

Problemas del pluralismo médico: aportes para una perspectiva multi-epistémica en el Sur global

Problemas do pluralismo médico: contribuições para uma perspectiva multiepistêmica no Sul global

Problems of Medical Pluralism: Contributions to a Multi-epistemic Perspective in the Global South



Vanina Papalini¹

Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina

vaninapapalini@gmail.com

Resumen: El artículo aborda algunos debates en torno al pluralismo enfocándose en particular en el pluralismo médico. Se presentan diversas aristas que problematizan distintas definiciones, relevando posiciones pragmáticas, críticas marxistas y decoloniales. El núcleo original ofrecido al debate es el esbozo de un conjunto de parámetros pluralistas: 13 en total, divididos en tres dimensiones, que sirvan para la valoración de los distintos sistemas médicos desde una matriz diferente a la eurocéntrica.

Palabras clave: pluralismo; medicinas; conocimiento; parámetros; Sur global

Resumo: O artigo aborda alguns debates em torno do pluralismo, concentrando-se em particular no pluralismo médico. São apresentados vários aspectos que problematizam diferentes definições, destacando posições pragmáticas, críticas marxistas e decoloniais. O núcleo original oferecido ao debate é o esboço de um conjunto de parâmetros pluralistas: 13 no total, divididos em três dimensões, que servem para

¹ Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

avaliar os diferentes sistemas médicos a partir de uma matriz diferente da eurocêntrica.

Palavras-chave: pluralismo; medicinas; conhecimento; parâmetros; Sul global

Abstract: The article underpins many debates around pluralism, focusing on medical pluralism. Various aspects that problematize different definitions are presented, highlighting pragmatic positions, Marxist and decolonial criticisms. The original core offered to the debate is the outline of a set of pluralistic parameters: 13 in total, divided into three dimensions, which serve to evaluate the different medical systems from a paradigm different from the Eurocentric one.

Keywords: pluralism; medicines; knowledge; parameters; Global South

Submetido em: 18 de janeiro de 2024.

Aceito em: 05 de agosto de 2024.

Introducción: preguntas preliminares

Biodiversidad, multiculturalismo, plurilingüismo, son términos de distinta procedencia disciplinar que dan cuenta del reconocimiento de la diferencia como cualidad enriquecedora, en cualquier dominio del que se trate. Este valor implícito, sin embargo, no es absoluto. Toda vez que se presenta un debate, la ciencia moderna se erige como constructora de argumentos privilegiados y sentencias definitivas. Distintas formas de dominación y hegemonía propician jerarquías descalificadoras de lo subalterno.

Ello es tan cierto con relación a la vida y a las políticas de la vida como en cualquier otro campo. En algún sentido, las falsas dicotomías instaladas por el paradigma etnocéntrico del progreso (primitivo/moderno; salvaje/civilizado; conservador/innovador) siguen impregnando, como una pátina difícil de remover, numerosas discusiones. Pocos campos son tan explícitos al respecto como el de las medicinas, donde esta expresión se escucha sin sordina.

Como Michel Foucault (2007) propuso, el argumento decisivo de la biopolítica es la preservación de la vida: ¿qué razón puede ser más categórica que la protección de la existencia individual de cada uno de los miembros de la especie humana? Este argumento, claro está, no es transhistórico sino estrictamente moderno y contemporáneo. Dado que no es universal, conviene entonces demorar su afirmación como un universal absoluto y evaluar sus condiciones: ¿Qué se está dispuesto a hacer -incluyendo el riesgo sobre la propia vida- para preservarla? ¿En qué condiciones la vida es "buena vida", vida deseable, vida digna de ser vivida? Aun estas preguntas resultan insuficientes si antes no se resuelve otro interrogante crucial: ¿Es la preservación de la existencia individual un objetivo superior a la protección de la existencia colectiva, a la existencia de otras especies y a la existencia futura?

De la biomedicina al pluralismo médico

Se ha difundido el término antropoceno para describir esta etapa de ontología humanista para la cual la vida humana constituye

el parámetro decisivo (Issbener; Léna, 2018). En el antropoceno, la biomedicina es garante de la vida humana: las modulaciones de la razón biopolítica del hacer vivir/dejar morir se conjugan sobre el cuerpo individual. Justamente, la biomedicina actual, a diferencia de otras vertientes de las ciencias de la salud que fueron centrales en la constitución de los Estados modernos, se centra en la vida humana individual. Esta inflexión y su gravitación creciente son históricamente novedosas; representan un desplazamiento de la epidemiología y de la medicina social centrada en conjuntos poblacionales. La individuación del enfoque -y la limitación de las políticas sanitarias abarcativas- ha ido progresivamente acentuándose para ampliar cada vez más la responsabilidad personal y el autocuidado de la salud. La pandemia del COVID 19 no contradice totalmente esta lectura ya que, si bien existieron acciones puestas en marcha masivamente con perspectiva grupal o comunitaria, como las burbujas familiares y sociales, y poblacional, como la inmunidad de rebaño y el control de los contagios, mucho se depositó en instancias netamente personales: uso de mascarillas eficaces y equipos de protección individual (EPIs) y las medidas de higiene domiciliarias, por ejemplo.

La biomedicina centrada en la atención del cuerpo del sujeto representa la encarnación ideal de una gubernamentalidad neoliberal que articula poder, saber y verdad con arreglo al fin último de la biopolítica, esto es, la vida humana. Si, desde la crítica a esa ontología, se condiciona tal principio ¿Qué acontece con las medicinas no biomédicas?, ¿Se modifica su posición relativa? ¿Es posible que otros poderes, otros saberes y otras verdades sostengan otras lógicas societales y propongan otras visiones de la vida?

Este interrogante articula un recorrido que se propone transitar la discusión del pluralismo analizado específicamente en torno a las medicinas. En este artículo, abordaremos la pluralidad médica e interrogaremos el concepto desde una lectura holística de la salud, entendida como un equilibrio integral del que la vida humana forma parte. En primer lugar, explicitamos las bases empíricas que nutren esta reflexión; luego, abordamos conceptos

y perspectivas pragmáticas y críticas. El núcleo original ofrecido al debate es el esbozo de un conjunto de parámetros pluralistas de valoración de los distintos sistemas médicos que se contesten la epistemología científica moderna eurocéntrica.

Base empírica

Este artículo ofrece una reflexión meta-empírica tomando como base varias investigaciones individuales y colectivas llevadas adelante en el marco del programa de investigación "Pluralismo epistémico: prácticas terapéuticas, sociedades y culturas". Algunas de ellas constituyen fuentes directamente conectadas con este artículo: una larga etnografía sobre medicinas alternativas en Córdoba y Capilla del Monte, Argentina, de 2014 a 2018 (Papalini, 2018; Papalini; Avelín Cesco, 2022b); un estudio de caso de medicina maya k'iché en la Asociación Médicos Descalzos de Chinique, Guatemala, con inserción etnográfica de enero a marzo de 2020 (Papalini, 2023). Realizamos investigaciones en San Salvador de Jujuy y Tilcara, Argentina, enfocando los solapamientos terapéuticos, entre 2016 y 2022. En otras investigaciones, analizamos un corpus de legislación sobre inclusión de medicinas no biomédicas en un panel de seis países latinoamericanos (Papalini; Avelín Cesco, 2022a); realizamos dos encuestas (2019 y 2022) y coordinamos grupos focales sobre complementariedad terapéutica y uso de MAC en Córdoba. Algunas integrantes del equipo participaron en una investigación sobre sanación huarpe en San Juan, Argentina, entre 2017-2018 (Avelín Cesco, 2019) y sobre medicinas religiosas en el área metropolitana de Buenos Aires (2022-2024). Las investigaciones doctorales llevadas a cabo en el marco del programa abarcan la integración de terapias alternativas en instituciones oficiales de salud (20120-2025); la formación de los terapeutas alternativos (2018-2024). El uso medicinal de recursos naturales en la región, un tema abordado desde una perspectiva etnobiológica (Arias Toledo, 2011; Arias Toledo; Trillo, 2023), también nutre la perspectiva aquí desarrollada.

Qué es el pluralismo médico

Podría decirse que no existen sociedades con un sistema médico único. La diversidad de medicinas presentes entre la población obedece a factores tales como los intercambios culturales, la existencia de prácticas sedimentadas históricamente o la consecuencia controversial de los procesos coloniales (Baer, 2001; Baer; Singer; Susser, 2013), no solo a través de la imposición hegemónica sino también en un intercambio inverso: se ha registrado el aprovisionamiento de los portugueses de recursos medicinales de Mozambique desde el siglo XVI (Roque, 2014). En muchos de los países africanos, las medicinas originarias conviven con la biomedicina que ingresa a través de la colonización y llega hasta los territorios más remotos a través de misiones de organismos internacionales (Amzat; Razum, 2014). Aún las sociedades europeas conservan prácticas del curanderismo histórico y de medicina popular (Gaona Pisonero, 1999) al tiempo que integran sistemas médicos extranjeros, como la medicina china o ayurvédica (Blázquez Rodríguez; Cornejo Valle; Flores Martos, 2014; Uibu; Koppel, 2021).

6

El pluralismo médico, en su definición más simple, designa las diferentes maneras de curar que están disponibles simultáneamente para las mismas personas, en un mismo contexto sociocultural (Rubel; Sargent, 1979; Leslie, 1980). Cada sistema médico se basa en diferentes principios o cosmovisiones. Bajo políticas de salud pluralistas, es posible optar entre sistemas, prácticas o especialistas médicos entre varios disponibles. Esta elección puede establecer complementariedades o habilitar la opción por un sistema entre varios accesibles; en ocasiones existen restricciones que establecen sistemas médicos específicos para comunidades determinadas (Nigenda *et al.*, 2001; Baer, 2018; Khalikova, 2021).

En esta acepción, la posición pluralista se limita a la enumeración y clasificación de sistemas médicos: locales o tradicionales, y foráneos o alternativos; modernos y científicos o tradicionales y mágicos. En general los documentos de la

Organización Mundial de la Salud asumen esta posición (OMS, 2000; 2002). En *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023* (OMS, 2013), la OMS promueve la integración de la medicina tradicional y complementaria en los sistemas de salud desde un enfoque intercultural que tiende al respeto de las diferencias en este plano. El documento clasifica las medicinas en tradicionales -sistemas locales originarios basados en conocimientos y prácticas transmitidas a través de las generaciones; la medicina convencional - es decir, el modelo biomédico- y la integración de sistemas de salud que apuesta a la combinación intercultural.

Sin embargo, la determinación de propio/ajeno o de convencional/no convencional es mucho más difusa de lo que puede parecer en los documentos (Han, 2002). En efecto: ¿Qué es “propio” en El Quiché -Guatemala- donde el sistema de salud biomédico convive con medicinas populares, tradicionales *k'iche'* y sanaciones cristianas, o en Tilcara -Argentina-, donde a las tradicionales, las populares y las religiosas se suman las terapias alternativas de origen oriental apropiadas y adaptadas, o en la región del Cauca -Colombia-, donde la numerosa población afrodescendiente y los mestizajes concomitantes incluyen otro conjunto de prácticas terapéuticas a las oficialmente reconocidas, distintas de todas las ya mencionadas?

Si propio/ajeno y convencional/no convencional resultan distinciones inapropiadas, la oposición tradicional/moderno es igualmente problemática. Las medicinas americanas, africanas, árabes o chinas no están ancladas al pasado, sino que son actuales y vigentes; siguen siendo capaces de producir e incorporar conocimiento y responden, en la medida en que se complejizan, a las problemáticas del presente. Por ejemplo, las “conductas del *Moxrik*”, uno de los seis trastornos psicosociales identificados y atendidos por la medicina maya *k'iche'*, son fruto de la negación de la identidad cultural y la sobrevaloración del estilo de vida moderno que lleva a actuar en forma individualista, prepotente e irrespetuosa, a veces violenta. Siendo un trastorno civilizatorio, parte del tratamiento consiste en una ceremonia con participación

comunitaria (MEDES, 2012). La calificación de tradicional, en ese sentido, es restrictiva; museifica y exotiza prácticas terapéuticas; las paraliza y las ata a lo que “ya no es”.

En efecto, la ciencia colonial subordina todas las definiciones y representaciones a sus propias lógicas (Meneses, 2016, p. 31). Al hablar de sistemas médicos tradicionales, más que la distinción entre propio y ajeno, la única demarcación clara es la que ubica a la biomedicina en el lugar de la medicina “normal” (Foucault, 2008). Esta, siguiendo la teoría foucaultiana, es la que señala qué es convencional y qué no lo es, sustentándose en un esquema de poder cuyos efectos, producto de procesos sociohistóricos, se han naturalizado. Y, sin embargo, es preciso reconocer de algún modo estas medicinas “otras”. En ese sentido, la OMS realiza acciones como la creación del Centro Mundial de Medicina Tradicional en India en 2022 que, pretendiendo institucionalizar la alteridad al modelo eurocéntrico, sigue marcando una distancia al denominarlas “tradicionales”, relegando las medicinas locales y regionales al lugar del atraso o la curiosidad y posicionando a la biomedicina como el modelo contemporáneo y científico. La interculturalidad no llega a realizarse ya que demanda un horizonte de diálogo en un plano de igualdad (Walsh, 2008). Su sentido y aplicación pueden ser poco transparentes y caer en las trampas declamativas del multiculturalismo (Mosquera Saravia, 2013).

8

Sobre el concepto de pluralismo médico

En 1976, Charles Leslie da cuenta de algunos problemas del pluralismo médico: genéricamente, dice, cuando se habla del sistema médico (refiriéndose a la biomedicina) se lo concibe como único; un conjunto ordenado de escuelas, hospitales, clínicas y asociaciones profesionales, empresas y agencias reguladoras que forman a los profesionales y mantienen instalaciones para realizar investigaciones biomédicas, prevenir o curar enfermedades y rehabilitar a los enfermos. Es consciente de que un sistema oficial de salud no agota la miríada de prácticas de curar existentes, pero no es permeable a ellas: ignora, desestima, trata como curiosidad

o como superstición toda otra forma de atención sanitaria. Las políticas sanitarias se han esforzado en aumentar el alcance y mejorar la calidad en la atención de salud, a fin de eliminar o restringir severamente las “prácticas irregulares”. Sin embargo, “ningún sistema médico real hace realidad este sueño” (Leslie, 1980, p. 191, traducción nuestra).

Dado que, aun en las naciones industriales más avanzadas, tanto el acceso como la calidad de la atención médica es variable (difiere entre poblaciones rurales y urbanas, entre los miembros de diferentes estratos sociales y en los diferentes grupos étnicos), la estrategia pluralista es una solución:

El costo de eliminar estas variaciones utilizando plenamente el conocimiento científico para satisfacer todas las necesidades es mayor de lo que la sociedad industrial más rica está dispuesta a pagar. En todas las sociedades, por lo tanto, necesariamente se hacen concesiones en la asignación de recursos médicos (Leslie, 1980, p. 191, traducción nuestra).

9

Su experiencia como antropólogo apoya, con ejemplos de China, India y América Latina, el valor idiosincrático de las medicinas locales. “La mayoría de las personas -agrega- tienen una preocupación más práctica que ideológica por la terapia y no ven nada inconsistente en el uso conjunto de medicamentos modernos y tradicionales, o en combinar quimioterapia con rituales para aliviar la brujería” (Leslie, 1980, p. 194, traducción nuestra). Concluye que la mayor resistencia a las medicinas alternativas es la que ofrece el personal de salud pero que sin embargo en estas medicinas no hay más charlatanes que en cualquier otra ocupación y por lo tanto la investigación comparativa sobre las estructuras pluralistas de los sistemas médicos sería un útil instrumento de planificación (Leslie, 1980, p. 194).

El panorama trazado por Leslie no plantea una defensa axiológica sino pragmática del pluralismo médico; señala que

se trata de elecciones complementarias y pertinentes según la cultura de los usuarios, que proporcionan tratamiento allí donde el sistema de salud oficial no llega. En términos de reconocimiento de otros saberes su argumento es más débil ya que solo indica que las medicinas autóctonas no parecen particularmente dañinas.

Actualizando la definición clásica, Hans Baer (2018) manifiesta:

A diferencia de la mayoría de las sociedades indígenas o tribales, las sociedades donde existe el Estado exhiben la coexistencia de una variedad de sistemas médicos o un patrón de pluralismo médico. Estos subsistemas médicos pueden coexistir en una relación cooperativa o colaborativa entre sí, pero generalmente es una relación competitiva (Baer, 2018, p. 1, traducción nuestra).

Baer se apoya en Fabrega y Helman para señalar que en todas las sociedades hay un modelo de atención de la salud orientado fundamentalmente a sectores privilegiados y este es el que resulta, finalmente, normativo (Baer, 2018). Al subrayar los crecientes solapamientos entre medicinas, indica que se producen fundamentalmente de parte de los usuarios. Culmina señalando, en línea con Leslie, pero cuarenta años después, que:

... el creciente interés de los legisladores por la medicina alternativa está relacionado con el costo de la medicina de alta tecnología. Incluso en países donde no hay apoyo explícito y/o legal para la medicina indígena y alternativa, los gobiernos a menudo apoyan a los curanderos tradicionales porque alivian parte de la presión sobre el desfinanciado sistema nacional de atención de salud (Baer, 2018, p. 2, traducción nuestra).

Desde este punto de vista, el pluralismo parece responder a la demanda de una ampliación de las opciones del mercado de la salud entre las que los usuarios puedan escoger, así como facilitar el tratamiento cuando el Estado no presta el servicio o no habilita

el acceso general. Este tipo de argumento, consistente con la lógica liberal y neoliberal de la libre elección, ha sido objeto de numerosas críticas que equiparan el pluralismo médico con el multiculturalismo (Kuper, 2001): ambas son posiciones políticamente correctas a favor de la diversidad que no constituyen una impugnación de las desigualdades socioculturales. Como señala Elizabeth Hsu, “la noción de pluralismo implica una postura política y es una frase retórica apreciada en la sociedad capitalista tardía. No proporciona [sin embargo] un marco conceptual teóricamente fundamentado para el cientista social interesado en los procesos que generan y mantienen la diferencia” (2017, p. 10, traducción nuestra).

Ciertamente, la coexistencia y la interacción entre sistemas y enfoques de atención médica no son genéricas: no solo por las adscripciones culturales de cada grupo, y de los distintos grupos en regiones interétnicas y multiculturales sino por las tramas de poder que, de manera asimétrica, tejen estas relaciones. Por ello, hablar de pluralismo supone dar cuenta de las complejas relaciones entre distintos sistemas médicos entre los cuales la “coexistencia” no es abierta ni implica igualdad. En condiciones de colonialidad, se establecen posiciones no equitativas: sobre las medicinas no convencionales pesan interdicciones, persecuciones, confinamientos y silenciamientos. Las prácticas así oprimidas a veces perduran como ejercicios clandestinos, mientras que en otros casos se pierden total o parcialmente. Un guía espiritual maya k'iché (*ajq'ijab*) de la Asociación Médicos Descalzos de Chinique lo relata de esta manera:

Entonces ni los hijos deben saber lo que los padres, lo que el papá o el abuelo, hacen. (...) Por un lado, fue buena forma, fue muy buena forma de proteger sus conocimientos. Pero, por otro lado (...) no [lo] fue ya se puede decir que, durante mucho tiempo, (...) los hijos y nietos, ya no aprendieron, o ya no aprendimos de nuestros abuelos esos conocimientos; se puede decir [que quedaron] como perdidos u ocultados. Ocultaron los conocimientos, no porque no los quieren

enseñar, sino porque había persecución (...). Persecución de sus conocimientos y de sus prácticas tradicionales (POL, Felipe, entrevista del 15 de febrero de 2020).

En América Latina, la pluralidad incluye las medicinas tradicionales americanas, nativas y afroamericanas; las medicinas consideradas complementarias o alternativas en general de origen oriental, y la biomedicina convencional basada en la ciencia occidental moderna. Al igual que en otras sociedades, existen mixturas, integraciones y subsistemas; la medicina popular, por ejemplo -muchas veces derivada de las medicinas autóctona-; la autoatención con medicamentos provenientes de la biomedicina y las sanaciones religiosas, cristianas y católicas. Además, los sistemas médicos se desgranán en terapias particulares que se combinan entre sí en formas heterodoxas (Avelín Cesco; Papalini, 2019). En definitiva, existe una variedad de usos *de facto* que se desprenden de distintos enfoques y sistemas médicos. Pero las articulaciones, solapamientos y exclusiones no responden a estilos de atención de la salud compuestos a partir de elecciones individuales frente a una oferta múltiple. Tienen que ver con procesos largos socioculturales y políticos, de luchas, dominaciones y resistencias, de hegemonía y subalternidad, de silenciamientos y sobrevivencias, de restricciones y ampliaciones de derechos.

Pluralismo en clave crítica

Utilizando el concepto de “transacciones”, Eduardo Menéndez (2018) analiza las “relaciones que operan entre los estratos/instituciones dominantes y los dominados (...) en cinco dimensiones (económica, política, ideológica, cultural y referida a los procesos de SEAP [salud, enfermedad y atención-prevención]” (2018, p. 50). Para Menéndez, las clases subalternas reconocen la explotación, la marginación y el racismo al que son sometidas “sin embargo la mayoría de las estrategias que generan no enfrentan a los sectores dominantes, sino que tratan de sobrevivir a través

de la autoexplotación, de la apropiación, de la resignificación de aspectos generados por los sectores hegemónicos” (2018, p. 50).

Sin suscribir la tendencia “a pensar y describir la realidad en términos de cosmovisiones” (Menéndez, 2018, p. 35), lo cual limita la posibilidad de dar cuenta de procesos variados y multicausales como los que estudia en Yucatán, Menéndez establece modelos que se focalizan fundamentalmente en la estratificación social. Desde esta perspectiva, designa a la medicina moderna de base biologicista que rige el sistema sanitario occidental como “modelo médico hegemónico” (Menéndez, 1992): la denominación comprende no solo las bases epistémicas científicas sino también a un conjunto de instituciones de atención de la salud, que involucra jerarquías, voces privilegiadas, una ideología y una burocracia propia de corporaciones sean públicas o privadas (Menéndez, 1988). Un modelo hegemónico no se impone (aunque Menéndez también describe prácticas de imposición, como la esterilización de mujeres o el acoso a los curanderos tradicionales) sino que negocia su legitimidad a través del consenso -sobre su eficacia, en el establecimiento rutinario de sus prácticas, o en la ideología de la superioridad cultural- formalizándola legalmente.

El éxito de este proceso de hegemonía se evidencia en el panorama actual: enfermedades que eran tratadas con terapias locales, como las afecciones digestivas y de la piel, reciben denominación y tratamiento biomédico, lo cual sentencia a la extinción el saber para curarlas. La excepción son las tareas de seguimiento y apoyo al alumbramiento que se realiza con comadronas, matronas, parteras y otras mujeres especialistas cuya labor es reconocida pero subordinada al sistema de salud oficial -como hemos visto en nuestro trabajo de campo en Chinique (Papalini, 2023) y en estudios del sur de México y Guatemala (Mosquera Saravia, 2006; Freyermuth Enciso, 2014). Fuera de estos casos, los y las especialistas en medicinas autóctonas tienden a desaparecer. Para Menéndez, se trata de una cuestión de clase:

La situación de pobreza permanente conduce a los sectores subalternos a un constante pragmatismo para sobrevivir,

y así, por ejemplo, los curadores tradicionales —como vimos— utilizan los cursos, los diplomas y los fármacos como mecanismos de supervivencia ocupacional dentro de un mercado de atención de las enfermedades cada vez más competitivo (Menéndez, 2018, p. 48).

Este proceso ilustra bien cómo se construye la hegemonía: los y las especialistas locales, a fin de escapar de la marginación, reafirman la designación y el tratamiento biomédico de las enfermedades, lo que redundará en la paulatina desaparición de las designaciones antiguas para las enfermedades localmente conocidas, así como para sus curas. Los terapeutas y sanadores locales son cooptados (en pos de una hipotética labor intercultural) o se resignifican en términos alternativos; incorporan fármacos industriales o se limitan a los rituales, apoyando las tesis de la eficacia simbólica que subvalora la eficacia terapéutica de las medicinas americanas.

Más aún, esta dinámica posibilita y legitima pasar de la demanda de consulta de un curador tradicional a un alópata y viceversa, pero conservando a veces ciertos rituales que permiten su control simbólico, al mismo tiempo que refuerza la articulación biomedicina/medicina tradicional (Menéndez, 2018, p. 49).

La etnografía de Menéndez repone una postal de la colonialidad ya instalada en territorios americanos, un paisaje en el cual este proceso de virtual extinción de saberes ha sido consumado. Desde otro lugar de la crítica, un notable conjunto de pensadores decoloniales (Castro-Gómez; Grosfoguel, 2007) van un paso más allá para hablar de epistemicidio, caracterizándolo como un proceso geopolítico histórico. Ramón Grosfoguel (2022) identifica cuatro epistemicidios que contribuyen a la primacía del conocimiento científico: contra la población de origen judío y musulmán en la conquista del sur de España, contra los pueblos americanos en la conquista y colonización europea, contra los

africanos apresados y esclavizados y contra las mujeres acusadas de brujería en Europa. Estos atropellos criminales no se ejercieron solo contra las personas, sino que conllevaron la destrucción de acervos de conocimiento: quema de bibliotecas, códices y reliquias, descalificación, interdicción y extracción. El sometimiento de las poblaciones supuso un avasallamiento identitario que redujo a migajas cosmogonías completas.

Un sistema médico tiene como horizonte una perspectiva sobre la vida configurada en la cultura. Dice Grosfoguel sobre este proceso: "La destrucción masiva de la espiritualidad y el conocimiento islámico y judío mediante el genocidio, llevó a la conversión forzada (genocidio cultural) de los judíos y los musulmanes que decidieron permanecer en el territorio" (Grosfoguel, 2022, p. 7). Al aniquilar su memoria, su conocimiento y su religión se garantizaba su extinción identitaria: las futuras generaciones no podrían recuperar el universo cultural devastado.

Según Grosfoguel, estos métodos ensayados en la conquista de Al Ándalus se extrapolaron al continente americano.

15

Así, sucedió lo mismo con los "códices" y "quipus" indígenas, que eran la práctica escrita usada por los amerindios para archivar sus conocimientos. Miles de "códices" y "quipus" se quemaron también, intentando destruir los conocimientos indígenas en el continente americano. El genocidio y epistemicidio fueron de la mano en el proceso de conquista tanto en el continente americano como en Al-Ándalus (Grosfoguel, 2022, p. 9).

El tercer epistemicidio es patriarcal y se ejerce contra las mujeres indoeuropeas; en este caso

no hubo libros que quemar, puesto que la transmisión del conocimiento se hacía de generación en generación mediante la tradición oral. Los 'libros' eran los cuerpos de las mujeres y, por ende, de manera similar al destino de los 'libros' andalucés e indígenas, sus cuerpos fueron quemados vivos (Grosfoguel, 2022, p. 16).

El poder colonial requiere, para implantarse, destruir y vaciar para ocupar el espacio creado e imponerse, utilizando para ello dos estrategias fundamentales: cooptando, a través de su replanteo en términos de la lógica de mercado (Bode, 2008; Islam, 2012; Luna-Fabritius, 2015) o desalentando por distintas vías la proliferación de aquello que lo desafía. El derecho, como una de sus expresiones reguladoras, limita las prácticas que no hegemoniza (Campos Navarro, 1997; Labate; Sena Araújo, 2009; Apud *et al.*, 2013, Araújo, 2016) - las proscribire y criminaliza mientras que, por su parte, el paradigma científico occidental, encarnado en la biomedicina pone en cuestión la verdad de otros saberes, calificándolos de ilegítimos, o simplemente, de falsos. La ciencia occidental moderna expresa la conjunción de poder, saber y verdad propia de la gubernamentalidad capitalista.

Es justamente esta voluntad de existencia exclusiva y excluyente lo que el pluralismo contradice. Desde las perspectivas decoloniales, el pluralismo puede entenderse como “ecología de saberes” que propone la coexistencia y la legitimidad de conocimientos y saberes de diferente tipo, sin limitar esta designación a lo que la ciencia moderna determina en función de sus propios métodos y parámetros (Santos, 2006).

Es una ecología porque está basada en el reconocimiento de la pluralidad de conocimientos heterogéneos (uno de ellos es la ciencia moderna) y en las interconexiones continuas y dinámicas entre ellos sin comprometer su autonomía. La ecología de saberes se fundamenta en la idea de que el conocimiento es interconocimiento (Santos, 2010, p. 49).

Tal posición apunta a corroer la pretensión de exclusividad de la ciencia occidental moderna y su acción de silenciamiento, invisibilización o deslegitimación de otros conocimientos, estableciéndose una “monocultura del conocimiento” (Santos, 2006).

El concepto de ecología de saberes sintetiza una posición que se opone a la primacía de un único tipo de conocimiento como válido. Basándose en la premisa de que ningún conocimiento es completo, la ecología de saberes destaca la legitimidad de aquellos que no responden a un paradigma científico y propicia el amplio diálogo entre todos ellos en el marco de epistemologías pluralistas (Santos, 2006).

Dussel (2016) y Grosfoguel (2022) utilizan un neologismo “pluriversalidad” para referirse al pluralismo del conocimiento. Sin embargo, la pluralidad epistémica no conduce al relativismo. Grosfoguel rechaza:

...una universalidad de soluciones donde una epistemología defina para el resto lo que sería ‘la solución’. Uni-versalidad en la modernidad europea ha significado ‘uno que define para todos’ lo que es verdad, realidad y lo que es mejor para todos. La transmodernidad demanda un pluriverso de soluciones, donde ‘los muchos definen para los muchos’ o ‘entre todos definimos para todos’ (2022, p. 18).

En el campo de la salud, la pluralidad no se limita a tipos de conocimientos teóricos. El saber práctico, el saber-hacer, el saber del ambiente y de sus dinámicas, son ricos y valiosos.

...los recursos locales y su uso con fines terapéuticos también constituyeron un aspecto significativo de la relación ciencia/conocimiento empírico, que adquirió particular relevancia en los territorios coloniales de ultramar y resultó en un antagonismo permanente entre la aplicación de la práctica médica europea y el uso de medicinas locales, prácticas curativas tradicionales y experiencias cotidianas que, a menudo, se revelaban eficaces (Roque, 2014, p. 517).

Al considerarse a los efectores de salud como todos aquellos y todas aquellas especialistas capaces de curar, cuidar y ayudar

a sanar, no solamente se pone en discusión la eficacia del saber teórico sino la experticia técnica y su modo de transmisión. Estas cuestiones relativas a la circulación de conocimiento y a la diferenciación social de los y las especialistas suponen considerar también la organización social y sus jerarquías.

Perspectivas plurales sobre la salud

La pluralidad colisiona con las posiciones de los organismos internacionales que están imbuidos de la epistemología científica moderna. En este sentido, es bien conocida la definición integral de salud de la OMS (1946). En algunos documentos tal definición, que se pretende abarcativa, llega a incluir aspectos espirituales (OMS, 1984), aunque nada de todo esto queda integrado efectivamente (Toniol, 2019), como puede observarse en sus recomendaciones frente a eventos tales como la pandemia del COVID 19 (OPS, 2020; 2022; WHO, 2020). Otras concepciones de salud la conciben como un estado que adviene de relaciones armónicas del sujeto consigo mismo (como cuerpo psicofísico); en sus relaciones interpersonales -vínculos afectivos y relaciones de sociabilidad- y en su inmersión sociocultural. Esta última trama brinda las condiciones de posibilidad de la vida humana; excede y contiene el cuerpo individual (Le Breton, 1999). El universo sociocultural abarca dimensiones simbólicas (incluyendo el arte, la trascendencia y el mundo espiritual), y materiales (condiciones de trabajo, salubridad ambiental y sanidad colectiva) así como las relaciones con la naturaleza y las demás especies que la pueblan (Aparicio Mena, 2005; Meneses, 2004). Además, para lograr un estado de salud completa deben considerarse las lógicas del poder, tanto de los poderes locales como de macropoderes coloniales (Santos, 2004; Antona Rodríguez, 2014; Santos, 2007).

Perspectivas como las que sustenta el *sumak kawsay* no consideran a la salud como una cualidad individual que pueda disociarse de una vida plena. La pérdida de la salud es producto de desequilibrios y alteraciones macrosociales (Acosta, 2013; Oviedo Freire, 2013) que desbalancean las conexiones entre seres vivos.

Existe una relación inescindible entre la plenitud del planeta y la salud humana; la pérdida de este delicado equilibrio produce la destrucción de toda la trama. (Quizhpe Peralta; Calle Las Heras, 2014).

La idea de humanidad separa y privilegia una especie sobre las demás. Este especismo ni siquiera es honesto, ya que oculta que no todas las vidas humanas se protegen por igual. El pensamiento ecologista crítico (Palacios, 2006; Moore, 2020) ha venido a desafiar tanto el paradigma antropocéntrico como las subalternidades que también establecen prioridades dentro de la especie humana. La crítica a estas posiciones no niega la especificidad humana, sino que se cuida de asignarle supremacía. Como señala Jane Bennet, “no hay necesidad de describir estas diferencias de forma tal que los humanos sean colocados como centro ontológico o vértice jerárquico. La humanidad puede distinguirse, en cambio, (...) como una colección particularmente rica y compleja de materiales” (2010, p. 11, traducción nuestra).

La biomedicina, emergente de este paradigma, es garante de la vida humana, pero no respeta a la totalidad de los seres. Otras ontologías muestran la urgente necesidad de comprender la interconexión de todas las cosas (Haraway, 1991; Latour, 2008). Como arte, recupera prácticas antiguas amalgamadas con saberes de distintas geografías y orígenes. Como disciplina científica, carga con los mismos sesgos de la ciencia racional y moderna del Norte global.

El campo de las medicinas es particularmente explícito para este análisis, en tanto la preocupación por el cuidado de la vida está subordinada a una concepción biologista antropocéntrica y un conocimiento especializado deudor de una lógica científica capitalista. Eligiendo el camino opuesto, la noción de ecología expresa la diversidad interdependiente, la unicidad de la diferencia, de la vida y del conocimiento sobre ella.

Las concepciones de salud pueden agregar o ignorar dimensiones según el paradigma o cosmovisión que la conciba;

la síntesis presentada no pretende exhaustividad. El paradigma de la biomedicina suele excluir las dimensiones trascendentes o metafísicas (espíritu y creencias) y sociales, sobre todo aquellas que propicien el cuestionamiento a la organización social capitalista y el orden político colonial. Es propio del pensamiento abismal la invisibilización o la deslegitimación del pensamiento lego, de las creencias, de la comprensión intuitiva (Santos, 2010).

A partir de este desarrollo conceptual crítico, intentamos delinear una posición pluralista médica radical que, en el plano sociopolítico, implique el reconocimiento de múltiples sistemas de conocimientos y prácticas médicas, arraigados en diferentes culturas y tradiciones, entre los cuales sea posible optar. En términos de derechos, el pluralismo médico propugna un cuidado de la salud inclusivo y diverso, reconociendo que diferentes individuos y comunidades tienen creencias, valores y necesidades de salud diferentes y promoviendo la colaboración y el diálogo entre sistemas de atención médica.

El principal escollo para una perspectiva pluralista en medicina no es el poder entendido en el plano de la política y del derecho sino en su articulación con el saber y la verdad (Foucault, 1996; 2002; 2014): los conocimientos que no están respaldados por la ciencia moderna occidental son resistidos tanto por las instituciones como por las poblaciones. Aun cuando las diferentes medicinas tengan legitimidad, su validez es puesta en entredicho a partir de parámetros científicos y ello repercute finalmente tanto en el plano legal como en su valoración intracomunitaria y su transmisión a las sucesivas generaciones que son partícipes de universos multiculturales.

No es correcto hacer de la ciencia un fetiche, como si esta tuviera entidad y vida propias, capaces de gobernar el universo y determinar la forma y el contexto de nuestra sociedad presente y futura. La ciencia (...) no es sino un producto cultural del intelecto humano, producto que responde a necesidades colectivas concretas (...) Se

construye la ciencia mediante la aplicación de reglas, métodos y técnicas que obedecen a un tipo de racionalidad convencionalmente aceptada por una comunidad minoritaria constituida por personas humanas llamadas científicos que, por ser humanas, quedan precisamente sujetas a las motivaciones, intereses, creencias, y supersticiones, emociones e interpretaciones de su desarrollo social específico (Fals Borda, 1980, p. 180).

¿Es posible valorar a las medicinas bajo una perspectiva pluralista? Se necesitan para ello parámetros no biomédicos, lo que implica un distanciamiento con la ciencia occidental moderna. Y en este punto, la eficacia demostrada por la biomedicina genera reticencias, en especial porque para amplios conjuntos poblacionales acceder a ella es una meta lejana y una necesidad porque ofrece la mejor posibilidad para la supervivencia. Indubitablemente, una vacuna puede salvar numerosas vidas: en la medida en que las enfermedades se han globalizado, las prácticas y los tratamientos locales pueden volverse insuficientes. Pero también vale la pena recordar que los contactos generados en los procesos de colonización introdujeron nuevas enfermedades en América y África y que, a la inversa, la rica flora medicinal autóctona proveyó de tratamientos para males extranjeros (Roque; Torrão, 2013).

Con la problemática ecológica, en cambio, las colaboraciones e interacciones son mucho menos solidarias: son evidentes los desastres que ha producido el modo de concebir y tratar a la naturaleza como recurso propio de la modernidad capitalista. Enrique Leff señala la relación de la epistemología occidental moderna con la racionalidad económica capitalista, intrínsecamente relacionadas con una política tendiente a la colonialidad, que destruye o absorbe saberes y prácticas otras. En su proceso hegemónico, desbarata otras cosmovisiones. "No hay emancipación posible -concluye- que no pase por un proceso de deconstrucción de los modos dominantes de conocimiento y por

la reconstrucción, legitimación e institución de otros modos de ser-en-el-mundo” (Leff, 2017, p. 143).

El tema es controversial. Desde paradigmas holísticos se argumenta que la falta de salud contemporánea es consecuencia del irrespeto ecológico; que la biomedicina provoca daños iatrogénicos a la salud; que el estilo de vida impuesto por la productividad capitalista y los esquemas de poder desiguales y oprimentes causan enfermedades cuya cura parece provenir solo de sistemas biomédicos. Del otro lado, y en buena medida desde la perspectiva de las poblaciones, el modelo biomédico está consolidado en buena parte del globo y resulta necesario y pertinente en la medida en que puede enfrentar los males que el mundo capitalista -al que pertenece- concita. Desde ese punto de vista, hasta tanto sea posible distanciarse de los varios desastres que el antropoceno ha provocado y se transformen las formas de habitar el mundo, garantizar el acceso a la biomedicina parece un mínimo derecho que una perspectiva pluralista radical también podría sostener.

El debate necesita ser más amplio, y de hecho lo está siendo, en la medida en que las nuevas concepciones de bienestar desafían aquellas que la biomedicina encarna. En cualquier caso, los criterios de valoración de un sistema médico deberían ser de un orden tal que capten la diversidad de perspectivas, sin dar predominio a la biomedicina y que resulten adecuados para valorarla críticamente. Incluso un criterio como la eficacia de la biomedicina, o los medios de validación de las medicinas naturales y holísticas, puede ser revisitado. Como señala Olajide Oloyede (2010), evaluar a las medicinas holísticas bajo el método científico es reduccionista: el *ethos* de la cura en la medicina tradicional es incompatible con el *ethos* de la biomedicina (p. 76). Esta ética tiene tanto que ver con el cuidado de lo vivo como con el rechazo de todo lo que contamina (Ellis, 2018). La validez de las medicinas podría construirse a partir de un conjunto de parámetros que no solo pongan de manifiesto su eficacia terapéutica en relación con una enfermedad concebida de antemano como individual y tratada de manera circunscrita en

relación con su estricta inmediatez sino a partir de una definición holística de la salud, en relación con el medio y las prácticas locales.

Avanzamos entonces en la construcción de esos parámetros a partir de tres grandes premisas consustanciales a la definición del paradigma pluralista, que reformulan la tríada verdad/saber/poder:

a) El pluralismo médico respeta las diversas formas de abordar el bienestar, la salud y la enfermedad y, en un sentido profundo, la dignidad de la vida. Esta involucra tanto aspectos objetivos como subjetivos, tanto personales como colectivos, tanto humanos como no humanos.

b) Esta perspectiva incluye una dimensión epistémica amplia, reconoce que no existe un único paradigma de conocimiento y admite tanto el conocimiento especializado como el que proviene de la experiencia personal, comunitaria y social.

c) Su carácter crítico radica en el reconocimiento de las relaciones sociales y de poder tanto en la construcción y transmisión de conocimientos como en la participación y la posibilidad de decisión de las comunidades o los sujetos respecto de la salud.

A partir de estas premisas, elaboramos tres dimensiones valorativas; una específicamente orientada al cuidado de la vida en sentido amplio, una epistemológica referida a la forma de producción de conocimiento, y una relativa a las relaciones sociales y de poder que sustentan estas prácticas. Definimos sintéticamente 13 parámetros para la discusión e indicamos, a modo de ilustración, dos categorías contrapuestas para cada uno, que no agotan todas las posibilidades.

En función del cuidado de la vida:

1. Nivel de protección de la vida como un todo: Se refiere a la capacidad de integrar en su acción las distintas dimensiones en las que la vida se manifiesta, desde una perspectiva integral

antiespecista, hasta el enfoque humanista (ecocentrismo/ antropocentrismo).

2. Planos de eficacia: indica la dimensión de la superficie de afectación, que puede abarcar desde la relación con el cosmos a una pequeñísima porción del cuerpo humano (holismo/ hiperespecialización).

3. Niveles de eficacia y confiabilidad: se refiere específicamente a alcanzar el propósito que persigue la práctica (terapia, tratamiento, sanación, ritual, remedio o cura) (eficaz/ ineficaz).

4. Niveles de peligrosidad: identifica los peligros potenciales para todas las dimensiones en la que la vida se manifiesta, excediendo aquella a la que refieren los planos de eficacia, y valora la posibilidad de retrotraer esa intervención (tóxico irreversible/ inocuo reversible).

5. Relevancia: interroga para qué y para quiénes son relevantes estas prácticas (relevancia social/ relevancia individual).

En función de la construcción de conocimientos:

6. Solidez de los fundamentos y fuentes: se refiere al acervo de conocimiento en el que se basa, que puede ser consuetudinario, científico, revelado, ancestral, entre otras posibilidades, y que resultará sólido en la medida en que sea intersubjetivo, tenga mayor trayectoria o haya obtenido reconocimiento de su comunidad de referencia, (fundado/ infundado).

7. Grado de participatividad en la construcción del acervo de conocimientos: valora la apertura o la restricción del proceso de construcción de conocimientos (experticia/ comunitarismo).

8. Transmisibilidad y apropiabilidad: interroga la forma y el rango de circulación del conocimiento, por ejemplo, si es reproducible con arreglo a patrones fijos o protocolos, si es epifánico y por lo tanto intransferible; si se transmite a través del linaje; si su transmisión está circunscrita a grupos selectos (transmisibile/ intransferible).

9. Propiedad y acceso: determina a quién o quiénes pertenece, si es público y gratuito o pago y restringido (propiedad privada o corporativa/ propiedad comunitaria o colectiva).

10. Complementariedad: señala la capacidad de un sistema de integrarse con otros; su apertura al enriquecimiento recíproco y mutua afectación (cerrado/ articulable).

En función de la toma de decisiones y el ejercicio del poder:

11. Modelo organizativo: se refiere a las características de la comunidad poseedora del conocimiento, que puede ser un grupo de expertos, una institución o la totalidad (jerárquico/ colaborativo).

12. Modelo económico: se refiere a la capacidad diferencial de acumular de un sistema con sus consecuentes desigualdades (acumulativo/ distributivo).

13. Nivel de compromiso: incluye la participación y responsabilidad de quienes están involucrados en el proceso, tanto en la práctica como en la toma de decisiones (individual, familiar, comunitario, colectivo). En este parámetro se puede observar el perfil de un paradigma de salud en términos de ejercicio de poder (autoritario/ democrático).

Para dar algunos ejemplos, la biomedicina es un sistema antropocéntrico, hiperespecializado, mayormente eficaz en el plano individual y altamente ineficaz para proveer bienestar en sentido amplio; mayormente confiable; eventualmente peligroso para el sujeto individual y parte de un sistema altamente perjudicial y muchas veces irreversible para el ambiente; individualmente relevante (con foco en el cuerpo individual); sólido y válido bajo parámetros científicos; experto, con poca a nula participatividad y transferencia restricta a comunidad de especialistas; de propiedad privada o corporativa, ocasionalmente estatal; con baja capacidad de articulación horizontal y alta tendencia a la hegemonía; jerárquico; acumulativo y con fuerte autoridad del especialista.

La medicina maya *k'iche'* es un sistema ecocéntrico, holista, eficaz comunitariamente y en enfermedades propias de la región pero poco eficaz frente a enfermedades exógenas, capaz de restablecer el bienestar; confiable; con bajo grado de peligrosidad para el sujeto e inocuo para el ambiente; mayormente reversible; comunitariamente relevante (con foco en el linaje familiar y la comunidad); fundamentado en conocimientos locales validados casuísticamente a lo largo del tiempo; especializado; participativo; transferible por discipulado o por vocación marcada por el *nawal*; de propiedad comunitaria; alta capacidad de complementación; no jerárquico; distributivo y con moderada autoridad del especialista.

Discusión

Estos parámetros constituyen un primer bosquejo puesto en discusión. El primer punto del debate es crucial: ¿Tiene sentido abogar por el pluralismo médico? como hemos visto a partir de Charles Leslie, puede ser completamente funcional a un orden desigual, en el cual las medicinas de bajo costo suplan el espacio de Estados poco comprometidos con el bienestar general. También puede alentar una multiculturalidad folclórica y convertirse en un insumo expropiable por corporaciones capitalistas. No constituye, pues, una posición radical en sí misma. Y aún más: Elisabeth Hsu (2017) sugiere que la "ideología de la atención sanitaria holística" está al servicio de modelos sociales capitalistas y aún neoliberales, en tanto alimenta el imaginario de la constante productividad y del estar-bien instrumental. Pero el término pluralismo permite retener las diferencias, incluyendo sin subsumir ni asimilar.

Otro punto de debate referido específicamente a los sistemas médicos es la valoración de su eficacia. En este sentido, resulta fundamental la observación de Oloyode (2010), en cuanto a la necesidad de implementar métodos plurales de validación. Actualmente, se siguen protocolos biomédicos apropiados para laboratorios y ello rompe con la cualidad propia de los entornos naturales, sus interacciones y ensamblajes. Valorar otras medi-

cinas implica también reconocer que sus principios y puntos de partida son otros.

Un tercer punto de discusión es cómo identificar a los sistemas médicos para mantener su especificidad sin caer en ninguna forma de descrédito ni esencialismo. Hemos evitado la designación “tradicional” o “ancestral” aunque este punto puede ser también controversial –la bibliografía que rescata esta denominación es innumerable, basta revisar las declaraciones de derechos indígenas latinoamericanos, y del Estado Plurinacional de Bolivia, por ejemplo. Nuestra experiencia etnográfica dice otra cosa. La vitalidad de un sistema médico no consiste en su preservación idéntica a su forma ancestral sino en su capacidad de dar respuestas a los problemas del presente: el anclaje tradicionalista no debería resultar un obstáculo pues, si conservar y recordar es importante, aprender y crecer también lo es. Las interacciones entre sistemas médicos, como muestran Roque y Torrão (2013), Roque (2014) y Ellis (2018), forman parte de las relaciones solidarias, espontáneas y habituales de las poblaciones humanas, tanto en el pasado como en el presente.

27

Reflexiones finales

Creemos que un pluralismo crítico exige analizar y confrontar paradigmas completos que revelen más: que muestren, por ejemplo, las relaciones entre especialistas (que pueden ser médicos, chamanes o gurúes y ejercer una autoridad vertical absoluta) y la comunidad a la cual sirven; que pongan en consideración la relación entre la población humana y no humana; que analicen la producción y el acceso al conocimiento. Este objetivo amerita un programa de investigación y debate amplio que está aún por desarrollarse.

La formulación abstracta de estos temas, como puede producirse con un abordaje focalizado en la legalidad y los derechos, conduce a una falacia: en el plano social no existen axiomas generales. Se trata de asuntos espinosos de respuesta ética, y por

tanto, la universalidad no es admisible. En efecto, no hay una ética común a la especie humana; ni siquiera los proclamados Derechos del Hombre -que han sido contestados por los feminismos, las críticas marxistas y las posiciones decoloniales- abarcan a la totalidad; ni podrían hacerlo sin al mismo tiempo anular las singularidades que revelan la riqueza de la vida.

Muchas perspectivas socioculturales actuales reconocen la multiplicidad, la pluralidad, la diversidad y la diferencia, pero ello es insuficiente si no supone al mismo tiempo una ética de respeto. Ambos vectores, que conjuntados implican el respeto frente a la diferencia, forman parte de una petición de principios en cualquier perspectiva pluralista. Aceptado este principio, el desacuerdo no puede operar como estrategia de discriminación para escoger qué diferencias respetar y cuáles no.

Plantear de entrada la posibilidad de *desacuerdo* es importante para ir a fondo en un tema que puede fácilmente poblarse por las fórmulas comunes de la corrección política. La diferencia puede ser tan radical que resulte difícil de aceptar: sin traducción, sin equivalente; comprensible pero no apropiable según los cánones de la propia cultura. Por ello, el principio a sostener es el respeto frente a la alteridad y la ajenidad, frente a aquello que en sentido foucaultiano constituye lo "anormal": aun ello es manifestación de la heterogeneidad de la vida. El principio de respeto frente a la diferencia no implica consenso o aplauso obligatorio, pero sí la renuncia a cualquier acción de aniquilamiento: se trata de convivir con lo existente, aun con aquello que se opone a lo que se cree bueno y justo. Así planteado, el pluralismo no descansa en discursos remanidos sino que es una posición exigente y socialmente inestable, continuamente acechada por la tensión entre aceptación y límites y por las consecuencias del relativismo moral. Solo asumiendo estas tensiones y la posibilidad de desacuerdo en temas tan elementales como la vida -en su completitud y su dignidad- es posible abordar esta problemática a fondo.

Referencias

ACOSTA, Alberto. **El buen vivir**. Barcelona: Icaria, 2013.

AMZAT, Jimoh; RAZUM, Oliver. **Medical sociology in Africa**. Cham: Springer, 2014.

ANTONA RODRÍGUEZ, Alfonso. **Cultura y salud en la acción humanitaria: una perspectiva etnográfica**, 2014. Disponible en: <https://es.studenta.com/content/129404408/cultura-y-salud-en-la-accion-humanitaria-antona-2014>. Consultado el: 10 nov. 2018.

APARICIO MENA, Alfonso Julio. La medicina tradicional como medicina ecocultural. **Gazeta de Antropología**, Granada, v. 21, n. 10, 2005.

APUD, Ismael; PETRONE, Víctor; SCURO Juan. Las tradiciones de la ayahuasca: su eco mediático y social en el Uruguay. *In*: ROMERO, Sonia. (ed.). **Anuario de antropología social y cultural en Uruguay**. Montevideo: Nordan, 2013. p. 55-69.

ARAÚJO, Sara. O primado do direito e as exclusões abissais: reconstruir velhos conceitos, desafiar o cânone. **Sociologias**, Rio Grande do Sul, v. 43, p. 88-115, 2016.

ARIAS TOLEDO, Bárbara. **Uso de plantas alimenticias y medicinales en Córdoba, Argentina**. London: Editorial Académica Española, 2011.

ARIAS TOLEDO, Bárbara; TRILLO, Cecilia. "Curanderismo": historial zotherapy among criollo inhabitants in rural areas of Cordoba, Argentina. **Ethnoscienza**, Belém, v. 8, n. 1, p. 1-25, 2023.

AVELÍN CESCO, María Josefina; PAPALINI, Vanina. "Hemos nacido sanando": pluralismo médico y prácticas de salud huarpe. **Scripta Ethnologica**, Buenos Aires, v. 41, p. 42-67, 2019.

BAER, Hans. **Biomedicine and alternative healing systems in America**. Madison: University of Wisconsin Press, 2001.

BAER, Hans. Medical Pluralism. *In*: CALLAN, Hilary. **The International Encyclopedia of Anthropology**. New York: Wiley, 2018.

BAER, Hans; SINGER, Merrill; SUSSER, Ida. **Medical anthropology and the world system**. Santa Barbara: Praeger, 2013.

BENNETT, Janet. **Vibrant Matter. A Political Ecology of Things**. Durham: Duke University Press, 2010.

BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, Maribel; CORNEJO VALLE, Mónica; FLORES MARTOS, Juan Antonio. El reencuentro de salud y espiritualidad: agencias, saberes y prácticas periféricas. *In*: Periferias, fronteras y diálogos - Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español, 13., 2014, Tarragona. **Actas** [...]. Tarragona: Universitat Rovira, 2014. p. 4.485 a 4.802.

BODE, Maarten. **Taking traditional knowledge to the market: the modern image of the ayurvedic and unani industry 1980-2000**. Hyderabad: Orient Blackswan, 2008.

CAMPOS NAVARRO, Roberto. Curanderismo, medicina indígena y proceso de legalización. **Nueva Antropología**, v. 53, p. 67-87, 1997.

CASTRO-GÓMEZ, Santiago; GROSGOUEL, Ramón. **El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global**. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central, y Pontificia Universidad Javeriana, 2007. p. 79-91.

DUSSEL, Eduardo. Transmodernidad e interculturalidad.

Astrágalo: Cultura de la Arquitectura y la Ciudad, Sevilla, v. 21, p. 31-54, 2016.

ELLIS, William. Plant knowledge: transfers, shaping and states in plant practices. **Anthropology Southern Africa**, Cape Town, v. 41, n. 2, p. 80-91, 2018.

FALS BORDA, Orlando. La ciencia y el pueblo: nuevas reflexiones sobre la investigación-acción. *In:* CONGRESO NACIONAL DE SOCIOLOGÍA, 3., 1980, Bogotá. **La sociología en Colombia:** balance y perspectivas. Bogotá: Asociación Colombiana de Sociología, 1981. p. 179-199.

FOUCAULT, Michel. **Historia de la sexualidad I:** La voluntad de saber. México: Siglo XXI, 2002.

FOUCAULT, Michel. **La verdad y las formas jurídicas.** Barcelona: Gedisa, 1996.

FOUCAULT, Michel. **Lecciones sobre la voluntad de saber:** curso en el Collège de France (1970-1971). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2014.

FOUCAULT, Michel. **Los anormales:** Curso en el Collège de France 1974-1975. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2008.

FOUCAULT, Michel. **Nacimiento de la biopolítica:** Curso en el Collège de France 1978-1979. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007.

FREYERMUTH ENCISO, María Graciela. La mortalidad materna y los nudos en la prestación de los servicios de salud en Chiapas: un análisis desde la interculturalidad. **LiminaR:** Estudios Sociales y Humanísticos, Tuxtla Gutiérrez, v. 12, n. 2, p. 30-45, 2014.

GAONA PISONERO, Carmen. Tiempo y curanderismo en la reproducción social. *In*: RODRÍGUEZ BECERRA, Salvador (coord.). **Religión y cultura**. Sevilla: Fundación Machado, 1999. p. 283-292.

GROSFUGUEL, Ramón. Los cuatro genocidios/epistemicidios del largo siglo XVI y las estructuras de conocimiento racistas/sexistas de la modernidad en la universidad occidental. **Izquierdas**, Santiago de Chile, v. 51, p. 1-20, 2022.

HAN, Gil-Soo. The myth of medical pluralism: a critical realist perspective. **Sociological Research Online**, London, v. 6, n. 4, 2002.

HARAWAY, Donna. **Ciencia, cyborgs y mujeres**. Valencia: Cátedra, 1991.

HSU, Elisabeth. Medical Pluralism. *In*: QUAH, Stella R. **International Encyclopedia of Public Health**. Amsterdam: Academic Press, 2017. p. 8-12.

ISLAM, Nazrul. New age orientalism: ayurvedic “wellness and spa culture”. **Health Sociology Review**, Melbourne, v. 21, n. 2, p. 220-231, 2012.

ISSBENER, Liz-Rejane; LÉNA, Philippe. Antropoceno: la problemática vital de un debate científico. **El Correo de la Unesco**, 30 marzo 2018. Disponible en: <https://es.unesco.org/courier/2018-2/antropoceno-problematica-vital-debate-cientifico#:~:text=El%20t%C3%A9rmino%20Antropoceno%20se%20ha,consumo%20excesivo%20de%20recursos%20naturales>. Consultado el: 30 sept. 2023.

KHALIKOVA, Venera. Medical pluralism. *In*: STEIN, Felix. (ed.). **The Open Encyclopedia of Anthropology**, 17 jun. 2021. Disponible en: <http://doi.org/10.29164/21medplural>. Consultado el: 25 oct. 2023.

KUPER, Adam. **Cultura**: la versión de los antropólogos. Barcelona: Paidós, 2001.

LABATE, Beatriz; ARAÚJO, Wladimir Sena. (org.). **O uso ritual da ayahuasca**. Campinas: Mercado de letras, 2009.

LATOURET, Bruno. **Reensamblar lo social**. Buenos Aires: Manantial, 2008.

LE BRETON, David. **Las pasiones ordinarias**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1999.

LEFF, Enrique. Las relaciones de poder del conocimiento en el campo de la Ecología Política: una mirada desde el sur. *In*: ALIMONDA, Héctor; TORO PÉREZ, Catalina; MARTÍN, Facundo. (coord.). **Ecología política latinoamericana**. Buenos Aires: CLACSO, 2017. p. 129-165.

LESLIE, Charles. Medical pluralism in world perspective [1]. **Social Science & Medicine**. Part B: Medical Anthropology, London, v. 14, n. 4, p. 191-195, 1980.

LUNA-FABRITIUS, Adriana. Modernidad y drogas desde una perspectiva histórica. **Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales**, v. 40, n. 225, pp. 21-44, 2015.

MEDES – Asociación Médicos Descalzos. **¿Yab'il xane K'oqil?: ¿Enfermedades o consecuencias?** Guatemala: Cholsamaj, 2012.

MENÉNDEZ, Eduardo. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención: caracteres estructurales. *In*: CAMPOS NAVARRO, Raúl. **La antropología médica en México**. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 1992. p. 97-113.

MENÉNDEZ, Eduardo. Modelo médico hegemónico y atención primaria. *In: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, Buenos Aires, 1988. Buenos Aires: UNLa, 1988. p. 451- 464.

MENÉNDEZ, Eduardo. **Poder, estratificación social y salud**. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, 2018.

MENESES, Maria Paula. Os sentidos da descolonização: uma análise a partir de Moçambique. **Opsis**, Goiás, v. 16, n. 1, p. 26-44, 2016.

MENESES, Maria Paula. Quando não há problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada: para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas. *In: SANTOS, Boaventura de Souza; CRUZ E SILVA, Teresa. (org.). Moçambique e a reinvenção da emancipação social*. Maputo: Centro de Formação Jurídica e Judiciária, 2004. p. 77-110.

MOORE, Jason. **El capitalismo en la trama de la vida**: ecología y acumulación de capital. Madrid: Traficantes de sueños, 2020.

MOSQUERA SARAIVA, María Teresa. Lecturas necesarias para las políticas multiculturales de salud en Guatemala. **Estudios Interétnicos**, Ciudad de Guatemala, v. 24, p. 44-72, 2013.

MOSQUERA SARAIVA, María Teresa. **Lógicas y racionalidades**: entre comadronas y terapeutas tradicionales. Guatemala: IDEI-USAC, 2006.

NIGENDA, Gustavo; MORA-FLORES, Gerardo; ALDAMA-LÓPEZ, Salvador; OROZCO-NÚÑEZ, Emanuel. La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. **Salud Pública de México**, v. 43, n. 1, p. 41-51, 2001.

OLOYODE, Olajide. Epistemological issues in the making of an african medicine: Sutherlandia (Lesseria frutescens). **African Sociological Review**, Dakar, v. 14, n. 2, p. 74-88, 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Estrategia de la OMS para la medicina tradicional 2002-2005**. OMS, 2002. Disponible en: <https://bit.ly/47nF5Oz>. Consultado el: 6 jul. 2019.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023**.

OMS, 2013. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf?sequence=1
Consultado el: 10 marzo 2021.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine**. OMS, 2000. Disponible en <https://bit.ly/3MFGnes>. Consultado el: 3 jun. 2019.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **La dimensión espiritual en la estrategia mundial de salud para todos en el año 2000**. In: ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, 37, 1984. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/200061>. Consultado el: 10 abr. 2021.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud**: adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York: OMS, 1946.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **En tiempos de estrés, haz lo que importa**. Versión adaptada para América Latina. Versión ilustrada. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2022.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Primera ayuda psicológica, juntos más fuertes:** una guía para ayudarle a usted y a su comunidad. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2020.

OVIEDO FREIRE, Atawallpa. **Buen vivir versus sumak kawsay.** Buenos Aires: Ciccus, 2013.

PALACIOS, Germán. Breve guía de introducción a la ecología política (Ecopol): Orígenes, inspiradores, aportes y temas de actualidad. **Gestión y Ambiente**, Bogotá, v. 9, n. 3, p. 7-20, 2006.

PAPALINI, Vanina; AVELÍN CESCO, María Josefina. Pluralismo médico: regulaciones y concepciones de salud en seis países de América Latina. **Perfiles latinoamericanos**, Ciudad de México, v. 30, n. 59, 1-21, 2022a.

PAPALINI, Vanina; AVELÍN CESCO, María Josefina. Búsquedas místicas y turismo espiritual en Capilla del Monte. *In*: FLORES, Fabián; PUGLISI, Rodolfo. (org.). **Movilidades sagradas:** peregrinaciones, procesiones, turismo y viajes religiosos en la Argentina. Rosario: Prohistoria, 2022b. p. 151-164.

PAPALINI, Vanina. Sincretismo de la New Age sudamericana: una amalgama sin integración. El caso de Capilla del Monte, Argentina. **Scripta Ethnologica**, Buenos Aires, v. 40, p. 63-84, 2018.

PAPALINI, Vanina. Validez y legitimidad de las medicinas americanas: el caso de la Asociación Médicos Descalzos de Chinique, Guatemala. **Etnográfica**, Lisboa, v. 27, n. 1, p. 73-94, 2023.

QUIZHPE PERALTA, Arturo; CALLE LAS HERAS, Kléver. **Un mundo libre del miedo a las infecciones intratables.** Cuenca: ReAct Latinoamérica, 2014.

ROQUE, Ana Cristina. Doença e cura em Moçambique nos relatórios dos serviços de saúde dos finais do século XIX. **História, Ciências e Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2014, p. 515-537.

ROQUE, Ana Cristina; TORRÃO, Maria Manuel. **Plantas medicinais e saberes tradicionais versus ciência em Cabo Verde e Moçambique na viragem do século XIX**, Africana Studia. In: O Colonialismo Português – Novos Rumos da Historiografia dos Palop. Porto: CEAUP /IICT, 2013. p. 281-300.

RUBEL, Arthur; SARGENT, Carolyn. Parallel medical systems: papers from a workshop on "The Healing Process". **Society, Science & Medicine**, London, v. 13, p. 3-6, 1979.

SANTOS, Boaventura de Souza. **A gramática do tempo para uma nova cultura política**. São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais**. Porto: Afrontamento, 2004.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Descolonizar el saber, reinventar el poder**. Montevideo: Trilce, 2010.

SANTOS, Boaventura de Souza. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Novos Estudos**, São Paulo, v. 79, p. 71-94, 2007.

TONIOL, Rodrigo. Minutes of the spirit: the world health organization and its forms of instituting spirituality. In: IUAES WORLD CONGRESS, 18., 2019, Florianópolis. **Proceedings [...]**. Florianópolis: UFSC, 2019.

UIBU, Marko; KOPPEL, Katre. Beyond medical pluralism. Communicative positioning of biomedicine and CAM in Estonia. **European Journal of Health Communication**, Zurich, v. 2, n. 3, p. 85-109, 2021.

WALSH, Catherine. Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado. **Tabula rasa**, Bogotá, v. 9, p. 131-152, 2008.

WEIDMAN, Hazel. The transcultural view: prerequisite to interethnic (intercultural) communication in medicine. **Society, Science & Medicine**, London, v. 13, p. 85-87, 1979.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Doing what matters in times of stress: an illustrated guide**. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927>. Consultado el: 2 oct. 2022.