

¿Monólogo o diálogo intercultural entre sistemas médicos? Un reto educativo para las ciencias de la salud

Monologue or Intercultural Dialogue Between Medical Systems? An Educational Challenge for Medical Sciences

Leonardo Parra Beltrán*, Ana María Pacheco Castro**

Resumen

Cada sistema cultural médico construye conocimientos sobre la salud a partir de la especialización y del interculturalismo. El conocimiento construido a partir de las relaciones interculturales ha buscado, principalmente, adecuar la atención en salud a los referentes culturales de los usuarios. Este énfasis ha omitido las oportunidades que representa establecer relaciones entre sistemas culturales médicos basadas en el diálogo; especialmente, las que permitirían ajustar los límites disciplinares de los sistemas en relación, para construir nuevo conocimiento en salud. En esta ausencia de diálogo han incidido tanto las barreras epistemológicas propias de cada sistema, como las relaciones de dominación social. Este artículo expone algunos conceptos relacionados con los procesos cognoscitivos que posibilitan superar dichas barreras, con el fin de que las ciencias de la salud puedan aportar a la puesta en práctica de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y del Estado sobre el particular.

Palabras clave: Antropología médica, sistemas culturales médicos, interculturalismo, diálogo intercultural, cognición, políticas públicas en salud, educación médica.

Abstract

Each medical cultural system constructs knowledge about health through specialization

or interculturalism. The knowledge constructed through interculturalism has sought, mainly, to adapt the delivery of health care services to the users' cultural referents. This emphasis has overlooked the opportunities embedded in the establishment of intercultural relationships between medical systems based on dialogue, especially in regard to the adjustment of the disciplinary boundaries of medical cultural systems that would allow the construction of new knowledge on health. This absence of dialogue has been determined by epistemological barriers inherent to every system as well as by social domination. This article presents some concepts related to cognition processes which encourage the reflection on the possibilities to

Recibido: Marzo 3 de 2006.

Aceptado: Abril 17 de 2006.

* Antropólogo. Magister en Antropología Social de la Universidad de los Andes. Centro de Estudios Médicos Interculturales (CEMI). l.parra134@egresados.uniandes.edu.co

** Magistra en Políticas de Desarrollo Alternativo. Centro de Estudios Médicos Interculturales (CEMI). Descargos de responsabilidad: Las ideas expuestas en el presente artículo son responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen a ninguna institución.

Disclaimer: the ideas expressed in this article are exclusively the author's responsibility and do not compromise any institution.

overcome such barriers so that the health sciences may contribute to the effective implementation of the World Health Organization and the State's recommendations on the matter.

Key words: Medical Anthropology, medical cultural systems, interculturalism, intercultural dialogue, cognition, health policy, education

INTRODUCCIÓN

En las últimas tres décadas, diferentes organismos internacionales liderados por la Organización Mundial de la Salud han exhortado a los Estados a investigar, recuperar y fortalecer los sistemas médicos tradicionales⁺ a partir de diversos argumentos: las sociedades actuales se reconocen como pluriétnicas y multiculturales, aunque subsiste la dificultad para comprender las diferentes explicaciones culturales de la enfermedad; los sistemas médicos modernos están imposibilitados para solucionar múltiples problemas de salud pública e incapacitados para resolver algunos problemas de salud particulares, que podrían resolverse con elementos de los sistemas médicos tradicionales, y las condiciones de riesgo, vulnerabilidad y exclusión de los grupos étnicos, entre otros (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Haciendo eco a este llamado, Colombia fue uno de los primeros Estados en reconocer explícitamente el derecho a la salud de los grupos étnicos en la Constitución de 1991, y ha desarrollado un amplio marco de normatividad legal alrededor del tema (7). En él reconoce los sistemas médicos tradicionales y el propósito de articularlos con el Sistema Nacional de Salud; para citar tan solo un ejemplo, mencionamos el artículo 21 de la Ley 691 de 2001:

Los planes y programas de servicios de salud aplicables a los [grupos étnicos], tendrán en

consideración el saber y las prácticas [de dichos grupos], basados en los criterios de pluralismo médico, complementariedad terapéutica e interculturalidad. De esta manera, las acciones en salud deberán respetar los contextos socioculturales [y sus] particularidades y por tanto, incluirán actividades y procedimientos de medicina tradicional (...) en procura del fortalecimiento de la integridad cultural de los [grupos étnicos].

La puesta en práctica de las recomendaciones internacionales y de las múltiples leyes, resoluciones, acuerdos y decretos es compleja, pues implica establecer una relación entre los sistemas médicos tradicionales y un sistema médico moderno, desde donde se informa la política pública en salud. Las principales dificultades para crear una articulación viable entre estos dos sistemas resultan, por un lado, de la diferencia entre las explicaciones culturales que dan a la enfermedad, donde subyace una confrontación de modelos epistemológicos (8), y, por el otro, del contexto de las relaciones de poder y de dominación social, donde se favorece la hegemonía del sistema médico moderno (8, 9).

La complejidad a la que aludimos no sólo toca lo relativo a la articulación entre los sistemas médicos tradicionales y el moderno. También afecta de manera exclusiva a este último, puesto que desprovisto de elementos conceptuales que le permitan abrirse al diálogo, permite que el sistema médico moderno: 1) mantenga exenta de crítica una visión de la salud que privilegia el componente biológico sobre el contexto sociocultural y ambiental; 2) mantenga los vacíos en la comprensión de la noción de salud

⁺ La medicina ayurvédica en la India, la medicina China, la medicina de los pueblos indígenas americanos, entre otras, son ejemplos de culturas médicas que, en este artículo, se homologan a sistemas culturales médicos.

y de los modelos epistemológicos propios de los sistemas médicos tradicionales y, por tanto, la ausencia de una perspectiva intercultural en los esquemas de atención en salud; 3) refuerce la estigmatización de los sistemas médicos tradicionales como exóticos, mágicos, populares, folclóricos, etc., categorías que desestiman la eficacia de cualquier conocimiento clasificado como tal, y como consecuencia de todo ello 4) fomente la falta de sensibilidad por parte de las ciencias de la salud a otros ámbitos y agentes que trabajan lo médico (8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15). Todo lo anterior, aunado al divorcio entre quienes formulan los marcos jurídicos y las instituciones de la salud que se ven obligadas a implementarlos, ha dificultado que se haga efectivo el pluralismo médico, la complementariedad terapéutica y la interculturalidad que las mismas normas procuran (7, 16).

En este contexto, desde la antropología médica en diálogo interdisciplinario con teorías de la cognición, pretendemos brindar en este artículo algunos elementos conceptuales necesarios para establecer relaciones interculturales médicas que logren todas las sinergias que hemos problematizado. Específicamente, trataremos el concepto de interculturalidad entre sistemas médicos, entendidos como un conjunto de procesos culturales dinámicos y complejos que reflejan un modelo explicativo original de las experiencias de salud y enfermedad. Estos modelos explicativos corresponden más a construcciones de "mundos de vida" y menos a verdades objetivas e irrefutables sobre ellos (17, 18), y por tanto, es indispensable la referencia a conceptos epistemológicos que trataremos desde la teoría ecosistémica del conocimiento y el constructivismo.

COGNICIÓN EN LOS SISTEMAS CULTURALES MÉDICOS

Los sistemas culturales médicos se construyen a partir de la necesidad vital de dar una explicación original a las experiencias de enfermedad, dolor, sufrimiento y muerte. Su objetivo es garantizar la supervivencia y la reproducción biológica, sociocultural y ambiental de un grupo humano particular por medio de la comprensión y el mantenimiento de la salud. Dicho propósito exige la construcción y el ajuste de conocimientos médicos, tanto a través de la especialización y del desarrollo tecnológico, como mediante el interculturalismo médico (9, 14, 19). Ahora bien, para comprender el concepto de sistemas culturales médicos, partimos de la definición de cultura de Geertz (20), quien la entiende como estructuras de significación socialmente establecidas, en virtud de las cuales los individuos hacemos cosas, percibimos cosas y reaccionamos a ellas. Por tanto, los sistemas culturales médicos son sistemas de significados orientados a la acción en salud y es posible diferenciar en ellos una dimensión conceptual y otra conductual.

De una parte, en la dimensión conceptual se agrupan los pensamientos, las creencias y los conocimientos de la salud y la enfermedad, con el fin de clasificar, explicar y definir las causas de la enfermedad, las técnicas de curación y las decisiones y acciones ante la experiencia de la enfermedad. En ella, se construyen los modelos que explican y fundamentan la noción de salud y enfermedad, con base en modelos epistemológicos específicos que sustentan las prácticas médicas y diferencian los medios para validarse y legitimarse a sí mismos.

Por otra parte, en la dimensión conductual se organiza la atención en salud y el conocimiento de la enfermedad en procedimientos, acciones y agentes, con el propósito de mantener la

salud por medio del proceso terapéutico, el cual refleja las características lógicas y filosóficas de la dimensión conceptual (9, 19).

En el sistema cultural médico moderno, por ejemplo, la dimensión conductual refleja la epistemología de la ciencia positivista, que le permite objetivar al paciente centrándose en la percepción fisiológica y estructural de la enfermedad, que prima sobre los contextos socioculturales y ambientales de los individuos. Por el contrario, en los

sistemas culturales médicos tradicionales los elementos de la dimensión conductual reflejan un pensamiento integral o ecosistémico, que valora equitativamente las diferentes dimensiones del ser humano y su interrelación íntima con el contexto sociocultural y natural. Estas diferencias de la acción en salud se fundamentan en la especificidad de los significados que cada sistema cultural médico otorga a los elementos que conforman los modelos explicativos de la enfermedad.

Tabla 1. Algunas diferencias en la dimensión conceptual de los sistemas culturales médicos

| Dimensión conceptual | Sistema cultural médico moderno | Sistema cultural médico tradicional |
|-----------------------------|---|--|
| Causas enfermedad | Agentes externos específicos y concretos; malformaciones genéticas y desequilibrios fisiológicos. | Agentes ambientales, sociales, poderes mágicos o agentes sobrenaturales. |
| Técnicas de curación | Tecnología para diagnóstico y tratamiento. | Plantas, animales, minerales, terapias espirituales, entre otras. |
| Objetivo | Restaurar o mantener el cuerpo biológico. | Curar el cuerpo, la mente, el espíritu, la tierra y la historia. |
| Rol del paciente | Por lo general pasivo. | Activo que involucra a la comunidad. |
| Modelo epistemológico | Ciencia positivista | Magia, religión, entre otros |

Fuente: Elaboración propia de los autores con base en Queiroz (16), Rodrigues (21), Camargo, Jr. en Tesser y Luz (8), OMS (1, 2, 3) y Zuluaga (22).

A pesar de las diferencias entre los sistemas culturales médicos expuestas en la tabla 1, todos los modelos explicativos de la salud y la enfermedad se construyen a partir de una misma lógica: una que busca causas, alternativas y consecuencias, pero en la cual difieren las premisas culturales y pruebas de validación. Esto conlleva diversas percepciones y observaciones del mismo fenómeno, que resultan en múltiples

y diferentes modelos explicativos de la enfermedad y de prácticas terapéuticas (9, 23).

Al respecto, una descripción comparativa del conocimiento moderno y el tradicional, presentada en la tabla 2, elaborada a partir de la disertación de Zerda (24) sobre la propiedad intelectual de los conocimientos tradicionales, nos permite ilustrar la magnitud de las diferencias entre los diferentes principios explicativos. Como se observa, la difi-

cultad que enfrentan los sistemas culturales médicos modernos cuando se trata de establecer relaciones interculturales pareciera insalvable. No sólo porque los principios epistemológicos son radicalmente distintos en cada sistema de conocimiento, sino porque además, en la relación entre ambos prima la dominación de los sistemas modernos sobre los tradicionales. Para resolver esta doble negación de la validez del saber de los sistemas de conocimiento tradicionales sería necesario apelar a los elementos universalmente compartidos por los seres vivos en lo relativo a las formas de conocer. Para ello, acudiremos tanto a las ciencias biológicas como a las sociales. Desde la biología y las neurociencias, la teoría ecosistémica (25) plantea que la actividad primordial de un ser vivo es la cognición; sólo mediante una apreciación del entorno y sus exigencias, el ser vivo puede definir los ajustes necesarios a su propia estructura para, de esta forma, preservar la vida. Esta relación de doble vía donde el ser vivo percibe y ajusta; es decir, conoce, también afecta al entorno y lo obliga a lo propio. El conocimiento aparece en esta teoría como el resultado de una actividad vital que se presenta en todos los organismos vivos, independientemente de su complejidad nerviosa o de la existencia de un cerebro: todo lo vivo conoce y lo hace a través del mismo proceso mental básico antes descrito. La inteligencia se manifiesta en la

riqueza y flexibilidad del acoplamiento estructural de un sistema vivo, es decir, en la habilidad de modificar las formas de conocer y de tender nuevas relaciones cognoscitivas con su entorno (25, 26). Si aceptamos estos postulados, las interacciones de un organismo con su entorno se tornan en procesos cognoscitivos que ofrecen herramientas conceptuales para facilitar el reconocimiento de fenómenos cognoscitivos inexplicables desde la racionalidad, como la intuición y la vivencia subjetiva, puesto que el concepto de cognición es más amplio que el de pensamiento, ya que incluye percepción, emoción y acción: todo el proceso vital.

De esta forma, se podría afirmar que tanto las plantas como los seres humanos conocen igual aunque de formas distintas; estas formas están definidas por el tipo de interacciones inteligentes que tejen con su entorno y consigo mismos. Por extensión, al asumir los sistemas culturales médicos como sistemas vivos, podríamos afirmar que cualquier sistema que ha preservado la vida de su grupo sociocultural, ha desarrollado un conocimiento sobre la salud que sólo puede entenderse endógenamente, desde los acoples estructurales de dicho grupo humano con su entorno; en esa medida, es asimilable al de cualquier otro sistema cultural médico en cuanto a veracidad, sin importar las diferencias epistemológicas entre los conocimientos logrados.

Tabla 2. Algunas diferencias entre los sistemas de conocimiento tradicionales y modernos

| Sistemas de conocimiento tradicionales | Sistemas de conocimiento modernos |
|---|--|
| Todas las partes del mundo natural tienen espíritu | El espíritu es un asunto religioso o filosófico y no científico |
| Todas las formas de vida están emparentadas y son interdependientes | Tendencia a considerar la interdependencia aunque prima la especialización |
| Es holístico | Es reduccionista |
| Es intuitivo en su modo de pensar | Es analítico en su modo de pensar |
| Es principalmente cualitativo | Es principalmente cuantitativo |
| Es más inclusivo | Es más selectivo |
| Se basa en datos diacrónicos | Se basa en datos sincrónicos |
| Enraizado en un contexto social | Se organiza jerárquicamente y se compartimentaliza en forma vertical |
| Da explicaciones a partir de fenómenos ambientales, de experiencias acumulativas, colectivas y espirituales | Da explicaciones científicas positivistas |
| Está fundamentado en una base espiritual | Está fundamentado en el reduccionismo, el objetivismo y el positivismo |

Fuente: Elaboración propia de los autores a partir de Zerda (24).

De otra parte, desde la teoría del desarrollo cognoscitivo y el aprendizaje, las ciencias sociales nos permiten una aproximación más cercana al fenómeno de la cognición exclusivamente humana. En esta teoría se afirma la importancia de la interacción social en el proceso de construcción del conocimiento, puesto que el desarrollo cognoscitivo del sujeto aparece siempre en un plano sociocultural o intersubjetivo y luego, en uno individual o psicológico (27). Puesto que lo sociocultural es un espacio de relaciones interpersonales de muchas índoles, es necesario caracterizar los tipos de relación dentro de los cuales la construcción de conocimiento es probable. Para ello, dentro de esta teoría se acude a la noción de “zona de desarrollo próximo” (27), entendida como el

tipo de relación dentro de la cual los sujetos pueden desarrollar su conocimiento desde los niveles reales hasta los potenciales, por medio de la colaboración con el apoyo de otros. La condición que debe ostentar un sujeto para poder tejer relaciones de este tipo es la de “par”. Los pares se entienden como sujetos con niveles diferenciales de conocimiento sobre un tema específico; en el caso que nos ocupa, conocimientos distintos o en grados de desarrollo diferentes sobre la salud. Cuando se trata de sistemas culturales médicos diferentes, entendemos que los pares que puedan encontrarse desde cada orilla tendrán conocimientos distintos, mientras que en el caso de miembros de un mismo sistema cultural médico puede darse la paridad entre niveles de conocimiento

asimétricos, como cuando se trabaja con tutores al interior de una facultad de ciencias de la salud.

Esta experiencia intersubjetiva se inscribe en la experiencia con el entorno, donde se da la construcción activa del conocimiento por parte del sujeto, como un proceso de interacción dinámica que resulta en la abstracción e internalización del mismo. La internalización se da a partir del ejercicio de la inteligencia, que crea continuamente operaciones y estructuras de pensamiento nuevas por medio de acciones sucesivas sobre los objetos (28). Por tanto, el conocimiento no es un hecho dado, sino un proceso en evolución autopoietica desde la acción (29). Para que esa acción se genere es necesaria una intención consciente por parte de los sujetos que aprenden, de manera que se hagan las conexiones necesarias entre el conocimiento nuevo y el que ya poseen. Sólo de esta manera el aprendizaje se torna una actividad significativa (30). Esta cualidad significativa se aprecia en el ejercicio flexible del conocimiento dentro de contextos diferentes, que permite al sujeto comprender lo que aprende de una manera cada vez más compleja (31); es decir, como desempeños auténticos flexibles, caracterizados por la habilidad de actuar flexiblemente con lo que se sabe (32).

Al homologar sujetos y sistemas culturales médicos, se podría decir que cada sistema cultural médico tiene diferentes desempeños auténticos frente a la realidad clínica[‡], que reflejan diferentes sistemas de conocimiento, significados, normas y poder, denominados por Schutz (18), en su conjunto, "mundos de vida", en cuan-

[‡] Se entiende por realidad clínica todos los aspectos de la realidad social relacionados con la enfermedad. Es decir, "el fenómeno clínico está constituido socialmente y el mundo social puede ser clínicamente construido" (14).

to conforman campos cognoscitivos y de comportamiento. Al darse la convivencia de "mundos de vida" distintos, la proximidad entre ellos favorecería la construcción de un horizonte cognoscitivo compartido dentro de una "zona de desarrollo próximo". En ella se podría resolver el problema hermenéutico central que se plantea en las relaciones interculturales médicas, que obedece a un problema eminentemente epistemológico.

La salud pública ha comprendido la utilidad de estos conceptos al admitir que es posible conocer de múltiples maneras, todo en general, y específicamente aquello que atañe al sufrimiento y al dolor humano. Basados en el constructivismo, Tesser y Luz (8) proponen una epistemología 'co-constructivista', que permite comprender que las diferencias entre los modelos explicativos de la salud y la enfermedad no obedecen a jerarquías de verdad sino a perspectivas culturales y de valores distintas, a cosmovisiones y definiciones de ser humano diferentes y a relaciones de poder y de dominación social. Para ello, el sistema cultural médico moderno tendría que acudir a metodologías consistentes con los principios constructivistas, que le permitirían "ser lo suficientemente autoreflexivo como para flexibilizar su rigidez racional sin abandonar la razón" (8). Sin embargo, el sistema cultural médico moderno enfrenta las mayores dificultades para implementar dichas metodologías, puesto que sigue sometido a certidumbres ideológicas sobre la pureza y exclusividad de sus métodos científicos para la obtención de la verdad.

DIFICULTADES DE LA INTERCULTURALIDAD

'Re-conocer' que ningún sistema cultural médico tiene o puede tener un acceso privilegiado a una realidad superior de la salud, inde-

pendiente de su propio marco de referencia cultural, no es suficiente para establecer relaciones interculturales médicas entre pares; cualquier relación entre sistemas culturales médicos está enmarcada en y definida por problemas referentes a relaciones de poder y de dominación social de un modelo de salud sobre otro, lo cual afecta las posibilidades de paridad entre ellos.

Estos problemas se pueden comprender al caracterizar y valorar los diferentes tipos de relación intercultural posibles (33, 34): 1) de dominación y no reconocimiento, donde un sistema cultural médico asume la pretensión de tener un acceso privilegiado a la realidad y niega irresponsablemente otros “mundos de vida” y su legitimidad; 2) de diálogo y respeto, donde los sistemas culturales médicos son conscientes del “relativismo epistemológico que no necesariamente implica un relativismo ontológico” (35), y por tanto, el otro y su realidad son legítimos, lo que hace posible que se den modificaciones simbólicas al interior de cada uno de ellos y, 3) de reconocimiento mutuo, donde no se producen modificaciones ya que admiten temporalmente la presencia del otro tolerando su “error epistemológico”; es decir, son relaciones de “negación postergada” (36).

El ejercicio del poder subyacente a cada tipo de relación tiene diferentes impactos tanto sobre la sostenibilidad y diversidad de los sistemas culturales médicos como sobre los ajustes en los horizontes de conocimiento de cada uno de ellos. Mientras que en las relaciones del primer tipo un “mundo de vida” lamentablemente se apaga; en las interculturales dialógicas, los “mundos de vida” en interacción reivindican su ímpetu original pues priman relaciones de “equidad bidireccional” (37), donde los saberes no científicos se asimilan a sistemas de conocimiento experto, localizados y amplificadas en

el ámbito de la vida cotidiana y definidos como *everyday cognition* (38).

Si bien las relaciones del tercer tipo (de “negación postergada”) en apariencia no representan una amenaza para la coexistencia y permanencia de los sistemas culturales médicos, un análisis más profundo revela sus inconvenientes. Por ejemplo, la mayoría de los Estados contemporáneos están obligados a llevar a la práctica el reconocimiento de y el respeto por la diversidad cultural, al incluir los sistemas culturales médicos. Lo hacen con la pretensión de ‘reconocer’ los grupos minoritarios, sin considerar que por su carácter de ‘otros diferentes’, sin autoridad legítima sobre los sistemas conceptuales y conductuales de las ciencias de la salud occidentales, dicho ‘reconocimiento’ les atribuye una identidad reducida.

El nexos entre identidad y reconocimiento está dado por el carácter dialógico de la condición humana. La identidad, así como el conocimiento, se construye en el intercambio dialógico tanto en un plano individual como en un plano social (39). De la misma forma como un diálogo que no genere cuestionamientos ni permita modificaciones estructurales constituiría un monólogo, el reconocimiento del Otro sin apertura a la innovación es reconocerlo como inferior, lo que constituye otra forma de dominación.

En el proceso histórico de Colombia se pueden observar los diferentes tipos de relación intercultural. Desde la Conquista se ha dado un proceso complejo de interacción e integración de sistemas culturales médicos, determinado por los diferentes momentos históricos del sistema cultural médico moderno, que ha ejercido dominación y poder sobre los sistemas culturales médicos prehispánicos y africanos (23, 40) con distintas intensidades: desde el no reconocimiento institucional total hasta una carta constitucional que, al reconocer formalmente una realidad social

culturalmente diversa y pluriétnica, reconoce de hecho las minorías. Este proceso ha desembocado en la existencia de un sistema cultural médico orientado por la academia, la medicina moderna y otros paralelos definidos por el saber y la práctica popular, dentro de los cuales se encuentran los sistemas culturales médicos tradicionales. No se ha dado una fusión de conceptos que permita ampliar los horizontes cognoscitivos de cada sistema, de manera que no se ha logrado construir conocimiento nuevo ni favorecer las sinergias que esto implica. El resultado: no hay una nueva realidad clínica formal legítima, sino, por el contrario, una convivencia informal que permite simplemente que los pacientes acudan a una medicina o a otra[§] (41).

No se puede negar la existencia de algo palpado por más etéreo que sea.

No hace falta exhibir una prueba de decencia de aquello que es tan verdadero (...)

Se trata de un tema incompleto porque le falta respuesta; respuesta que alguno de ustedes, quizás, le pueda dar (...)

Willie Colón

CONCLUSIONES

Aprovechar las sinergias de los mandatos tanto del Estado como de los organismos internacionales implica relativizar el sistema cultural médico moderno como parámetro de referencia cultural en salud y re-conocer de manera efectiva otros modelos explicativos de la salud y la enfermedad. De lo contrario, el saber de siste-

mas culturales médicos distintos al moderno se reduciría a simples ofertas terapéuticas alternativas o complementarias, articuladas en los sistemas nacionales de salud, sólo en la medida en que se compruebe científicamente su costo-efectividad, lo cual desconoce el valor cultural de la diversidad; es decir, las relaciones interculturales médicas se establecerían a partir de una “negación postergada”, que es otra forma de dominación social de un sistema cultural médico sobre otro.

Las ciencias de la salud, al estar autorizadas para informar la política pública en salud, tienen el gran desafío de establecer relaciones interculturales médicas basadas en el diálogo, con el fin de no sólo favorecer una atención médica moderna diferenciada y adecuada culturalmente a los usuarios, sino además de ajustar los marcos disciplinares de cada medicina sin que ninguna desaparezca, lo cual es deseable tanto en términos de diversidad como de fortalecimiento de cada sistema cultural médico. Para ello, las ciencias de la salud deben revisar los presupuestos de objetividad, positivismo, reduccionismo y etnocentrismo, fundamentados en la ilusión de certidumbre que el conocimiento científico ofrece, con el fin de avanzar en la comprensión de las explicaciones de los fenómenos de salud y enfermedad sobre los cuales los saberes tradicionales poseen un vasto conocimiento (45).

De la misma forma, como la prioridad de cualquier sistema vivo es preservar la vida a través de la cognición, cada sistema cultural médico tiene el propósito de mantener vivos no sólo a los individuos que comparten su contexto sociocultural sino de participar, con los demás cuerpos disciplinares e instituciones sociales, en la promoción de valores que hagan viable la sostenibilidad de la vida. Sin duda, la diversidad biológica y cultural y, por ende, cognoscitiva, es uno de los elementos claves

[§] En países como China, India, Sur África, entre otros, la coexistencia de los sistemas culturales médicos tradicionales y modernos es formal, pero de igual manera el interculturalismo se limita a una negación postergada del otro, sin que existan modificaciones simbólicas en el interior de cada uno, pues, al margen de las relaciones de poder, conceptualmente se asumen como epistemológicamente irreconciliables (42, 43, 44).

de tal sostenibilidad. Hacer armónica la diversidad cognoscitiva implica un ejercicio individual y colectivo que pasa porque nuestros médicos, por ejemplo, sean capaces de enfrentarse a un yerbatero, a un sobandero, a una partera o a un chamán con una actitud humilde y curiosa que facilite la experimentación del saber del otro. Para ello, además de vastas capacidades autocríticas y reflexivas sobre el conocimiento propio y sus implicaciones sociales, deben empezar a construirse ciertos valores desde la formación de nuestros profesiona-

les para que el sistema cultural médico moderno propicie la pluralidad de saberes fortalecidos sobre la salud. Esto implica una educación que promueva desempeños auténticos flexibles basados en el respeto, la solidaridad, el reconocimiento de las diferencias y, sobre todo, la aceptación de que la incertidumbre es parte de la vida. De esta forma, se fomentaría una noción de inteligencia fundada en la capacidad de acoplarse estructuralmente al otro, aunque la primera aproximación a su saber no nos revele su sabiduría.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Promoción y desarrollo de la medicina tradicional. Ginebra: OMS;1978.
2. _____ Traditional and Modern Medicine. Harmonizing the Two Approaches. West Pacific Region: Western Region;2000.
3. _____ Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: OMS;2002.
4. _____ Medicina tradicional: necesidades recientes y potencial. Serie Perspectivas Políticas sobre medicamentos de la OMS. Ginebra: OMS;2002.
5. Organización Panamericana de la salud. Iniciativa de salud de los pueblos indígenas. Hacia el abordaje integral de la salud. Pautas para la investigación con indígenas. Washington, D.C.: OPS;1996.
6. _____ Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales: Organización y provisión de servicios en salud en poblaciones multiculturales. Washington, D.C.: OPS;1997.
7. Ministerio de la Protección Social. Insumos para la conceptualización y discusión de una política de protección social en salud para los grupos étnicos de Colombia. Bogotá, D.C.: Nuevas Ediciones Ltda.;2004.
8. Tesser, C.D., y Luz, T.M. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. *Ciência & Saúde Coletiva*;2002 7 (2): 363-372.
9. Alarcón, A. M., Vidal, A. y Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Chile: *Revista Médica*;2003 (131): 1061-1065.
10. Coelho, M.T. y Almeida Filho, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referencia científica. *Historia, Ciências, Saúde*;2002 9(2): 315-333.
11. Duarte, M.B. Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. *Cad. Saúde Pública*;2003 19(2): 635-643.
12. Good, B. *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective.* Cambridge: Cambridge University Press;1994.
13. Good, B. y Good M-J. Learning Medicine. The Constructing of Medical Knowledge at Harvard Medical School. En: Lindembaum, S. y Lock, M. editores. *Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life.* Berkeley: University of California Press;1993: 81-107.

14. Kleinman, A. *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press;1980.
15. Luz, T.M. Cultura contemporánea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Phycis: Revista de saúde Colectiva*;1997 7(1): 13-43.
16. Queiroz, M. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Revista Saúde Pública*;1986 20(4): 309-317.
17. Escobar, A. *La invención del Tercer Mundo. Construcción y reconstrucción del desarrollo*. Bogotá: Editorial Norma;1996.
18. Schutz, A. *El problema de la realidad social*. Maurice Natanson, compilador. Buenos Aires: Amorrortu Editores;1974.
19. Foster, G. y Anderson, B. *Medical Anthropology*. New York, John Wiley y Sons;1978.
20. Geertz, C. *Thick Description: Toward an Interpretative Theory of Cultures*". En: *The Interpretation of Cultures*, Geertz, C. New Cork, Basic Books Inc. Publishers;1973: 3-32.
21. Rodrigues, J. T. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em Estudo*;2003 8(1): 13-22.
22. Zuluaga, G. *El aprendizaje de las plantas: en la senda de un conocimiento olvidado*. Bogotá: Excelsior Impresores;1994.
23. Gutiérrez de Pineda, V. *Medicina tradicional de Colombia. Magia, religión y curanderismo. Volumen I y II*. Bogotá: Editorial Presencia Ltda.;1985.
24. Zerda, A. *Propiedad intelectual sobre el conocimiento vernáculo*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia;2003.
25. Capra, F. *La trama de la vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos*. Barcelona: Editorial Anagrama;1996.
26. Maturana, H. R, y Varela, F. *El árbol del conocimiento: las bases biológicas del conocimiento humano*. Madrid: Editorial Debate;1990.
27. Vygotsky, L.S. *Interaction between Learning and Developmet*. En: Cole M., John-Steiner, V., et al. editors, *Mind in Society. The Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press;1978: 79-91.
28. Piaget, J. *The Psychogenesis of Knowledge and Its Epistemological Significance*. En: Piattelli-Palmarini, M. *Language and Learning. The Debate between Jean Piaget and Noam Chomsky*. London: Routledge & Kegan Paul;1980: 23-54.
29. Bedoya, I. y Gómez, M. *Epistemología y pedagogía. Ensayo histórico crítico sobre el objeto y método pedagógicos*. Bogotá: Ecoe Ediciones;1997.
30. Ausubel, D.P. Y Robinson, F.G. *School Learning: An Introduction to Educational Psychology*. New York: Holt, Rinehart and Winston;1969.
31. Ordóñez, C. Editorial. En: *Revista de Estudios Sociales*. Bogotá: Facultad de Ciencias Sociales, Uniandes;2004 (9): 7-12.
32. Perkins, D. *What is Understanding?* En: Stone, M., *Teaching for Understanding. Linking Research with Practice*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers;1997.
33. Abello, I. De Zubiría, S. *Cultura: Teorías y Gestión*. San Juan de Pasto: Ediciones Unariño;1999.
34. Geertz, C. *Los usos de la diversidad*. México D.F.: Editorial Grijalbo;1996.

35. Campbel, D.T. Can we be scientific in applied social science? *Evaluation Studies Review Annual*;1984 (9):26-48.
36. Maturana, H. *La objetividad. Un argumento para obligar*. España: Dolmen Ediciones;2002.
37. Rey, M. Pièges et défi de l'interculturalisme. *Education Permanente* 1984 75: 11-21.
38. Berry, J.W. et al. *Human Behavior in Global Perspective. An Introduction to Cross Cultural Psychology*. Pergamon Press;1990.
39. Tylor, C. *Multiculturalismo y la política del reconocimiento*. México, Fondo de Cultura Económica;1993.
40. Taussig, M. *Chamanismo, colonialismo y el hombre salvaje. Un estudio sobre el terror y la curación*. Bogotá: Grupo Editorial Norma;2002.
41. Aguirre, G. *Medicina y magia: el proceso de aculturación en la estructura colonial*. México, Fondo de Cultura Económica;1992.
42. Muller, A., y Steyn, M. Culture and the Feasibility of a Partnership between Westernized Medical Practitioners and Traditional Healers. *Society in Transition*;1999 30 (2): 142-156.
43. Sharma, D. India to Promote Integration of Traditional and Modern Medicine. *The Lancet*;2001 (358): 1524.
44. Young, D, Ingram, G, et al. The Dilemma Posed by Minority Medical Traditions in Pluralistic Societies: the case of China and Canada. *Ethnic and Racial Studies*;1995 18 (3): 494-514.
45. Worsley, P. Non Western Medical Systems. *Annual Review of Anthropology*;1982 11: 315-348.