

Bioética, biopolítica e interculturalidad en salud pública: estudio de caso del Hospital Mama Dominga

Charlie Stephania Ocaña-Calvachy¹

¹ Fundación Casa de la Memoria de Nariño, Pasto, Colombia

Resumen

Propósito/Contexto. Este artículo da cuenta de los resultados de un proyecto de investigación, cuyo objetivo fue la propuesta de un aporte desde la Bioética y la Biopolítica para la reformulación de un modelo de salud pertinente con las necesidades del contexto sociocultural de la población atendida por el Hospital Mama Dominga en Silvia, Cauca, Colombia.

Metodología/Enfoque. El estudio siguió un corte fundamentalmente cualitativo, se privilegiaron las fuentes documentales y de sondeo, así como las observaciones propias del investigador.

Resultados/Hallazgos. Los resultados ofrecen un acercamiento a la apreciación del pueblo Misak sobre la salud y su sistema de atención y resaltan la necesidad de apertura de diálogos realmente horizontales en ámbitos de ciencia y cultura, en pro del mejoramiento del bienestar de las comunidades tradicionales en el país.

Discusión/Conclusiones/Contribuciones. A partir de la lectura de referentes teóricos y su correlación contextual con el desarrollo histórico de la salud en el Cauca, especialmente en el resguardo de Guambía con la comunidad Misak, se estableció una línea de análisis sobre la pertinencia de los modelos de atención en salud en contextos rurales o tradicionales y las oportunidades de transformación desde experiencias, historia y conocimientos propios de la población.

Palabras clave: Bioética, biopolítica, salud pública, interculturalidad, estudios transdisciplinarios.



Autor de correspondencia

1. Charlie Ocaña, Fundación Casa de la Memoria de Nariño, Carrera 26 # 14-19 Centro, Pasto (Nariño), Colombia. Correo-e: charlieo@unicauca.edu.co



Historia del artículo

Recibido: 2 de septiembre, 2021

Evaluated: 11 de marzo, 2022

Aprobado: 30 de mayo, 2023

Publicado: 20 de junio, 2023



Cómo citar este artículo

Ocaña-Calvachy, Charlie Stephania. 2023. "Bioética, biopolítica e interculturalidad en salud pública: estudio de caso del Hospital Mama Dominga." *Revista Colombiana de Bioética* 18, no. 1: e3695. <https://doi.org/10.18270/rcb.v18i1.3695>

Bioethics, biopolitics and interculturality in public health: A case study of the Mama Dominga Hospital

Abstract

Purpose/Background. This article presents the results of a research project which objective was to propose a contribution, from bioethics and biopolitics, for the reformulation of a health attention model according with the needs of the community attended by Mama Dominga Hospital in Silvia, Cauca (Colombia) in their own sociocultural context.

Methodology/Approach. The study fundamentally followed a qualitative approach, favouring documentary sources, polls, interviews and observations from the researcher.

Results/Findings. The results offer an approach to the Misak conception about health and its attention system, and highlight the importance of promoting truly horizontal dialogues in science and culture spaces, in favor of the wellbeing improvement of traditional communities across the country.

Discussion/Conclusions/Contributions. Parting from theoretical references and their contextual correlation with the historical development of health policies in Cauca -specially the Guambía Reservation with Misak people-, it was possible to set an analysis line about health attention models and their pertinence in rural and/or traditional contexts, and their adjustment opportunities by listening to experiences, history and knowledge that come from the own community.

Keywords: Bioethics, biopolitics, public health, interculturality, transdisciplinary studies.

Bioética, biopolítica e interculturalidade na saúde pública: um estudo de caso do Hospital Mama Dominga

Objetivo/Contexto. Este artigo relata os resultados de um projeto de pesquisa cujo objetivo foi propor uma contribuição da Bioética e da Biopolítica para a reformulação de um modelo de saúde relevante para as necessidades do contexto sociocultural da população atendida pelo Hospital Mama Dominga em Silvia, Cauca, Colômbia.

Metodologia/Abordagem. O estudo seguiu uma abordagem fundamentalmente qualitativa, dando prioridade a fontes documentais e de pesquisa, bem como às observações do próprio pesquisador.

Resultados/Descobertas. Os resultados oferecem uma abordagem da apreciação do povo Misak sobre a saúde e seu sistema de saúde e destacam a necessidade de abrir diálogos verdadeiramente horizontais nos campos da ciência e da cultura, a fim de melhorar o bem-estar das comunidades tradicionais do país.

Discussão/Conclusões/Contribuições. Com base na leitura de referências teóricas e sua correlação contextual com o desenvolvimento histórico da saúde no Cauca, especialmente na reserva de Guambía com a comunidade Misak, foi estabelecida uma linha de análise sobre a pertinência dos modelos de atenção à saúde em contextos rurais ou tradicionais e as oportunidades de transformação com base nas experiências, na história e no conhecimento da população.

Palavras-chave: Bioética, biopolítica, saúde pública, interculturalidade, estudos transdisciplinares.

Introducción

El presente documento da cuenta de la investigación ejecutada entre junio del 2018 y octubre del 2020 con relación a la experiencia de salud intercultural que ha materializado el pueblo Misak del resguardo de Guambía en el Hospital Mama Dominga. Diferentes medios a nivel nacional han referido su surgimiento como una propuesta de atención médica basada en la vinculación de los saberes propios y la medicina alopática; sin embargo, pocas veces se relatan los procesos que debieron ser llevados a cabo para su construcción, el nivel de esfuerzo comunitario que implicó la puesta en marcha de un modelo diferente al imperante en el territorio colombiano y el trabajo continuo que implica el mantenimiento de los conocimientos tradicionales y la defensa de las prácticas asistenciales frente a los requerimientos institucionales. Es preciso resaltar que el proyecto y los resultados de la investigación fueron socializados con las autoridades del cabildo, quienes ofrecieron insumos vitales para su construcción y desarrollo y aprobaron su divulgación.

Uno de los puntos de partida del estudio fue el hecho de que gran parte de la reglamentación que emana del gobierno nacional y del gobierno departamental¹, donde muy pocas veces se tiene en cuenta la realidad de las comunidades y que por desconocimiento de las diversas condiciones, requerimientos y tradiciones coexistentes en el territorio colombiano, muchas de estas normas suelen acarrear problemas para su cumplimiento. Además, usualmente los legisladores tienen poco contacto con las poblaciones a quienes deben sus cargos.

Por otro lado, parece existir una suerte de separación entre la salud asistencial y el autocuidado o la salud comunitaria, la cual deja la multifactorialidad de la salud en términos simplemente legales o de planes de desarrollo. A pesar de las indicaciones de la OMS o la OPS², la mayor parte de las veces el discurso estatal e institucional de la salud suele manifestarse exclusivamente con respecto a la parte asistencial, omitiendo los diferentes contextos socioculturales y geográficos de las poblaciones a quienes debe ser dirigido.

Asimismo, a pesar de que el conocimiento colectivo tradicional ha sido históricamente un espacio de resistencia frente a los estándares urbanos e institucionales, las prácticas individuales o grupales como representaciones históricas de la interacción humana con un medio específico han sido catalogadas como curiosidades socioculturales cuando más, o relegadas al espacio de las pseudociencias por el canon academicista, sin embargo, hoy en día se constituyen como una perspectiva de análisis a la que se hace preciso regresar, como parte de la reestructuración de los discursos y las prácticas; de este modo, desde la filosofía política se perfiló la oportunidad de rescatar la voluntad y la energía con la que el pueblo Misak ha hecho escuchar su voz y ha construido una institución de salud que ha conseguido vincular las directrices estatales de salud con las prácticas y los conocimientos ancestrales.

1 Entre las normas consultadas con relación a la salud en Colombia y el departamento del Cauca se pueden contar la Ley 10 de 1990, la Ley 100 de 1993, la Ley 691 de 2001, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y los decretos del 0260 al 0281 del 9 de abril de 2007 de la Gobernación del Cauca.

2 Con relación a los documentos emitidos por la OMS y la OPS relacionados con la salud de las comunidades tradicionales, puede visitarse los portales de archivos de la OPS y la Biblioteca Virtual en Salud, los cuales albergan documentos como: Organización Panamericana de la Salud (1998, 2002), Mazzetti (2003), Ramírez y Rojas (2005), Organización Panamericana de la Salud (2009), Oyarce, Sánchez y Huirican (2010), Organización Mundial de la Salud (2020), entre otros.

Las consideraciones finales del trabajo se elaboraron a manera de invitación hacia el relacionamiento de los conocimientos y las prácticas académicas con el entorno, especialmente como apoyo divulgativo para acciones populares o desarrollos comunitarios en territorios apartados o afectados por diversas problemáticas de orden público. Igualmente, se enfatizó en la importancia de la transversalidad para los estudios en salud y se puntualizó a la Bioética y la interculturalidad como herramientas conceptuales útiles con las que apuntar hacia la reorientación de las soluciones de acuerdo con requerimientos y perspectivas poblacionales.

Enfoque

La primera parte de la investigación se planteó como un análisis de la problemática que se genera a partir de la existencia de elementos de la biopolítica en el discurso del sistema de salud en Colombia. En este punto se eligió un diseño metodológico de tipo cualitativo que privilegió las fuentes documentales, para buscar así una mejor determinación de los puntos de encuentro entre la teoría de la biopolítica, el discurso del sistema de salud colombiano y la Bioética como una alternativa de rehumanización de la atención en salud. En este punto se hace vital la aclaración de que, si bien existen ramas y acepciones diversas sobre la biopolítica, hay autores que han identificado al sistema de salud colombiano con sus rama más negativas (Molina, Ramírez y Ruíz 2014; Gómez 2007), pero el estudio pretendió acercarse a diferentes propuestas teóricas sobre el concepto (Esposito 2006, 2009). Del mismo modo, el contrapeso teórico y práctico de la Bioética ofreció una perspectiva positiva de la vida en contraste con la idea utilitarista de control biopolítico relacionado con el sistema de salud vigente en Colombia.

Así, el análisis documental fue la base principal para la recolección de información en el primer capítulo de la investigación, mediante revisión bibliográfica. En principio, las fuentes citadas en el proyecto fueron libros, capítulos de libros o publicaciones de carácter científico presentes en revistas especializadas que facilitaron la comprensión del componente teórico de la investigación.

La segunda parte del proceso de investigación implicó un acercamiento a la salud pública en el área de atención del Hospital Mama Dominga. Para empezar, los documentos de tipo normativo, tales como leyes, resoluciones y decretos³, permitieron la contextualización institucional del referente empírico. Posteriormente, se realizó una investigación sobre la historia de la población, relacionada con datos demográficos de la misma, características económicas y políticas de la región (principalmente buscando determinar los puntos de quiebre en la formulación de políticas de salud regionales), indicadores diagnósticos sobre el funcionamiento del Hospital Mama Dominga y, primordialmente, aspectos culturales propios (costumbres, usos, prácticas o ejecuciones) relacionados con el campo de la salud. Las fuentes de dicha información fueron documentales (artículos de revistas, tesis o monografías, informes, planes de desarrollo, artículos especializados), estadísticas (indicadores realizados por fuentes locales y nacionales⁴), de sondeo (en-

3 Algunos de los referentes consultados fueron Gobernación del Cauca (2007), Congreso de la República de Colombia (1990, 1993, 2001), Corte Constitucional de la República de Colombia (2009), Ministerio del Interior de la República de Colombia (1996, 2014), Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia (2013, 2015), entre otros.

4 Algunos de los referentes consultados fueron DANE (2020), Autoridades del Nu Nakchak del Pueblo Misak (2013, 2014) y Tunubalá y Muelas (2009).

cuestas y entrevistas con respecto a la historia de la salud en la comunidad y percepción del modelo de salud) y observaciones personales del investigador.

Finalmente, en la última etapa se realizó un análisis sobre algunos elementos de salud pública que pueden facilitar un vínculo entre los valores y las prácticas tradicionales de la comunidad con el mejoramiento de los sistemas de salud, apuntando a la reorientación de las soluciones de acuerdo con los requerimientos y las perspectivas de la población. Para tal fin, el punto de partida fue el establecimiento de la cercanía que el modelo de salud estudiado comparte con la Biopolítica y la Bioética, y las variaciones que permiten generar alternativas de acción por fuera de los discursos de control respaldados por la legislación nacional vigente.

En consecuencia, las conclusiones apuntaron a la reorientación de los objetivos y las discusiones en salud pública para acercarlos a las necesidades socioculturales, al hacer a la comunidad participe del proceso de transformación sanitario y fomentar igualmente la ejecución y la conservación de las prácticas de salud, en tanto se consideran como correspondientes con la propia cultura e integrándose a las realidades diarias de la población.

Resultados

Como punto de partida para este trabajo se precisaron dos perspectivas relativas al manejo de la Bioética que resultan adecuadas para el análisis, a saber, la ética del cuidado y la Bioética de la protección. Si bien la ética del cuidado se diferencia de la Bioética en tanto a especificidad de acciones, prácticas y campos de acción, ambas resultan complementarias para la salud pública.

De acuerdo con Campos Pavone Zoboli (2013), la ética del cuidado hace parte de las raíces mismas de la Bioética, debido a la intencionalidad de Potter por recuperar la interconexión entre los humanos y otras formas de vida en un espacio de reconocimiento mutuo. Si se tiene en cuenta que la ética del cuidado se relaciona con la responsabilidad para con el otro, Campos Pavone Zoboli propone que “[lo] ideal del cuidado consiste [...] en una actividad de relacionarse, de percibir y responder a las necesidades, de hacerse cargo del mundo buscando el mantenimiento del círculo de conexión para que nadie se quede solo o desprotegido” (Campos Pavone Zoboli 2013, 413).

Para citar un ejemplo, en el campo de la salud, la aplicación de la ética del cuidado se imprime en la relación constante del personal asistencial con sus pacientes, pero, al cambiar el foco hacia los espacios políticos o administrativos que también hacen parte del sistema, la percepción del eje cuidado-responsabilidad se pierde, al tender hacia una disposición más técnica y utilitarista. Esta dicotomía da cuenta de la necesidad de un abordaje multifactorial y transdisciplinar relativo a la ética misma de la actuación de los prestadores de salud.

Por otra parte, la Bioética de la protección es una construcción latinoamericana que responde a las necesidades propias del contexto, que involucra aspectos culturales, de equidad y derechos humanos en la ecuación de la atención en salud. En esta concepción se tiene muy presente la complejidad de los fenómenos relacionados con la salud, incluyendo las políticas públicas y las acciones legislativas afines con la prestación de los servicios, además del reconocimiento de la posibilidad de un ejercicio biopolítico desde los entes prestadores y reguladores del sistema.

Siguiendo a Schramm (2017), el ejercicio de la protección en salud no se relaciona solo con las acciones relacionadas con la vulnerabilidad humana, sino también en su relacionamiento con el ambiente y los seres vivos que en él habitan, vinculándose por el

principio de calidad de vida. Además, el análisis de las políticas en salud no solo se lee desde la eficacia de estas, sino también desde la perspectiva sus beneficiarios. Por otro lado, pretende alejarse del paternalismo de las percepciones clásicas de la salud, al dejar de culpar al paciente por sus padecimientos o dejar de tomar decisiones sin consultar a los directamente afectados, basándose en la vulnerabilidad de su situación.

Como puede observarse, la construcción transdisciplinar de la Bioética tiene en cuenta una multiplicidad de elementos que influyen no solo sobre la vida del sujeto de atención humano, sino sobre la representación del bienestar y la vida misma en su ambiente, sin embargo, a diferencia de la Biopolítica, que propone una gestión de la vida, la Bioética propone estrategias que facilitan su conservación desde la comprensión misma de las consecuencias que las actuaciones humanas pueden tener sobre las diferentes formas en que la vida se manifiesta.

Ahora bien, la prestación de servicios de salud en un sistema tiene lugar en un espacio de interacción social continua, el cual está inscrito en un ambiente que podría favorecer el control sobre la población y donde rápidamente se establecen categorizaciones entre los diferentes actores del sistema; además, la configuración de cada grupo social incluye dentro de su caracterización un tipo de reconocimiento relacionado con la identidad, tanto personal como gremial de aquellos que lo integran, así como con el imaginario social del deber ser de dichas identidades.

Esa idea de lo que es (o representa) cada categoría pasa a ser un insumo para la construcción de perfiles de tratamiento social y, posteriormente, para la estereotipación de los sujetos, lo que lleva a la generalización totalizante. De acuerdo con Aguirre y Jaramillo “[co-nocer] totalitariamente es controlar, luego confirmar, para después legislar y, por último, unificar en un tiempo-espacio la experiencia del individuo para hacerla objetiva” (Aguirre y Jaramillo 2006, 51); así las cosas, en este punto pueden observarse trazas de un dispositivo biopolítico orientado desde el reconocimiento, el cual puede institucionalizarse por medio de manuales o protocolos de conducta. Ante la perspectiva de una interacción viciada por la posibilidad de ejercer control, aún estando sometido al mismo, queda en entredicho lo que implica realmente el reconocimiento del otro, tanto a nivel discursivo como práctico.

Sumado a este punto, Lévinas (2002) propone que la concepción totalizante del otro implica una generalización, la pérdida de la identidad personal que privilegia una percepción del grupo o el estereotipo. Un ejemplo de esto es la perspectiva masificadora que se presenta en el discurso de las políticas públicas, incluso en aquellas que invitan al reconocimiento o la integración de diferentes grupos sociales o culturales, que, extendida hacia el extremo, lleva la implicación de la deshumanización del sujeto, de acuerdo con propósitos de identificación de capacidades según patrones o tendencias.

Por otro lado, su contraparte, la idea de infinito, remite a la incognoscibilidad del ser, a su complejidad. Como un horizonte ético, se orienta hacia la apertura ante el otro como posibilidad de trascendencia en la interacción interpersonal. Quien espera acoger a su interlocutor, como si se tratara de un huésped, debería estar en capacidad de reconocerse a sí mismo y sus condiciones propias, aun estando inmerso en un ambiente totalizante, pero incluso sin cumplir esta condición se encuentra en la obligación continua de responder al otro, que se le revela cambiante, paulatinamente. Un encuentro subjetivo entre interlocutores permitiría una aproximación entre ellos, incluso por fuera de lo socialmente establecido. Empero, hacia el extremo, podría implicar la imposibilidad casi absoluta de cercanía, siendo el otro inalcanzable, inasequible.

En medio de las dos orillas, como quien rema para alcanzar una y alejarse de otra, sin conseguirlo nunca del todo, están las relaciones personales. Nos aproximamos a cada uno de nuestros interlocutores y, en ese proceso, nos aceptamos más a nosotros mis-

mos. Ahora bien, aunque es cierto que aquellos que nos son más similares o cercanos, inicialmente, son con quienes nos sustituimos con más facilidad, Lévinas (2002) insta a sus lectores a ir más allá de lo inmediato. Es entonces desde lo ajeno, lo diferente, que el ejercicio de responsabilidad y sustitución se pone verdaderamente a prueba. De acuerdo con Fernández Guerrero:

[con] Lévinas, “la ética aparece como filosofía primera para mantener despierto y vigilante el sentido de una vida moral pensada en términos de responsabilidad”. Los contenidos de la moral no surgen del plano autónomo sino que arraigan en la heteronomía; es el otro el que me interpela, me habla, y ese movimiento me hace ir hacia él, acercarme e interactuar con él, pero sin anular su especificidad ni cancelar su alteridad (Fernández Guerrero 2015, 442).

Como puede observarse, las expectativas del autor trazan un ideal inalcanzable, en tanto promotor del continuo asombro frente al otro, pero, en el plano práctico, especialmente el político, el ejercicio propone usualmente una generalización que fagocita la diferencia o la aísla para generar un contraste excluyente. Este es el caso referenciado por Lorenzetti (2010), quien describe y critica la creación del modelo de salud intercultural para la población indígena en Argentina. De acuerdo con la autora, la imagen del otro se construyó desde un “discurso sobre la alteridad/aboriginalidad” (Lorenzetti 2010, 8), orientado hacia la formulación de un mecanismo de control que “gestiona” las vidas de otros. La propuesta identifica con claridad la instrumentalización de la alteridad como herramienta política y discursiva: es la intencionalidad del poder la que orienta la perspectiva que se vende al colectivo sobre “los otros”, permitiendo la formación de “relaciones entabladas en términos de agregación/desagregación social” (Lorenzetti 2010, 21).

En consonancia con lo anterior, en *Bios* (Esposito 2006), Esposito da cuenta de varios dispositivos de cohesión comunitaria que apelan especialmente a la seguridad del cuerpo social. Así, en analogía con el mecanismo inmunitario biológico, Esposito expone que las comunidades desarrollan mecanismos de inmunización frente a lo distinto, lo que no consideran “propio”. La motivación de esta inmunidad estaría dada por la necesidad de preservación de la seguridad y el bienestar, tal como los organismos vivos ante agentes nocivos, el cuerpo social reaccionaría ante “lo otro” estableciendo un límite y generando una exclusión, sin embargo, Esposito refiere que la inmunidad social no tiende a la expulsión de lo diferente, sino a su introyección: la idea del opuesto como contraste se utiliza como refuerzo de lo propio, limitando la potencia de la vida en pro de la conservación de la misma.

Es tal el extrañamiento que el cuerpo social puede llegar a producir en sus individuos que, en *Immunitas*, Esposito propone que el hombre ya “no puede coincidir consigo mismo” (Esposito 2005, 239), habitando “su propia distancia [donde] lo extraño reviste lo propio y lo propio constantemente se le hace extraño” (Esposito 2005, 137). Esta inclusión excluyente de “lo otro” en “lo propio” inspira al autor a sugerir que “atar al sujeto moderno al horizonte del aseguramiento inmunitario es reconocer la aporía en que su experiencia queda atrapada: la de buscar la protección de la vida en las mismas potencias que impiden su desarrollo” (Esposito 2006, 91).

La corriente tiende hacia la orilla de la totalidad y el infinito se aleja. El otro se torna semejante y lo exterior se “acorta” o se “delimita”. El individuo que busca la experiencia de alteridad bajo el ideal de infinito puede reconocerse a sí mismo “entrampado” en la concepción totalizante del otro. Ahora bien, a pesar del enmascaramiento, el otro sigue constituyéndose en parte conformante de la comunidad que pretende ocultarlo. Así las cosas, ¿cuál sería el paso que seguir para reconocerlo y reivindicarlo como interlocutor en un medio aún hostil?

Frente a la representación política que transforma la alteridad en una herramienta de modelamiento social, es vital recuperar la perspectiva de lo que realmente implica el encuentro con el otro. Sumándose a la discusión ética, se presencia el hecho que es la interacción social la que permite al sujeto configurarse como él mismo, crear e identificarse con su propio pensamiento. Para Soares y Czeresnia (2011), la conexión entre los diferentes seres, aún con las múltiples variaciones que ha sufrido a lo largo del tiempo, es la que ha permitido no solo la evolución cultural, sino la transformación misma de las relaciones con el entorno.

Aunado a esto, en la propuesta de Aníbal Quijano (2014a, 2014b) puede observarse la contraposición de la racionalidad instrumental anclada al individualismo, contraria a la igualdad social. Las dinámicas del neoliberalismo han permeado a tal punto los debates políticos que cualquier alternativa de construcción desde lo comunitario se desecha, en tanto no concuerda con la idea de la producción y promoción individual (a expensas del colectivo, pero con poca intención de retribución social).

La idea occidental del progreso y superación personales se desvinculan de las posibilidades de formación de comunidades, mientras el trabajo y la cooperación comunitarios tienden a ser reemplazados por la competencia; y en un horizonte de rompimiento con los medios tradicionales de interacción persona-a-persona, como propone Sibilia (2008), el dominio del mercado sobre las construcciones sociales y las representaciones individuales amenaza con fragmentar incluso la idea de comunidad, convirtiéndonos en productos aislados, sin vínculos, en un permanente estado de exposición vagamente interactiva con el entorno.

Es con esto en mente que es preciso recuperar la propuesta de Esposito, quien siguiendo a Heidegger establece que la única posibilidad de construcción de comunidad está en la recuperación del cuidado del otro, así:

no en el sentido obvio de que cada uno de nosotros tiene que ver con el otro, sino más bien en el de que el otro nos constituye desde el fondo de nosotros mismos. No que comunicamos con el otro, sino que *somos* el otro (Esposito 2009, 44).

Respetar las tradiciones sociales y culturales que marcan una diferencia en la atención en salud hace parte del reconocimiento del otro, tan diferente como similar a mí. La Bioética, en este caso, hace explícita la sensibilidad frente a los diferentes ejercicios vitales con que otros seres ejercen su derecho a existir. Es de capital importancia identificar la perspectiva de la alteridad como parte constitutiva de la Bioética, en tanto se trata de recuperar la posibilidad de escuchar al otro, de vincularse de nuevo con el entorno, de construir comunidad.

La propuesta de Han (2017), con respecto a la dimensión política de la escucha, tiene que ver con el reconocimiento desde la vulnerabilidad propia y la recuperación de la capacidad de asombro, acercándose a lo otro sin intenciones de satisfacer su deseo de conocerlo por completo o apropiarse de ello. Es la variación continua en la distancia insalvable lo que gratifica la visión del interlocutor expectante, quien respeta el ideal ético del infinito en la alteridad (Peperzak 1993, 66-68). El ser que se conmueve en su contacto con el mundo, con la vida inmediata, no se centra en su “mismidad”, sino en su relación constante y cambiante con el medio. De acuerdo con Esposito:

[la] diversidad, la alteridad [...] no son necesariamente un límite y un peligro frente al cual debemos guardarnos en nombre de la pureza autocentrada del individuo o de la especie [...] Si estas diferencias se reconducen desde la lógica bloqueada y excluyente de la *immunitas* a aquella, abierta e inclusiva, de la *communitas*, pueden

constituir un enriquecimiento y una oportunidad. Esto vale también en relación con las otras especies vivientes, como son, primero los animales, o con formas y materias no orgánicas (Esposito 2009, 170).

La Bioética hace un llamado al reconocimiento y al respeto, a la construcción de comunidad sin tener que absorber las diferencias, a la posibilidad de tender puentes a través de la adaptabilidad; y es la filosofía, en compañía de las ciencias sociales y humanas (Echeverri, 2010), quien tiene la oportunidad de abrir este tipo de debates, al vincular a diferentes disciplinas en espera de proporcionar oportunidades de transformación y resolución a las comunidades, frente a problemáticas que no solo atraviesan diferentes ramas de las ciencias, sino también el propio ejercicio vital (Terezinha Luz 2011).

Al llevar estos debates teóricos al plano práctico, a menos de 60 km de Popayán, la capital del departamento del Cauca, se encuentra el municipio de Silvia. Entre su población campesina, indígena y mestiza, destaca el pueblo Misak, orientado por el Cabildo de Guambía; y es precisamente por iniciativa del pueblo Misak que, en el año 2000, en la vereda Las Delicias, se inaugura el Hospital Mama Dominga, una institución prestadora de salud de carácter público que ofrece atención en medicina occidental y tradicional (Rodríguez 1999).

El Hospital Mama Dominga propone una integración de los métodos occidentales y tradicionales de atención en salud para una comunidad con cosmovisión propia. Guiado por el Plan de Vida de Pervivencia y Crecimiento (Tunubalá y Muelas 2009) y el consejo constante de los Mayores, el Cabildo de Guambía ha propiciado el desarrollo de un servicio de prestación de salud inclusivo, oportuno y de calidad, que permite vincular las prácticas tradicionales de salud con los aportes que el sistema de salud alopático puede ofrecer a la población (Rivera-Rueda 2017).

De acuerdo con el registro de la Secretaría de Salud del departamento del Cauca, el Hospital Mama Dominga está clasificado como una institución prestadora de salud (IPS) nivel I, vinculada a la red departamental de atención en salud. La atención ofrecida no es exclusiva para el pueblo Misak, sino para toda la comunidad del sector que desee acceder a los servicios. Las atenciones tradicionales y alopáticas se ejecutan de manera cooperativa, de modo que los médicos tradicionales pueden remitir pacientes a los médicos occidentales y viceversa.

La atención en el Hospital Mama Dominga se ofrece tanto en sus diferentes sedes como en visitas extramurales realizadas por los diferentes funcionarios. En el área rural del municipio de Silvia se ubican la Casa de Plantas Medicinales Sierra Morena y el Hospital Mama Dominga, sede Las Delicias y en la cabecera municipal de Silvia existe otra sede satélite de Mama Dominga, del mismo modo que en el municipio de Piendamó.

Gran parte de la atención con medicina tradicional, alternativa y propia tiene lugar en la Casa de Plantas Medicinales Sierra Morena, la cual comparte sede con la Casa Payán, centro de historia y conocimiento del pueblo Misak, y la Casa de Partos, a disposición de las gestantes de la comunidad y sus familias para los rituales propios del nacimiento. La medicina propia no se limita al cuidado del bienestar físico, sino también se involucra con la armonía emocional, comunitaria y espiritual de la población.

Las actividades que se realizan en Sierra Morena dan cuenta de la concepción Misak sobre la salud. El tratamiento de esta no tiene que ver solo con el individuo, sino con su entorno social, natural y psicológico. La Casa Payán realiza un ejercicio de educación y divulgación de la tradición de la población Misak asentada en Guambía, al hacer uso no solo de datos, documentos y objetos históricos, sino también de bibliotecas vivas, sabedores y personas mayores de diferentes municipios que son regularmente invitados a un

diálogo que nutre la interculturalidad de la comunidad. Además, se cuenta con terrenos de siembra de diferentes plantas medicinales, invernaderos y laboratorios en los que se procesan varios tipos de medicamentos naturales propios, donde la apuesta por la recuperación de la medicina basada en plantas implica revitalizar, no solo los conocimientos sobre la utilidad de estas, sino las semillas y los brotes necesarios, además de los terrenos adecuados para su siembra. Los medicamentos naturales y las preparaciones con plantas pueden conseguirse en la farmacia de Sierra Morena o en la cabecera municipal de Silvia.

En los últimos años, el Hospital Mama Dominga se ha convertido en un referente nacional con relación a la reducción de mortalidad materna y perinatal, además de la reducción de complicaciones en el parto (Hurtado 2017). La visita domiciliaria de las parteras a las mujeres gestantes, además de su acompañamiento constante, permite a la comunidad mantener sus tradiciones con relación a la llegada al mundo de una nueva vida; sin embargo, al apoyar continuamente estas labores, el personal de salud alopática está siempre atento a ofrecer una atención adicional a las madres que así lo deseen o necesiten, según indicación de las parteras. De hecho, de acuerdo con indicadores del Ministerio de Salud de Colombia, la complementariedad en la prestación de la atención redujo de manera importante la mortalidad materna entre 2014 y 2017⁵.

Es vital enunciar que el Plan de Vida de Pervivencia y Crecimiento propone, desde sus inicios, la salud del pueblo Misak como una dinámica multifactorial y su concepción de bienestar tiene que ver con la armonía, tanto propia del individuo, como con su comunidad y su territorio. El ejercicio de reconocimiento que la comunidad ha realizado con respecto a sus necesidades, oportunidades y propósitos puede leerse como una propuesta de salud colectiva, que da cuenta de la importancia del abordaje transdisciplinar de la salud.

En temas de salud se manifiesta un profundo arraigo a las tradiciones ancestrales Misak, como por ejemplo, prácticas específicas durante la gestación y el parto buscan vincular al recién nacido y su madre con el territorio, la espiritualidad y la comunidad. De acuerdo con Tunubalá:

[la] medicina tradicional cura, previene y sana vidas. De igual manera, es una fuente de comunicación del ser humano con el entorno natural y espiritual. En el caso específico de los Misak, estos saberes se practican de acuerdo con la necesidad o de fechas especiales que maneja la comunidad. En ese sentido, el saber ancestral ha sido un pilar fundamental para supervivencia (sic) del pueblo Misak (Tunubalá 2017, 33-34).

Ahora bien, a pesar de que en gran medida el manejo de gestantes y primera infancia, al hacer uso de medicina tradicional en Guambía, ha sido reconocido a nivel nacional e internacional (Castillo-Santana *et al.* 2017), fue posible reconocer una ligera tensión con relación a algunos aspectos del desarrollo científico y las prácticas médicas; aunque gran parte de las medicinas que se ofrecen en la Casa de Plantas Medicinales Sierra Morena son producidas en laboratorios propios y existe una adecuada dispensación de fármacos alopáticos en el Hospital Mama Dominga, algunos de los Misak manifiestan desconfianza hacia ciertas terapias preventivas o curativas, como la aplicación de vacunas en la primera infancia; sin embargo, la lectura de la propuesta Misak para la salud y el territorio, en su conjunto, resulta apropiada y coherente con su intención de preservar la vida de la población y las tradiciones con un enfoque de mejoramiento continuo. Muestra de ello son los diálogos constantes que se presentan entre las alas alopática y tradicional del Hospital Mama Dominga, encaminadas a la actualización y el aprendizaje de los

5 En los años 2014, 2015 y 2017 se presentaron 0 casos de mortalidad materna. En 2016 se presentó un solo caso (Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia 2018).

funcionarios asistenciales en trabajo con plantas medicinales o estrategias de atención al paciente. Aunado a esto, los planes de nutrición y conservación ambiental se articulan en una concepción multifactorial de la salud que propende por el bienestar de la comunidad y respetar la sostenibilidad de los recursos.

Así las cosas, de acuerdo con el Plan de Salvaguarda, la concepción del ambiente parte del entendimiento de territorio como un ser vivo con derechos, con el que la población mantiene una simbiosis en la que se manifiesta la esencia del ser Misak:

La tierra debe protegerse, es un bien colectivo e integral que no debe desligarse del agua, de las plantas, los animales y los espíritus y el Misak que por naturaleza está unida a ella, convive, necesita y que debe ser protegido y cuidado bajo los mandatos del Derecho Mayor (Autoridades del Nu Nakchak del Pueblo Misak 2014, 16).

La conservación del territorio está ligada a la protección de las fuentes de agua, los diversos ecosistemas y la autosuficiencia alimentaria y las líneas de acción de los programas mencionados resultan complementarias para el mantenimiento de la salud poblacional, al seguir un curso basado en los esquemas de promoción y prevención.

Por otro lado, además del esquema de trabajo propuesto desde el Plan de Salvaguarda, el Cabildo de Guambía puso en marcha un plan de nutrición y salud (Cabildo Ancestral del Pueblo Misak 2011) en el que se vinculan las estrategias de salud y saneamiento básico con el equilibrio del territorio. Parte del proceso implicaba la recuperación de una dieta basada en productos del territorio y, con ello, la revitalización de conocimientos relativos a las tradiciones del trabajo del campo y el manejo de los alimentos. Del mismo modo, se planteó la recuperación de especies vegetales nativas, el fortalecimiento de la medicina propia y el apoyo a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con apoyo de la medicina alopática, mediante el reconocimiento de afecciones que se presentaban con frecuencia en la comunidad, tanto a nivel físico como sociocomunitario (Cabildo Ancestral del Pueblo Misak 2011, 21-22).

La complementariedad que se presenta con el componente ambiental en la conceptualización Misak, aunada a la implicación de la espiritualidad como un principio diferente al psicológico (Agredo y Marulanda 1998, 174-175), distancia un poco la llamada perspectiva occidental de las implicaciones del proyecto Misak de recuperación de la tradición y su proyección en el futuro. La concepción del territorio como un “lugar vivo” y de la transversalidad de las relaciones entre el ambiente y la persona son comprensibles solo por fuera del esquema que pone todo lo externo al hombre, como objetos o seres carentes de conciencia de los que se puede servir por derecho, sin preocupación alguna por su cuidado o recuperación. Además, durante el desarrollo de la investigación pudieron distinguirse perfiles bioéticos propios de la comunidad que, a pesar de no ser denominados como tales, hacen parte de su práctica asistencial y se constituyen en aportes para la disciplina, fundamentados desde experiencias comunitarias y filosofías tradicionales.

Ahora bien, tras la lectura de las diferentes perspectivas en contraste, es vital recordar que el biopoder se propone como el control de los cuerpos y los individuos, aunque para la identificación de manifestaciones del biopoder en cualquier espacio es preciso contextualizar su instrumentalización, Roza (2015), por ejemplo, la propone como parte vital del desarrollo del modelo neoliberal.

Con esto en mente, y de acuerdo con la información obtenida en la investigación, pudieron reconocerse algunas manifestaciones de biopoder en el área de influencia del Hospital Mama Dominga, entre ellas se cuentan: la carnetización por aseguradoras, la imposición de ciertas prácticas ajenas o disonantes con la cultura Misak y las dificultades que se han presentado para el establecimiento de un modelo de atención en salud con

bajo nivel de influencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual muchas veces no se adapta a las necesidades y las particularidades de la población en su contexto.

Pudo reconocerse cómo de acuerdo con algunas lecturas de la población Misak existe la percepción de que la creación del Hospital se “contaminó” con la influencia occidental-alopática debido a la primacía de sus prácticas y estándares de trabajo. Según estas opiniones, en el ambiente del centro podrían hallarse impurezas producto de energías o humores dañinos, debido a que no se realizan los rituales de limpieza tradicionales con suficiente regularidad para preservar la integridad de los espacios (Acosta 2003, 86-90; Tunubalá 2017, 78-79).

Por otro lado, pero en consonancia con el mismo dispositivo de control sobre los cuerpos, se cuentan las solicitudes a la comunidad para adherirse a un modelo de comportamiento apoyado por la legislación en salud con base en lineamientos de autocuidado, apego a las instituciones prestadoras de salud y requerimientos de información, sin embargo, los estándares de las normas de salud por lo general se centran en la población perteneciente a centros urbanos y que se estandarizan dentro de lo que podría denominarse como “cultura occidental hegemónica”, poco permeada por conocimientos o prácticas comunitarias tradicionales. El escaso margen de diferenciación de la aplicación y las solicitudes de la ley para los diversos segmentos poblacionales tiene implicaciones en la confianza de la población relativa a los centros asistenciales y su personal, así como frente a los procedimientos y las solicitudes de comportamiento, lo que deriva en posibles desapegos tempranos a los tratamientos.

Aunada a la problemática descrita previamente está la disonancia entre las prácticas solicitadas por la institucionalidad y la concepción Misak, de la relación de los cuerpos con la espiritualidad y sus manifestaciones físicas. Las solicitudes de integración de protocolos de asepsia, ingreso de los pacientes a diferentes programas y sus correspondientes seguimientos por parte de personal ajeno a la comunidad, adherencia a tratamientos farmacéuticos o asistencia periódica a consultas, muchas veces no son adecuadamente vinculados con la formación de la población en ciencia, tecnología y su impacto en la salud y el bienestar comunitarios.

Así, gran parte del desapego de la comunidad a ciertos tratamientos puede tener su origen en la disposición de la divulgación sobre la ciencia y su funcionalidad, además del carácter de este diálogo con comunidades tradicionales, aquello que se establece como un hecho dado o una realidad en espacios urbanos muchas veces va a encontrarse con la desconfianza de la población de comunidades no urbanas, no solo hacia el conocimiento y las prácticas comunicadas, sino hacia los divulgadores, por la asimetría con la cual se desarrolla la comunicación entre quien se presenta como instructor de una verdad y aquellos que el divulgador considera que no la conocen o comprenden. Esta dinámica, similar a la iluminación del alumno, puede sentirse cercana a la imposición colonial (Mignolo 2007) que invisibiliza los conocimientos propios de las comunidades, lo que genera rechazos casi inmediatos y cierra la posibilidad de interacción real.

En gran medida, estas situaciones manifiestan la presencia del biopoder debido al establecimiento de asimetrías en el reconocimiento de los interlocutores con relación a las prácticas en salud y quien detenta el poder asigna un nivel a las partes en diálogo, establece jerarquías relativas a la información o las situaciones que se van a trabajar y llega a estar en posibilidad de obstaculizar alguna de las exposiciones.

Discusión

A través de los años, muchas prácticas tradicionales se han “traducido” hacia la interculturalidad mediante procesos que podrían ser leídos por algunos como intervenciones o imposiciones institucionales sobre la cotidianidad y la idiosincrasia propia. En el caso de los Misak, se han ofrecido certificaciones a practicantes de medicina tradicional que han aceptado participar de capacitaciones en “buenas prácticas de salubridad” o se han emprendido campañas de vacunación, pero sin ofrecer a la gran mayoría de la población un programa de divulgación amable y completo que las sustente y legitime.

Quienes presentan desacuerdos con el modelamiento de la salud que vincula prácticas tradicionales y occidentales no refieren conocer investigaciones o documentos que sustenten, desde el análisis comparativo, la exigencia del cambio en las prácticas sanitarias por medidas de salubridad. La situación parece devenir en una discrepancia entre posiciones que ambas partes consideran como verdades establecidas y que su interlocutor no entiende o no puede (o quiere) entender.

En este punto, las comunidades percibirán al “occidental” como un ser desconectado de la espiritualidad y la naturaleza, mientras su contraparte no comprenderá (ni aceptará) los tipos de organización disonantes con el modelo institucional, ejerciendo el biopoder sobre la comunidad, donde un diálogo mediado por la traducción podría considerarse en este punto como una alternativa frente a la disparidad de percepciones.

Ahora bien, el dilema que representaría la traducción en las dinámicas de interacción intercultural es ampliamente referenciado por Salas (2012), quien cambia el sentido de la traducción, del plano lingüístico al cultural, al exponer que el propósito general de la traducción es facilitar la comprensión recíproca de dos o más interlocutores. El traductor, en esos términos, entra a ejercer una función de mediación en relaciones potencialmente conflictivas, por lo que su ejercicio conlleva una carga social y política que modelaría la historia de las comunidades implicadas a partir de los encuentros y desencuentros que se gesten gracias a su accionar.

De este modo, la traducción se relaciona, a nivel ético, tanto con la comprensión del trasfondo social del proceso de traducción, como con el compromiso de los traductores para con las comunidades involucradas en el mismo. Las dinámicas de poder que pueden tener lugar entre dos o más comunidades, con historias, objetivos de pervivencia y desarrollos diferentes, pueden permear la intencionalidad de los sujetos que median en un ejercicio de traducción lingüística y cultural. Al reconocer que el conocimiento del otro o lo otro muchas veces no se pondera con el mismo valor que lo propio, muchas comunidades han sido víctimas de procesos de apropiación cultural facilitados por profesionales al servicio de intereses específicos.

De hecho, muy pocas veces se propone una traducción que explique la realidad y la concepción del “otro” o “los otros” a quienes proyectan sobre territorios o imaginarios ajenos. El conocimiento de ese “otro diferente de mí” se utiliza, primordialmente, para dominar y beneficiarse de él, al dejar de lado el ideal de cooperación y construcción comunitaria. La posición que se conserva es siempre la propia y es el otro el que debe “moverse” para entender “mi” punto de vista. Esta falta de reciprocidad para con el otro implica, inicialmente, una pobre consideración de su capacidad para posicionarse como un interlocutor válido, pero conlleva igualmente a la suposición de que todo lo que le pertenece y lo configura es inferior o carente de valor (excepto, por supuesto, aquello de lo que es preciso apropiarse).

Al seguir esta línea de argumentación, poco importa si se habla con mentira o verdad al “otro”, dado que se lo considera incapaz de entender aquello que el sistema considera como lo mejor para su comunidad. La traducción, entonces, no se ejercerá para “explicar”, sino para “convencer” (a traición), apartando la labor de la traducción, de la comprensión mutua, a una dinámica de poder.

Frente a estas disonancias, ¿podría la Bioética perfilarse como una estrategia de mediación como contrapeso al biopoder? De acuerdo con Herrera Llamas, García Alarcón y Herrera Aguilar (2016), la posición de la bioética latinoamericana, que parte de los principios de solidaridad y justicia, permite el acercamiento hacia un entendimiento de la comprensión sobre la ética del ejercicio médico a niveles alopático, tradicional e intercultural en contextos como el descrito en Mama Dominga.

Además, una lectura situada de la Bioética puede acercarse a los postulados de la interculturalidad, especialmente si se tiene en cuenta el concepto de “empoderamiento” abordado como parte del proceso de reclamo y reivindicación ante la falta de oportunidades, que ha afectado de manera especial a las comunidades tradicionales. De acuerdo con Krmpotic (2012), el empoderamiento parte desde la localidad y la cotidianidad de las poblaciones y se apoya en la cultura como eje articulador de cohesión en las relaciones sociales que facilita la organización comunitaria. La autora hace énfasis en que “la interculturalidad siempre se conecta con los procesos de auto y de hetero-reconocimiento entre culturas diversas”, y que “reconstruir intersubjetivamente la identidad con el mayor reconocimiento posible de la diversidad implica una nueva forma ética” (Krmpotic 2012, 32).

La participación de las comunidades en el diálogo sobre la atención médica, de acuerdo con Drane (2013), puede poner de manifiesto problemáticas que, aunque en principio no son consideradas como requerimientos de salud, resultan determinantes para las posibilidades del mantenimiento del bienestar de la población, tales como el acceso a recursos limitados, las posibilidades de alimentación y la disponibilidad de servicios públicos y sanitarios, o la protección de la vida de los ciudadanos desde sus respectivos organismos de seguridad.

El encuentro de la interculturalidad y la Bioética en las discusiones con relación a la salud van a permitir el encuentro, no solo de diversos esquemas de análisis, sino de diferentes formas de concebir la ética de las actuaciones médicas y la ética sobre la vida. Ya Engelhardt (2013) propuso que las disparidades morales basadas en las divisiones culturales y la diversidad de comprensiones sobre la salud y los cuidados médicos “crean bioéticas diferentes, de modo que, a través del mundo, encontramos la condición humana comprendida en términos de moralidades y bioéticas diversas” (Engelhardt 2013, 489). En consecuencia, cada aproximación con el otro puede representar una oportunidad para expandir los horizontes bioéticos, a partir de su naturaleza transversal.

Ahora bien, en conjunto con las diferentes corrientes de análisis para la salud pública, se han podido establecer perspectivas del deber ser de la ética o del ejercicio asistencial inserto en un entorno político. A pesar de lo anterior, gran parte de la discusión sobre ética en la salud se ha orientado desde dos visiones muy específicas, a saber, el enfoque médico-clínico y el enfoque de la salud comunitaria, aunque podrían entenderse como complementarias, no suelen manifestarse de manera unitaria, en tanto el personal que trabaja en instituciones de atención intramural suele identificarse más con el primer enfoque, mientras que los funcionarios de áreas como epidemiología o salud pública parecen apreciar en mayor medida el segundo.

La perspectiva clásica de la ética en la práctica médica se relaciona con el cuidado, bajo la concepción de la vulnerabilidad del paciente en los centros de atención y la dependencia hacia los cuidadores en condiciones específicas, sin embargo, es el personal que tiene

más contacto con los pacientes el que refleja con más claridad la actuación desde la ética del cuidado. Con base en lo propuesto por Maio (2018), la comprensión de la dependencia y la necesidad de ayuda como parte fundamental de la experiencia social humana se constituyen como elementos distintivos de la ética del cuidado (Maio 2018, 55).

Además, el autor relaciona la ética del cuidado con la propuesta de Lévinas, en tanto resalta el hecho de que quien se encuentra en posición de ofrecer cuidado responde, más desde la reacción que desde el análisis, a la solicitud de ayuda que parte del otro. Así, quien cuida se acerca al paciente, ofrece su atención y, de este modo, “[el] cuidado puede ser entendido como el impulso de implementar la respuesta que nos urge ofrecer ante la situación apremiante del otro. En este contexto, Emmanuel Lévinas definió el cuidado como “ser acogido” por el otro” (Maio 2018, 58)⁶.

De manera similar a “[las] historias [individuales, que] pueden volverse invisibles o abstractas en un paquete de reportes” (Kohlen 2018, 245)⁷, las historias colectivas, sus prácticas y tradiciones pueden diluirse en modelos homogeneizantes y, la ética del cuidado, en este punto, ofrecería a la Bioética la perspectiva de la vinculación psicoafectiva y experiencial en la atención sanitaria, para recuperar la posibilidad de sentirse afectado, atravesado a nivel subjetivo por la interacción con un otro en situación de vulnerabilidad, sin que esto se pueda tomar como una deficiencia o una falla por parte de quien ofrece cuidado al paciente.

Por otro lado, el enfoque de la salud comunitaria puede entenderse como una ampliación del concepto de salud pública, al hacer uso de herramientas transdisciplinarias. La posición de la salud comunitaria se dirige hacia la transformación paulatina pero efectiva de los factores sociales, ambientales y personales que inciden sobre el bienestar individual, poblacional y ecosistémico, bajo la comprensión de que la afectación de las partes representa inevitablemente la afectación del todo y viceversa.

De acuerdo con la salud colectiva, las políticas en salud precisan un cambio, desde la unidireccionalidad que representa la perspectiva curativa, hacia la multidimensionalidad y las variaciones de los factores que influyen en el bienestar de las comunidades y los ambientes, además, a nivel asistencial se reitera la importancia de los programas de promoción y prevención, la medicina social, la atención primaria y la salud mental y, por otro lado, se recupera el debate con relación al buen vivir, como una categoría que contiene a la salud, pero va más allá de lo individual y lo humano. Desde la posición asumida por Junges y Campos Pavone Zoboli (2012), es en este punto cuando la Bioética y la salud colectiva se encuentran, no solo por las temáticas en las que se enfocan, sino por los métodos y las técnicas con los cuales se acercan a ellas (Junges y Campos Pavone Zoboli 2012, 1057).

Resulta interesante, entonces, considerar el aporte derivado del estudio de los modelos de medicina tradicional desde la salud comunitaria para la propia disciplina, en un sentido de retroalimentación que sustente, no solo la validez de los métodos propuestos, sino la pertinencia de las consideraciones, en tanto han resultado funcionales para el establecimiento de prácticas cultural y colectivamente sostenibles por espacios de tiempo considerables.

6 Traducción propia. Texto original: “[Care] can be understood as the impulse to implement the response we are urged to give by the urgent situation of the other. In this context, Emmanuel Levinas defined care as “being called on” by the other” (Maio 2018, 58).

7 Traducción propia. Texto original: “Individual histories can be rendered invisible or abstracted into a package of reports” (Kohlen 2018, 245).

Al igual que con la Bioética, la salud colectiva ofrece a los investigadores la posibilidad de desdibujar los límites con los que usualmente se perfila la comprensión de la salud, remitiéndose hacia la lectura de la vida, el buen vivir y la armonía con el entorno, en espera de procurar espacios de interacción para los seres vivos en los que su pervivencia no tenga que verse amenazada, tanto en el presente como en el futuro.

Sería de este modo cómo la Bioética encuentra una alianza estratégica para el desenvolvimiento de un estudio sobre la salud y el bienestar que no involucre solamente las concepciones de enfermedad y curación, sino que recupere el carácter sistémico de la salud; de este modo, los aportes a recibir desde la salud colectiva radicarían en la reafirmación de las herramientas transdisciplinarias y la determinación social de la salud como parte del esquema de análisis y desarrollo de nuevos modelos de atención.

Así, resulta importante reflexionar sobre la carga de responsabilidad sociopolítica que implica el desarrollo bioético, tanto desde la academia como con las comunidades, debido a que su horizonte no tendría que verse limitado por el discurso o la meditación. De hecho, la proyección de la Bioética refuerza el postulado de Junges y Campos Pavone Zoboli (2012) sobre la convergencia profunda con la salud colectiva y, en el mismo camino, parece reconciliarse con sus orígenes, en la medida en que, según Leopoldo (2013), se aleja del poder y el control, en una aspiración a servir desde el conocimiento.

Ahora bien, para el ámbito de la salud pública, más allá de la continua solicitud por acciones afirmativas que reivindiquen la diferencia en medio de ambientes homogeneizantes, debería estar el reconocimiento de la oportunidad que representa la diferencia, sin embargo, en consecuencia con la delimitación poblacional que se requiere para el diseño de las políticas públicas, la diversidad muchas veces ha sido dejada de lado; ejemplos de esta situación se encuentran, no solo en el retraso en la construcción de los capítulos étnicos o culturales de muchas normas, sino también con relación a enfoques de género, poblaciones vulnerables o territorios aislados. Esta situación resulta impostergable, debido a que la perspectiva diferencial puede representar un punto de giro importante en el bienestar de la población y, en consecuencia, la apertura en el paradigma de la salud necesariamente involucra la reflexión sobre el “ser humano como simultáneamente biológico, social, cultural y simbólico” (Junges y Campos Pavone Zoboli 2012, 1053), lo que perfila a la interculturalidad como una aproximación conceptual útil en la transformación de los modelos de atención sanitaria.

Si bien desde una perspectiva sociopolítica la interculturalidad se presenta como una posibilidad de actualización para la normatividad y el análisis de contexto, la salud colectiva se ha nutrido con experiencias médicas que dan cuenta de los beneficios comunitarios resultantes de la combinación de prácticas médicas alopáticas y tradicionales propias de cada cultura.

Una referencia particularmente interesante es la ofrecida por Bastidas et al. (2018), en la que se discuten los aportes de los conocimientos tradicionales de cada cultura sobre el tratamiento de la Leishmaniasis Tegumentaria Americana (LTA) en zonas endémicas de Ecuador y Venezuela. Para los autores, la interculturalidad en salud mejora el diálogo entre el personal sanitario y las comunidades, al vincular aspectos identitarios en la atención.

El artículo describe a los sistemas de atención en salud como “construcciones culturales” que se ofrecen como opción de resolución a problemáticas de salubridad de un entorno determinado y que se encuentran mediados por una dimensión conceptual que englobaría la cultura de los pacientes y del personal sanitario, y una dimensión conductual en la que se sitúa la prestación del servicio propiamente dicha. Con base en estas dimensiones

se construye la legitimación y la confianza poblacional en el sistema, al facilitar la adherencia de los pacientes a los programas; la inclusión del contexto cultural y sus variables particulares en la formulación del modelo constituyen un paso importante hacia una diversificación de las políticas públicas en salud, orientada por la interculturalidad (Bas-tidas *et al.* 2018, 56).

Es remarcable el hecho de que la salud en una comunidad no se mediría entonces solo por la ausencia de enfermedades o complicaciones en las patologías, sino por el nivel de bienestar, tanto físico como biopsicosocial y ambiental de los ciudadanos. La apuesta por una salud intercultural trata de cambiar el foco, de lo médico como relacionado con lo curativo, hacia lo saludable como relacionado con el buen vivir; la clave en este punto es la complementariedad de las visiones de los participantes y la posibilidad de retroalimentación activa durante todo el curso de diseño, ejecución y cotidianidad de los modelos.

Conclusiones

La investigación realizada se perfiló como un acercamiento a la realidad comunitaria que permitiera romper un poco la asepsia de la academia frente al análisis social. Son incontables los proyectos y las acciones que se emprenden desde los territorios diariamente. En Colombia, donde el apoyo de la institucionalidad central usualmente se enfoca en ciudades principales o territorios cercanos a la capital del país, son las iniciativas ciudadanas las que movilizan y transforman las regiones apartadas o poco intervenidas por los planes de trabajo de las políticas públicas, sin embargo y a pesar de que gran cantidad de profesionales y técnicos podrían ser útiles en esos espacios, la academia ofrece una formación que perpetúa el carácter centralista de la acción y la reflexión y aparta a las comunidades de esa posibilidad de interacción, respuesta y divulgación de sus procesos. Además, en muchas ocasiones las realidades propias del contexto nacional, como los problemas de orden público o los conflictos sobre el uso de la tierra han impedido o puesto en peligro la llegada de personal externo a los territorios, lo que aísla aún más a las poblaciones y sus conocimientos.

Aun bajo la comprensión de estos hechos y con la claridad de las altas probabilidades de que exista un sesgo academicista en los ojos del investigador o el trabajador que se interesa por el trabajo en los territorios, tras la realización de esta investigación se extiende una invitación a los lectores a dejarse permear por el contexto, la comunidad y las problemáticas sociales. Si bien las herramientas y los conceptos de los que nos servimos en la academia parecieran tener mayor sentido en ese ambiente, las posibilidades en escenarios interactivos se multiplican y modifican las perspectivas de observación y lectura de todos los participantes.

Por otro lado, si se tiene en cuenta el delicado balance que implica el mantenimiento de la memoria tradicional, el cuidado a los requerimientos de validación de un aparato institucional y el requerimiento de normas para un diálogo equilibrado basado en los postulados de la interculturalidad, se puede valorar realmente el esfuerzo que el pueblo Misak y sus autoridades han dedicado a la construcción de un modelo sin precedentes en el país, que se retroalimenta a diario desde la comunidad.

Por su parte, aunque el aporte de la ciencia y la tecnología en el mejoramiento de la calidad y la extensión de la vida de la población a nivel mundial se presenta como un hecho cuantitativa y reiteradamente comprobado, se presentan serios inconvenientes con respecto a su divulgación. Además, cuando se incluye la variable cultural en esta conversación, pueden cambiar las valoraciones que cada comunidad realiza sobre la importancia de la ciencia y la tecnología con relación a su historia y sus costumbres. Es en este punto

en el que se requiere mayor cuidado a la hora de las concertaciones que impliquen un cambio en la cotidianidad y el modo de vida de grupos sociales tradicionales, en tanto que la posición en la escala de valores que puedan ocupar los avances científicos y la cultura pueden diferir mucho entre personas formadas dentro de la “cultura hegemónica occidental” y su “exterioridad”.

Sobre este particular, debe enfatizarse la necesidad de recuperar el entendimiento y las acciones orientadas desde la alteridad ante el encuentro con el otro o lo otro. Uno de los hallazgos más importantes de la investigación fue, precisamente, la inexistencia de un diálogo realmente horizontal en el que las diferentes partes en conversación se consideren mutuamente como interlocutores válidos, sin que ninguno de ellos pueda ejercer control sobre la expresión de los demás. La desconfianza de las comunidades, producto de años de marginación social y estatal, influye mucho sobre su percepción de aquellos extraños al territorio, además que el sesgo academicista o centralista coarta muchas veces la apertura de los investigadores o trabajadores ante realidades numerosas veces alejadas de sus experiencias previas, sin embargo, es en ese encuentro, en esa coincidencia, donde residiría la verdadera posibilidad de creación.

En consonancia con el punto anterior, otro de los hallazgos a destacar fue la necesidad de reconsiderar la noción de interculturalidad que propone la institucionalidad y con la cual se modelan tanto la normatividad como las conversaciones con las comunidades. La horizontalidad en el diálogo sobre interculturalidad sigue siendo una deuda para con los pueblos socioculturalmente diversos, en tanto existe aún la creencia, desde los centros urbanos y el mundo académico, de que sus conocimientos pueden orientar adecuadamente las realidades de los territorios.

Gran parte de la información y los procesos que se llevan a cabo en sectores rurales cuentan, al igual que los conocimientos académicos, con una historia y una motivación que han servido como base para su conservación, ejecución y divulgación, muchas veces durante largo tiempo. Solo cuando se acoge al otro como un interlocutor válido, cuyas ideas pueden resultar determinantes para la realización de un proyecto y sin cuyos conocimientos cualquier propuesta estaría incompleta, puede cimentarse un trabajo verdaderamente intercultural.

A nivel metodológico existieron algunos inconvenientes, resultantes en parte del desconocimiento inicial del territorio y la comunidad, en parte de las dificultades para llevar a cabo un estudio autofinanciado; aunque en gran medida fue posible resolver dichos problemas gracias a la cooperación constante de las autoridades del Cabildo de Guambía y los funcionarios, tanto de la Casa de Plantas Medicinales Sierra Morena como del Hospital Mama Dominga. Con relación a los métodos y el enfoque del estudio, es preciso enfatizar que el volumen de los datos recogidos en la fase de sondeo no permite la lectura de una tendencia estadística; más bien esta aplicación obedeció a la búsqueda de una aproximación a la opinión de la comunidad y los trabajadores de la salud sobre el modelo de atención del Hospital Mama Dominga, como complemento a la observación e interacción del investigador, más que a un ejercicio metodológico cuantitativo.

Para finalizar, vale la pena subrayar la importancia de la Bioética como estudio transversal, no solo desde su utilidad para la comprensión de una situación o un contexto, sino como una herramienta de diálogo y análisis desde múltiples visiones y punto de confluencia de diversas ciencias. La versatilidad de la Bioética la vincula prácticamente con cualquier otra disciplina, lo que facilita la dilución de fronteras muy poco necesarias. La vida muy pocas veces se trata de puntos específicos y aislados que deben trabajarse desde la hiperespecialización, sino desde confluencias y movimientos interrelacionados, afectados por multiplicidad de factores cambiantes con el tiempo; así, la Bioética puede, entonces, aprovechar esta aparente inestabilidad de su objeto de estudio al hacer uso de herramientas como el paradigma de la complejidad o la transdisciplinariedad.

Agradecimientos

Agradezco la orientación del doctor Juan Carlos Aguirre García durante el desarrollo de la investigación y su presentación como trabajo de grado, así como su acompañamiento en la construcción del presente documento. Mi más profunda gratitud y admiración a las autoridades del pueblo Misak, el Cabildo de Guambía, los trabajadores asistenciales y administrativos del Hospital Mama Dominga, la Casa de Plantas Medicinales Sierra Morena, la Casa Payán y el Programa de Salud del Cabildo de Guambía. Esta investigación está dedicada a la memoria del señor Jesús Fernández, para que su serenidad y conocimientos continúen acompañando a los suyos.

Implicaciones éticas

La autora declara que, al ser producto de una investigación concluida, este artículo no tiene implicaciones éticas en su desarrollo o publicación. El proceso de investigación y sus resultados, así como sus intenciones de divulgación, fueron consultados y aprobados por las autoridades del pueblo Misak, Cabildo de Guambía.

Conflictos de interés

La autora no tiene conflictos de interés declarados.

Financiamiento

La autora no recibió recursos para realizar este artículo, pero este da cuenta del desarrollo y las conclusiones de su trabajo de grado de maestría titulado: “Un aporte bioético y biopolítico para la salud en el departamento del Cauca 2013-2018, estudio de caso sobre el Hospital Mama Dominga”, de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad del Cauca, Popayán, Colombia.

Referencias

- Acosta, Gretta. 2003. “La esperanza y el espejo. el plan integral de vida del pueblo guambiano.” Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Colombia.
- Agredo, Oscar y Luz Marulanda. 1998. *Vida y pensamiento guambiano*. Territorio Guambiano: Cabildo Indígena de Guambía.
- Aguirre, Juan y Luis Jaramillo. 2006. “El otro en Lévinas: una salida a la encrucijada sujeto-objeto y su pertinencia en las ciencias sociales.” *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud* 4, no. 2: 47-63.
- Autoridades del Nu Nakchak del Pueblo Misak. 2013. *Plan de salvaguarda del pueblo Misak: Recuperar la tierra para recuperarlo todo*. Territorio Guambiano: Autoridades del Nu Nakchak del Pueblo Misak, Ministerio del Interior de la República de Colombia.
- Autoridades del Nu Nakchak del Pueblo Misak. 2014. Plan de reconstrucción territorial, social, económica, política, cultural y ambiental en el marco del plan salvaguarda Misak - Auto 004. Colombia.

- Bastidas Pacheco, Gilberto Antonio, María Baez, Tadeo Medina y Roman Iglesias. 2018. "Pertinencia intercultural de la atención en salud. el camino a seguir en leishmaniosis tegumentaria americana." *ARS MEDICA Revista de ciencias médicas* 43, no. 1. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v43i1.1025>
- Cabildo Ancestral del Pueblo Misak. 2011. *Estrategias plan de nutrición y salud Misak 2011-2015*. Territorio Misak, Silvia.
- Campos Pavone Zoboli, Elma Lourdes. 2013. "Intersubjetividad y cuidado." En *Bioética en tiempo de incertidumbres*, editado por Leo Pessini, José De Siqueira y William Hossne. Bogotá: Editorial Universidad El Bosque.
- Castillo-Santana, Paula Tatiana, Elkin Daniel Vallejo-Rodríguez, Karol Patricia Cortes-Cantillo y Carlos Andrés Castañeda-Orjuela. 2017. "Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos." *Saude e sociedade* 21, no. 1: 61-74. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017168743>
- Congreso de la República de Colombia. 1990. *Ley 10 de 1990 por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: Congreso de la República de Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. 1993. *Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: Congreso de la República de Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. 2001. *Ley 691 de 2001 mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia*. Bogotá: Congreso de la República de Colombia.
- Corte Constitucional de la República de Colombia. 2009. *Auto N° 004 de 2009: Protección de los derechos fundamentales de las personas y los pueblos indígenas desplazados por el conflicto armado o en riesgo de desplazamiento forzado, en el marco de la superación del estado de cosas inconstitucional declarado en la sentencia T-025 de 2004, después de la sesión pública de información técnica realizada el 21 de septiembre de 2007 ante la Sala Segunda de Revisión*. Bogotá: Sala Segunda de Revisión, Corte Constitucional de la República de Colombia.
- DANE. 2020. *Censo nacional de población y vivienda 2018 Colombia: resultados de pueblos indígenas*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/grupos-etnicos/informacion-tecnica>
- Drane, James. 2013. "Igualdad y justicia en medicina: un paradigma de incertidumbre." En *Bioética en tiempo de incertidumbres*, editado por Leo Pessini, José De Siqueira y William Hossne, 127-40. Bogotá: Editorial Universidad El Bosque.
- Echeverri, José. 2010. "Relaciones entre las ciencias sociales y el campo de la salud." *Revista de psicología Universidad de Antioquia* 2, no. 4: 47-55.
- Engelhardt, Tristram. 2013. "Bioética global: tomando en serio las diferencias morales." En *Bioética en tiempo de incertidumbres*, editado por Leo Pessini, José De Siqueira y William Hossne, 485-98. Bogotá: Editorial Universidad El Bosque.
- Espósito, Roberto. 2005. *Immunitas: protección y negación de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Esposito, Roberto. 2006. *Bios: biopolítica y filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Esposito, Roberto. 2009. *Comunidad, inmunidad, biopolítica*. España: Herder Editorial. <https://doi.org/10.2307/j.ctvt9k1hn>
- Fernández Guerrero, Olaya. 2015. "Levinas y la alteridad: cinco planos." *Brocar. Cuadernos de investigación histórica* 39: 423-443. <https://doi.org/10.18172/brocar.2902>
- Gobernación del Cauca. 2007. *Decretos 0260 a 0281 del 9 de abril de 2007*. Popayán: Gobernación del departamento del Cauca.
- Gómez, Floro Hermes. 2007. "Editorial. La higiene: el mayor hito médico de los últimos 160 años." *Revista colombiana salud libre* 2, no. 2: 77-78.
- Han, Byung-Chul. 2017. *La expulsión de lo distinto*. Barcelona: Herder Editorial.
- Herrera Llamas, Jorge Antonio, Rodrigo Hernán García Alarcón y Karen Herrera Aguilar. 2016. "La encrucijada bioética del sistema de salud colombiano: entre el libre mercado y la regulación estatal." *Revista de bioética y derecho* 36. <https://doi.org/10.1344/rbd2016.36.15377>
- Hurtado, Jhonwi. 2017. "Partería tradicional indígena: un saber salva vidas." *La cola de rata*. <https://www.lacoladerata.co/reportajes/parteria-tradicional-indigena-saber-salva-vidas-2/>
- Junges, Jose Roque y Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli. 2012. "Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas." *Ciencia e saúde coletiva* 17, no. 4. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400026>
- Kohlen, Helen. 2018. "Caring about care in the hospital arena and nurses' voices in hospital ethics committees: three decades of experiences." En *Care in healthcare: reflections on theory and practice*. Cham, Suiza: Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-3-319-61291-1_12
- Krmpotic, Claudia. 2012. "Cultura, interculturalidad y empoderamiento en la agenda del trabajo social en Argentina." *Trabajo Social* 14: 2256-5493. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4377998.pdf>
- Leopoldo, Franklin. 2013. "Bioética y filosofía." En *Bioética en tiempo de incertidumbres*, editado por Leo Pessini, José De Siqueira y William Hossne, 299-312. Bogotá: Editorial Universidad El Bosque.
- Lévinas, Emmanuel. 2002. *Totalidad e infinito: ensayo sobre la exterioridad*. Salamanca: Sígueme.
- Lorenzetti, Mariana. 2010. "Salud intercultural: articulaciones entre alteridad y biopolítica en las intervenciones socio-sanitarias para indígenas." Tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires.
- Maio, Giovanni. 2018. "Fundamentals of an ethics of care." En *Care in healthcare: reflections on theory and practice*. Cham, Suiza: Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-3-319-61291-1_4

- Mazzetti, Pilar. 2003. *Las funciones de las organizaciones locales y las comunidades indígenas como agentes para la movilización de los servicios comunitarios básicos*. Ciudad de México: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.
- Mignolo, Walter. 2007. *La idea de América Latina. la herida colonial y la opción decolonial*. Barcelona: Gedisa.
- Ministerio del Interior de la República de Colombia. 1996. *Decreto 1397 de 1996 por el cual se crea la Comisión Nacional de Territorios Indígenas y la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: Ministerio del Interior de la República de Colombia.
- Ministerio del Interior de la República de Colombia. 2014. *Decreto 1953 por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la Ley de que trata el artículo 329 de la Constitución Política*. Bogotá: Ministerio del Interior de la República de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. 2013. *Decreto 1973 de 2013 por el cual se crea la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. 2015. *Ley estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. 2018. *IPS Indígena Mama Dominga, en Silvia (Cauca) reduce mortalidad materna y perinatal*. Colombia: Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=FT52dOsSTPM>.
- Molina, Gloria, Andrés Ramírez y Adriana Ruíz. 2014. *Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontaciones con los intereses y prácticas particulares*. Medellín: Pulso y Letra Editores, Universidad de Antioquia y Colciencias.
- Organización Mundial de la Salud. 2020. *Documentos básicos 49.ª edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. 1998. *Strategic orientations for the implementation of the health of the indigenous people initiative*. Washington, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. 2002. *Harmonization of Indigenous and Conventional Health System in the Americas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. 2009. *La salud de los pueblos indígenas de las Américas: conceptos, estrategias, prácticas y desafíos*. Pueblo Saraguro, Ecuador: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.
- Oyarce, Ana, Rubén Sánchez y Antonio Huircan. 2010. *Desarrollo de un Sistema de Información Integral de Salud Intercultural (SIISI)*. Santiago de Chile: Organización

- de las Naciones Unidas, CEPAL, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.
- Peperzak, Adriaan. 1993. *To the other: an introduction to the philosophy of Emmanuel Levinas*. West Lafayette, Estados Unidos: Purdue University Press.
- Quijano, Aníbal. 2014a. "Presentación del libro cuestiones y horizontes del Dr. Aníbal Quijano." *Yuyaykusun* 7: 279-98. <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/Yuyaykusun/article/view/221/208>
- Quijano, Aníbal. 2014b. "Estado-nación, ciudadanía y democracia: cuestiones abiertas." En *Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder*, 605-624. Buenos Aires: Clacso.
- Ramírez, Emilio y Rocío Rojas (editores). 2005. *1er Foro internacional sobre salud de los pueblos indígenas e interculturalidad (memorias)*. Bisira: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.
- Rivera-Rueda, Mónica. 2017. "Mama Dominga, saberes heredados y aprendidos." *El Espectador*. <https://www.elespectador.com/noticias/nacional/Mama-dominga-saberes-heredados-y-aprendidos-articulo-685205>
- Rodríguez, Margarita. 1999. "Cuando ciencia y tradición se unen para salvar vidas." *El País*. <https://historico.elpais.com.co/paisonline/notas/Marzo282004/A1028N1.html>
- Roza, Monica. 2015. "Uma relação entre conceito de saúde, normatividade e biopolítica." En *Saúde coletiva: dialogando sobre interfaces temáticas*, editado por Marcos Bagrichevsky y Adriana Estevão, 91-120. Ilhéus: Editus.
- Salas, Ricardo. 2012. "Reconocimiento, traducción y conflictividad. las siempre conflictivas y nunca acabadas relaciones con los otros." En *La mediación lingüístico-cultural en tiempos de guerra: miradas desde España y América*, editado por Gertrudis Payàs y José Manuel Zavala, 123-38. Temuco: Ediciones Universidad Católica de Temuco. http://repositoriodigital.uct.cl/bitstream/handle/10925/981/MEDIACION_PAYAS_2012.pdf?sequence=1
- Schramm, Fermin Roland. 2017. "Bioethics of protection: a health practice evaluation tool?" *Ciencia & saúde coletiva* 22, no. 5. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.04532017>
- Sibilia, Paula. 2008. *La intimidad como espectáculo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Soares, Teresa Cristina y Dina Czeresnia. 2011. "Biología, subjetividade e alteridade." *Interface - comunicação, saúde, educação* 15, no. 36. <https://doi.org/10.1590/s1414-32832011000100005>
- Terezinha Luz, Madel. 2011. "El desafío de la salud en las ciencias sociales: el caso de Brasil." *Política y sociedad* 48, no. 2. https://doi.org/10.5209/rev_poso.2011.v48.n2.6
- Tunubalá, Floro y Juan Bautista Muelas. 2009. *Segundo plan de vida de pervivencia y crecimiento Misak. mananasrøkurri mananasrønkatik Misak waramik*. Bogotá: DÍgitos y diseños.
- Tunubalá, Julio César. 2017. "Parteras del pueblo Misak: mujeres hilando conocimientos de vida y de re-existencia." Tesis de pregrado, Universidad del Valle.