

¹Marcia Mocellin-Raymundo,

¹Carlos Viesca-Treviño,

²Daniel Gutiérrez-Martínez

Bioética y salud intercultural:

apuntamientos para una conexión necesaria y posible

¹Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México

²El Colegio Mexiquense A.C., Zinacantepec, México

Comunicación con: Marcia Mocellin-Raymundo.

Tel: (55) 1346 6153; (55) 4004 5038.

Correo electrónico: marciamocellin@gmail.com

Resumen

Uno de los desafíos de la bioética es considerar la diversidad en la atención a la salud, y evitar que se establezcan criterios hegemónicos de manera normativa y no se respete la diversidad, ya que en algunas situaciones, dichas normativas contribuyen a la exclusión de la diferencia de lo que supuestamente es considerado normal. Esto incluye las dificultades que se generan frente a cuestiones de salud al abordarlas desde una perspectiva cultural, pues las enfermedades no son iguales y no se manifiestan de una misma manera en culturas diferentes. A su vez, la bioética es una propuesta de ética a cerca de los conflictos relacionados con la vida en general, por lo que este artículo pretende cuestionar de qué manera se configura la conexión entre una ética de vida y la salud desde una perspectiva intercultural.

Palabras clave

bioética
diversidad cultural
prestación de atención de salud

Summary

One of the current challenges of bioethics is to look at diversity in health care, and especially avoid hegemonic criteria established as normative and do not include diversity. In some situations, such policies contributed to the exclusion of the difference in what is supposedly enshrined as «normal». This includes the difficulties that are generated against health issues when approached from a cultural perspective, because the diseases are not equal and do not manifest the same way in different cultures, i.e. there are different ways of getting sick, which can be determined culturally. At the same time, bioethics is a proposal about the ethical conflicts related to life in general, so this article aims to explore how to structure the connection between an ethic of life (bioethics) and health from an intercultural perspective.

Key words

bioethics
cultural diversity
delivery of health care

Introducción

Parece que a lo largo de la historia las diferencias siempre han estado al frente de conflictos de distintas naturalezas, ya sea étnicos, religiosos, políticos, sociales, y económicos, por citar apenas algunos ejemplos. Y debe considerarse que las diferencias parecen oponerse y contradecir el sentido universal inherente a la ética, cuya función es delimitar lo que pudiera llamarse “la idea común de humanidad” y que a esa idea le pertenecen valores y derechos como la libertad, la igualdad, la justicia, la paz, la dignidad y la educación, históricamente reconocidos y conquistados, y por eso mismo universales. Pero, al mismo tiempo, hay que reconocer que en esta innegable tendencia de la conquista y el reconocimiento del valor universal también está presente la convicción de que la ética

nace del conflicto precisamente entre lo universal y lo particular, y entre lo establecido por la ley y la costumbre.¹

Hay que destacar el hecho de que la defensa de muchos de esos derechos parte del principio de una homogeneidad del ser humano que en la práctica es irreal o imposible. Tal vez, uno de los mayores desafíos de la actualidad sea considerar la diversidad desde el punto de vista de respeto a las diferencias, identificando el punto en común entre ellas. Y pensar sobre la diversidad como algo nuevo sería también equivocado, ya que ésta siempre fue característica de la sociedad, así como el dinamismo del comportamiento social y las consecuentes relaciones de identidad. En este sentido, Woodward sostiene que la propia identidad está marcada por la diferencia sustentada a su vez en la exclusión, y que la identificación se da por semejanzas simbólicas. Por lo tanto,

la identidad es también relacional y la diferencia es establecida por una marcación simbólica relativa a otras identidades. La representación incluye las prácticas de significación y los sistemas simbólicos por medio de los cuales los significados son producidos, posicionándonos como sujeto. Y es a través de los significados producidos por las representaciones cuando damos sentido a nuestra experiencia y a lo que somos.

La representación —comprendida como un proceso cultural— establece identidades individuales y colectivas.² Por lo tanto, hay que tomar en cuenta la diversidad, tratando de comprender que la religión, las creencias, la cultura y otras formas de expresión de la identidad no son fijas, sino que están en continuo movimiento. El que durante mucho tiempo se les concibiera como entidades estáticas y duraderas no es más que una muestra de la negación que se hacía, tanto intelectual como política, de la siempre existente pluralidad y diversidad que retroalimentaban los identitarios institucionales y unitarios.³

En algunas situaciones, las normativas señaladas contribuyen a la exclusión de la diferencia de lo que supuestamente se ha considerado “normal”. Y si comprendemos la dinámica de esta hegemonía de lo “normal” cuando es confrontada por la diferencia, podemos identificar la diversidad como un elemento que podría contribuir a aumentar la vulnerabilidad de los grupos que quedan fuera de la normalidad. Así, en algunas situaciones de atención en salud es frecuente verificar que miembros de etnias diferentes de la mayoría dominante se toman pacientes vulnerables, como los indígenas y los gitanos. De igual manera, la vulnerabilidad es constantemente citada en lo que concierne a la investigación en seres humanos. Las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica publicadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, vinculado a la Organización Mundial de la Salud, considera que las personas vulnerables son aquellas relativa o absolutamente incapaces de proteger sus intereses.⁴

Entretanto, al preguntarse cómo se establece esta incapacidad de proteger sus intereses, la cuestión es comprender cómo es construida conceptualmente esta incapacidad y quién la declara. De acuerdo con Schramm, la posibilidad de ser vulnerable es una característica universal de cualquier ser humano, animal o sistema vivo,⁵ pero no se expresa obligatoriamente. A su vez, Mello y Braz defienden la inclusión en la plenitud de derechos de los sujetos vulnerables, pues como condición universal la vulnerabilidad no puede ser percibida y definida como un factor de diferenciación.⁶ Así, al pertenecer a una etnia o grupo religioso distinto al de la hegemonía es frecuente que se configuren situaciones de la salud conflictivas en términos de interacciones sociales, sobre todo entre el profesional y el paciente. Estos conflictos no se configuran solo por relaciones individuales, como la dificultad de algún profesional en el manejo del paciente de una cultura o confesión religiosa diferente de la suya, sino por la propia construcción social del saber y del espacio en el que se ejerce la atención de la salud, establecidos *a priori* desde la hegemonía.

Lo anterior incluye las dificultades que se generan frente a cuestiones de salud al abordarlas desde una perspectiva cultural, pues las enfermedades no son iguales y no se manifiestan de una misma manera en culturas diferentes, es decir, existen distintas maneras de enfermarse, así como existen enfermedades de origen cultural, los llamados *síndromes de afiliación cultural*, característicos de una determinada cultura. Las enfermedades existentes y referidas en pueblos originarios son un ejemplo concreto de ello.⁷ En este sentido, es fundamental la existencia de políticas públicas que se ocupen de las cuestiones de salud particulares a cada cultura, es decir, dentro de una perspectiva de salud intercultural.

Salud intercultural

De acuerdo con Aguirre Beltrán, la salud intercultural puede ser definida como la complementariedad entre dos sistemas de salud (institucional y tradicional), que tiene como objeto común hacerle frente a la enfermedad y mejorar la salud en zonas de refugio indígena.⁸ A su vez, Lerín Piñón propone un concepto más amplio y afirma que la salud intercultural puede ser interpretada de distintas maneras, según las posiciones que se asuman. Para el autor, la interculturalidad debe ser entendida como un proceso, dado que involucra las interrelaciones equitativas y respetuosas de las diferencias económicas y sociales, pero sobre todo de las culturales, donde la salud y la enfermedad, la muerte y el accidente ocupan un lugar preponderante. De igual manera, el autor entiende por interculturalidad en salud las distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-atención que operan, se ponen en juego, se articulan y se sintetizan (no sin contradicciones) en las estrategias de cuidado y las acciones de prevención y solución a la enfermedad, al accidente y a la muerte en contextos pluriétnicos.⁹

Lo anterior nos permite inferir que la interculturalidad no se refiere exclusivamente a culturas indígenas o pueblos originarios, más bien a toda la gama cultural que puede estar involucrada en un determinado proceso de intercambio. De acuerdo con Campos Navarro, la medicina intercultural puede ser definida como la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes y requieren un entendimiento recíproco para que los resultados del contacto sean satisfactorios para las dos partes.⁷

Cabe señalar que la salud intercultural no busca rechazar los métodos occidentales, sino que más bien una conjunción de saberes, donde se pueda aprovechar el conocimiento y las prácticas tradicionales vinculadas con las distintas culturas, de manera interactiva y respetuosa.⁹ La medicina practicada en pueblos originarios, además de estar dotada de contenido simbólico, se fundamenta sólidamente en los resultados obtenidos, y la sigue un gran número de personas. Si esta medi-

cina no presentara resultados positivos para los pacientes ni tuviera ningún valor, ya habría desaparecido. Para Gómez, en la mayoría de los países de América Latina los pacientes utilizan por decisión propia diferentes sistemas médicos, legalizados o no. Por lo tanto, al excluir distintas alternativas médicas de la medicina alopática en los servicios formales de atención, los sistemas de salud no cumplen con su meta de responder a las necesidades de toda población. La autora propone un diseño de políticas desde la complementariedad, partiendo de una visión holística e intercultural de la salud, que tenga en cuenta los diferentes condicionantes y la diversidad de culturas médicas existentes en cada región, las cuales se han transformado a raíz de su relación con las otras, a la vez cediendo algo de sí y tomando algo de las demás.¹⁰

La propia Organización Mundial de la Salud mantiene un programa para la medicina tradicional, que define como “la suma completa de conocimientos, técnicas y prácticas fundamentadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas y que se utilizan para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar trastornos físicos o mentales”. Llama la atención que en algunos países asiáticos y africanos, 80 % de la población depende de la medicina tradicional para recibir atención primaria de salud.

A su vez, la medicina tradicional que ha sido adoptada por otras poblaciones (distintas de su cultura de origen) suele denominarse *medicina alternativa o complementaria*. Según datos de la misma Organización Mundial de la Salud, en muchos países desarrollados, 70 % a 80 % de la población recurre alguna vez a una u otra forma de medicina alternativa. En muchos países desarrollados, el uso cada vez mayor de las medicinas alternativas y complementarias indica que existen otros factores aparte de la tradición y el costo, entre ellos se puede citar la preocupación sobre los efectos adversos de los fármacos químicos, las cuestiones asociadas con los enfoques y suposiciones de la medicina alopática, el mayor acceso del público a información sanitaria, los cambios en los valores y la reducida tolerancia del paternalismo.¹¹

Alarcón y colaboradores proponen que el tema de la pertinencia cultural del proceso de atención es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad. El respeto a esta diversidad tiene una larga trayectoria en países cuyas altas tasas de inmigración han generado situaciones de gran diversidad étnica y cultural, lo cual ha puesto al equipo de salud en el imperativo de desarrollar estrategias que faciliten la relación médico-paciente.¹² Por lo tanto, no es en balde que la salud intercultural haya sido un tema constante en América Latina^{13,14} con importancia para México,¹⁵ Bolivia,¹⁶ Ecuador,¹⁷ Perú¹⁸ y Chile,^{19,20} si bien con las peculiaridades de cada país y de sus respectivos sistemas de políticas de salud.

Sobre las cuestiones de salud en pueblos indígenas hay que considerar las interpretaciones relativas a salud y enfermedad

desde su cosmovisión. El citado síndrome de afiliación cultural incluye una diversidad de situaciones cuyas soluciones o tratamientos son también originarios de las mismas comunidades, entre ellas podemos citar el “mal de ojo”, “el empacho”, “el susto”, y “la caída de mollera”, síndromes bastante conocidos en México y en algunos otros países de América Latina.

El “mal de ojo” se entiende como una situación en la cual una persona tiene la capacidad de producir malestar a la otra solo con mirarla, y puede ser curado por cualquier persona que conozca el ritual de curación. A la persona afectada se dice que “está ojeadá” o que “le echaron el ojo encima”.

El empacho presenta síntomas como calentura, debilidad al caminar, vómito, diarrea o falta de apetito, generalmente ocasionado por algún alimento que se consumió e hizo daño. Es más frecuente en los pueblos, aunque con gran presencia también en la ciudad. Existen distintas formas de curar el empacho, y entre las más usuales está “la cinta”, “la tirada de cuerito” y “la cura a palabra”. La cinta generalmente mide cerca de 1 cm, y se extiende tres veces consecutivas desde el codo hasta la punta de los dedos, mientras que quien hace la curación dice palabras ininteligibles. La indicación de que el empacho se está curando se da mientras la medida de la cinta va cambiando. “La tirada del cuerito” consiste en que el afectado por el empacho se coloca boca abajo y quien lo va a curar toma la piel de la espalda y comienza a estirarla hasta que se siente un ruido que informa que fue separado del otro “cuerito”, lo que da fin al empacho. Otra manera de curar el empacho es por medio de la oración. En este caso se da el nombre completo del empachado al curandero, y éste reza para que el enfermo sane.

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

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

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

De acuerdo con lo anterior, las distintas cosmovisiones acerca de las cuestiones de salud indican la necesidad de abarcar la diversidad, es decir, tomar en cuenta que no se puede considerar que existe una única manera de comprender o explicar los fenómenos que pasan en el cuerpo, es decir, la visión hegemónica de la medicina occidental no es la única. Dicho de otra manera, un mismo proceso biopatológico puede tener distintas respuestas culturales.

Bioética y salud intercultural

A su vez, la bioética es una propuesta de ética acerca de los conflictos relacionados con la vida de manera general. Sin embargo, uno de los principales desafíos de la bioética también está relacionado con la universalización de los derechos, sobre todo aquellos involucrados en las cuestiones de la salud y de la vida. En este sentido, sobre la universalización o la globalización de la bioética, Borgoño Barros postula dos filones fundamentales, el “posibilista” y el “imposibilista”. El primero tiende a apoyarse en la fuerza retórica de los derechos humanos como ética universal, buscando consensos internacionales, mientras que el segundo denuncia la imposibilidad de un acuerdo universal entre diversas culturas²¹ (cuya visión está liderada por Engelhardt, y concentra sus análisis y proposiciones en la moral, apelando a una forma ideológica y cultural neutral compartida por todos los seres humanos para fundar una bioética y una política de salud justificable moralmente, es decir, preservando la moral particular).²²

Además, como bien subraya León esta propuesta universal de la bioética se ha encontrado con varios obstáculos y retos diferentes a los que debe responder. Por una parte, desde la ética del cuidado y desde el feminismo se ha insistido en la atención al paciente concreto, en su especificidad, hombre o mujer, y no al individuo racional abstracto. Y por otro lado, desde el comunitarismo y la ética de la interculturalidad se ha insistido en el respeto a las tradiciones comunitarias,

tanto culturales como sociales y éticas, y en el consecuente respeto a la diferencia en la atención de salud, por ejemplo con las minorías indígenas en América Latina.²³

Lo anterior nos lleva a cuestionar de qué manera se configura la conexión entre una ética de vida (bioética) y el enfoque de salud desde una perspectiva intercultural que parece ser el camino más adecuado para incluir la diversidad, ya que de otra manera estaríamos siempre privilegiando a un grupo o a una determinada cultura en detrimento de otras, sobre todo en las concernientes a las cuestiones de salud, donde el modelo hegemónico es el la medicina occidental.

En este sentido, Buxó i Rey aboga por una bioética intercultural orientada a trabajar desde la diversidad situacional y contextual como punto de partida para consolidar la discusión, la negociación y los acuerdos entre comunidades tecnocientíficas, culturales y morales. Por lo tanto, ésta sería una bioética que no busca exponer principios ni normas de buena actuación entre ciencia, medicina y sociedad, ni que se deja llevar por categorías predefinidas y burocratizadas que piensan por nosotros, ni por imágenes de la humanidad abstraídas de su historicidad y de relaciones sociales concretas que se activan como esquemas explicativos. Para la autora, se trata de diseñar marcos que permitan conectar diferentes realidades sociales y culturales y así establecer comunidades de participación intercultural donde sea posible discutir diferencias de criterio, animar el flujo de opiniones, razonamientos y propuestas y conseguir decisiones negociadas y concertadas sobre las formas de entender la enfermedad y valorar la salud, el cuerpo integral y fragmentario, las aplicaciones biotecnológicas, las prácticas médicas, entre otras.²⁴

Actualmente la bioética se ve inserida en distintos contextos del área de la salud, bajo una gran variedad de propuestas y diferentes escuelas, desde conservadoras hasta liberales, pasando por las que podríamos llamar alternativas, como la bioética intercultural, por ejemplo. Sin duda, no existe un abordaje único o exclusivo en bioética, pues cada escuela o cada autor la propone bajo las influencias que sufre, desde su propia cultura, religión o filosofía en particular hasta la formación académica que ha tenido. Lo mismo ocurre con uno de los mayores desafíos de la bioética: el entendimiento entre lo particular y lo universal o el individualismo y el comunitarismo, entre los que destaca el universalismo. En ese sentido, y sobre la salud intercultural bajo el marco de la bioética, Buxó i Rey afirma que es importante destacar la relevancia de la medicina tradicional. La etnomedicina no solo aporta saberes a otros sistemas terapéuticos mediante la etnobotánica y la fitoterapia, sino también sobre la eficacia psicológica de las prácticas rituales y los *efectos placebo*, que aportan seguridad al paciente y bienestar físico y psíquico. Es necesario, pues, estudiar estas combinaciones de sabiduría tradicional e inteligencia científica para evitar el descontrol, y a la vez sincronizar vías de resolución terapéutica. La autora propone una bioética intercultural orientada a trabajar desde la diversidad situacional y contextual como punto

de partida para consolidar la discusión, la negociación y los acuerdos entre comunidades tecnocientíficas, culturales y morales.²⁴

Además de la propuesta anterior, en los últimos años han surgido algunas otras de una bioética global, con el fin de profundizar la reflexión sobre las cuestiones del universalismo, sobre todo en lo que concierne a la ciencia y la tecnología. En ese sentido, Sakamoto propone que la naturaleza de esa posible bioética global debería evitar la excesiva inclinación europea centrada en el no dualismo natural-artificial, y más bien establecer un nuevo humanismo sin antropocentrismo, y una nueva metodología para complementar este nuevo humanismo que debería adoptar el *ethos* asiático.²⁵

Pese a que puede ser verdad que la bioética ha sufrido demasiada influencia de una visión occidental, por la misma proposición anterior se puede constatar la imposibilidad en el sentido de encontrar la fórmula de la bioética tanto global como intercultural, pues por más holístico que pueda ser el pensamiento oriental sobre el tema, la búsqueda debería centrarse en la inclusión y en compartir, y no en adopciones. Más bien se trata de buscar los mínimos comunes, o sea, la ética presente en cada una de estas distintas visiones.

En un artículo sobre bioética y salud pública, Darras propone que la salud pública y la bioética pueden enriquecerse mutuamente; la bioética desde su método de debate abierto y contradictorio, y la salud pública desde su enfoque social a través de la responsabilidad, la solidaridad y la interculturalidad. En este sentido, la interculturalidad no se refiere solamente a la no discriminación y tampoco se limita al respeto de las demás culturas, sino que es el reconocimiento de que cada cultura tiene su propia racionalidad y subjetividad. De acuerdo con el autor, no habría unas culturas científicas y otras mágicas, sino que todas son a la vez científicas y mágicas.²⁶

Consideraciones finales

Las reflexiones anteriores son de suma importancia para las discusiones actuales de la bioética, sobre todo por la característica interdisciplinaria y la sempiterna discusión sobre la posibilidad o no de la universalización de la bioética. Sin embargo, es una necesidad urgente el hecho de considerar la existencia de distintos enfoques de la salud bajo el marco de las diferen-

cias culturales, respetando las costumbres y el saber tradicional. El éxito de las políticas públicas de salud está directamente relacionado con la consideración de dicha diversidad, pues no todo el conjunto de personas que congrega una determinada sociedad plural forzosamente comparte las mismas visiones sobre salud y enfermedad. Por lo tanto, a la bioética le incumbe también buscar el intercambio con las distintas áreas del saber que tienen relación con las cuestiones de salud, tratar de ser una conexión entre la ciencia y las humanidades, y tomar en cuenta que dentro de las humanidades se encuentran todos esos aspectos relativos a la interculturalidad en salud. Frecuentemente nos encontramos con la excesiva valoración de las cuestiones biomédicas ante a una cuestión de salud y enfermedad abordada bajo el marco de la bioética, mientras los aspectos humanistas se ven obnubilados u olvidados.

Sin embargo, el enfoque de la bioética es mucho más fructífero cuanto más comparte con otras áreas, tomando como referencia la complejidad propuesta por Morin, donde el todo es mucho más que la suma de las partes.²⁷ Incluso debe considerarse la situación relacional entre los individuos de una sociedad, de manera que se reconozcan las situaciones individuales pero sin generar una imposición y respetando la diversidad. Morin sugiere que la diversidad organiza la unidad, que a su vez organiza la diversidad y así sucesivamente. Según este autor, no basta concebir como problema central el mantenimiento de las relaciones *todo/parte, uno/diverso*, ya que hay que ver también el carácter complejo de estas relaciones.

En el momento en que se percibe que la bioética debe poner en consideración la diversidad y proponer una ética que realmente atienda los puntos en común de la diversidad y no solamente los referenciales morales, se constituye en un importante elemento para la instrumentación armónica, donde cada quien hace su parte, pero el resultado es construido en conjunto. Así, se cuestiona cómo unificar una convivencia pacífica entre las diversidades sin privilegios ni odios. Y se puede tomar como punto de partida el postulado de Gutiérrez,²⁸ quien propone que la gran tarea del ser humano consiste en el esfuerzo de concienciarse de sus prejuicios, deseos e intereses con el fin de que el otro deje de ser invisible y pase a valer por sí mismo; en ese sentido, la interculturalidad, gracias a su característica propositiva que no solo "reconoce" sino que actúa, se vuelve una meta deseable.²⁹

Referencias

1. Camps V. El derecho a la diferencia. En: Olivé L, compilador. Ética y diversidad cultural. Segunda edición. México: Fondo de Cultura Económica; 2004. p. 87-101.
2. Woodward K. Identidade e diferença: uma introdução teórica conceitual. En: Tadeu da Silva T, editor. Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis, Brasil: Vozes; 2008. p. 7-72.
3. Gutiérrez-Martínez D. Religiosidad y creencias en un mundo multicultural. En: Gutiérrez-Martínez D, coordinador. Multiculturalismo. Desafíos y perspectivas. México: Siglo XXI; 2006. p. 157-186.
4. Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas. Diretrizes Internacionais propostas para a pesquisa biomédica em seres humanos. Brasília, Brasil: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1985. p. 1-32.

5. Schramm FR. A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública. *Rev Bras Bioética* 2006;2(2):187-200.
6. Giffoni D, Braz M. Vulnerabilidade, autonomia e ética em pesquisa. *Revista Brasileira de Bioética* 2008;4(1-2):49-68.
7. Campos-Navarro R. Experiencias sobre salud intercultural en América Latina. En: Fernández-Juárez G, coordinador. *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala; 2004. p. 129-151.
8. Aguirre-Beltrán G. *Antropología médica*. México: Fondo de Cultura Económica; 1996.
9. Lerín-Piñón S. Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos* 2006;16:111-125.
10. Duarte-Gómez MB. Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. *Cad Saúde Pública* 2003;19(2):635-643. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n2/15429.pdf>
11. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002- 2005. [Monografía en internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2002. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf
12. Alarcón A, Vidal A, Neira J. Salud Intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Med Chile* 2003;131:1061-1065. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-9887203000900014&script=sci_arttext
13. Fernández-Juárez G. *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala; 2006.
14. Organización Mundial de la Salud. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. [Monografía en Internet]. Washington: OPS; 2008 Disponible en http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/guia_intercultural_web.pdf
15. Campos-Navarro R. Procesos de legalización e interculturalidad en las medicinas indígenas de México y Bolivia. En: Fernández-Juárez G, coordinador. *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala; 2006. p. 373-388.
16. Ramírez-Hita S. Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. *Avá (Posadas)* 2009;14:1-28. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-1694200900010100010
17. Didier-Lacaze D. Experiencias en medicina tradicional y salud Intercultural en la Amazonia ecuatoriana. *Anales* 2002;5:163-194.
18. Ministerio de Salud Perú, Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Salud Intercultural. Informe Observatorio de interculturalidad y derechos en salud de los pueblos indígenas. [Monografía en internet]. Perú: Ministerio de Salud Perú; 2008. Disponible en http://www.ops.org.bo/multimedia/cd/2010/sri-2010-4/files/docs/7_otros/122.%20Observatorio%20de%20interculturalidad.pdf
19. Soto AC. La burocratización de la salud intercultural en Chile. Del neo-asistencialismo al autogobierno Mapuche en Chile. Documento para la discusión entre organizaciones mapuche. Puelmapu, Rimü. [Monografía en internet]. 2008. Disponible en http://www.laced.mn.ufrj.br/indigenismo/archivos/LaBurocratizaci%C3%B3n_de_la_Salud_intercultural_en_Chile._A._Kuyul_5-08.pdf
20. Alarcón AM, Astudillo DP, Barrios CS, Rivas RE. Política de salud intercultural: perspectivas de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile *Rev Med Chile* 2004;132(9):1109-1114. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v132n9/art13.pdf>
21. Borgoño-Barros C. Bioética global y derechos humanos: ¿una posible fundamentación universal para la bioética? problemas y perspectivas. *Acta Bioethica* 2009;15 (1):46-54. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2009000100006
22. Engelhardt Jr HT. Morality, universality, and particularity: rethinking the role of community in the foundations of bioethics. En: Tao, Julia Lai Po-Wah, editor. *Cross-Cultural Perspectives on the (Im) possibility of global bioethics*. Holanda: Kluwer Academic Publishers; 2002. p. 19-38.
23. Léon F. Bioética: entre la universalidad y la interculturalidad. los desafíos éticos de la globalización. *Revista Medicina y Humanidades* 2009;2:1-12. Disponible en http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n22009/06_Bioetica.pdf
24. Buxó i Rey MJ. Bioética Intercultural para la salud global. *Revista Selecciones de Bioética* 2006;9:24-30.
25. Sakamoto H. A new possibility of global bioethics as an intercultural social tuning technology. En: Tao Lai Po-Wat J, editor. *Cross-cultural perspectives on the (Im) possibility of global bioethics*. Holanda: Kluwer Academic Publishers; 2002. p. 359-367.
26. Darras C. Bioética y salud pública: al cruce de los caminos. *Acta Bioethica* 2004;2:227-233. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v10n2/art10.pdf>
27. Morin E. *Ciência com Consciência*. Rio de Janeiro (Brasil): Bertrand Brasil; 1996.
28. Gutiérrez CB. Reflexiones hermenéuticas en torno de "Ética y diversidad cultural". En: Olivé L, compilador. *Ética y diversidad cultural*. Segunda edición. México: Fondo de Cultura Económica; 2004. p. 74-86.
29. Ruiz-Llanos A. La ética, la interculturalidad y los derechos humanos para la protección de la salud. En: Citarella L, Zangari A, Campos-Navarro R, editores. *Yachay Tinkuy, salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*. La Paz, Bolivia: Prohisaba; 2009. p. 291-305.