuando hablamos del paciente pediátrico, este principio de autonomía se encuentra más acotado, debido a la expresa vulnerabilidad que presenta este tipo de pacientes. Ello nos plantea un serio dilema: por un lado el principio de autonomía está relacionado con el concepto de competencia bioética, lo cual no se identifica necesariamente con el concepto de capacidad jurídica. Ello implica determinar, en cada caso, si el paciente mismo puede tomar sus propias decisiones en orden al cuidado de su salud. Por el otro, los padres resultan los representantes naturales y legales de los niños, lo cual conlleva asumir determinadas decisiones en su nombre y representación. La autoridad paterna sólo podrá ser desafiada cuando su negativa sea irrazonable. Pero, ¿qué se entiende por razonabilidad de la negativa? La razonabilidad está dada por la proporcionalidad de medios a fines; en lenguaje bioético, nos remite al balance riesgos/beneficios. Cuánto más curativo sea el tratamiento propuesto, y menos consecuencias desfavorables acarree su implementación para el paciente, más estrictamente deberá ser analizada esta negativa.

III. El imperativo tecnológico: lo técnicamente posible frente a lo éticamente debido. Los principios culturales como límites (¿infranqueables?) al accionar médico

Algunas comunidades aborígenes o de inmigrantes tienen cierto recelo hacia los avances tecnológicos, los cuales son vistos como una “cultura de colonización”, por lo que no ven con buenos ojos tratamientos como transplante, diálisis o ventilación mecánica.

La aplicación de los principios bioéticos de autonomía, beneficencia y justicia en las relaciones contemporáneas debe reconocer el contexto histórico de los poderosos vínculos entre la gente aborígen/inmigrante y los proveedores de salud. El énfasis dominante puesto en la autonomía individual debe incorporar los valores aborígenes que enfatizan el principio de “no interferencia”. La ética de la “no interferencia” es una norma de conducta de muchas comunidades aborígenes (fundamentalmente las tribus nativas de Norteamérica) que promueve las relaciones positivas interpersonales evitando la coerción de cualquier tipo, sea física, verbal o psicológica (BRANT, 1990).

La inclinación a garantizar la autonomía en la comunicación que supone los conceptos de consentimiento y verdad deben acomodarse a este valor destinado a evitar la coerción.

La comunicación directa e inmediata de malas noticias, que informan sobre un diagnóstico terminal o riesgos de una muerte inminente puede violar valores de algunos individuos y comunidades. Las tradiciones culturales y espirituales de muchas de estas

comunidades afirman que hablar explícitamente de una enfermedad terminal y de la muerte puede acelerar la misma muerte. En consecuencia, algunas familias desean estar presentes para ser intermediarios en la comunicación de malas noticias y brindar verdadero apoyo. En este sentido FREEDMAN (1993) introduce el concepto de “ofrecer la verdad”, que permite evitar el concepto de “imponer la verdad” permitiendo a la persona que defina el nivel y la explicitación de la información que requiere conocer para decidir.

Acentuar la garantía del consentimiento informado y de la minimización de riesgos en el proceso de toma de decisiones puede en cierta medida influir indebidamente en las relaciones históricas que minimizan los valores aborígenes, que acentúan la protección de la familia y de la comunidad. En el proceso de toma de decisiones, los pacientes y sus familias pueden decidir balancear los riesgos y beneficios individuales con los intereses de la familia y la comunidad.

Una buena forma de derribar este tipo de barreras es la intervención de un intérprete que conozca y entienda los valores de las culturas en juego, así como –en su caso– entienda el lenguaje.

La diversidad y el pluralismo son dimensiones esenciales de la ética aborígen. La ética aborígen enfatiza una perspectiva pluralista que acepta un amplio espectro de valores y perspectivas de los miembros de la familia.

La importancia de entender las perspectivas aborígenes y migrantes en la ética está muy a menudo unida a las diferencias en el estatus de salud y la utilización de los servicios de salud. Estos problemas están relacionados con los principios éticos de justicia distributiva y equidad, ya que refieren a la justa distribución de los recursos de salud (que son siempre escasos) y el acceso a la asistencia en forma equitativa para todos los individuos.

El acceso equitativo a servicios de salud de alta calidad es un problema central en áreas rurales aborígenes o de inmigrantes. Debido a la centralidad de la familia en la experiencia del individuo durante la enfermedad y el tratamiento, y las restricciones al acceso de amigos y familia, los pacientes aborígenes o inmigrantes suelen sentirse aislados cuando se encuentran hospitalizados. La toma de decisiones en estas comunidades comúnmente involucra a miembros de la familia extendida, por lo que deben garantizarse las oportunidades para que ello ocurra en los servicios de salud.

En este sentido, debemos tener en consideración que no todo lo tecnológicamente posible está éticamente justificado. Los avances en la ciencia nos introducen en un nuevo concepto, que es el de “imperativo tecnológico”, donde frente a la introducción de nuevas

tecnologías, se plantea la necesidad de hallar un límite para evitar el “encarnizamiento terapéutico” y el avasallamiento de los valores del paciente, que forman parte del concepto de autonomía personal. Ese límite sólo puede ser fijado circunstanciadamente, en un aquí y ahora determinado de un paciente en particular, y va a depender del tipo de tratamiento que se propone (curativo, paliativo o meramente de acompañamiento en la terminalidad); de las alternativas al tratamiento propuesto, de los riesgos y beneficios que se esperan del mismo, del pronóstico de la enfermedad, y de la aceptación del paciente

No debemos olvidar que el concepto de autonomía, que desde el punto de vista bioético remite a la habilidad para tomar decisiones en orden al cuidado de la propia salud y vida luego de evaluar la información recibida, sopesando los riesgos y beneficios y las posibles alternativas propuestas, y que desde el punto de vista jurídico nos refiere a ese señorío exclusivo y propio, a ese ámbito de autodeterminación donde cada individuo puede ejercer sus propias elecciones personales sin cortapisa ni intromisión de terceros, abarcan a la persona como un todo, con sus creencias y principios. Por ello, son esos valores personales, en tanto componentes de su experiencia vital –única e intransferible–, aquellos que jugaran un rol preponderante en la toma de decisiones médicas, y que por esa misma razón, no deben soslayarse ni minimizarse.

IV. El mejor interés del paciente. El paciente adulto y el paciente pediátrico

Para poder entender la dimensión ética de la salud aborígen y migrante en la práctica médica, deben admitirse varias dimensiones. Los profesionales de la salud deben reconocer los riesgos de aplicar valores y creencias espirituales estereotipadas, además de abandonar la tentativa de desarrollar fórmulas éticas generales para establecer una comunicación con pacientes aborígenes o inmigrantes.

La bioética aborígen o migrante puede ser mejor vista como un proceso interpersonal. Las posiciones en ella son usualmente situacionales, adoptando un enfoque casuístico e individual. En primer lugar, los profesionales deben tratar de desentrañar la importancia de la autonomía, la centralidad de la familia en la salud y en la identidad, la diversidad de creencias y prácticas entre las comunidades aborígenes o migrantes, y el valor de desarrollar y mantener relaciones personales y emocionales sinceras con los pacientes. Generalmente, acentuar la distancia profesional contraviene la afirmación nativa acerca del poder de las relaciones humanas en el proceso de cura. En este sentido, la confianza es un valor absoluto.

Sin embargo, los profesionales deben estar dispuestos a aceptar que los valores biomédicos pueden no siempre ser reconciliables con los valores aborígenes, lo cual no implica ningún tipo de desvalor ni cuestionamiento a su praxis profesional.

Además de respetar las creencias, los profesionales necesitan respetar las decisiones de los pacientes y sus familias en orden a permitir la participación de sanadores, ancianos sabios, y otros referentes en el cuidado del enfermo.

En el caso de las culturas aborígenes, las mismas pueden ser identificadas como premoderna en el sentido de que no hay separación entre el yo y el universo; entre el yo, la familia y la comunidad; o entre la mente, el cuerpo y el espíritu. En consecuencia, curar no es posible sin la espiritualidad; sin las relaciones de la familia y la comunidad, y el cosmos. Restaurar los valores y creencias puede balancear los tratamientos médicos y ayudar a la cura de la persona así como también a la cura de la enfermedad, a través de la ciencia médica.

La reciente historia occidental acentúa los avances científicos y tecnológicos a expensas y con exclusión de la espiritualidad. Las consecuencias de esto han sido traumáticas para muchas de las culturas tradicionales aborígenes. Cuando procuran atención, muchos individuos nativos ven al sistema de salud occidental como deshumanizante: experimentan una separación de cuerpo y alma y un alejamiento de la familia y la comunidad, y se pretende hacerlos participar en la toma de decisiones basados en valores biomédicos que le son totalmente ajenos y extraños.

Es un verdadero desafío para la cultura médica occidental incorporar el bagaje cultural de otras comunidades en la toma de decisiones médicas, de manera de incorporar la diversidad y el pluralismo que se derivan de una sociedad moderna multicultural.

Cuando los médicos proponen un determinado tratamiento que no es aceptado por el paciente y/o su familia, con base en sus propias convicciones personales, filosóficas y culturales se plantean tres tipos de conflictos distintos:

- a. Moral: el médico se ve en la disyuntiva de respetar la negativa del paciente y/o de los padres frente a un tratamiento efectivo, probado y en el cual se tiene amplia experiencia en su realización y que de no ser efectuado, acarrearía la muerte o graves perjuicios al paciente.
- b. Interpersonal: el desafío de respetar las distintas opiniones y miradas, no sólo del paciente y de los padres y familia en su caso, sino también de otros profesionales del equipo tratante, que tienen una mayor inclinación a aceptar la negativa del paciente.
- c. Legal: el médico teme que en caso de aceptar la negativa del paciente o de los padres a la realización del tratamiento propuesto, la sociedad pueda recriminarle – a través de las agencias judiciales pertinentes– el haber negado un tratamiento comprobado y efectivo que podría haber salvado la vida y/o la salud del paciente.

En este sentido, se introduce el concepto de calidad de vida, el cual es netamente subjetivo, sólo definible –en principio– por el mismo enfermo. Cuando el paciente por sí mismo no puede expresar sus propias preferencias (por incapacidad física, psíquica o inmadurez) son los padres y la familia los que entienden que la calidad de vida que ese enfermo tendría con el tratamiento médico propuesto se vería seriamente afectada. Tal situación nos introduce en el concepto de “mejor interés del paciente”.

Debemos recordar que no existe una definición acerca del concepto de “mejor interés del paciente”. La doctrina mayoritaria en el tema ha establecido distintas pautas o parámetros que nos permitirían discernir, en el caso concreto, cuál es el “mejor interés del paciente”.

Así se ha afirmado que se deben tomar en consideración:

- a) Los valores y las convicciones que el subrogante conoce como propios de la persona incapaz y cree que ésta seguiría teniendo si todavía fuera capaz;
- b) Cualquier otra voluntad manifestada por la persona incapaz con respecto al tratamiento, y los siguientes factores:
 1. si la enfermedad o la salud de la persona incapaz pueden mejorar con el tratamiento médico;
 2. si la enfermedad o la salud de la persona incapaz pueden mejorar sin el tratamiento;
 3. Si el beneficio que la persona puede esperar del tratamiento es superior a los relativos riesgos;
 4. Si un tratamiento menos restrictivo o menos invasor podría aportar el mismo beneficio que el tratamiento propuesto.

En el caso de que por la corta edad del paciente, no podamos afirmar ni conocer los valores y principios que lo inspiran, y que forman parte de su identidad, como en la mayoría de los casos, son los padres quienes –en principio– representan esos valores y creencias, en los cuales eventualmente criarán a ese niño, y con independencia de que en un futuro el niño pueda ser crítico de esos valores y modificarlos o inclusive rechazarlos. Es decir, en el momento en que debe analizarse el caso, y los principios en juego, es el momento en que deben tomarse en cuenta los parámetros a analizar, sin permitirse realizar futurología y ejercer el arte de la adivinación.

Cuando se delibera acerca de todos estos principios, el punto central gira en torno a la necesidad de determinar la razonabilidad de la negativa paterna y quién es el que representa el mejor interés del paciente.

Muchas veces, las razones esgrimidas por los padres y/o por el paciente para oponerse al tratamiento médico propuesto pueden ser fácilmente evaluadas y compartidas desde la visión “científica” del médico; pero en otras ocasiones, están relacionadas con lo que modernamente se ha dado en llamar “etnomedicina”, es decir, la necesidad de articular los principios médicos con los valores y creencias culturales y personales de una determinada etnia o comunidad. Los principios éticos que inspiran la relación médico/paciente imponen la necesidad de respetar al otro en toda su dimensión: psico-social y personal. Obviamente que el norte debe ser siempre “el mejor interés del paciente”, y he aquí el verdadero dilema.

En principio, cuando el paciente es plenamente capaz desde el punto de vista jurídico y bioéticamente competente para tomar sus propias decisiones, debe estarse a su voluntad, y sólo puede desafiarse esa opinión cuando se trata de víctimas de delito, tentativa de suicidio, estados de inconciencia o demencia (cfr. art. 19, inc. 3, ley 17.132).

Sin embargo, y cuando se trata de un niño –y principalmente, cuando ni siquiera puede expresar por sí mismo sus preferencias–, y en lo que hace al principio de subrogancia, existe una máxima que dicta que “los padres no pueden hacer mártires de sus hijos”. Pero esa máxima no es de aplicación automática. Para ello, recordamos que esta máxima tiene plena vigencia, casi sin dudar, en los casos de pacientes cuyos padres son Testigos de Jehová y se oponen a aceptar una transfusión sanguínea. ¿Puede aplicarse analógicamente esta decisión a todo tipo de tratamiento no aceptado por los padres de un paciente? Entendemos que no, ya que en el caso de la transfusión sanguínea se trata de un procedimiento eminentemente curativo, escasamente invasivo, altamente efectivo y limitadamente riesgoso. En el caso de otro tipo de tratamiento (como por ejemplo: el trasplante y sin entrar a analizar su carácter curativo o paliativo), se trata de un procedimiento que importa luego la necesidad de continuar con un tratamiento de por vida, con consecuencias diversas en la calidad de vida del paciente; además de ser un tratamiento que puede ser rechazado por el propio organismo del niño, que importa altos riesgos y que puede fracasar. El panorama relatado nos lleva a rechazar la aplicación automática de esta máxima bioética.

Conforme estas apreciaciones, los padres no hacen más que manifestar principios ancestrales a los que adhieren sin imposición alguna, y en respeto de los cuales pretenden educar a su hijo.

Asimismo, debe tenerse en cuenta las consecuencias que se derivarían de realizar un procedimiento médico no aceptado por los padres: muy probablemente, la adherencia al tratamiento sería escasa a nula, y una vez regresados a su lugar de origen, no realizarían seguimiento alguno.

Cabe aclarar que las diferencias culturales entre los profesionales de la salud y los pacientes pueden constituirse en barreras que menoscaben los resultados del cuidado de la salud. Por otro lado, la adherencia al tratamiento y la satisfacción del paciente están muy relacionadas con la efectividad en la comunicación entre el médico y su paciente/familia.

Es por estas razones, que frente a este tipo de casos, no puede establecerse una máxima de aplicación universal –al estilo imperativo categórico kantiano– sino que debemos inclinarnos a sopesar casuísticamente cada uno de los valores y principios en juego. La función del Comité de Ética en estas situaciones es más que preponderante, ya que resulta el ámbito ideal donde poder tejer consensos entre las partes involucradas. Si en el balance riesgo/beneficio entendemos –luego de buscar un consenso– que el mejor interés del niño se verá protegido por la terapéutica propuesta y no aceptada por los padres, no queda otra opción que recurrir a la intervención judicial.

En este punto, es necesario resaltar que se entiende que la intervención judicial siempre debe ser el último recurso, ya que es el peor recurso y supone el fracaso de la relación asistencial, en tanto se evidencia de esta manera la imposibilidad de la institución hospitalaria de dar una respuesta a las necesidades y particularidades del paciente *ad-intro* de la institución y con los recursos disponibles en ella. Por otro lado, se presenta un problema en su implementación: en caso de que la justicia impusiera la realización del procedimiento médicamente propuesto, resulta imposible concebir cómo podría ejecutarse tal orden, si los padres continuaran oponiéndose y no quisieran entregar voluntariamente a su niño.

Pero lo que también queremos transmitir es la necesidad de que la duda, el dilema, el temor legal, no nos debe paralizar en la toma de decisiones médicas. Eso es lo que el paciente está demandando: nuestra intervención activa en su problema, que le permita solucionarlo de la mejor manera posible, sin conculcar ni desconocer sus valores más inalienables. Es cierto que podemos equivocarnos, es cierto que –quizás con mayor disponibilidad de tiempo– se podría haber trabajado de una manera distinta, pero también es cierto que la posibilidad de error disminuye en la medida que las decisiones son tomadas en forma deliberativa y consensuada por las distintas especialidades no ya solamente médicas o asistenciales, sino también por aquellas disciplinas que se ocupan del hombre desde distintos aspectos expresivos de su ser.

Sin embargo, son muchos los interrogantes que surgen en este tipo de situaciones: ¿qué pasaría si el paciente tuviera 12/13 años y él mismo objetara el tratamiento en base a sus propios valores culturales? ¿es el paciente pediátrico autónomo *per se*? ¿Es su negativa razonable? ¿Cómo se sentiría el equipo de salud si se aceptara la negativa paterna, teniendo en cuenta que ello inexorablemente puede acarrear la muerte del niño? Quienes trabajamos en el ámbito asistencial, ¿podemos ver la muerte de un niño enfermo como un acontecimiento más en el proceso de vivir? ¿O sentimos que tenemos una mayor obligación de realizar todo lo técnicamente posible –y con independencia del análisis ético–, aún en contra de la opinión de sus padres y/o del mismo paciente? ¿Cuál es el límite en que los principios personales y los valores culturales pueden definir y/o circunscribir el tratamiento médico? ¿Existe ese límite? ¿La toma de decisiones asistenciales resulta más fácil cuando se trata de un paciente adulto que en el caso de un paciente pediátrico?

Todos estos interrogantes así planteados requieren de un arduo y profundo compromiso entre todos los integrantes de la relación asistencial, basado en el respeto que la propia dignidad de cada uno –y como ser humano que es– impone. Sólo así podrá arribarse a determinados consensos que permitan encaminar la actividad asistencial en pos de lograr lo mejor para ese paciente, con esa patología y esa experiencia vital.

V. Hacia el nacimiento de una medicina intercultural

La ética intercultural es imprescindible para la consecución de una especie de “mínimo común moral” que coopere con el nuevo concepto de globalización, pero más sostenible y humanizado. Conforme BILBENY (2004), tanto la ética como la ciudadanía en apoyo de la globalidad exigen al mismo tiempo la meditación y el compromiso hacia un nuevo paradigma filosófico, el de un pluralismo interactivo e integrador que evite, pues, su equiparación con el relativismo y las consecuencias atomizadoras del pluralismo predominante o en la teoría social, teñido aún de monoculturalismo liberal.

De esta manera, se procura sustentar una “ética multiculturalista” que supere la visión occidentalista de los problemas morales. Y es que una ética global no puede ser otra que una ética intercultural. Y si es “intercultural”, la ética ha de ponerse al nivel y al servicio de las culturas, se desprenda o no de ellas. En este sentido, puede pensarse que hay una “revolución copernicana” pendiente de realizar en la filosofía moral. La primera se cumplió con Kant y la Ilustración europea al hacer girar las nociones y los objetos de la ética –ley moral, bien, virtud– alrededor del sujeto y de su razón práctica, en lugar de continuar pensando que estos dependían de los primeros. La segunda revolución debe venir, con el paso de la ética monocultural, aún dominante, a otra, bien distinta, de carácter intercultural, dando cumplimiento, así, a la universalidad que se propuso la filosofía moral desde la Ilustración y que no consiguió. Con este nuevo viraje en el planteamiento de la moral, se deja atrás la idea del conocimiento ético universal dispuesto alrededor del sujeto

moral (ilusión egocéntrica y, de hecho, eurocéntrica de la ética) y se adopta la idea opuesta de este mismo sujeto girando en torno a un nuevo centro que es el conocimiento ético universal y, además, intercultural (BILBENY, 2004).

Es así que BILBENY sostiene que una ética válida para las diferentes culturas tendría que resolverse como una ética de criterio o “procedimental”. La ética intercultural así propuesta es cognitivista, desde su arranque con el reconocimiento de las condiciones empíricas evolutivas y neurocognitivas de la acción humana, hasta completarse con el uso del método reflexivo, el cual nos permite descubrir y aplicar las aptitudes interculturales del distanciamiento, la meditación y el recuento contrastado, que servirán para encontrar normas y acuerdos apropiados para dicha acción. Develar tales aptitudes, no la fijación de determinadas normas con un contenido moral concreto, es lo que constituye el objetivo inmediato y básico de la investigación acerca de una ética intercultural. Una ética intercultural debe explorar y tratar de proveer, como dispositivo básico, un conjunto de pocas, claras y concisas reglas procedimentales para la acción moral aceptable en términos interculturales. Por tal acción se entiende, a grandes rasgos, la propuesta, el debate, el acuerdo y la aplicación de normas prácticas, sean las que fueren, que tienen por objeto la convivencia pacífica y próspera en la diversidad cultural y no son contradictorias, en cualquier caso, con las reglas procedimentales básicas de una ética intercultural (BILBENY, 2004).

Por ello, BILBENY (2004) propone tres reglas procedimentales para el sostenimiento de valores y acuerdos morales entre individuos y grupos de diferentes culturas. No se trata de normas, sino de reglas: son previas a la acción y a cualquiera de sus alternativas. Sólo indican cómo deben ser decididas y aplicadas éstas. No dicen, pues, lo que está bien o está mal, aunque condicionan lo que debe entenderse por ello en un contexto pluricultural.

Las reglas procedimentales remiten, por lo tanto, a una reflexión basada en el entendimiento natural y educable con el aprendizaje del habla, la conversión y los conocimientos y valores en general.

Entre las tres reglas no existe una jerarquía ni un orden deductivo, pero cada una guarda relación con el resto y ninguna tendría sentido fuera del conjunto. Además, comparten por igual y en similar proporción los diferentes aspectos intelectuales y emocionales del conocimiento.

La primera regla consiste en pensar por uno mismo, o regla de la autonomía moral. No se trata de apelar a una autonomía según la concepción occidental. Ésta la identifica o bien con el libre valerse del criterio moral y de la voluntad, o bien con el libre discurso y la independencia de la acción.

BILBENY (2004) identifica la autonomía con el pensar por uno mismo y por lo tanto con la capacidad, y su puesta en práctica, del juicio y la deliberación personales, más que remitir la autonomía al puro entendimiento, a la mera voluntad o a la acción en general.

Por este juicio o deliberación autónomos cabe admitir al menos dos actividades reflexivas básicas: disponerse a conocer y a elegir, y hacer ambas cosas bajo el control de uno mismo, sin que esto excluya, claro está, el deliberar junto a otros o con ellos.

En este orden, una ética intercultural no es de esperar tanto una nueva o renovable “moral para la diversidad”, acaso con una explícita propuesta de valores, normas generales y preceptos que seguir, cuanto la “consecución de un acuerdo”, en sí mismo moral y de valor intercultural, para o bien convalidar o bien formular de buen principio cualesquiera contenidos morales, o cuando menos para poder proseguir con la conversión sobre su necesidad y naturaleza, lo que no es poco, en términos de realismo moral.

La segunda regla consiste en “ponerse en el lugar del otro”, al momento de pensar la situación y evaluar sus consecuencias, imaginándose en el lugar del otro.

La tercera es la “regla de la reflexividad”, que consiste en tratar de pensar de acuerdo con uno mismo. Indica y preceptúa algo muy diferente al pensar “por uno mismo” o “imaginándose en el lugar del otro” a la hora de pensar. Ahora no se invoca al otro; ni a uno mismo, en el sentido especial y parcial del pensar de manera autónoma. Apelamos al uno mismo en su conjunto y espontaneidad. El acento recae en el sujeto entero, y sólo –o nada menos– en éste, para que considere si aquello que ha pensado y decidido en su “autonomía” y habiéndose puesto al mismo tiempo “en el lugar del otro” es algo que logra encajar en su identidad personal y ésta lo asume como un proceder propio, es decir, no extraño ni indefinido. Esto último representaría una indecisión no adecuada para el comportamiento ético en cualquiera de sus niveles psicológicos, intelectuales y sociales. Pues una de las características de la moralidad es la resolución personal a la hora de obrar. Incluso para una ética intercultural se necesita este tipo de consistencia, que es el acuerdo, primero, entre lo que pensamos y la actitud tomada al respecto, y, en segundo lugar, entre esta última y nuestro efectivo comportamiento. Juicio, actitud y acción (BILBENY, 2004).

Desde diferentes ámbitos de estudio y opinión se sostiene la idea de que la humanidad actual comparte de hecho, algunos valores éticos de carácter transcultural. Lo “transcultural”, a diferencia de lo intercultural, indica un solapamiento de rasgos culturales, de modo que ciertas creencias y costumbres serían compartidas por las diferentes culturas, sin que ello presuponga una actividad de acercamiento e intercambio entre éstas, característica, en cambio, de lo “intercultural”.

El *Institute for Global Ethics* menciona como valores éticos transculturales los siguientes: amor, veracidad, justicia, libertad, unidad, tolerancia, responsabilidad y respeto por la vida. Valores como libertad, responsabilidad y respeto por la vida no se encuentran vigentes en todas las culturas y, en muchos casos, son de muy vago significado para algunas de ellas. Propone por ello ordenar dichos valores en tres grupos básicos: el cuidado mutuo y la reciprocidad; la condena a la violencia, del conflicto y la deslealtad; y la justicia.

Los valores transculturales vigentes hoy en el mundo reúnen características propias, en tanto creencias –ideas o ideales–, es decir formas de representación y estimación que tratan de garantizar y reproducir hábitos de conducta al servicio de prácticas culturales que a la humanidad le interesa, por su propio bien, mantener.

La ética intercultural así propuesta contiene valores sustantivos que impiden que se la pueda reducir a una estricta propuesta instrumental, vacía de contenidos morales. Deja intactos aquellos valores, que son la mayoría, no contradictorios con la aplicación de las reglas éticas interculturales, sino que esta ética es precisamente procedimental con el propósito de que los valores morales de los pueblos y las minorías subsistan y sean respetados según unas reglas mínimas comunes de convivencia. Así, una visión minimista de la ética común, a diferencia del enfoque maximista de la misma, lejos de ser una amenaza para la diversidad de culturas morales viene a ser una garantía para la mayor parte de sus diferencias constitutivas. Solo quedan fuera de lugar aquellos valores que se oponen a unas mínimas reglas comunes para la coexistencia pacífica (BILBENY, 2004).

En el caso de BILBENY (2004), se argumenta a favor de una ética común a todas las culturas basado –sobre todo– en las posibilidades de cognición humana y en el ejercicio del razonamiento reflexivo, una base recogida en las llamadas por él “reglas procedimentales” de la autonomía, la reciprocidad y la reflexividad.

La ética intercultural así propuesta no es, a pesar de su carácter procedimental y reflexivista, una ética “abstracta”.

La regla de la autonomía, aquella que propone “pensar por uno mismo” contiene implícitamente el apoyo al valor de la “dignidad humana”. La regla de la reciprocidad, por su parte, la que preceptúa “ponerse en el lugar del otro a la hora de pensar”, equivale al “respeto al otro”. La regla de la reflexividad, la que consiste en “pensar de acuerdo con uno mismo”, implica, de seguirse, el ejercicio de la “responsabilidad” (BILBENY, 2004).

Para FORNET-BETANCOURT (1999) la interculturalidad es una posibilidad de corrección de la barbarie actual, “una barbarie poscivilizatoria que se patentiza en la

destrucción de las culturas, en la exclusión social, en la destrucción ecológica, en el racismo, en el reduccionismo de nuestra visión de la creación, en el desequilibrio cósmico que genera el modelo de vida propagado por nuestros medios de publicidad, en el hambre y la desnutrición, etc.”, de donde estas culturas “son inevitables para encontrar y organizar alternativas viables a la barbarie en expansión” (JUSTO, 2009).

Completando este concepto, PATZI (1999) agrega que

en realidad, la clase dominante, para reproducirse o perpetuarse como tal, no busca que los de la otra cultura sean iguales a ellos, ya que si verdaderamente se lo plantearan, estarían proponiendo su propia muerte... Esto permite la perpetuación de la clase dominante: no se deben dar secretos a las demás clases y grupos culturalmente distintos. Si sucediera que en nombre de la integración se entregaran estos espacios exclusivos, esto provocaría un proceso de desclasamiento de la clase dominante en forma de descenso, como dilución de las prácticas que la consagran como clase distinguida. De ahí que la integración no es jamás plena, sino que es una integración con límites, es decir, una integración que a la par pone en marcha un mecanismo de exclusión... y de ahí justamente la crítica a los procesos de etnofagia estatal, considerando así a aquellos que limitan conceptualmente la posibilidad intercultural a factores tales como la lengua, en vez de realizar una apertura hacia todos los planos en los que se juegan las diferencias en la realidad.

VI. Conclusiones

En la isla de Vancouver, cuenta Ruth Benedict, los indios celebraban torneos para medir la grandeza de los príncipes. Los rivales competían destruyendo sus bienes. Arrojabán al fuego sus canoas, su aceite de pescado y sus huevos de salmón; y desde un alto promontorio echaban a la mar sus mantas y sus vasijas. Vencía el que se despojaba de todo.

GALEANO, E. (1989), *El libro de los abrazos*.

La medicina transcultural es un enfoque de la práctica clínica que destaca la importancia de la cultura de los pacientes en el momento de hacer un diagnóstico, implementar un tratamiento y/o establecer cualquier modo de comunicación durante la práctica médica.

La competencia cultural considera el conocimiento básico y el reconocimiento de los valores, creencias y atribuciones del paciente/familia y del propio profesional/equipo de salud. Incluye también las habilidades interpersonales de comunicación intercultural necesarias para llevar a cabo en la forma más eficaz posible los procesos asistenciales, el conocimiento de la visión antropológica de enfermedad de quien solicita la asistencia y el respeto de su diversidad cultural (SANTÁGATA y TERRASA, 2002).

El acelerado proceso de globalización que vivimos nos coloca en forma creciente frente a una vasta diversidad cultural e histórica que se muestra impermeable a las explicaciones habituales. Los procesos migratorios, cada vez más frecuentes y diversos, tanto de pacientes como de profesionales del área de salud, nos desafían a enfrentar la ruptura de los modelos médicos universales de cuidados generalizados para empezar a considerar un modelo de cuidado diversificado, un modelo médico adaptado a las diferencias culturales.

El objetivo de la asistencia médica basada en la diversidad cultural es aumentar la calidad de la asistencia médica entendiéndola en términos de accesibilidad, aceptación, eficiencia y satisfacción de las personas que pertenecen a una cultura diferente a la de quienes brindamos los servicios. Es decir, se trata de asistir con equidad dando a cada uno lo que necesita y no lo mismo a todos (SANTÁGATA y TERRASA).

Las prácticas clínicas, en contexto de diversidad cultural, ponen en juego las relaciones sociales en sus manifestaciones dentro de las instituciones de salud. A su turno, estas relaciones cobran sentido en el marco de relaciones más vastas establecidas en la sociedad. Así, el encuentro clínico se constituye como un espacio social que pone en escena una relación compleja donde los modelos profesionales juegan un papel central.

Las temáticas culturales e interculturales interpelan las prácticas clínicas a partir de un abanico de variables como edad, género, clase social, origen étnico o nacional, y también confesión religiosa, perfil migratorio, estructura familiar y los vínculos entre generaciones. Las sociedades occidentales contemporáneas están atravesadas por muchas tradiciones terapéuticas, las de India, de África, de China, de los pueblos originarios de América y del mundo árabe-musulmán, con una diversidad de conocimientos sobre el mundo, el cuerpo, la enfermedad (BIBEAU, 1994). Esta realidad desafía a las instituciones de salud y apremia a adaptar a los pacientes y a sus familias las prácticas clínicas. Es necesario integrar el hecho plural en el centro de los procesos médicos.

En cuanto a los modelos profesionales vigentes en nuestros hospitales, son coherentes en un contexto donde los “socios” del encuentro clínico se ubican en un mismo paradigma explicativo (HOHL y COHEN-ÉMERIQUE, 2002). En los casos donde ese paradigma

difiere por causa de normas, de valores o de modelos sociales, se convierte en una fuente de incompreensión recíproca y de un eventual fracaso de todo proyecto terapéutico.

En nuestra sociedad, la situación actual del pluralismo es una ocasión para ver la clínica como lugar decisivo para tomar en cuenta las dimensiones humanas, sociales y culturales de los pacientes y sus familias, dimensiones que deben sumarse y adaptarse en otros aspectos de la atención. Los estudios han demostrado que el pronóstico de curación y de bienestar mejora, en el campo fisiológico y físico, cuando se tienen en cuenta las variables humanas y sociales en la evaluación y el tratamiento. En este sentido, los trabajos de antropología médica subrayan: 1) que la identificación, interpretación y vivencia de la enfermedad por el paciente y su familia remiten a valores fundamentales que varían de un conjunto cultural a otro. 2) que las estructuras de acogida y las prácticas clínicas deben, en consecuencia, hacer lugar a las normas y valores que el Otro sostiene a fin de ser eficaces en el terreno terapéutico. Es por ello que los trabajos de antropología de la salud inscriben al espacio clínico en una relación de poder, reconstruyendo así la dimensión política de las relaciones en el ámbito social. El migrante es generalmente asimilado a uno u otro grupo “minoritario” de la sociedad local. Con frecuencia no manipula, o simplemente no posee los códigos en vigencia o los recursos culturales o simbólicos necesarios para hacer un balance de sus competencias en el espacio terapéutico. Algunas circunstancias agudizan esta incompreensión mutua, en particular luego de intervenciones críticas asociadas al fin de la vida (COGNET y FORTIN, 2003).

Y es que “el espacio terapéutico no es solamente un lugar de conflictos y negociaciones entre sistemas de medicina, y menos un lugar de consumo de servicios. Contiene también las relaciones entre los grupos sociales y en su propio seno, relaciones que implican responsabilidades diferentes, es decir desiguales, frente la vida y a la muerte” (SAILLANT, 1999).

La trayectoria migratoria, las experiencias del establecimiento, los vínculos de sociabilidad, la estructura familiar son algunos de los contextos que influyen en el inmigrante tanto como el lugar que él ocupa en el espacio terapéutico. La cultura y los referentes de identidad son maleables y el hecho de acotar las razones que llevan al individuo a adoptar tal o cual perfil podría representar un desafío insalvable. Ciertos inmigrantes reconstruyen universos de sentido alejándose de los parámetros provistos por sus sociedades de origen, otros adoptan los valores y las maneras de hacer que prevalecen en la sociedad local. La mayoría de entre ellos fabrican sistemas de sentido, a veces fuertemente acriollados (BIBEAU, 1994).

Sin embargo, estos sistemas de sentido deben ser considerados en el centro mismo del espacio terapéutico, desde una perspectiva de las relaciones sociales. Este abordaje lleva a reconocer una identidad profesional que porta valores y normas y a constatar la

relación desigual inscrita en la relación entre el paciente y el profesional de la salud. Además, esto da cuenta de la heterogeneidad compartida: tanto el paciente como el clínico son portadores de una identidad de género, clase social y grupo de pertenencia. Este reconocimiento debería suscitar un cuestionamiento con respecto a las otras concepciones del cuerpo y de la enfermedad, reduciendo los prejuicios y los juicios sin fundamentos en torno del tema del valor de esas concepciones y prácticas inspiradas en otros principios (MINORS, 1998).

Las situaciones de incomprensión en un contexto profesional surgen cuando el escenario efectivo está en oposición o en discordancia con el escenario esperado. Las instituciones hospitalarias enfrentan un desafío de importancia, el que interpela esta vez a los profesionales de la salud al interior de sus vidas personales, a partir de sus prácticas cotidianas. Las habilidades técnicas y las competencias profesionales acostumbradas son indispensables, pero no son suficientes. Los estudios muestran que los profesionales (médicos, psicólogos, trabajadores sociales) cualquiera sea su origen étnico, generalmente han sido formados en la práctica de modelos de intervención que descansan sobre las normas y valores de la cultura dominante, siendo máxima su adecuación a estos valores en el caso de los que trabajan en servicios públicos (DEL VECCIO GOOD, 1993).

En último lugar, el encuentro clínico en contexto pluralista remite a un cuestionamiento social más amplio sobre los límites de la diversidad y la búsqueda de un territorio común. En este entendimiento, el surgimiento de un paradigma pluralista de la salud y de los servicios asistenciales da lugar a una reflexión antropológica sobre la reconstrucción de la identidad y de la familia como proceso y negociación sobre las relaciones entre lo local y lo global, y sobre los fenómenos de continuidad y de discontinuidad entre el aquí y el más allá (MARSHALL y KOENIG, 2000).

Existen muchas dimensiones determinantes y esenciales para que un proyecto terapéutico tenga éxito, por ejemplo el tener en cuenta el ambiente social y familiar del paciente, sus relaciones con el cuerpo, la salud y enfermedad, y la aceptación o resistencia a los tratamientos sugeridos. Este tener en cuenta implica también una reflexión sobre las modalidades de evaluación, de investigación y de tratamiento, incluyendo el proceso de toma de decisiones y las dinámicas de intercambio, con frecuencia desiguales, del vínculo clínico.

Es por todo ello que el contenido de valor de una ética intercultural no puede ser el mismo que el de una ética personal o colectiva para una sola cultura. Ha de ser un contenido abierto a todas las culturas y susceptible de ser integrado por ellas. Una ética intercultural no puede limitarse, por tanto, a los valores de la autorrealización ni de la autodeterminación personal; de la felicidad ni de la justicia; de la comunidad ni del individuo. Por eliminación, debe ser una ética del cuidado en el sentido más amplio y

universalizable de este término. Se debe basar en los procedimientos, pero no para acabar en una fórmula retórica y abstracta, sino para asociarlos, a través de la reflexión, con la persona y con las facultades compartidas por las personas de las más variadas culturas (BILBENY, 2004).

Es necesario establecer un dispositivo clínico que incluya lo intercultural y lo social, que tome en cuenta los valores a partir de los cuales los padres educan a sus hijos, que se centre en las dinámicas afectivas e interpersonales de las familias, que también esté abierto a la interpretación de los idiomas del sufrimiento, que se adapte a las características socioeconómicas de las familias y que, finalmente, sea suficientemente flexible para abrirse a la variedad de modelos familiares presentes en toda sociedad pluralista. La medicina intercultural debe tomar seriamente el hecho de que numerosas familias viven en las fronteras de muchos mundos: no debe, pues, de inmediato suponerse a una familia ligada solamente a su cultura de origen ni presuponer, tampoco, que haya integrado todos los valores y maneras de hacer de la sociedad de recepción (CASSIRER, 1994).

La “ética del cuidado” (LUNA, 2008) es aquél enfoque contemporáneo que considera al cuidado como la categoría ética fundamental. En general, concibe al cuidado como un tipo de actitud y actividad modelada por el reconocimiento de la conexión y la relación que existe entre las personas. Implica la aceptación de un conjunto de valores y de un tipo específico de tarea moral que incorpora a los otros “particulares y concretos” como fundamentales en la reflexión ética.

La ética del cuidado subraya la importancia de tres elementos diferentes que requieren de capacidades específicas: la atención, la responsabilidad y la receptividad. Por ello, para este pensamiento, el razonamiento moral requiere del entrecruzamiento con lo afectivo, lo cognitivo y lo racional. Emociones como la empatía, la sensibilidad y el interés por otros son consideradas morales y por ello deben ser cultivadas. De acuerdo con este enfoque, el reclamo moral de otra persona particular puede ser válido aún si está en conflicto con el requisito de universalidad de las teorías morales ilustradas. Para la ética del cuidado, la deliberación se centra en sustentar conexiones satisfaciendo las necesidades de todas las partes. Desde este punto de vista, la ética del cuidado resulta un enfoque superador de las teorías principistas, demasiado estructuradas y rígidas, permitiendo incorporar –en un juego armónico y dinámico– a los principios, los valores y tradiciones personales que el individuo concreto privilegia y elabora.

Los teóricos del cuidado rechazan la idea de que la verdadera tarea moral ocurre en el ámbito público y no en el privado. La vida moral no se limita simplemente a la resolución de conflictos entre desconocidos. Necesariamente requiere la prevención de conflictos y de injusticias en general. Dado que el reconocimiento de la importancia de la

interconexión humana facilita la prevención de conflictos, la ética del cuidado –al poner énfasis en las relaciones con otros– se constituiría en el enfoque ideal. Además, cada relación privada y personal se encuentra inmersa en otras que son afectadas por instituciones y estructuras sociales, de modo que no se puede hacer una distinción drástica entre las relaciones con extraños y aquellas con otros cercanos.

Desde nuestro punto de vista, la ética del cuidado sería el instrumento que mejor se adaptaría a la existencia de una etnomedicina o medicina intercultural, porque permitiría enfatizar la habilidad de los profesionales de la salud de comunicarse con sus pacientes y ser emocionalmente receptivos a sus necesidades, permitiéndonos revelar la manera en cómo las prácticas sociales están estructuradas para asistir a quienes padecen ciertas vulnerabilidades.

A ella acude en su auxilio y complementariedad, los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos, de aplicación a los debates bioéticos, en tanto debemos tener en cuenta que el derecho constituye un acuerdo de mínimos en cuanto recepta aquellos valores que una sociedad privilegia como trascendentales o muy importantes, a través de una norma jurídica, ergo juridizándolos, de manera que los dota de dos características específicas: su exigibilidad y su punibilidad. Esto quiere decir que frente al desconocimiento de un derecho, su titular puede exigir su cumplimiento y reconocimiento y –en caso contrario– se sancione a aquél que viola su derecho individual. En otras palabras, determinada sociedad se “pone de acuerdo”, en un aquí y ahora específico, en que determinados valores trascienden la ética para constituirse en valores jurídicos, lo cual tiende a garantizar la convivencia y la paz social. Es un acuerdo de mínimos que nada empece a que se puedan aceptar y reconocer mayores derechos y/o valores, pero tanto el Estado como los terceros deben respetar como mínimo esos valores juridizados, bajo apercibimiento de ser pasibles de una sanción.

Cuando hablamos de derechos humanos, la relación ya no es individuo-individuo, sino individuo-Estado, en la que este último se compromete a respetar, amparar y promover el ejercicio pleno de esos derechos.

En palabras de ROBLES (1999) “nosotros no somos individuos. De hecho, ningún ser humano puede serlo. Lo individual es una categoría abstracta a la que se nos pretende reducir (...) somos personas: nudos de redes de relaciones concretas. Los hombres y mujeres reales tejemos esas redes para formar comunidades y en ellas podemos ejercer la libertad de nuestras iniciativas singulares, únicas, distintas, las de cada quien, en el marco de los patrones culturales que nos definen, que nos hacen ser lo que somos, nos dan identidad. Eso somos y eso queremos seguir siendo (...) Lo digo bruscamente, de entrada: los derechos humanos, aplicados sin más como universales, pueden llegar a ser solamente un más refinado mecanismo de colonización en estos tiempos de cambios que debieran ser

para el pluralismo, la aceptación de los diferentes, la abolición de los dogmatismos que pretenden ser universales, o sea: ser, sin más, para todos”.

Esta conjunción entre particularidades étnicas-culturales y plena vigencia de los Derechos Humanos, –que de por sí imponen el respeto a la diversidad cultural– resulta mejor representada por la ética del cuidado, en tanto los principios universales de la bioética se individualizan en la situación concreta del paciente, en su circunstancia orteguiana, permitiendo aprehender el fenómeno “salud/enfermedad” como una experiencia vital intransferible y única, perteneciente a un ser humano en toda su singularidad y especificidad.

Bibliografía

AIZENBERG M. y otro (2009) “Los derechos de los pacientes y su reconocimiento a nivel nacional”, en *La Ley* (29.12.2009). Buenos Aires, La Ley.

BALL, J, (2008) “Promoting Equity and Dignity for Aboriginal Children in Canada”. En *IRPP Choices*, volumen 14, número 7, junio de 2008, Quebec.

BIBEAU, G. (1994) “Le pluralisme culturel Dans les services publics: recadrage anthropologique de la société post-moderne”, en LAVAILLÈRE, Marie-Claude (ed.), *Actes du Colloque. Le pluralisme: défi a'ujourd'hui dans le réseau de la santé et des services sociaux*, realizado en Montreal en fecha 18.11.1992, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Ministère de la santé et des services sociaux, Quebec, pp. 18-49.

BILBENY, N. (2004) *Ética intercultural. La razón práctica frente a los retos de la diversidad cultural*. Madrid, Editorial Ariel.

BRANT, C. C. (1990) “Native ethics and rules of behaviour”, en *The Canadian Journal of Psychiatry*, volumen 35, pp. 534-9.

CARRESE, J. A. y RHODES, L. A. (1995) “Western bioethics on the Navajo reservation: benefit or harm?”, en *The Journal of the American Medical Association*, número 274, pp. 826-9.

CASSIRER, E. (1994) *Antropología filosófica. Introducción a una filosofía de la cultura*. México, Fondo de Cultura Económica.

COGNET, M. y FORTIN, S. (2003) “Le poids du genre et de l'ethnicité Dans la division du travail en santé: lien social et politique”, en *Revue internationale d'action communautaire*, volumen 49, pp. 155-172.

DACHER, E. (1996) “Towards a post modern medicine”, en *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, volumen 2, pp. 531-7.

- DEL VECCHIO GOOD, M., MUNAKATA, T. y KOBAYASHI, Y. (1993) "Temps narratif et incertitude en médecine Chinoise", en *Anthropologie et sociétés*, volumen 17, numero 1-2, pp. 79-98.
- FERRATER MORA, J. (1981) *Diccionario de Filosofía*. Buenos Aires, Editorial Sudamericana.
- FOGLIO, J. P. y BRODY, H. (1988) "Religion, faith and family medicine", en *Journal of Pharmacy Practice*, volumen 27, pp. 473-4.
- FORNET-BETANCOURT, R. (1999) "Supuestos filosóficos del diálogo intercultural", en *Revista de filosofía*, volumen 32, número 96, pp. 343-371.
- FORTIN, S. (2002) "Social ties and settlement processes: French and North African migrants in Montreal", en *Canadian Ethnic Studies* volumen 34, número 3, pp. 76-98
- FREEDMAN, B. (1993) "Offering truth: one ethical approach to the uniformed cancer patient", en *Archives of Internal Medicine*, volumen 153, pp. 572-6.
- GOULD, S. J. (1999) *Ciencia vs. Religión*. Barcelona, Crítica.
- GUILLAUMIN, C. (1972) *L'ideologie raciste: genése et language actuel*, París, Mouton.
- HOHL, J. y COHEN-ÉMERIQUE, M. (2002) "La menace identitaire chez les professionnels en situation interculturelle: le déséquilibre entre scénario attendu et scénario reçu". En *Canadian Ethnic Studies*, volumen 34, número 3, pp. 47-75
- JUSTO, L. (2009) *Bioética, interculturalidad y derechos humanos*. Universidad Nacional del Comahue, 2009.
- JUTEAU, D. (1999) *L'ethnicité et ses frontières*. Montreal, Presses de l'Université de Montréal.
- LUNA, F. y SALLES, A. L. F. (2008) *Bioética. Nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Mexico D.F., Fondo de Cultura Económica.
- LUNA, F. (2008) "Vulnerabilidad: la metáfora de las capas". En *Jurisprudencia Argentina*, volumen IV, fascículo 1.
- MARSHALL, P. A. y KOENIG, B. A. (2000) "Bioéthique et anthropologie- situer le bien dans la pratique médicale". En *Anthropologie et sociétés*, volumen 24, número 2, pp. 35-55
- MINORS, A. (1998) "From university to polyversity: organizations in transition to anti-racism", en *Perspectives on Racism and the Human Services Sector*, Toronto, University of Toronto Press, pp. 196-208.
- NATIVE WOMEN'S ASSOCIATION OF CANADA (2008) *Aboriginal Holistic Approaches for Healing and Wellness*, Ottawa.
- O'NEIL, J., READING, J., y LEADER, A. (1998) "Changing the relations of surveillance: the development of a discourse of resistance in aboriginal epidemiology", en *Hum. Organ.*, volumen 57, pp. 230-7.

- PATZI, F. (1999) "Etnofagia estatal. Modernas formas de violencia simbólica. (una aproximación al análisis de la reforma educativa)", en *Bulletin de L'Institut Français d'Etudes Andines*, volumen 28, número 3, pp. 535-59.
- POHL, A. (2000) *Building international Awareness on Aboriginal Issues*. Toronto, Citizens for Public Justice.
- POUTIGNAT, P. y STREIFF-FENART, J. (1995) *Les theories d l'ethnicité*, Paris, Presses Universitaires de France.
- ROBLES, R. (1999) "Los derechos colectivos de los pueblos indios. Otra manera de ver los derechos humanos desde las sociedades comunitarias", en *Revista Chiapas*, número 9, Chiapas.
- ROYAL COMMISSION ON ABORIGINAL PEOPLE (1996) *Gathering Strength*. Ottawa, Canada Communication Group – Publishing.
- RUNES, D. D. (1969) *Diccionario de Filosofía*. México D.F., Editorial Grijalbo.
- SAILLANT, F. (1999) "Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique", en *Anthropologie et sociétés*, volumen 23, número 2, pp. 15-39.
- SANTÁGATA, M. y TERRASA, S. (2002) "Asistencia médica basada en la diversidad cultural", en *Evidencia en Atención Primaria. Notas de interés*, volumen 5, número 3, mayo/junio 2002, Buenos Aires, Hospital Italiano de Buenos Aires.
- SINGER, P. y VIENS A. M. (2008) "Religious and cultural perspectives in bioethics". En *The Cambridge Textbook of Bioethics*. Cambridge, Cambridge University Press.
- SPENGLER, O. (1923) *La decadencia de Occidente*. Madrid, Espasa-Calpe.
- TABOADA-LEONETTI, I. (1994) "Intégration et exclusion dans la société duale: le chomeur et l'immigré", en *Revue internationale d'action communautaire*, volumen 31, número 71, pp-93-103.
- TEALDI, J. C. (dir.) (2008) *Diccionario Latinoamericano de bioética*. Bogotá, UNESCO, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética. Universidad Nacional de Colombia.
- VIAÑA, J. (2009) *La interculturalidad como herramienta de emancipación*. La Paz, Instituto Internacional de Integración Convenio Andrés Bello.
- WHITE, L. A. (1964) *La ciencia de la cultura. Un estudio sobre el hombre y la civilización*. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1964.