

**¿CÓMO PROMOVER EL DIÁLOGO INTERCULTURAL DESDE UNA  
PERSPECTIVA BIOÉTICA EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD?**

**SANDRA M. ROZO MATEUS**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**MAESTRÍA EN BIOÉTICA**

**ÁREA DE INVESTIGACIÓN: BIOÉTICA Y SALUD**

**BOGOTÁ, D.C.**

**2019**

**¿CÓMO PROMOVER EL DIÁLOGO INTERCULTURAL DESDE UNA  
PERSPECTIVA BIOÉTICA EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD?**

**SANDRA M. ROZO MATEUS.**

**Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Bioética**

**Tutor teórico: Boris Julián Pinto Bustamante**

**Tutores metodológicos: Hernando Clavijo y Jonathan López**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**MAESTRÍA EN BIOÉTICA**

**ÁREA DE INVESTIGACIÓN: BIOÉTICA Y SALUD**

**BOGOTÁ, D.C.**

**2019**

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

---

---

---

---

**Firma del tutor**

---

---

**Firma de Jurado**

---

---

**Firma de Jurado**

---

---

**Bogotá, D.C, diciembre de 2019**

*“Agradecimiento especial a mis tutores Dr. Boris Pinto y Dr. Hernando Clavijo por su guía y paciencia durante el tiempo en que me acompañaron en la creación de este trabajo, a mis profesores que en estos dos años nos invitaron a reflexionar la vida a la luz de la bioética”.*

*“Toda mi gratitud para los pacientes indígenas que día a día, en medio de un hermoso diálogo intercultural, me enseñaron una forma diferente de ver mi ejercicio como médica y que con tanto respeto han soportado nuestra ignorancia y arrogancia en el acompañamiento de su enfermedad”.*

*“Mi amor infito a mis hijos y mi familia por su cariño y apoyo en todo momento  
soportando con respeto mis ausencias, a ti Mauri, mi amor y gratitud por tu  
compañía y soporte”*

## Contenido

Introducción .....	9
¿En qué momento se invisibilizó la medicina tradicional indígena? Los indígenas, su salud y su historia en Colombia. ....	10
Algunas prácticas interculturales .....	14
La bioética y la interculturalidad .....	22
Principlismo .....	24
Puesta en marcha de la propuesta .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
La atención en salud dialogante e intercultural.....	34
Aplicación del principlismo .....	36
Figura 1 .....	37
Tabla 1 .....	42
Figura 2 .....	43
Conclusiones .....	43
Bibliografía .....	44

## Resumen

Este trabajo busca proponer una herramienta que genere espacios de diálogo intercultural en una institución de salud que permita de manera sistemática, argumentada y formal, entender las necesidades de los pacientes frente a sus procesos de atención teniendo en cuenta sus lineamientos morales, dándole espacio a exponer sus preferencias basadas en su cultura, costumbres y espiritualidad.

Hago un recorrido por la historia indígena en nuestro país donde se evidencia cómo las perspectivas indígenas fueron invisibilizadas por la corona española desde la época de la colonización con la pérdida de costumbres y de prácticas indígenas incluyendo la medicina tradicional.

Teniendo en cuenta el paternalismo característico de la práctica de la medicina alopática, podemos poner sobre la mesa la dificultad que esto conlleva para los equipos de salud la construcción de espacios de diálogo intercultural y el relacionamiento con la medicina ancestral.

Durante el tiempo de estudio y desarrollo de este trabajo hemos podido diseñar un modelo de atención por medio de espacios institucionales de diálogo intercultural fomentando el reconocimiento mutuo desde una perspectiva bioética fundamentada en el Principialismo buscando el respeto a la autonomía, la no maleficencia, la beneficencia y la justicia de los pacientes que pertenecen a etnias indígenas como la Arhuaca, Yukpa, Wiwa y Wayú, la sensibilización y capacitación de los equipos de salud, construyendo un verdadero relacionamiento intercultural.

**Palabras clave:** *bioética, interculturalidad, principios de bioética, servicios de salud, indígena, medicina tradicional.*

## **Introducción**

Es la bioética la que permite ese cuestionamiento frente a la concepción de la práctica clínica, la posición normativa de las organizaciones y el reconocimiento del otro. María Jesús Buxó I Rey dice “La Bioética intercultural se orienta a trabajar desde la diversidad situacional y conceptual como punto de partida para consolidar la discusión, la negociación y los acuerdos entre comunidades tecno-científicas, culturales y morales” (Casado, 2007).

En el sistema de salud de nuestro país se han venido contemplando grupos poblacionales minoritarios, dicha búsqueda ha permitido mejorar el cubrimiento de la salud de poblaciones indígenas y generar políticas públicas que permitan proteger la salud de personas que no ocupan territorios cercanos a las cabeceras.

La humanización de la atención en salud es tan importante como un buen ejercicio técnico-científico, donde reconozcamos al otro en su individualidad, se generen estrategias que permitan una toma de decisiones argumentada, enmarcada en el respeto de sus derechos, ofreciendo información completa, clara, comprensible para el paciente y su familia, garantizando espacios multidisciplinarios, deliberativos, entendiendo y respetando sus preferencias, tradiciones y espiritualidades. No obstante no es tan común en la práctica el ofrecer una atención en salud que permita la interculturalidad.

Estar frente a un paciente nos obliga a ver al individuo, al rol que cumple en su entorno, a entender quién es y “de qué manera” hacer todo por él dentro de la comprensión de sus necesidades. Nos obliga a convertirnos en los líderes de su atención y los garantes del respeto de sus derechos.

## **¿En qué momento se invisibilizó la medicina tradicional indígena? Los indígenas, su salud y su historia en Colombia.**

En el siglo XVII el número de indígenas disminuyó de manera considerable a causa de las enfermedades no controladas y el excesivo trabajo impuesto a los indígenas por la corona española, basados en una figura creada llamada “encomenderos” (Lozano Ordoñez & Salazar Henao, 2018).

Durante el proceso de colonización surgió esta figura de carácter socio-política creada por la corona española para garantizar la evangelización y utilización de los indígenas dentro del trabajo de la tierra. Este cargo de “Encomendero” consistía en que a un español, dueño de tierras se daban como encargado un grupo de indígenas de manera que los utilizara como trabajadores en sus propiedades y además debía ocuparse de garantizar su salud y su evangelización dentro de la fe católica (Lozano Ordoñez & Salazar Henao, 2018).

Muchas de las enfermedades que causaron un gran exterminio de indígenas en esa época fueron traídas por los barcos españoles y aunque algunas de ellas eran controladas por la medicina indígena, no era suficiente; adicionalmente ingresó el aedes aegypti con los barcos negreros que venían de África y con él, la aparición de nuevas enfermedades y su expansión (Quevedo, 1993).

La corona española decidió aumentar el número de médicos en América los cuáles fueron traídos desde Europa aproximadamente a partir de 1500 (Quevedo, 1993), estos médicos debieron trabajar dentro del respeto de las formas de salud y prácticas de medicina indígena practicada por los chamanes y curanderos (Cárdenas, Angarita & Rincón, 2013). Sin embargo, tiempo después con la ilustración y la entrada de la medicina francesa se fue perdiendo la medicina tradicional (Quevedo, 1993)-

Aproximadamente en 1783 por orden del rey Carlos III, José Celestino Mutis inició las expediciones botánicas para intentar conocer y explorar las riquezas que contenían estos territorios indígenas (Cárdenas Angarita & Rincón, 2013)

Sobre 1593 se comenzó el proceso de asignación de resguardos donde se buscaba reagrupar a los indios naturales y reformar la propiedad agraria, todo esto con un interés político donde se limitara el uso de las tierras a los indígenas. Legitimándose de esta manera el despojo de aproximadamente el 95% de las tierras indígenas conquistadas (Bohórquez, 1997; Herrera Ángel, 1996) y mantener el control social y político de estas poblaciones. Foucault, en su obra *Vigilar y Castigar* plantea la estructura del "panóptico" como una herramienta de poder que sirve para producir cambios de comportamiento (Foucault, 2002), me parece pertinente compararlo con la figura de "encomenderos" dado que se comporta como una estrategia de control de la población indígena en el cual se genera una limitación de su autonomía, un ejercicio de constante control del comportamiento por parte de los conquistadores, de vigilancia a la adherencia al cristianismo evitando las expresiones culturales, práctica de ritos y espiritualidades propias indígenas, como lo menciona Foucault, "inducir en el detenido un estado consciente y permanente de visibilidad que garantiza el funcionamiento automático del poder" (Foucault, 2002).

Todo esto se convirtió en una forma de "aculturación forzada y transformación de raíces indígenas" con pérdida de sus tradiciones y creencias (Lozano Ordoñez & Salazar Henao, 2018).

La ciencia desde los siglos XVII y XVIII con la ilustración, se inclinaba hacía el positivismo y con la Francia postrevolucionaria, hasta inicios del siglo XIX se cerraron hospitales y escuelas de medicina. En este punto la medicina cambió a nivel mundial (Quevedo, 1993).

Entre 1867 y 1910 en Colombia existían dos líneas para el estudio de la medicina que eran la anatomopatológica y la fisiopatológica, posteriormente se le dio énfasis a las enfermedades infecciosas con la apertura de laboratorios. La medicina en nuestro país estaba influenciada de manera casi equitativa por la medicina francesa

y la medicina norteamericana sin que hubiera contradicciones de manera importante (Lozano Ordoñez & Salazar Henao, 2018).

En 1965 con la ley 135 se dio la reforma social agraria, donde en los artículos 29 y 61 se dejó de manifiesto el respeto a los territorios que hicieran parte de resguardos indígenas (Congreso de Colombia, 1994).

Posteriormente en 1971 en Toribio, Cauca se formó la primera organización político-administrativa indígena de Colombia, su defensa se basa en tres pilares fundamentales de lucha: tierra, autonomía y cultura.

En la constitución de 1991 en la ley 21 se aprobó el convenio 169, sobre los pueblos indígenas y tribales en países independientes de la 76 conferencia general de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), realizada en Ginebra Suiza en 1989. (Lozano Ordoñez & Salazar Henao, 2018)

La Constitución de 1991 hace el reconocimiento y protección a la diversidad étnica y cultural; del reconocimiento de la autonomía de los grupos indígenas y de sus formas propias de gobierno; la reafirmación del carácter inalienable de los territorios indígenas y protección de las tierras comunales; la protección a los recursos naturales y la creación de las entidades territoriales indígenas dentro del ordenamiento territorial de la nación (Reyes, 1995).

La ley 100 de 1993 instauró el sistema nacional de salud e incluye a la población indígena en un nivel especial de régimen subsidiado, no obstante esta ley se basa únicamente en la medicina occidental y deja por fuera cualquier tipo de medicina tradicional.

Por primera vez se incluye a la población indígena en el plan de desarrollo Prosperidad para Todos contenida en la ley 1450 de 2011 donde el Ministerio de Salud muestra su compromiso con la constitución del sistema de salud indígena.

El 7 de octubre de 2014, el presidente Juan Manuel Santos aprueba el construido por grupos de trabajo en el cual se incluyen cuatro temas fundamentales: SGP Sistema

General de Participaciones de los Resguardos Indígenas, donde se le da autonomía en el manejo de recursos a las gobernaciones indígenas y no a los alcaldes; el SEIP Sistema de Educación Indígena Propia; la Jurisdicción Especial Indígena y el SISPI Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (Presidencia de la República de Colombia, 2014 ).

En nuestro país se ha venido avanzando diferentes maneras en la construcción de políticas desde lo normativo, generando espacios para los individuos y las comunidades pertenecientes a grupos indígenas En un contexto como Colombia pensaríamos que es algo que podría fluir de manera importante y relativamente fácil, no obstante la medicina occidental está tan arraigada en nuestro país que se hace en ocasiones percibir las necesidades en salud vista desde diferentes lentes para los diferentes actores (prestadores de servicios de salud).

Es así como hemos venido fortaleciendo nuestro ejercicio médico, en la mayoría de los casos, en tratar las enfermedades basados en el conocimiento y aval que da la práctica con niveles suficientes de evidencia clínica, dicha evidencia ha trascendido fronteras y al estar avalada en otras latitudes nos da el “permiso” para implementarla casi que de manera indiscriminada al 100% de nuestros pacientes.

Las poblaciones indígenas han hecho parte activa de grupos de trabajo los cuales han venido trascendiendo en su pronunciamiento y participación en la creación de estrategias sociales nacionales, dando espacio a la multiculturalidad y buscando generar espacios de interculturalidad.

Los indígenas en estos escenarios han buscado reivindicar las voces ancestrales y lograr de ellas su permanencia en la conciencia y cotidianidad de sus poblaciones, el punto ideal es la convivencia armónica entre extraños morales que permitan tener expresiones culturales y espirituales en lugares donde puedan plantearse momentos de convivencia, un escenario ideal para esta práctica es la clínica, así mismo tener la posibilidad de tomar decisiones informadas y que sea respetada su tradición y

espiritualidad sin tener que sacrificar la atención en salud con abordajes de medicina occidental y el uso de la tecnociencia.

### **Algunas prácticas interculturales**

La hegemonía de la medicina occidental o alopática se ve de manera contundente en la práctica clínica cotidiana en las instituciones de salud de Colombia en la actualidad, asignándole a la medicina occidental validez científica comprobada y convirtiéndola por consiguiente, en una herramienta casi inequívoca para tratar la salud y prevenir la enfermedad de todos los pacientes usuarios del sistema.

El profesor Alfredo Espinosa Brito en su texto "la paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico", se refiere a ello afirmando que este modelo se ha convertido en algunos contextos, en la manera más adecuada de diagnosticar y tratar a los pacientes por ser además validada desde criterios científicos. Menciono algunos de los rasgos estructurales propios de la medicina occidental que el autor lista en el documento citado:

- la ahistoricidad,
- eficacia pragmática,
- individualismo,
- práctica curativa basada en la eliminación del síntoma,
- relación asimétrica entre el médico y el paciente,
- no legitimación científica de otros saberes.

Con esto, de manera evidente, se dificulta la inclusión permanente y definitiva de la medicina tradicional cuando así el paciente lo requiere (Espinoza, 2013).

Colombia ha venido trabajando en diferentes temas frente a la atención en salud de comunidades indígenas, ha realizado convenios locales e internacionales pero su implementación se ha concentrado en el aseguramiento y se le ha dado la responsabilidad a las comunidades indígenas y a sus líderes de proponer y sustentar

propuestas (Organización Mundial de la Salud, 2013).

El hospital Mamá Dominga está situado en el Cauca y es parte de una estrategia de interrelación entre la representantes de la etnia Mika y la comunidad no étnica donde a través de prácticas médicas busca integrar la práctica de la medicina alopática con la medicina ancestral basándose en el respeto de sus dinámicas sociales con la participación de médicos ancestrales, el uso de plantas medicinales cultivadas por ellos en uno de los tres centros de salud que tienen para este fin. Esta iniciativa se creó en 1994 por decisión de los taitas y mamas estableciendo programas de mantenimiento de la salud para los integrantes de sus etnias y poblaciones. Está legalmente constituido, uno de los retos importantes fue definir su naturaleza política.

Una de las sedes está ubicada en el territorio de resguardo indígena de Guambia, el otro está en el municipio de Silvia-Cauca y el último en Piendamó, y cuenta con una sede para el trabajo con plantas medicinales al interior del resguardo.

La Organización Mundial de la Salud en el documento “Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional”, busca brindar apoyo a los Estados Miembros para que se aproveche la contribución de la medicina tradicional a la salud, el bienestar y la atención de las enfermedades, centrada en las personas. Lo anterior se debe realizar manteniendo estrategias que promuevan la utilización segura y eficaz de la medicina tradicional.

La medicina tradicional debe gozar de reglamentación e investigación, se deben incorporar productos propios de ella mediante prácticas seguras y adecuada manufactura, presencia de profesionales idóneos y conocedores de la medicina ancestral y la legitimación de sus prácticas en los sistemas de salud (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Este ejercicio por parte de los Estados Miembros se puede dar teniendo en cuenta

tres sectores estratégicos:

- La construcción de una base de conocimientos que permita gestionar activamente la medicina tradicional por medio de políticas nacionales.
- El fortalecimiento de la garantía de calidad, la seguridad en la atención y el uso adecuado y eficiente de la medicina tradicional, generando reglamentaciones de dichos productos, prácticas y profesionales que la practican. En este punto es importante tener en cuenta la creación de espacios de formación y capacitación.
- El fomento de la atención en salud, su cobertura integrando la medicina tradicional. En este punto se especifica que se debe asegurar que los usuarios tomen decisiones informadas (Organización Mundial de la Salud, 2013)

La Organización Mundial de la Salud incluye las siguientes definiciones en las estrategias de la OMS en Medicina Tradicional

#### “Medicina Tradicional

La medicina tradicional tiene una larga historia. Es la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales.

#### Medicina complementaria

Los términos “medicina complementaria” o “medicina alternativa” aluden a un amplio conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de un país dado ni están totalmente integradas en el sistema de salud predominante. En algunos países, esos términos se utilizan indistintamente para referirse a la medicina tradicional.

#### Medicina tradicional y complementaria (MTC)

Medicina tradicional y complementaria fusiona los términos “medicina tradicional” y “medicina complementaria”, y abarca productos, prácticas y profesionales” (OMS, 2013).

En diferentes países la medicina tradicional y complementaria ha venido fortaleciendo su práctica intercultural y su divulgación donde personas que aunque no pertenecen a esos grupos culturales, han decidido beneficiarse de ella.

Hoy por hoy existen productos, prácticas y profesionales de la medicina tradicional y complementaria que han venido ganado espacio incluso donde son extraños morales. Un ejemplo de esto es la medicina tradicional China y algunas otras prácticas orientales que se pueden ver agrupadas así, según el documento creado por la OMS llamado Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2013:

#### “Productos, Prácticas y Profesionales de MTC

Los productos de MTC incluyen hierbas, material herbario, preparaciones herbarias y productos herbarios acabados que contienen como principios activos partes de plantas u otros materiales vegetales, o combinaciones de esos ingredientes. En algunos países los a base de hierbas pueden contener, tradicionalmente, principios activos naturales orgánicos o inorgánicos que no sean de origen vegetal (por ejemplo, materiales de origen animal y mineral).

Las **prácticas de MTC** incluyen medicamentos terapéuticos y tratamientos de salud basados en procedimientos, por ejemplo a base de hierbas, neuropatía, acupuntura y terapias manuales tales como la quiropráctica, la osteopatía y otras técnicas afines, incluidos qi gong, tai chi, yoga, medicina termal y otras terapias físicas, mentales, espirituales y psicofísicas. (Ref.: definición modificada de terapias basadas en procedimientos, recogida en las Pautas Generales para las

Metodologías de Investigación y Evaluación de la Medicina Tradicional).

Los **profesionales de MTC** pueden ser prácticos de medicina tradicional o de medicina complementaria, profesionales de medicina convencional, y agentes de atención sanitaria tales como médicos, odontólogos, enfermeras, parteras, farmacéuticos y fisioterapeutas que prestan servicios de medicina tradicional/medicina complementaria y alternativa a sus pacientes” (OMS, 2013).

Algunos de los riesgos que ha identificado la OMS frente a la utilización y práctica de la medicina tradicional y complementaria están agrupados en el siguiente cuadro. Cabe anotar que algunos de estos riesgos identificados también es posible observarlos en la práctica de la medicina tradicional indígena (OMS, 2013).

“Riesgos identificados en relación con productos, profesionales y autoatención de MTC:

- Utilización de productos de mala calidad, adulterados o falsificados
- Prácticas no cualificados
- Diagnósticos equivocados, diagnósticos tardíos, o falta de utilización de tratamientos convencionales eficaces
- Exposición a información engañosa o poco fiable
- Eventos adversos directos, efectos secundarios o interacciones terapéuticas no deseadas” (OMS, 2013).

En países como Perú, México y Chile también se han generado mesas de trabajo que han llevado a abordajes importantes desde el ministerio de salud.

Un ejemplo de ello es la norma general administrativa número 16 de Chile, en la cual se considera la importancia de avanzar en la pertinencia cultural, intercultural y complementaria en materia de salud. Desde 2004 el gobierno chileno creó la Comisión de Verdad Histórica y Nuevo Trato en la cual desarrolla sus objetivos de

protección de la medicina indígena y su promoción con eficacia, calidad y seguridad, la protección a la propiedad intelectual de la medicina indígena como patrimonio cultural indígena, recuperación y fortalecimiento de la práctica de la medicina indígena, su sostenibilidad y reproducción del conocimiento y establece propuestas que definen el aporte de la medicina indígena en la salud estatal (Norma General Administrativa No 16, 2006).

Este trabajo se ha basado en el producto de mesas de trabajo que se han venido forjando en el tiempo en conjunto con los indígenas y el ministerio de salud chileno, dónde se han expuesto conocimientos mutuos, escucha atenta de sus verdades, se han expresado inquietudes y experiencias interculturales.

Es muy interesante cómo se plantea la definición de "un sistema de salud en este documento, dado que se deja de manifiesto que un sistema de salud es un conjunto articulado de representaciones y creencias" (Norma General Administrativa No 16, 2006).

Si partimos de esta premisa, no se hace difícil la escucha mutua y el respeto a las tradiciones de ambas partes, la atención en salud con enfoque intercultural, se convierte en un ejercicio casi intuitivo de relacionamiento entre la medicina alopática y la medicina tradicional, donde las visiones de una y otra frente a la manera de tratar la enfermedad, el dolor y la muerte, encuentran nexos que permiten coexistir sus prácticas y tradiciones en los mismos escenarios.

En este documento también podemos evidenciar que se considera una "falta" la discriminación, se estipulan sanciones para conductas que muestren cualquier tipo de discriminación en razón de su origen o cultura (Salud, 2016).

Sólo reconocer al otro y respetarlo se hace insuficiente cuando queremos darle participación activa a las comunidades en el ejercicio de una sociedad, se requiere

voluntad política para garantizar espacios de inclusión de las comunidades indígenas en diferentes espacios de toma de decisiones, se requiere la estructuración de modelos de atención que involucren el diálogo intercultural como parte fundamental de los ciclos de atención clínica y es fundamental el fortalecimiento de todos los elementos propios y característicos de las culturas. El gobierno de Chile también busca fomentar la conservación y el uso de los idiomas indígenas articulándose con el sistema educativo, el fomento de la difusión a través de medios de comunicación masivos, espacios de cátedra, de historia, cultural, fomento de la presencia de idiomas indígenas en la educación superior, lineamientos para la registraduría frente al cuidado y buen uso de nombres y apellidos originarios de personas indígenas y su correcta transcripción en los documentos de identificación, y el fomento a las expresiones artísticas y culturales protegiéndose como patrimonio cultural e histórico indígena.

Cuando vemos la coherencia en la aceptación del otro y la importancia que se le da a estos pueblos originarios en algunas partes de nuestro continente evidenciamos que es un trabajo de largo aliento, pero que con unas bases sólidas de reconocimiento mutuo es posible llevar a cabo una convivencia intercultural en los diferentes ámbitos sociales, académicos y culturales que se manifestarán también en las prácticas de salud y su atención en las instituciones.

Colombia también ha tenido avances importantes frente al trabajo con poblaciones indígenas y la interculturalidad; se movió de la concepción de una Colombia homogénea y monocultural, a un reconocimiento y protección de las diversidades culturales y étnicas, se comprende lo multicultural, pluriétnico, se garantiza el derecho y protección en el fomento a la educación y su identidad cultural definidos en la Constitución Política de Colombia (Asamblea Nacional Constituyente, 2016). Un ejemplo contundente de este avance es el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural SISPI, el trabajo que se ha desarrollado en el marco de la Subcomisión de Salud de la mesa permanente de concertación con los pueblos y organizaciones

indígenas, en ésta se involucran 102 pueblos indígenas de Colombia y la política de atención integral en salud (Salud, 2016).

En el documento que contiene lineamientos para la Incorporación del Enfoque Intercultural en los Procesos de Formación del Talento Humano en Salud para el Cuidado de la Salud de los Pueblos Indígenas en Colombia, se puede observar la búsqueda del fortalecimiento de los procesos de formación del talento humano en salud con enfoque intercultural, construido por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios y la Dirección del Talento Humano en noviembre de 2017. Con estos lineamientos se busca que se emplee en dichos lineamientos el diálogo intercultural con interlocutores capacitados que sirven de armonizadores en esta cosmovisión incluyendo la diversidad de saberes y prácticas en salud de los diferentes pueblos indígenas con la medicina occidental la cual, pese a que ha construido una práctica hegemónica dentro del sistema de salud de nuestro país desde hace varios siglos, vira a generar espacios que permitan dar continuidad a las prácticas ancestrales y sus costumbres

De esta manera se le da cabida al respeto de las preferencias culturales de los individuos y las comunidades a las que pertenecen.

El enfoque conceptual de un ejercicio de diálogo intercultural a nivel nacional se basa en 5 aspectos fundamentalmente (Gaviria, 2017):

1. Enfoque Intercultural. Entendido como "el conjunto de procesos que orientan el reconocimiento integral de las diferencias étnicas y culturales de la población colombiana".
2. Enfoque de derechos. Siendo los derechos humanos, orientadores de políticas para el bienestar la dignidad y la igualdad de las personas. La Constitución Política de Colombia reconoce a los grupos indígenas como titulares de derechos individuales y colectivos y con este enfoque se busca la recuperación de derechos

vulnerados y la necesidad de ser garantes del ejercicio pleno de los derechos de estos grupos (Asamblea Nacional Constituyente, 2016).

3. Enfoque diferencial. Este busca comprender los riesgos, la vulneración y la violación de derechos humanos de personas pertenecientes a grupos étnicos con necesidades de protección diferencial para cada individuo o grupo al que pertenece. La Corte Constitucional en la sentencia T-920 sobre el derecho a la salud y el respeto a la identidad étnica y cultural de comunidades indígenas, otorga las siguientes prerrogativas:

- Producir y emplear sus propias medicinas tradicionales y curativas.
- Organizar la prestación de servicios de salud y que esta atención sea prestada por personas miembros de las comunidades indígenas conforme a sus convicciones y creencias.
- Organizar y prestar los servicios de salud bajo su propia responsabilidad y control e intervenir en la planeación, administración y ejecución de los servicios de salud (Corte Suprema de Justicia T-920, 2011).

4. Enfoque Étnico. Consiste en la identificación de personas que pertenecen al mismo grupo por compartir costumbres y tradiciones, compartir un origen una lengua y otras características culturales.

5. Enfoque de competencias. Este enfoque permite definir criterios que sirvan de fuente para los procesos de formación y desempeño de tareas dentro de la realidad las poblaciones y sus necesidades.

### **La bioética y la interculturalidad**

Los principios de la bioética médica de Tom Beauchamp y James Childress en Estados Unidos hablan de cuatro principios fundamentales: el respeto a la

autonomía, la no maleficencia, la beneficencia y la justicia (Beauchamp & Childress, 1994).

El respeto a la autonomía incluye dos conceptos importantes: *la libertad de agencia*, siendo la libertad entendida como la independencia de influencias que la controlan y la agencia como la capacidad para la acción intencional (Dworkin, 1988).

Se caracteriza a una persona autónoma como “excepcionalmente auténtica, auto poseída, consistente, independiente, autogobernada, resistente al control por autoridades y fuente original de valores creencias y planes de vida personales” (Siurana, 2010).

Una acción autónoma es la que se realiza con intencionalidad, con comprensión y sin influencias externas (Beauchamp & Childress, 1994).

En este punto me detengo para cuestionar si estamos respetando la autonomía del paciente extraño moral, el paciente que quiere mantener sus tradiciones y creencias, si realmente le estamos garantizando permitiendo mantener sus puntos de vista y hacer sus elecciones basadas en ellas.

Por otra parte el principio de no maleficencia radica en la máxima del juramento hipocrático "primum non nocere", esto incluye no matar, no lastimar, la obligación de ayudar a otros, proteger su individualidad y promover su bienestar. “Apartaré de ellos cualquier daño e injusticia” (García Gual, 1983).

En este punto, privar a otras personas de lo que aprecian en su vida estaría en contra de la no maleficencia, por alejarse de lo que para ellos es el bienestar.

El principio de beneficencia consiste en eliminar el daño o hacer el bien. La beneficencia incluye siempre una acción benévola hacia el otro. Cuando esta acción benévola deja de lado la firme intención de cumplir la voluntad del paciente, caemos en el paternalismo que ha sido característico de nuestra práctica médica a lo largo de los años. (Beauchamp & Childress, 1994)

En cuanto al respecto del principio material de justicia en esta propuesta de Beauchamp y Childress es distributivo, podríamos hablar de equidad. La máxima de Ulpiano consiste en "dar a cada uno lo que le corresponde" (Petit, 2007). Lo que le corresponde a cada uno tiene que ver con lo que es el individuo y el individuo es producto de sus creencias y sus tradiciones.

### **Principlismo**

El Principlismo planteado por Tom Beauchamp y James Childress como un pluriprinciplismo no jerarquizado, tiene como objetivo general el equilibrio reflexivo que se logra entre las éticas de enfoque deductivo como las kantianas y las éticas de enfoque inductivo como la casuística, para llegar a lo que los autores denominan el coherentismo (Beauchamp & Childress, 1994).

Este principlismo no jerarquizado plantea cuatro principios generales:

- **Autonomía:** entendida como la capacidad de una persona a obrar libremente de conformidad con un plan de acción que él mismo ha elegido y también con el cual se identifica; por otra parte Beauchamp y Childress, identifican en su teoría la autonomía disminuida como incapacidad de una persona de deliberar o actuar de conformidad con sus planes o con sus deseos previamente diseñados (Beauchamp & Childress, 1994). Existe una diferenciación entre lo que es una persona autónoma y las acciones autónomas y lo justifican de la siguiente manera: hay personas que son autónomas pero ocasionalmente toman decisiones no autónomas que los llevan a acciones no autónomas y al contrario, hay personas que no son autónomas y sin embargo podrían llegar a tomar decisiones

autónomas que los llevarían a tener acciones autónomas (Beauchamp & Childress, 1994).

Por ejemplo, una persona que está en la cárcel y pese a que tiene su libertad condicionada es decir no tiene autonomía de libre movilidad, él podría consentir su matrimonio (Ferrer, José, 1999)

Es por lo expuesto anteriormente que nos concentraremos para este principio puntualmente en las acciones autónomas. Para que una acción realmente sea autónoma se requiere que el agente moral cuente con estos tres componentes específicos:

- la intencionalidad
- comprensión y
- libertad de condicionamiento externo (Ferrer, José, 1999).

La intencionalidad no admite grados (una persona tiene o no la intención), no obstante la comprensión y a la libertad de condicionamiento externo si los admiten, es decir, una persona tiene o no tiene la intención pero una persona puede comprender más o menos una situación concreta y puede tener mayor o menor condicionamiento externo de su libertad.

Desde esta propuesta teórica Beauchamp y Childress afirman que la autonomía analizada desde las acciones autónomas tendría la posibilidad de tener diferentes grados y dichos grados se pueden definir estableciendo umbrales razonables.

Aquí podemos relacionar en la práctica clínica, los diferentes momentos donde es posible garantizar su autonomía, principio autonomía exige tres componentes: a. Reconozca el derecho del sujeto moral a tener sus propios puntos de vista, b. Dar la posibilidad al sujeto de construir y tomar sus propias opciones y c. Dar al paciente la posibilidad de obrar de conformidad con sus creencias. No solamente se trata de generar acciones para proteger la autonomía propia, sino también, generar acciones para proteger la “autonomía ajena” (Ferrer, José, 1999).

Para aplicar el respeto de la autonomía no son sólo acciones sino también actitudes teniendo dentro de sí obligaciones positivas es decir, invita al médico por ejemplo, a brindar información suficiente hacia el otro para mejorar su comprensión y esto se logra a partir del uso de un metalenguaje, seguramente desde aquí es desde donde se empieza a desarrollar todo este tema tan importante de consentimiento informado.

- No maleficencia: contenida la premisa fundamental del juramento hipocrático (García Gual, 1983) *Primum non nocere* que desde hace más de 400 años antes de Cristo ya se entiende como una obligación negativa.
- Beneficencia: contiene la benevolencia como carácter o virtud, este principio es entendido como la obligación moral de actuar en beneficio de otro, conlleva costos y riesgos, aquí es donde se empieza a aplicar como el tema del utilitarismo planteado por Stuart Mill, debe ser acompañada por el principio de proporcionalidad o utilidad. Al hablar de beneficencia surge la pregunta de si este principio es un ideal moral o es una obligación vinculante, para resolver esta pregunta los autores plantean una división de la beneficencia; esta división consiste en beneficencia específica (existen relaciones y vínculos creados como hijos, padres etc.) y se comporta de manera vinculante, mientras la beneficencia general no obliga salvo que cumpliera con los criterios que Beauchamp y Childress plantea a continuación:

“Cuando no existen relaciones particulares como contratos, deberes profesionales, amistades, relaciones familiares, Una persona (X) está obligada actuar beneficentemente en favor de otra (Y) solamente si se manifiestan las siguientes condiciones.

1. Y corre un riesgo significativo de pérdida o de daño que afectaría su vida como su salud o cualquier otro interés suyo fundamental e importante.
2. La acción de X (solo o en unión con otros) es necesaria para prevenir la pérdida o daño de Y.
3. Existe una gran probabilidad de que la acción de X tenga éxito, es decir, que logre prevenir eficazmente el daño o la pérdida que amenaza a Y.

4. La acción de X no le supondría riesgos costos o cargas significativas.
5. El beneficio que Y obtendría sobrepasa los posibles daños, costos o cargas que la acción pudiese suponer para X (Ferrer, José, 1999)".

- Justicia, este principio tiene un enfoque de justicia distributiva dada por Beauchamp y Childress, es decir parte de la presunción de que existe un recurso escaso que debe ser distribuido. Los autores plantean entonces un Criterio Formal de Justicia usado en muchas teorías de Justicia que es atribuido a Aristóteles y versa de la siguiente manera: “casos iguales se debe tratar igualmente y casos desiguales se deben tratar desigualmente” (Ferrer, José, 1999), evidentemente esto carece de contenidos concretos para llevarlos a la práctica, entonces los autores plantean además los Criterios Materiales de Justicia:

1. A cada quién por igual.
2. A cada quien según sus necesidades.
3. A cada quien según sus esfuerzos.
4. A cada quien según su aportación.
5. A cada quien según su mérito.
6. A cada quien según las reglas de intercambio en un mercado libre (Ferrer, José, 1999).

Para facilitar la toma de decisiones en la práctica clínica, Beauchamp y Childress plantean la necesidad de especificarlos pero adicionalmente en situaciones y casos complejos, estos principios entrarán en conflicto y aquí se verá la necesidad de ponderarlos. La especificación es entendida como el ejercicio de aterrizar la situación de lo general a lo concreto por ejemplo: en términos generales quitarle la vida a alguien no es aceptado por considerarse maleficente, pero en el caso concreto de un paciente al final de vida irreversible que no quiere continuar su sufrimiento, la eutanasia se convierte en una opción viable (Ferrer, José, 1999). La ponderación es una asignación de peso relativo para determinar Cuál es el principio Norma o derecho preponderante que sobrepasa a los otros en una situación

concreta, con el fin de que esta asignación de peso relativo no sea una decisión solamente intuitiva o subjetiva sino que cumpla con un análisis se plantean unos criterios 5 criterios:

1. “Las razones que apoyan la observancia de la norma preponderante deben ser mejores que las que apoyarían la observancia de las normas sobrepasada.
2. El objetivo moral que se justifica la infracción de la norma es realizable.
3. No existen alternativas moralmente preferibles, es decir, si hubiese una alternativa que consigue el mismo objetivo sin lesionar ninguna norma moral, esa alternativa sería preferible y obligatoria.
4. Es obligatorio elegir la alternativa que infringe el menor número de normas posibles (siempre y cuando sea compatible con el objetivo primario de la acción).
5. El agente está obligado a minimizar los efectos negativos de la infracción.”  
(Ferrer, José, 1999).

Teniendo en cuenta esto podemos evidenciar que el pluri-principlismo no jerarquizado va a resultar jerarquizándose en su proceso de especificación y sobre todo en su ejercicio de ponderación, en el caso concreto que se analiza para aplicar esto; no solamente se debe conocer la teoría sino además las personas que van a practicar análisis a partir del principlismo de un caso concreto que presenta problemas morales, debe tener virtudes e ideales en la vida profesional para poder llevar a cabo la aplicación de este enfoque técnico (Beauchamp & Childress, 1994).

Los indígenas constituyen una sociedad, con un entender propio del mundo y sus relaciones, con una inmensa riqueza de saberes ancestrales que celosamente y con esfuerzos han logrado mantener a lo largo de los años, su percepción y conceptos de vida y muerte son diferentes a los nuestros, el entender de las enfermedades o “disarmonías” es complejo y tiene un componente mágico-religioso que permite la inclusión de elementos y ritos “pagamentos” que desconocemos. Para los indígenas de muchas étnias existe una relación directa entre el bienestar y la madre naturaleza, hay un sentido de reciprocidad que exalta el pensamiento colectivo y comunitario.

Por ende, el tránsito entre la salud y la enfermedad de un paciente indígena, puede llegar a ser desconocido por aquellos que no pertenecemos a dicha población, a dicha cultura, para quienes no compartimos sus tradiciones o sencillamente las desconocemos.

En el texto de La Sabiduría Mapuche de Sodepaz-Pachakuti citado en el artículo “Bioética narrativa y salud intercultural mapuche Aportes a su fundamentación y complementación” (Ramis O, 2016), nos deja ver de manera más clara esa relación cósmica ancestral y la puesta en escena del concepto de reciprocidad:

*“Cuando una Machi (shamana Mapuche) acude al bosque a buscar sus hierbas medicinales, deja en el lugar de la extracción pequeños cantaritos o “metawes”, o trozos de lanas de colores. Con esta actitud está devolviendo algo a la tierra, en reconocimiento de lo que ha tomado gratuitamente de ella. Este vínculo con la madre tierra es la expresión de la reciprocidad como una actitud cósmica. Por otra parte, la Cosmovisión Mapuche de manera similar a como sucede en otras cosmovisiones originarias, plantea la interrelación de todo con todo. Es la trama universal donde todo se vincula con todo” (Sodepaz-Pachakuti, 2004: 1).*

“Daniels entiende que la sociedad tiene la obligación de proteger la igualdad de oportunidades de todos sus miembros” (Siurana, 2010). Con esta obligación se suma el respetar en sí mismo la igualdad de oportunidades, de respeto por su autonomía, sus creencias, sus principios y valores, lo que el individuo tiene como esencial y fundamental.

Fuenzalida-Puelma en su libro impacto social de la bioética en América latina menciona que en Latinoamérica se ha quebrado la estructura paternalista, llevando esto a un relacionamiento médico-paciente diferente al que estábamos acostumbrados (Fuenzalida-Puelma, 1995), sin embargo creo que cuando se trata de la atención de poblaciones indígenas continuamos siendo paternalistas o lo que es

peor invalidamos los saberes por considerarlos no pertinentes dentro de nuestro ejercicio cotidiano.

La medicina alopática tiene un papel hegemónico en la atención de los pacientes en nuestro país, es una medicina que pese a que viene siendo repensada por una ola de humanización en la atención en salud en este momento de la historia no se ha logrado aún el paso trascendental que lleve a los médicos a ser cálidos, empáticos, inclusivos y reflexivos de las posibilidades de mejoramiento de la atención para sus pacientes. “Humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización” ( Bermejo Higuera, 2016)

Lepargneur considera que la bioética funciona dentro de tres principios fundamentales que son la autonomía, la beneficencia y la justicia donde la beneficencia incluye a la no maleficencia.

En su documento citado reflexiona frente a la autonomía y su significancia en la defensa de la dignidad de las personas (Lepargneur, 1996)

Exaltar también la virtud de la prudencia, para este caso específico en el ejercicio médico, pone de manifiesto la necesidad de orientar las deliberaciones dentro de los marcos y valores de los implicados sin perder de vista las consecuencias de las decisiones y que de esta manera sirva como complemento base para la toma de decisiones permitiendo así replanteamientos a lo largo de la deliberación (Siurana, 2010).

El consentimiento informado cobra un papel muy importante en la toma de decisiones argumentadas del paciente teniendo en cuenta que es una herramienta y un gran escenario donde se genera el diálogo un primario de interculturalidad. En este ejercicio confluyen los acuerdos y saberes de las partes y el producto de dichas deliberaciones.

Cuando hablamos de Principialismo podemos evidenciar que la aplicación del ejercicio deliberativo en el marco bioético se interpreta de manera particular dependiendo de cada uno de los principios y valores que aplican para las espiritualidades y sus intereses o tradiciones, la realidad se construye con base en las experiencias.

No es igual la interpretación que tiene un católico, un musulmán, un judío, un anglicano, un budista o alguien regido por la Sharia, pero lo que sí confluye en cada una de estas tradiciones, es el deber que tenemos como médicos, de ser garantes del respeto de los principios bioéticos de nuestros pacientes, con esto me refiero al respeto de la autonomía, la práctica de la beneficencia, de la no maleficencia y de la justicia. De manera complementaria conectemos este deber de respeto a los principios de la ética biomédica en el qué hacer cotidiano de la práctica clínica con el respeto de los derechos humanos, se comportan como universalizables.

Dicho esto, el ejercicio deliberativo donde se analizan problemas éticos en las ciencias biomédicas dentro de lenguajes morales distintos permitiendo el consenso en favor del respeto de la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia, nos permite hablar de bioética intercultural.

Uno de los aportes más interesantes de la bioética es la aplicación en la práctica médica de un contexto de diálogo permanente con dos saberes que aunque inicialmente en ocasiones pueden verse casi irreconciliables, van a confluyendo en el escenario de la deliberación y la humanización de la atención, involucrando y dando concepto a la bioética intercultural y su potente capacidad de universalización. Esto contribuye de manera importante al diálogo entre saberes donde necesariamente se nutren y se retroalimentan en favor del paciente. La interrelación de saberes depende necesariamente de la voluntad de los actores en permitir y generar espacios de diálogo donde se inicia el reconocimiento mutuo, esta paso es fundamental para la para la resolución de conflictos morales y éticos en la

búsqueda a los problemas de salud de nuestro paciente el cual hace parte de una comunidad moral dotada de contenido.

La ética de este siglo debe ser una ética sin atributos, es decir, laica “una ética que procura valer para todos, independientemente de las diferencias culturales o ideológica que separan a las personas y a los pueblos, intentando aportar las respuestas más razonables” (Camps, 2015).

Una posibilidad de dignificar al ser humano está centrada de manera importante en el ejercicio del respeto de la libertad, de su libertad como individuo dándole valor a la particularidad de sus saberes, sus preferencias y sus creencias; sabiendo también que ese ser humano es parte de una comunidad moral.

Aquí el médico tratante juega un papel fundamental garantizando el respeto de dichas libertades dialogantes, de manera prudente y respetuosa con los pacientes, en este caso, el paciente perteneciente a una población indígena, ofreciéndole propuestas y alternativas razonables desde el saber técnico sin invalidar los saberes ancestrales de la comunidad a la cual pertenece, dejando de manera clara y explícita la posibilidad de involucrar estos saberes haciendo un ejercicio real de interculturalidad.

La diversidad ética no tiene sentido si no se permite un punto de encuentro que nos permita una toma de decisiones adecuada encontrando así la mejor manera de llevar a cabo un tratamiento, utilizando el conocimiento de la medicina occidental refinado con la comprensión de las expectativas del paciente indígena y el respeto a sus tradiciones.

Cuando se realiza el reconocimiento mutuo entre el paciente, la familia y el médico se inicia un relacionamiento adecuado entre ellos. "No hacer a los demás lo que no quiero que me hagan" – Confucio, se convierte en una muy buena premisa para entender las particularidades del individuo y su entorno social, religioso que deben

tenerse en cuenta al momento de tomar decisiones en el contexto de salud-enfermedad (Siurana, 2010).

El diálogo intercultural es la herramienta que nos dará la posibilidad de conocer al otro en sus aspectos culturales y sociales en pleno uso de su autonomía, es con ese diálogo activo donde se plantea la identificación de conflictos que es necesaria para encontrar las soluciones a los mismos.

El consentimiento informado se constituye en una muestra importante de la capacidad de diálogo en el contexto relación médico paciente, "el consentimiento informado es la expresión del principio ético de la autonomía dialógica" (Cortina, 1999).

La reflexión respecto al papel del consentimiento informado y su importancia, nos permite entender que con este se concreta de manera clara ya sea inicial o durante la atención médica el diálogo entre el paciente y los diferentes actores del equipo de salud, con esta herramienta se abre de manera expresa la puerta de conversación, de comunicación. Es una lástima la ligereza con la que se toma el consentimiento y la poca asertividad para emplear un lenguaje claro que le de luces a los pacientes. Contrario a esto en ocasiones su ausencia es cotidiana y más bien se torna en una carga para el médico, los enfermeros y demás trabajadores de la salud que lo definen como normativo, insulso o como una defensa para la práctica clínica con riesgo jurídico.

En este punto se espera que el médico tenga la capacidad de generar un diálogo y de construir las decisiones en favor del paciente generando un lenguaje comprensible para el paciente y su familia permitiendo articular su saber con el saber del paciente su comunidad y/o su religión y sus las tradiciones.

## **Puesta en marcha de la propuesta**

### **La atención en salud dialogante e intercultural**

Nos movemos en un mundo lleno de diversidades de todo tipo, diversidades sociales, económicas, culturales, morales, en fin... construidas por un sin número de percepciones, experiencias y definiciones de vida, de salud y enfermedad.

Prácticas similares o disímiles del abordaje de las circunstancias de la vida, los hitos del ciclo de vida, la salud y la enfermedad.

Los indígenas en nuestro país han buscado el respeto a su autonomía desde hace muchas décadas pero nuestra sociedad se mantiene ajena a esta búsqueda, casi inamovibles de manera estructural en la hegemonía de la cultura occidental y aún en los modelos de salud basados en la medicina alopática.

Las instituciones de salud son un ejemplo del comportamiento de la sociedad que invisibiliza la presencia de los individuos pertenecientes a comunidades indígenas en su cotidianidad y más aún minimizando sus necesidades y desconociendo sus intereses.

Pese a que la ciudad de Valledupar alberga un volumen importante de población indígena, el común de las personas a normalizado su presencia en ella, viendo sólo personas ajenas a ellos y a su cultura.

Los indígenas son concebidos en el imaginario de los "blancos" como ajenos y para los indígenas somos los "arijuna", "bunachis" entre otros de nombres que usan para referirse a nosotros, los que no pertenecemos a su etnia.

No obstante, al momento de relacionarnos existe la gran mayoría un deseo legítimo de entender un poco más la diversidad y permitirnos ser facilitadores del relacionamiento.

Los indígenas usan su sabiduría ancestral para resolver sus problemas de salud, saben que funciona y se ha mantenido por generaciones vigente, sin embargo, también saben que para resolver algunos de los disarmonías puede llegar a ser

insuficiente, quieren beneficiarse los manejos de la medicina alopática occidental y la tecnología que se emplea.

En casi todas las instituciones de salud de Valledupar son atendidos pacientes indígenas, se trata de responder a sus necesidades expresas pero siempre se encuentran talanqueras que dificultan que los procesos fluyan como son algunos temas administrativos, dificultades en el relacionamiento entre las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud, falta de conocimiento de las necesidades espirituales, procesos y procedimientos clínicos documentados y definidos en las instituciones muy rígidos, sometidos casi exclusivamente a la validación de los niveles de evidencia clínica disponible, se quedan sin herramientas institucionales para permitir el respeto cotidiano a sus tradiciones, a sus preferencias; de esta manera queda en entredicho la experiencia humanizada.

Creo que la falta de respeto a la autonomía de los pacientes suceda necesariamente a voluntad, creo que también es producto una formación paternalista donde creemos que al conocer los temas técnicos de la medicina alopática damos por sentado que es lo mejor para ellos, esto se profundiza en el desconocimiento de lo que para los pacientes es importante desde sus lineamientos morales y las preferencias culturales. Cuando estamos atendiendo a un paciente, lo queremos hacer dentro de los conceptos que tenemos instaurados por nuestras experiencias, por la sociedad a la que pertenecemos, por la cultura que nos define, por la formación académica que hemos recibido y por nuestro deseo genuino de hacer el bien aunque en ocasiones también los pacientes son presa de un modelo prescriptivo, predominantemente occidental, muy poco dialogante, desconecedor de las diferencias, y por ende son víctimas de una violencia estructural conocida por las instituciones y la academia pero con pocas acciones que generen un impacto que permita el diálogo intercultural.

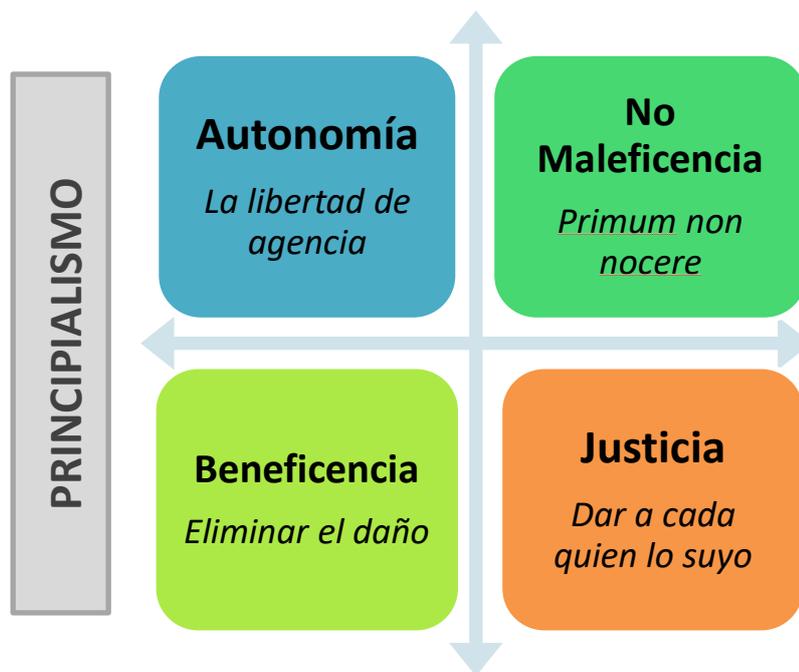
Al otro lado de la orilla está el paciente indígena que se está sintiendo vulnerado, que se está sintiendo deslegitimado como poseedor de sus creencias, desconocido por la institución de salud a la que acude en busca de ayuda, es parte de una cultura

que le permite tener necesidades específicas y colectivas, pero se está sintiendo objeto de la atención médica, sencillamente está recibiendo un tratamiento médico y eso dista mucho de estar siendo “tratado”.

Es la bioética la que permite ese cuestionamiento frente a la concepción de la práctica clínica, la posición normativa de las organizaciones y el reconocimiento del otro. María Jesús Buxó I Rey dice “La Bioética intercultural se orienta a trabajar desde la diversidad situacional y conceptual como punto de partida para consolidar la discusión, la negociación y los acuerdos entre comunidades tecno-científicas, culturales y morales” (Casado, 2007).

### **Aplicación del principlismo**

La discusión de interculturalidad la vamos a analizar desde los principios propuestos por los autores Beauchamp y Childress.



*Figura 1.* Principios de ética biomédica de Beauchamp & Childress

El primero de ellos autonomía como lo hemos mencionado anteriormente, tiene que ver directamente con la acción autónoma, con la intencionalidad, con la comprensión y con la libertad de condicionamiento externo. Cuando se plantea el principio de respeto a la autonomía a partir del enfoque de este análisis basado en las acciones autónomas de los individuos, se reconocen algunas exigencias de este principio que tiene que ver con el reconocimiento del derecho del sujeto moral a: 1. Tener sus propios puntos de vista, 2. Tener en cuenta sus propias opciones y 3. Obrar de conformidad con sus creencias (Beauchamp & Childress, 1994).

Esto exige que la aplicación del principio de respeto a la autonomía no sea solamente a las actitudes sin acciones, eso implica obligaciones positivas para fortalecer y favorecer el ejercicio de la autonomía personal del individuo; entonces para garantizar una acción positiva de protección o favorecimiento de la autonomía de ese otro, en este caso el paciente perteneciente a una comunidad indígena, se debe por ejemplo, en brindar la información suficiente de ese otro para que tome decisiones sobre su propio cuerpo y sobre su propia vida. Esta información entonces,

estaría muy bien acompañarla de un metalenguaje que permita que estos dos extraños morales se encuentren en la discusión y se reconozcan mutuamente.

Aquí encontramos como una base sólida la aplicación consiente y cuidadosa del consentimiento informado. Esta aplicación del consentimiento informado se debe realizar basada en la construcción del diálogo intercultural partir de un metalenguaje. Este metalenguaje nos permite brindarle la información suficiente a ese otro, garantizando la comprensión de esa información y el intercambio de apreciaciones con la grandiosa posibilidad de estar identificando de manera constante y dinámica las necesidades de nuestro paciente; cumpliendo desde la medicina alopática occidental con las exigencias que se nos plantean en la aplicación de este principio de autonomía y de los restantes de manera paralela.

El principio de No maleficencia lo aplicamos en el marco de un ejercicio de especificación sobre todo buscando darle desarrollo al significado de este principio en lo concreto usando como herramienta fundamental el diálogo intercultural que permite la identificación de necesidades y de preferencias culturales basadas en los lineamientos morales de nuestros pacientes indígenas, construyendo también a partir del metalenguaje (Ferrer, José, 1999).

El significado concreto de la no maleficencia en el contexto de la relación médico-paciente, está basado en no hacer daño. Esto nos obliga a generar de manera constante un diálogo con el paciente indígena y su familia que nos permita identificar de claramente el concepto de daño que ellos tengan y su concepción de vida y muerte, buen vivir y las acciones culturales motivadas por los ritos y costumbre propias de la cultura o etnia a la que pertenecen.

Con relación a la beneficencia nosotros como equipo de salud y Comité de interculturalidad, estaríamos revisando constantemente los cinco criterios que plantean los autores para saber si la beneficencia se entendería como vinculante o no vinculante, teniendo en cuenta que la beneficencia en este caso sería una beneficencia de enfoque general.

Con relación a la justicia, también tenemos que hacer un ejercicio de especificación en donde podamos desarrollar el principio dándole un significado concreto. Los criterios materiales planteados por los autores nos permiten dar inicio al desarrollo de los análisis iniciando por la selección del criterio material que nos sirva como guía (Ferrer, José, 1999).

Al reconocernos en el diálogo intercultural podemos identificar esa situación particular en la cual nos permita como médicos, equipo de salud e institución, entender lo que significa justicia para mi paciente o para el grupo étnico al que pertenece.

Por otra parte esos procesos de encuentro empleados para analizar casos concretos, con un desarrollo de la especificación de los principios dentro del comité intercultural podemos deliberar en casos concretos de manera que nos pueda llevar a un ejercicio de ponderación. Dicho esto podremos tener más herramientas para resolver los problemas morales que surjan del encuentro de culturas para la asistencia en salud.

Luego de los análisis que generan los cuestionamientos expuestos anteriormente, me replanteo de manera individual como médica y de manera estructural desde el rol que desempeño en la institución donde trabajo, si es posible aventurarnos a la bonita tarea de construir de manera conjunta espacios de diálogo intercultural que se conviertan en la posibilidad de reconocimiento mutuo entre la medicina occidental que se practica allí y las necesidades de salud, de bienestar y de tradiciones de los pacientes pertenecientes a diferentes comunidades indígenas bajo un proceder institucional y sistemático que nos permita expresar las diferencias y las expectativas y es aquí donde se erige el puente entre extraños morales.

Luego de ese gran paso, comienzan las transformaciones en los individuos, la evolución en el diálogo y necesariamente la transformación de las instituciones.

El diálogo intercultural agrega un grado adicional de exigencia puesto que el "hacer" se convierte, de manera constante, en el objeto de la deliberación. Adicionalmente,

no sé puede hablar de interculturalidad en salud sin que exista una transformación parcial o total del "hacer" en ambos actores de la deliberación.

Se ha escrito mucho sobre interculturalidad, pero en ocasiones el término se confunde con multiculturalidad donde las dos culturas se respetan pero no se relacionan. El reto que nos ofrece la interculturalidad involucra en su definición, relacionamiento. Es lograr que yo como médico me permita reevaluar la práctica o parte de ella con el fin último de dar cabida al reconocimiento del otro y la inclusión en la práctica teniendo como resultado una "acción" que dé cuenta de las preferencias de su extraño moral y se constituya en una herramienta de respeto de la autonomía y de posibilidad planificada de continuidad de una tradición o rito trascendental para ese otro.

En la Clínica donde trabajo en Valledupar, estamos explorando y diseñando la atención en salud para la población indígena. A partir de julio de este año constituimos un espacio de diálogo entre la Institución y representantes de diferentes etnias de la región como la Arhuaca, Yukpa, Wiwa y Wuayú. Este espacio está constituido e institucionalizado con la figura de Comité Intercultural con el objetivo fundamental de generar un espacio sistemático para escuchar e identificar las necesidades, preferencias y conceptos de los pacientes pertenecientes a diferentes grupos étnicos. A su vez este comité busca conocer de primera mano el sentir de los individuos, sus perspectivas, su influencia cultural frente a los abordajes de la salud-enfermedad, sus ritos fundamentales y sus expectativas frente a las opciones de tratamientos desde la medicina alopática. El diseño de manejos clínicos interculturales se construye a partir de este reconocimiento mutuo como actores en un mismo escenario, buscando el bienestar de los pacientes, siendo garantes del respeto de su autonomía.

Este modelo contempla adicionalmente una persona denominada "Gestor intercultural Bilingüe" quién es fuente primaria de requerimientos y necesidades

siendo el puente entre el equipo de salud y los pacientes indígenas. Este gestor participa de manera activa con los pacientes de las etnias y tiene espacio físico dentro de la clínica, de manera que sea fácil para ellos su ejercicio de facilitadores y coadyuvantes en los procesos de atención interactuando libremente con el paciente, la familia, los Mamos o sabedores ancestrales, los equipos de salud y los directivos de la clínica en torno a la toma de decisiones y gestiones en sus procesos de atención.

Otro objetivo muy importante de este comité es la capacitación del personal de la clínica frente a ese reconocimiento mutuo y los acuerdos generados en estas mesas de trabajo donde se han evidenciado las posibles interacciones entre las dos formas de medicina alineadas a las tradiciones étnicas, los conceptos de los sabedores ancestrales, los ritos, sus preferencias de manejo en algunos momentos que se constituyen en hitos del ciclo de vida por ejemplo, la entrega de la placenta por parte de la clínica, al esposo de la paciente posterior al parto y su importancia para los pagamentos y ritos indígenas luego del nacimiento de uno nuevo miembro de la comunidad.

Reconocer al otro y reconocer una sociedad pluricultural obliga a generar diálogos respetuosos y eficientes entre las partes dónde se busca la comprensión mutua de sus lineamientos morales y el concepto que ellos tengan para el manejo de la salud del dolor la enfermedad reivindicando sus formas tradicionales y ancestrales.

Porque a veces un individuo autónomo toma decisiones que no son autónomas y a veces un individuo no autónomo puede tomar decisiones que son autónomas.

**Tabla 1**  
*Características del Modelo de Atención Intercultural en Salud*

Identificación del paciente indígena	Construir espacios de diálogo intercultural	Capacitación a los médicos, enfermeros, paramédicos y personal administrativo	Identificación de necesidades de la población indígena	Aplicación de principios de ética biomédica, respeto a tradiciones y ritos propios de cada etnia
Uso de la tecnología y adecuación de la herramienta de Historia Clínica electrónica para	Creación y fortalecimiento del Comité de Interculturalidad	Participación de los líderes en el Comité y capacitación al personal respecto a los temas tratados y discutidos en el comité	Sensibilización al personal para lograr una comunicación activa y una buena relación Médico-Paciente, Enfermero-Paciente	Construir procesos administrativos y GPC orientadas a la inclusión del manejo de los pacientes y sus preferencias con relación a sus respectivas cosmovisiones
Beneficencia	Justicia	No maleficencia	Beneficencia No maleficencia	Autonomía

**Nota:** Esta tabla fue creada para facilitar la identificación de las características que debe tenerse en cuenta dentro del modelo de atención intercultural en salud



*Figura 2.* Propuesta de un Modelo de Atención Intercultural en Salud

### Conclusiones

Durante la ejecución de este trabajo se hace evidente cómo la bioética ha permitido embellecer el actuar médico, entender la importancia de la deliberación y el reconocer al otro como un individuo. Llevándome a reflexionar de manera constante en la construcción de una práctica médica, amorosa, dialogante y respetuosa de las diferencias.

El diálogo intercultural eleva el nivel de las organizaciones y de los individuos, deja expuesta sobre la mesa, a la luz de la conciencia una exigencia prescriptiva de repensarnos como garantes del respeto de nuestros pacientes en todas sus

dimensiones, dicho esto, el "hacer" se convierte, de manera constante, en el objeto de la deliberación requiriendo generar cambios justo allí, en el "hacer".

No se puede hablar de interculturalidad en salud sin que exista una transformación parcial o total del "hacer" en ambos actores de la deliberación, las instituciones de prestadoras de salud también son actores activos y fundamentales.

Necesariamente es fundamental avanzar en el ejercicio de construcciones estructurales en torno a los modelos de atención de las instituciones prestadoras de salud donde se institucionalicen procesos y procedimientos que contengan en sí mismos el componente intercultural, un ejemplo de esto son probablemente las guías de práctica clínica

Pese a que el ejercicio de la medicina alopática sigue manejando un discurso hegemónico, es viable iniciar este hermoso camino de reconocernos mutuamente como extraños morales y comenzarnos a interrelacionar de manera que podamos darle cabida a los análisis bioéticos que constituyan respeto a las diferencias y disminución de la incertidumbre de unos y otros.

Los procesos de sensibilización y capacitación a los equipos de salud (médicos, enfermeros, paramédicos, personal de apoyo diagnóstico y terapéutico) y administrativos, son una herramienta clave para fomentar el respeto del otro, disminuir tensiones tanto culturales, morales, personales, profesionales, organizacionales e incluso políticas.

## **Referencias**

Bermejo Higuera, J. C. (2016). *acreditacionensalud.org.co*. Recuperado de <http://www.acreditacionensalud.org.co/ea/Paginas/HumAte.aspx>

Asamblea Nacional Constituyente. (septiembre de 2016). Constitución Política de Colombia Actualizada con los Actos Lejislativos a 2016. Bogotá, Colombia: Centro de Documentación Judicial.

- Beauchamp, T., & Childress, J. (1994). *Principios de bioética médica 4ta edición*. New York: Oxford University.
- Bohórquez, C. L. (1997). *El resguardo en la Nueva Granada. ¿Proteccionismo o despojo?* Bogotá: Nueva América.
- Brito, A. E. (2013). La Paradoja de la Salud y el Modelo Médico. *Revista Cubana de Salud Pública*.
- Camps, V. (2015). *La Voluntad de Vivir. Las Preguntas de la Bioética*. Barcelona: Ariel.
- Cárdenas, M. D., & Rincón, S. (2013). *Los caminos históricos de la Real Expedición Botánica*. Quiroga.bogota pag 40-54
- Casado, M. (2007). *Nuevos materiales de Bioética y Derecho*. México: Fontanamara.
- Congreso de Colombia. (5 de Agosto de 1994). Diario Oficial No. 41.479. Ley 160. Sistema Nacional de reforma agraria y desarrollo rural campesino. Bogotá, Colombia: Diario Oficial.
- Corte Suprema de Justicia T-920. (2011). Derecho a la Salud y el Respeto a la Identidad Étnica y Cultural de Comunidades Indígenas. Bogotá, Colombia: Corte Suprema de Justicia.
- Cortina, A. (1999). *Bioética de los Mínimos*. Valencia: Tecnos.
- Dworkin, G. (1988). *The Theory and Practice of Autonomy*. Melbourn: Cambridge University Press.
- Ferrer, J. (1999). *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*. Bogotá: Kimpress.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Fuenzalida-Puelma, H. (1995). *Impacto Social de la Bioética en América Latina*. International Journal of Bioethics Vol 6. pag 285
- García Gual, C. (1983). Juramento. En *Tratados Hipocráticos*. Madrid: Gredos.
- Gaviria, A. (2017). *Lineamientos Incorporación del Enfoque Intercultural en los Procesos de Formación del Talento Humano en Salud y para el Cuidado de Salud de los Pueblos Indígenas en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Herrera Ángel, M. (1996). Los pueblos que no eran pueblos. (U. d. Syracuse, Ed.) *Anuario de Historia Regional y de las Fronteras*(2-3). pag 50-62

- Lepargneur, H. (1996). Força e Fraqueza dos Princípios da Bioética. *Revista de Bioética*, 4(2).pag 134
- ley 100 de (1993). Sistema De Seguridad Social Integral
- Lozano Ordoñez, E., & Salazar Henao, M. (2018). Evolución Histórico-Política De La Salud Indígena En Caldas: Aproximación A La Determinación Social En Salud. *Hacia Promc. Salud*.
- Norma General Administrativa No 16. (28 de Abril de 2006). Interculturalidad en los Servicios de Salud . Santiago, Chile: Departamento de Asesoría Jurídica.
- OMS. (2013). *La Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional*. Ginebra: OMS.
- Petit, E. (2007). Justicia Romana. En *Tratado Elemental del Derecho Romano*. México: Editorial Porrúa.
- Presidencia de la República de Colombia. (7 de octubre de 2014 ). Decreto 1953 de 2014. *Decreto No 1953*. Bogotá, Colombia: Ministerio del Interior.
- Quevedo, E. (1993). Historia Social de la Ciencia en Colombia.Institucionalización de la Medicina en Colombia. En Quevedo, *Historia Social de la Ciencia en Colombia.Institucionalización de la Medicina en Colombia* (Vol. VII). Bogotá: Colciencias.
- Ramis O, A. (marzo de 2016). Bioética narrativa y salud intercultural mapuche Aportes a su fundamentación y complementación. *Veritas*.
- Reyes, S. (1995). *Organización de los sistemas territoriales de seguridad social en salud en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Salud, M. d. (2016). *POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD "Un sistema de salud al servicio de la gente"* . Bogotá: MINSALUD.
- Siurana, J. C. (2010). *Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural*. Valencia: Veritas No 22. pag 121-157

