

# **Antropología, salud y ética: apuntes experienciales y epistémicos para una bioética intercultural**

**Anthropology, health and ethics: experiential and epistemic notes for an intercultural bioethics**

**Roberto España Bustos<sup>1</sup>**  

<sup>1</sup> Universidad Amawtay Wasi - ECUADOR

DOI: <https://doi.org/10.26807/raci.V31.2025.364> | Páginas: 09-22

Fecha de envío: 16-08-2025 | Fecha de aceptación: 22-10-2025 | Fecha de publicación: 31-12-2025

## **Resumen**

Las experiencias humanas en torno a la salud van configurando, a lo largo de la trayectoria de la enfermedad, un sinnúmero de significados, cambios, percepciones, adaptaciones, negociaciones y agencias en torno a los dilemas éticos que cada ser-actor-paciente resuelve desde las propias condiciones materiales, ideológicas, identitarias y culturales, para sobrellevar dicho desequilibrio o inestabilidad fisiológica. Estos dilemas se nutren de valores y códigos morales que circundan al pensamiento ontológico de quien enfrenta dicha realidad, a tal punto que las propias experiencias de padecimiento y vulneración se convierten en conocimientos valiosos para determinar el significado de la presencia de la enfermedad a lo largo de la vida. Después de desarrollar un trabajo etnográfico con pacientes con enfermedades crónicas y establecer el significado de vulneración de los cuerpos enfermos, surge el concepto de bioética intercultural para analizar los (inter)lazos entre los afectos, cuidados, identidad y cultura desde una perspectiva de la antropología de la salud.

**Palabras clave:** antropología de la salud, bioética, enfermedad, interculturalidad.

## **Abstract**

Human experiences related to health shape, throughout the course of illness, countless meanings, changes, perceptions, adaptations, negotiations, and agencies regarding the ethical dilemmas that each being-actor-patient resolves based on their own material, ideological, identity-based, and cultural conditions, in order to cope with such physiological imbalance or instability. These dilemmas are nourished by values and moral codes that surround the ontological thinking of those facing such reality, to the extent that personal experiences of suffering and vulnerability become valuable knowledge for determining the meaning of illness throughout life. After conducting ethnographic research with patients suffering from chronic illnesses and establishing the meaning of the vulnerability of diseased bodies, the concept of intercultural bioethics emerges as a way to analyze the (inter)connections between affections, care, identity, and culture from the perspective of medical anthropology.

**Keywords:** medical anthropology, bioethics, disease, interculturality.

## **Introducción**

Las reflexiones epistemológicas que la antropología permite alcanzar por medio de una serie de interpretaciones y análisis conceptuales sobre diferentes fenómenos sociales fueron los factores que me llevaron a estudiarla. Uno de estos fenómenos, y sobre el cual me tomé el atrevimiento de profundizar de forma empírica y vivencial, es el de salud: proceso fisiológico, sensible, simbólico, intersubjetivo y, por demás, (inter)cultural. Fue empírico porque la simple curiosidad de conocer los modos de vida y las formas de interrelacionamiento de las personas me llevó a comprender que la Antropología “vive” y “late” en todo resquicio social; pero también fue vivencial, porque al iniciar con la aventura de estudiar Antropología, intervino la muerte de mi madre y añadió un sentido adicional por desentrañar el significado de la partida (ceremonia de despedida del sentido de lo vital) y sus diferentes representaciones sociales.

A partir del significado de la muerte, otras formas de representaciones culturales, sociales y antropológicas se asociaron a mi interés investigativo sobre la salud y la enfermedad. En un primer ejercicio etnográfico, la atención se concentró en comprender, desde una perspectiva biomédica, las percepciones sociales de la atención en la cita médica por parte de profesionales de la salud de un hospital público.

La experiencia, materializada en una jornada de capacitación docente, evidenció que la cita médica es un dispositivo para la vulneración de los cuerpos, pero también, un espacio operativo para procesos de coautoría en la constitución de realidades múltiples en torno al fenómeno salud-enfermedad (España, 2019).

Tras un trabajo de acompañamiento terapéutico y domiciliario con personas trasplantadas, la Antropología me permitió nuevamente encontrar el enfoque necesario para articular la importancia de los procesos educativos con los procesos de salud. El amplio abanico de posibilidades de lecturas que permite el estudio de las formas de vida de las personas no se limita desde la antropología; todo lo contrario, deja ver más allá de lo que faculta el discurso ideológico de una educación tradicional.

En este sentido, la importancia de introducir una mirada sensible, en tanto situada, simbólica y cultural, en la oferta académica de la educación superior por medio de asignaturas y créditos con contenido sustancial proveniente de las ciencias sociales, es clave en carreras de las ciencias de la salud. Sin embargo, a nivel operativo, los procesos educativos también deben estar relacionados a la manera cómo se comunica e incluye al paciente en el tratamiento de sus diagnósticos.

Desde este enfoque, es necesario precisar, que el sentido bioético que se configura desde la antropología implica un reconocimiento de valores éticos y morales de pacientes y familiares involucrados en las redes de cuidado, manutención, movilización y alimentación.

Por tanto, identificar la discusión bioética en torno a los procesos educativos desde un enfoque intercultural de la atención médica, implica la incorporación del criterio de los familiares a lo interno de la discusión de los comités de ética, así como en protocolos de asistencia para el reconocimiento y respeto de la diversidad cultural, en cuanto saberes y conocimientos situados (España, 2020).

Estas exploraciones etnográficas en torno a procesos de salud/enfermedad desde una perspectiva de la Antropología de la Salud han permitido consolidar la definición de una mirada integral sobre dicho fenómeno social, al punto de reconocer a la antropología y a la salud como cauces y remanentes de un amplio campo de conocimientos en el cual se desentrañan sus misterios y enigmas.

En un nuevo abordaje, en esta ocasión desde una perspectiva que ancla lo humano con lo no-humano, la etnografía permitió un interesante trabajo de campo con pacientes en procesos de hemodiálisis, en donde la visión de la antropología médica o de la salud toma fuerza como eje discursivo e investigativo de cara al objetivo de instaurar análisis interdisciplinarios sobre las formas de la salud y la enfermedad en la vida de las personas. Para este ejercicio me interné en las salas de hemodiálisis de clínicas privadas, en vista de que los permisos en el sector público de salud fueron inaccesibles.

En las salas médicas, en todo su contorno y constitución, se pudo evidenciar la relación entre la máquina y el sujeto-paciente: entre el aparato que purifica la sangre y quien la recibe luego de un estado liminal de pureza. Este escenario me llevó a combinar el espacio hospitalario con el domiciliario para conocer las percepciones y los significados de los cuerpos trasfundidos y el valor del conocimiento sensible a partir de los afectos reflejados en las experiencias de padecimiento de la enfermedad crónica (España, 2022).

Los diferentes episodios etnográficos que acabo de describir sirven para recapitular y plantear el escenario para dimensionar la importancia e incidencia de la antropología en estudios de salud, pero, además, para relacionar con otros campos disciplinarios que generan un análisis más allá del estudio de la salud por sí sola.

Por esto, desde una necesidad experiencial y epistemológica que deriva de las investigaciones planteadas, surgen los apuntes sobre una bioética como campo de confluencia de las discusiones antropológicas en torno a la presencia de la salud en sus manifestaciones interculturales, sociales y comunitarias desde un análisis situado.

En un sentido implícito y considerando las investigaciones mencionadas, la antropología y la salud mantienen entre sí muchos puntos en común; sus objetos de estudio concentran rasgos epistémicos que se los puede considerar como focos claves para entender la interseccionalidad en la salud, adicionando factores socioculturales y demográficos como la clase, el género y la etnia. Sin embargo, interesa en este documento, revisar la definición de ética desde una proyección hacia los posibles dilemas bioéticos en salud y su planteamiento en el terreno epistémico de la interculturalidad.

La ética como extensión de la filosofía nos permite reflexionar sobre la conducta del ser humano, por ende, sus valores, principios, virtudes y predisposiciones morales. Dicha reflexión se ve influida por factores propios de la historia de una persona como su proceso educativo, las manifestaciones culturales de su entorno, así como, su identidad y las condiciones materiales para su desarrollo social.

En la obra *La República*, Platón (1997) ya enuncia una relación moral entre razón, espíritu y apetito para referirse a la justicia como la idea de equilibrio y convivencia social. Bajo esta premisa, las acciones sociales están siendo intermediadas por el sentido ético de lo que puede ser bueno y lo que

puede ser malo, correcto o incorrecto en la dimensión del proceder humano.

En todo caso, la ética “ha de ser un conjunto de normas que determinan la voluntad y la acción humana. En tanto que disciplina técnica, la ética se ocupa de situaciones prácticas y concretas, con una fundamentación racional” (Vargas, 2023, p. 174).

Desde una perspectiva antropológica, en imbricación constante con la salud, la ética permite un análisis de la conducta humana en los dispositivos de atención médica; en las formas de cuestionar la administración y manipulación de los códigos genéticos y de los cuerpos; en los procesos de eutanasia; en intervenciones médicas reconstructivas e incluso en protocolos para el manejo de la información en investigaciones con seres humanos y comités de ética. Esta variedad de énfasis en la relación de la ética con la salud es, en definitiva, una de las aristas que orienta este escrito y que se detalla en las siguientes líneas.

Tomando como referencia experiencias investigativas previas, se plantea una serie de reflexiones y apuntes claves que parten desde la Antropología, atraviesan la salud y recaen sobre el concepto de bioética (Luna & Macklin, 1996; Lolas, 1998; Kottow, 2005; Luna & Salles, 2008), definición alimentada por los aportes de los estudios del derecho, la antropología, la filosofía, la medicina y los estudios de la cultura.

En un primer momento, hablaremos sobre la relación de la antropología con la salud y su consolidación como disciplina a lo largo de su trayectoria histórica. Posteriormente, interesa conocer el origen del concepto de ética y su derivación hacia una bioética en el campo de la antropología de la salud. Por último, se plantea una revisión a la definición de la bioética desde una perspectiva intercultural para concluir con el planteamiento de una propuesta que considere a la salud como derecho en las dimensiones de comunidad y cuidado intercultural.

### **Relación entre antropología y salud: su derivación en disciplina**

Hablar de la relación entre la antropología y la salud es referirse, entre otras cosas, al debate contemporáneo de los diversos modos de vida y las manifestaciones de vitalidad, desde lo fisiológico, psicológico y sociocultural en permanente dilema con los intersticios modernos del ejercicio del poder, el control de los cuerpos, los protocolos de tratamientos biomédicos, la constitución de redes de cuidado y la configuración de códigos ético-morales que orientan los comportamientos y predisposiciones subjetivas de las acciones humanas.

Para comprender las dinámicas de los intersticios y los dispositivos modernos, la antropología ofrece herramientas teóricas y metodológicas para su estudio que vinculan, por un lado, diferentes corrientes epistémicas y filosóficas, y por otro, conocimientos poiéticos propios de las experiencias del padecimiento de las enfermedades.

Cuando la persona desarrolla su trayectoria de vida sin el “gesto” o síntoma de la presencia de la enfermedad, experimenta el transcurrir de una vida desatendida de las nociones de padecimiento y ausencia de armonía de vitalidad. Sin embargo, una vez percibida y diagnosticada la enfermedad

en dicha trayectoria, surge en el ser la necesidad de reconocer un estado de poiésis en su existencia a partir de la carencia de tal equilibrio. Es así como la enfermedad, por tanto, resulta ser “toda causa que haga pasar cualquier cosa del no-ser al ser” (Platón, 1988, p. 252); el paso de la no-existencia a la presencia sentida y vivida (Zambrano, 2019); una transición que conlleva el establecimiento de un nuevo sentido constitutivo de la realidad, y, por ende, de la propia identidad.

En este sentido, la presencia de la enfermedad en la historia de vida (ámbito de interés para la antropología de la salud), no solo abarca una serie de cambios a nivel biológico y fisiológico, sino que constituye la inscripción de diferentes significados y vivencias en torno a la propia identidad del ser-paciente en las adaptaciones y negociaciones del cuidado en las dinámicas relacionales familiares al interior de su propia comunidad.

Son varios los estudios etnográficos realizados en el campo de la antropología médica que no acabaríamos de mencionarlos aquí. Sin embargo, interesa de forma breve hacer un repaso al origen de una antropología de la salud (desde una óptica latinoamericana o de una medicina social para otros contextos de análisis) a fin de resaltar los vínculos epistemológicos entre estos dos campos que instauran un análisis interdisciplinario entre la salud y la antropología.

Lo primero que cabe resaltar de esta conjunción epistémica es la validación y el compromiso por plantear un escenario analítico para desentrañar las diversas formas de prácticas/dinámicas de salud al interior de un grupo social. Esto implica las formas de representación, las expresiones simbólicas, saberes ancestrales y el registro de dichos conocimientos para su transmisión y adaptación intergeneracional.

Otros factores como la constitución cultural de las enfermedades y las expresiones organizativas del cuidado son objetos en los cuales la antropología ha puesto una gran parte de su atención para organizar sus aportes y conocimientos en aras de consolidar un corpus nutrido de experiencias, relatos e historias en torno a la salud.

Durante el periodo colonial, en la vigencia de los virreinos, surge la instancia social del protomedicato, autoridad vigilante de las prácticas médicas encargada de supervisar el ejercicio y la labor médica, así como, de la orientación de la formación de los profesionales de la salud de la época.

Por citar un ejemplo, el Real Protomedicato de Lima, establecido en 1570 y conformado por un protomédico general del virreinato, era quien administraba los recursos monetarios provenientes de las primeras boticas o farmacias y de los exámenes médicos. También tenían la función de verificar la concesión de licencias y títulos para ejercer la profesión médica, pero también de barberos, boticarios y otras personas vinculadas al servicio de la salud (Rivasplata, 2024).

Sin embargo, y desde un escenario más contemporáneo, los principales aportes en cuanto a una antropología de la salud están relacionados con las primeras etnografías en el campo de la aplicación médica, tal como señala Salaverry (2017):

La moderna antropología médica comienza alrededor de los años 60 del siglo XX, a partir

del desarrollo de la antropología cultural norteamericana, en sus primeras etapas, tuvo una especial dedicación a las medicinas tradicionales. Su desarrollo posterior, sin embargo, ha estado signado por al menos dos tendencias, la primera afincada en la práctica clínica y la segunda en una perspectiva desde la antropología general. La primera de estas tendencias es la que tiene mayores antecedentes desde campos como la medicina folclórica y el estudio de los sistemas médicos populares, y es en esta forma como surge la disciplina en los países latinoamericanos, incluyendo el Perú; mientras que la segunda ha tenido un mayor desarrollo especialmente en países anglosajones, llegando, incluso, a objetar que la antropología médica se vincule con la medicina y hasta a proponer cambiar el nombre hacia Antropología de la Salud para alejarse de una supuesta innecesaria medicalización de la disciplina. (p. 165)

En América Latina, de forma particular en Centroamérica, los comienzos de la antropología médica se organizan en tres momentos. De 1920 a 1930, donde se evidenciaron los primeros trabajos biomédicos por separado, sin relevancia alguna en términos teóricos y científicos. De 1940 a 1960, en donde aparecen varios estudios notables vinculados a instituciones de salud que presentaron un primer marco teórico explicativo que influenciaría a futuro en la región.

Por último, un tercer momento que va de 1970 hasta nuestros días, en donde se evidencian respuestas a las diferentes expresiones de la salud en relación a las diversas problemáticas socioculturales a las que la antropología responde a partir de su apuesta etnográfica e interdisciplinaria (Menéndez, 1985).

A lo largo de esta última fase, muchos son los estudios etnográficos y autores en la región que han aportado desde diferentes perspectivas y disciplinas al fortalecimiento de la Antropología de la salud (propósito que no alcanzaríamos a describir en este escrito), destacando estudios etnográficos en diferentes áreas y regiones (Hirsch & Alonso, 2020; Menéndez, 2024; Estévez, et al., 2025; Lapierre et al., 2025; Ramírez Hita, 2009) que visibilizan la importancia y el progreso en este campo de estudio.

La breve revisión histórica del surgimiento, inevitablemente nos lleva a preguntarnos, cuáles fueron los intereses investigativos de la antropología médica en sus inicios y a lo largo de estos años, sobre todo a partir de la tercera etapa antes descrita, en la cual, según la revisión bibliográfica realizada por Menéndez (2018), durante el lapso de 1990 al 2015. se han desarrollado en la región veinte categorías de estudio antropológico de la salud:

Alimentación/desnutrición; 2) autoatención/grupos de autoayuda/cuidadores; 3) biomedicina e instituciones biomédicas (incluyendo la industria químico/farmacéutica); 4) cuerpo, subjetividad; 5) curadores tradicionales; 6) emociones, sufrimientos; 7) enfermedades crónico-degenerativas; 8) enfermedades infectocontagiosas (incluye VIH-sida); 9) enfermedades mentales incluidas "adicciones"; 10) enfermedades tradicionales; 11) epidemiología sociocultural; 12) estudios de género y salud; 13) medicinas alternativas y/o complementarias; 14) migración y procesos de s/e/a-p; 15) modelos de atención de la salud, pluralismo médico; 16) poder y procesos de s/e/a-p; 17) políticas públicas y políticas de salud (incluyendo derechos humanos); 18) salud intercultural; 19) salud reproductiva y 20) violencias. (p. 464)

La antropología médica o de la salud plantea una crítica a los dispositivos y protocolos de medicalización, así como a la industria en torno a la mercantilización de la salud en dinámicas financieras que facultan las condiciones de privatización de estos servicios.

La antropología (muchas veces por medio de estudios etnográficos en comunidades de salud y en el acompañamiento a las redes primarias de cuidado) aporta al develamiento de las desigualdades sociales, la determinación de inequidades en el acceso a la salud, las tensiones en las relaciones de poder por el posicionamiento de un discurso biomédico que minimiza el valor comunitario de los saberes ancestrales de varias comunidades indígenas y, además, promueve el estudio interdisciplinario de los procesos de implementación valorativa y subjetiva de sistemas biomédicos propios de una corriente biotecnológica.

Para complementar la relación antropología-salud, es importante revisar el debate bioético en este campo partiendo del concepto fundamental de ética y sin perder de vista el enfoque interpretativo y valorativo que la antropología y la salud conjugan para propiciar el debate en torno a sus dilemas actuales.

### **La discusión bioética en el campo de la antropología de la salud**

Desde una definición clásica de la ética (alimentada por reflexiones de la filosofía y el Derecho) en torno a la reflexión racional sobre la conducta humana basada en las categorías normativas sobre el bien, la virtud y el deber, surge la necesidad de trasladar su definición filosófica al campo de la bioética para explicar el sentido de lo “*bio*”, es decir, los registros epistémicos sobre la vitalidad en su dimensión biológica y sus imbricaciones con la salud y la antropología.

En primer lugar, la bioética va a tener una dimensión inter y multidisciplinaria en la que confluyen “la ciencia, la tecnología, las ciencias de la salud, la ética, el derecho, la educación, el medio ambiente, la economía, la política, la sociología”, con el fin de encontrar las respuestas a diferentes problemáticas o dilemas intrínsecos a la humanidad y su naturaleza constitutiva, con un fuerte “interés común por los aspectos éticos, los valores, los principios y virtudes, que problematizan la vida y la identidad, la integridad y la libertad, la atención y el bienestar de las personas y grupos comunitarios de la región” (Cardona, 2010, p. 244).

Bajo esta orientación conceptual, la bioética puede ser considerada como una construcción social al igual que su predecesora, cuya trayectoria de evolución y cambios, está muy ligada a los diferentes episodios de transformaciones sociales, políticas, culturales y científicas de la humanidad. Eventos como el holocausto nazi, el apartheid, la esclavitud, las dictaduras, guerras e invasiones, entre otros, se convierten en insumos valorativos y éticos para reflexionar y replantear la necesidad elemental de regular la conducta humana en situaciones de crisis, conflicto o vulneración al interior de la convivencia social.

Los inicios de la bioética en América Latina tienen su referente en la bioética norteamericana, vinculada a los procesos de instauración de una práctica biotecnológica caracterizada por una “visión médica individualista y utilitarista”, la misma que se refuerza con expresiones culturales y rasgos

coloniales de “una moral heterónoma católica, con una tradición médica, hipocrática y paternalista” (Cardona, 2010, p. 245).

En el siglo XX, los dilemas éticos se ven marcados de forma exponencial por los grandes cambios y avances de la ciencia, sobre todo, por parte de la (bio)tecnología, disciplina que basa sus estudios en la materia biológica y en organismos vivos con la finalidad de aplicar la tecnología para mejorar la calidad de vida en diferentes campos de estudio, tales como, la industria farmacéutica, la genética, la agricultura, la biomedicina, entre otras.

En el ámbito de la antropología de la salud (que como vemos, tiene una implicación directa con el debate bioético contemporáneo), la bioética tiene un prisma sociocultural que permite indagar e interpretar problemáticas que la propia biomedicina deja de percibir por su sesgo cientificista. Sin embargo, la tendencia actual ha comprometido un análisis bioético riguroso en diferentes procedimientos y aplicaciones técnicas de las ciencias de la salud en concordancia con los principios éticos y deontológicos de las profesiones médicas.

Resaltando el enfoque social de la bioética en el campo de la salud, uno de los conceptos articuladores del discurso bioético es el de dignidad humana como valor intrínseco del ser humano, el mismo que determinará al interior del debate la importancia de los protocolos médicos por el respeto de dicha dignidad e integridad en el reconocimiento de valores, principios, creencias y expresiones culturales de la persona.

Los dilemas éticos identificados en el campo de la salud desde una perspectiva antropológica, también nos remite a la discusión de la bioética en el servicio de salud público, cuyo análisis bioético, evidencia la tensión entre el ser individual en sus dinámicas como portador de autonomía y el ser social como ente supeditado a dinámicas colectivas de convivencia.

Recordemos que la ética médica, ceñida a la práctica clínica, “ha ido definiendo valores o principios que permiten ordenar el debate y orientar las decisiones” al interior de la discusión social sobre bioética en salud<sup>1</sup>. Dicha discusión destaca que “la salud pública transforma el cuerpo individual como objeto de la salud, en un cuerpo socializado y en un cuerpo social normalizado” (Darras, 2004, p. 228), producto de lo cual se genera una tensión entre los valores que dan paso al dilema ético.

Para ejemplificar el dilema, tomando como referencia el principio de no maleficencia, Darras (2004) expone:

el principio de no maleficencia que sustenta la prohibición de fumar en espacios públicos, para no comprometer la salud de los no fumadores, se opone al principio de autonomía, que lleva a tomar en cuenta la opción de los fumadores para dar curso a una necesidad propia. En un modo similar, la reciente epidemia de SARS volvió a manifestar que una medida de cuarentena, decidida bajo un principio de protección del conjunto de la sociedad, limita la libertad de movimientos de las personas afectadas y, eventualmente, las estigmatiza. (p. 228)

<sup>1</sup> En el campo de la ética médica, los valores y principios en cuestión son: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Según Darra “[c]uando se aplican a los individuos estos principios no se oponen entre sí; al contrario, se complementan en una mirada amplia del respeto que merecen las personas en el momento de buscar y recibir atención médica” (2004, p. 228).



La justificación a la tensión bioética en el ejemplo anterior tiene su razón de ser en el reconocimiento sociohistórico de que los dilemas éticos no tienen una sola vía de resolución, sino un abanico de posibles deliberaciones que toman en cuenta a múltiples voces, sensibilidades, interpretaciones, percepciones, subjetividades y modos de vida, anclados a valores ético-morales propios de un contexto sociocultural en donde se producen y se reproducen los significados del dolor, el padecimiento y los dramas de la enfermedad.

La bioética, desde esta perspectiva social (por demás antropológica), establece una raíz de conexión fuerte con las expresiones y causas de una medicina social o salud colectiva en torno a un sinnúmero de debates sobre el derecho, acceso, cobertura y equidad en salud. Desde esta perspectiva se destaca la configuración de una bioética con un fuerte compromiso social basado en la exigibilidad y cumplimiento de los derechos humanos.

En la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005) se establecen principios claves para dimensionar y comprender la deliberación en torno a la bioética en los escenarios contemporáneos, entre ellos: la dignidad humana y los derechos humanos; la autonomía y la libertad individual; el respeto a la vulnerabilidad humana y la integridad personal; la privacidad y la confidencialidad; la igualdad, la justicia y la equidad; el respeto a la diversidad cultural y la protección de las generaciones futuras, entre otros.

Es claro evidenciar que, de acuerdo con esta configuración valorativa que plantea la Declaración en mención, se refuerza la empresa de trasladar la deliberación bioética del plano individual (principio de autonomía) al escenario de los grandes dilemas sociales y problemáticas que aquejan a la humanidad y la salud, pero ahora, desde el prisma de la colectividad (principio de justicia social).

Hablar de una bioética intercultural remite a interrelacionar los principios en mención con elementos contemporáneos claves para la deliberación bioética actual, alineados con la posibilidad de entender el concepto de interculturalidad en el campo de la antropología de la salud.

En el contexto latinoamericano, los estudios sobre experiencias de vulnerabilidad, redes de apoyo y cuidado, así como, factores de análisis interseccional, intersubjetividades y agencias de pacientes y sus comunidades, se convierten en derroteros para levantar críticas al modelo biomédico hegemónico y comprender las relaciones de poder existentes en los dispositivos de salud como la cita médica (España, 2019), pero también en formas de dominación simbólica y cultural a partir de las diferentes expresiones de poder que administran y regulan los cuerpos de los pacientes.

### **A manera de conclusión: apuntes para una bioética intercultural**

La atención que la bioética instala en las diferentes problemáticas sociales es el punto de partida para comprender los dilemas éticos desde una dimensión colectiva que se suscita al interior de las estructuras, superestructuras sociales y culturales de la vida cotidiana.

La dimensión intercultural al interior de la deliberación colectiva se convierte en un eje clave para articular principios elementales de la bioética con nociones (inter)culturales como la diversidad,

justicia social, diálogo de saberes, entre otras, para entender no solo una versión de la deliberación, sino varias formas articuladas en torno a las desigualdades sociales, históricas, culturales, simbólicas e incluso las economías comunitarias en las dinámicas de la salud y el cuidado.

Los principios éticos que la práctica clínica ha originado desde las interacciones biomédicas son insuficientes frente a los códigos ético-morales de la sociedad y frente a los valores y principios comunitarios de pueblos y nacionalidades indígenas, en virtud de que se sustentan en la relación médico-paciente.

Desde una perspectiva de la antropología de la salud, el dispositivo de la relación médico-paciente revela las relaciones de poder en la manipulación del cuerpo, su identidad, sus miedos y sus sensibilidades frente a la supervisión y auscultación médica; se convierte en un espacio de encuentro para la construcción de una nueva realidad en torno al tratamiento de la enfermedad y como medio de construcción de procesos de coautoría en las formas de constitución de nuevas percepciones subjetivas de los sujetos-pacientes (España, 2019).

El enfoque intercultural en el campo de la salud plantea el análisis de las prácticas médicas desde el ámbito de una cultura y sus conocimientos situados, es decir, de prácticas que abogan por el reconocimiento de un saber ancestral, simbólico y comunitario, pero también la necesidad de identificar y visibilizar las incongruencias entre un sistema biomédico convencional y sus asimetrías con los saberes ancestrales.

Considerando la explicación de Eroza & Carrasco (2020), la aplicación de las nociones interculturales en el campo del sistema de salud convencional nos conduce a comprender que:

se ha observado que su aplicación tiene como principal función justificar acciones gubernamentales relacionadas con la implantación de los servicios médicos en ámbitos indígenas o una manera de situar a los propios indígenas en un plano de conformismo ante la ineficiencia de los servicios sanitarios (...) Han persistido limitantes de varios tipos, entre las que destaca el hecho de que, por lo general, los profesionales en salud nunca han validado la eficacia de las prácticas de los sanadores indígenas, postura en la que también subyace el racismo (...) Las principales críticas señalan que la noción de interculturalidad basada en la medicina tradicional omite la necesidad de mejorar las condiciones de vida de poblaciones indígenas; que si bien reconoce la diversidad, pretende a la larga la homogeneización para convivir dentro de un contexto global, ajustado a una sola lógica de progreso. (p.114)

Así, el escenario aparece complejo para una “convivencia” de saberes, a sabiendas de que en los últimos años se ha propiciado un amplio campo de estudios decoloniales, inclusive para el caso de la bioética médica. Esta corriente busca “desempotrar” el posicionamiento de un discurso biomédico hegemónico basado en relaciones de poder y colonialismo, por medio de diferentes voces y posturas (no solo académicas, sino también del sector social) para facultar el terreno propicio de la autodeterminación y protección de los conocimientos ancestrales.

Alcanzar el propósito decolonial implica asumir el principio de autonomía como pilar de la deliberación

bioética, asociando nociones de libertad, voluntad propia o autogobierno. Según Honorato et al., (2022), la práctica de una “ética colonialista” en las dinámicas de salud intercultural, “presupone que los pueblos dominados son cognitivamente inferiores e incapaces de decidir sobre su vida, su futuro y sus problemas, y corresponde al dominador tomar estas decisiones” (p. 376).

La propuesta para una salud intercultural, por ende, una deliberación centrada en la ética basada en valores culturales, considera que “las cuestiones indígenas y las instituciones del Estado se organizarían en un trabajo sistemático para engendrar nuevos contextos jurídicos y administrativos más adecuados a los desafíos actuales”, y por otro lado también prioriza “la presencia de agentes indígenas de salud en los equipos multiprofesionales que atienden a las comunidades” (Honorato, 2022, p. 379).

En un contexto normativo, la interculturalidad como categoría epistemológica faculta la deliberación entre los significados de las cosmovisiones indígenas y los valores biomédicos vigentes en los protocolos del sistema de salud para contextualizar la aplicación de una bioética intercultural que permita diseñar protocolos dialogados, consultados, y que resguarden saberes ancestrales por medio del cuidado como práctica cultural, relacional e intergeneracional.

Como sabemos, la incorporación de este enfoque intercultural depende de la implementación de políticas públicas de salud en sus diferentes ámbitos de promoción, prevención y atención de salud a la luz de la relación entre ética y cultura. En este sentido, los factores de los determinantes sociales de salud y la problemática de las desigualdades económicas, sociales, de clase, género y etnia, conducen el debate bioético intercultural hacia repensar las grandes brechas existentes en los procesos sociales, culturales e históricos de vulneración y desposesión de los conocimientos de salud intercultural.

Como se dijo anteriormente, la bioética intercultural va a caracterizarse por su énfasis interdisciplinario, multicultural y crítico a los modelos y sistemas médicos hegemónicos; es también una orientación disciplinaria que “no puede ser simple herramienta para combatir opresiones o imponer ideologías” (Lolas, 2017a, p. 211) porque corre el riesgo de ser politizada, burocratizada y puede suceder que su carácter intercultural pase desapercibido debido al poder que representa al interior de espacios de toma de decisiones en ámbitos biomédicos, culturales, ambientales, clínicos (comités de ética), genéticos, agroecológicos, entre otros (Lolas, 2017a).

Un factor adicional que se incorpora al análisis y guarda una estrecha relación con la discusión bioética es la dimensión de la identidad cultural en contextos demográficos y socioculturales de salud. Las poblaciones expresan sus discursos históricos y comunitarios desde una matriz identitaria en cuyo seno radican valores éticos vinculados a las diferentes prácticas y dinámicas sociales.

Una de estas prácticas en común es la salud y sus diferentes manifestaciones bioéticas de cuidado y sanación. Según los postulados de Lolas (2017b), el discurso bioético en Latinoamérica es un “producto occidental” que se caracteriza porque

deriva de una cultura eminentemente cristiana y secular. Las variantes religiosas de este

discurso reiteran dogmas y creencias. Las formas laicas destacan la autonomía de las personas y los principios democráticos y siempre propone normas de conducta para individuos supuestamente autónomos. (p. 33)

Las tensiones que puedan surgir en torno a dilemas bioéticos en poblaciones y comunidades como la eutanasia, el parto, muerte cerebral, reconstrucciones quirúrgicas de órganos genitales, cuidados paliativos, reproducción asistida, ajusticiamiento indígena por mano propia, manipulación genética, entre otros, siempre van a estar mediadas por determinaciones culturales de sus miembros en el plano individual, colectivo y en la manifestación de la otredad.

En este sentido, el referente epistemológico apropiado para debatir la incidencia de la cultura en deliberaciones bioéticas es aquel que nos permite entenderla como

modo de ser en el mundo inspirado por fines, explícitos o implícitos, que delinean la persona modélica que debiera existir. Un modo de sentir, pensar y actuar que influye sobre las personas y determina su actuar, arraigado en usos y costumbres. (Lolas, 2017b, p. 33)

Una cultura creada y sostenida por el sentido valorativo de quien pervive y subsiste en torno a las propias representaciones simbólicas, ancestrales y cosmogónicas vinculadas a la práctica de complementariedad de saberes y diversidad intercultural.

Desde esta definición de cultura, que plantea el análisis de los modos de existencia del ser humano en convivencia con la salud, la antropología surge como el escenario para propiciar el debate contemporáneo de la bioética en el campo de la salud y, con ello, una mirada crítica a las posturas interdisciplinarias encargadas de orientar la deliberación actual.

Los dilemas que enfrenta la bioética intercultural giran en torno a que se ha dado poca importancia a la reflexión cosmogónica para encontrar soluciones y priorizar procedimientos técnicos y protocolarios propios a la realidad ética de los sujetos y los pueblos. En esta misma línea, otra problemática que se identifica es la puesta en duda de la presencia y del discurso del sabio interlocutor (*yachay*); un problema ligado a la falta de reconocimiento de la voz del “otro” a partir del sentido de autonomía y dignidad de la persona.

No menos importante y al mismo tiempo urgente es la ausencia de una reflexión filosófica y antropológica sobre el tema, en virtud de “proteger la identidad del ser humano en su realidad más íntima, frente al riesgo de deshumanización que comportan una ciencia y una técnica que tienden a ser consideradas como criterio exclusivo de conocimiento y de fundamento inmediato para la toma de decisiones” (Yunta, 2009, p. 4). Desde la antropología, la búsqueda del conocimiento sensible basado en la experiencia, en los afectos, las emociones y los cuidados, se convierte en la deriva necesaria para la generación de saberes no exclusivos de la ciencia y la técnica.

Tampoco podemos dejar de mencionar que en Ecuador (territorio desde donde se ha reflexionado e investigado los insumos experienciales y epistémicos necesarios para esta contribución) hace falta una oferta académica de especialización o maestría en el campo de la antropología de la salud<sup>2</sup>. La

<sup>2</sup> En la rama de la bioética, la Pontificia Universidad Católica del Ecuador mantiene vigente la aprobación de la Maestría en Bioética cuya malla

carencia en la generación de programas de posgrados en antropología de la salud y bioética refleja la ausencia de un interés social en la demanda y pertinencia para la formación interdisciplinaria en humanidades y ciencias sociales, en un contexto cada vez más tecnificado en el que las relaciones sociales y mercantiles han convertido a las expresiones sensibles en datos estadísticos para la *big data*.

## Referencias

- Cardona Ramírez, C. (2010). El desarrollo de la bioética en Latinoamérica y el aporte desde el franciscanismo. *El Ágora USB*, 10(1), 243–248. <https://doi.org/10.21500/16578031.369>
- Darras, C. (2004). Bioética y Salud Pública: al cruce de los caminos. *Acta bioethica*, 10(2), 227–233. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2004000200010>
- Eroza-Solana, E. & Carrasco-Gómez, M. (2020). La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia. *LiminaR*, 18(1), 112–128. <https://doi.org/10.29043/liminar.v18i1.725>
- España Bustos, R. (2019). Aproximaciones antropológicas de la biomedicina desde un enfoque intercultural de la cita médica. *Antropología Cuadernos de Investigación*, (22), 74–84. <https://doi.org/10.26807/ant.v0i22.225>
- España Bustos, R. (2020). Antropología y Salud: El trasplante de órganos desde una perspectiva antropológica. *Revista de La Facultad De Ciencias Médicas*, 45(1), 5–14. <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v45i1.2669>
- España Bustos, R. (2022). *Repensar los afectos en la experiencia de enfermedad: una aproximación antropológica a la enfermedad crónica*. [Tesis de maestría, FLACSO-Ecuador]. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/18456>
- Estévez, M., Moreno, F., Ayllón, E., y Díaz-Guerra, A. (2025). Estudio etnográfico del suicidio de los tikuna en la ribera colombiana del Amazonas (2008-2016): Análisis de riesgo según conexión con las ciudades, edad y sexo. *Acta Colombiana de Psicología*, 28, 1–19. <https://doi.org/10.14718/ACP.2025.28.4>
- Hirsch, S. & Alonso, V. (2020). La emergencia de la diabetes en una comunidad tapiete de Salta: Género, etnicidad y relaciones con el sistema de salud. *Salud colectiva*, 16, 1–15. <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2020.2760>
- Honorato, M., Oliveira, N. de, Domingues, R., Cremaschi, R., Santos, F., & Cordero da Silva, J. (2022). Principio bioético de la autonomía en la atención a la salud indígena. *Revista Bioética*, 30(2), 373–381. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302533ES>
- Kottow, M. (2005). Bioética y biopolítica. *Revista Brasileira de Bioética*, 1(2), 110–121. <https://doi.org/10.26512/rbb.v1i2.8065>
- Lapierre-Acevedo, M., Moctezuma-Balderas, A., & Romualdo-Pérez, Z. (2025). Mujeres indígenas y prácticas de cuidado hacia infancias con discapacidad en México y Chile. *Íconos - Revista De Ciencias Sociales*, 82, 15–32. <https://doi.org/10.17141/iconos.82.2025.6462>
- Lolas, F. (1998). *Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida*. Editorial Universitaria.
- Lolas, F. (2017a). Bioética: interdisciplinariedad, interculturalidad, interdiscursividad. *Acta bioethica*, 23(2), 211–212. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2017000200211>
- Lolas, F. (2017b). Hacia una bioética cultural. *Bioethics Update*, 3(1), 32–44. <https://doi.org/10.1016/j.bioet.2017.01.002>
- Luna, F., & Macklin, R. (1996). Bioethics in Argentina: A country report. *Revista Bioethics*, 10(2), 140–153.

curricular incluye módulos sobre Ética Social y Ambiental, Ética de la Relación Clínica, Ética del Origen y Final de la Vida, y un enfoque de la bioética de la intervención socioambiental. Para mas informacion sobre el programa de la PUCE consúltese la siguiente direccion: [https://www.puce.edu.ec/landing-maestria-en-bioetica/?unidad\\_negocio=PUCE%20Quito&categoria\\_programa=Posgrado&programa\\_academico=Bio%C3%A9tica%20-%20H%C3%ADbrida&modalidad=H%C3%ADbrida&periodo=2024-01](https://www.puce.edu.ec/landing-maestria-en-bioetica/?unidad_negocio=PUCE%20Quito&categoria_programa=Posgrado&programa_academico=Bio%C3%A9tica%20-%20H%C3%ADbrida&modalidad=H%C3%ADbrida&periodo=2024-01)

<https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.1996.tb00113.x>

- Menéndez, E. (2018). Antropología médica en América Latina 1990-2015: Una revisión estrictamente provisional. *Salud Colectiva* 14(3), 461-481. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1838>
- Menéndez, E. (2024). De hegemonías, subalternidades y posibles contrahegemonías: El caso de la medicina tradicional de los pueblos indígenas de México. *Salud Colectiva* (20)20. <https://doi.org/10.18294/sc.2024.4843>
- Menéndez, E. (1985). Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Nueva Antropología*, VII(28), 11-28. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15972803>
- Platón. (1988). *Diálogos vol. III. Fedón. Banquete. Fedro*. Gredos.
- Platón. (1997). *La República*. Panamericana Editorial.
- Ramírez Hita, S., (2009). Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad: Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. *Avá. Revista de Antropología*, (14), 1-28. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169013838010>
- Rivasplata, P. (2024). La labor del Protomedicato en la salud pública en el Virreinato del Perú. *Cultura De Los Cuidados*, 68, 189–200. <https://doi.org/10.14198/cuid.26145>
- Salaverry, O. (2017). Antropología de la salud: Una mirada actual. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud* (34)(2), 165-166. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2988>
- UNESCO. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180>
- Vargas Bejarano, J. (2023). Husserl, E. (2020). Introducción a la ética. (M. Chu, M. Crespo & L. R. Rabanaque, Eds.). *Trotta. Estudios De Filosofía*, (67), 173–179. <https://doi.org/10.17533/udea.ef.348533>
- Yunta E. (2009). Temas para una Bioética Latinoamericana. *Acta Bioethica*, 15(1), 87–93. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2009000100011>
- Zambrano, M. (2019). Las nociones de poiesis, praxis y techné en la producción artística. *Índex, revista de arte contemporáneo*, (7), 40-46. <https://doi.org/10.26807/cav.v0i07.221>