CAPÍTULO VII

REPRESENTACIONES SOCIALES DE ESTUDIANTES SOBRE EL ENFOQUE FORMATIVO DE COMPETENCIAS INTERCULTURALES, FACULTAD DE MEDICINA, PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR (PUCE)

Milton Ricardo Gross Alborno

Médico Salubrista. Docente principal. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). Correo electrónico: mgross@puce.edu.ec.

Carlos Fernando Terán Puente

Médico Salubrista. Docente principal. Facultad de Enfermería. Universidad Estatal de Milagro Ecuador. Correo electrónico: caminant7@gmail.com.

José María Terán Puente

Médico Pediatra. Investigador Museo Eduardo Estrella. Quito, Ecuador. Correo electrónico: ppteranp@gmail.com.

Resumen

El estudio se sustentó en la convicción de que, tanto el Estado como la Academia tienen una responsabilidad social compartida en la eliminación de las inequidades en salud de las minorías y culturas subordinadas en el Ecuador. Lamentablemente, la sostenibilidad de estos esfuerzos se ha visto limitada, en tanto, los modelos de atención desde el Estado y de la formación de los futuros profesionales en salud desde la Academia, se traducen en la práctica en elementos de distorsión conceptual y de falta de coherencia entre ellos, con efectos usualmente negativos en la salud de estos colectivos. Ante este escenario, una perspectiva de mayor impacto y sostenibilidad en el afrontamiento de este tema implica el desarrollo de una estrategia articulada orientada al desarrollo de competencias culturales (CC) en los nuevos y desafiantes escenarios de la atención de salud y de la formación médica en una sociedad compleja y multicultural como la ecuatoriana. El objetivo general se orientó a generar una propuesta institucional de reorientación de la formación de los estudiantes de la carrera de medicina alrededor de un enfoque transversal de desarrollo de CC. La información se relevó mediante la auto administración de una encuesta de opinión argumentativa sobre el enfoque intercultural en la atención de la salud materna a una población de 138 estudiantes de los niveles de carrera V y IX participantes en la unidad de estudio Salud Integral Programa Materno Infantil de la FMPUCE y para su análisis se utilizó el enfoque de la teoría del consenso cultural en la construcción social de la realidad. El estudio ratificó la necesidad de que las instituciones educativas responsables de la formación de recursos humanos en salud,

replanteen sus paradigmas formativos para ser coherentes con su responsabilidad social. La formación médica intercultural se la considera el componente fundamental de un modelo educativo que siendo científico debe ser epistemológicamente plural con lo que se garantizaría una perspectiva de sostenibilidad en la lucha por limitar la exclusión de las poblaciones culturalmente diversas.

Palabras clave: competencia cultural, currículo, diversidad, educación médica, modelo médico hegemónico.

SOCIAL REPRESENTATIONS OF STUDENTS ON THE FORMATIVE APPROACH OF INTERCULTURAL COMPETENCIES, FACULTY OF MEDICINE, PONTIFICIAL CATHOLIC UNIVERSITY OF ECUADOR (PUCE)

Abstract

The study relies on the conviction that both, the State and the Academy have a shared social responsibility regarding the elimination of health inequities of minorities and subordinate cultures in Ecuador. Unfortunately, the sustainability of these efforts has been limited, while the models of health care from the State and the training of future health professionals from the Academy, turning into practice elements of conceptual distortion and lack of coherence between them, usually with negative effects on the health of these groups. Given this scenery a perspective of greater impact and sustainability in addressing the inequalities and inequities in health of minorities and subordinate cultures in Ecuador implies the development of an articulated strategy aimed at the development of cultural skills (CC) in the new and challenging scenarios of health care and medical training in a complex and multicultural society such as Ecuador. The aim of this study was to generate an institutional proposal to reorient the training of medical students around a transversal approach to the development of cultural competencies in health. The information was released through the administration of an argumentative opinion poll about the intercultural approach on maternal and child health care on a sample of 138 students attending the levels V and y IX in FMPUCE. The analysis of data applied was based on the theory of cultural consensus in the social construction of reality. The study confirms the need for the educational institutions responsible for the training of human resources in health to rethink their training paradigms to be consistent with their social responsibility. Intercultural medical training is considered the fundamental component of an educational model that being scientific must be epistemologically plural and that would guarantee a sustainability perspective in the fight to limit the exclusion of culturally diverse population.

Keywords: cultural competence, curriculum, diversity, medical education, hegemonic medical model.

Capítulo resultado de un proyecto de investigación culminado.

Introducción

En la República del Ecuador es evidente un perfil de discriminación, racismo, desigualdad e inequidad en la utilización de los servicios de protección social (salud para el interés de la investigación) por parte de los colectivos poblacionales que tienen mayor necesidad de ellos y que en el Ecuador se acota en los grupos de población indígena y afro ecuatorianos.

Esta situación de exclusión real dinamizó, en los 90s, una lucha política intensa de los movimientos sociales representativos de los grupos étnicos en cuestión por conseguir los derechos colectivos negados sistemática e históricamente, entre ellos el acceso a la salud.

Entre las reivindicaciones fundamentales en el campo de la salud, la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE), propuso un modelo intercultural que privilegiara la defensa de los derechos colectivos en salud; el carácter universal de la gratuidad de la atención; la libertad de elección de los usuarios hacia una oferta plural de los servicios en el contexto de la diversidad cultural; la consideración de sus necesidades y cosmovisiones particulares sobre salud y enfermedad; el enfoque intercultural en el diseño de los planes y programas de salud; la generación de una red de referencia entre prestadores de los modelos inter actuantes; una capacidad de gestión integral y de responsabilidad compartida alrededor del modelo de atención en el nivel local; la instauración de procesos de legalización y legitimación de las medicinas ancestrales y alternativas, así como el respeto y diálogo intercultural entre las distintas culturas sanitarias existentes en el país. CONAIE (1993).

Como resultado de este proceso político se han creado varias unidades técnico-administrativas en el Ministerio de Salud Pública (MSP), que más con cambios de nombre, que de orientación han sido los brazos ejecutores del proyecto político intercultural de los pueblos y nacionalidades indígenas del Ecuador desde los 90s hasta la fecha.

Sin embargo, lograda la legalización y la institucionalización del proceso, quedaba pasar del discurso retórico a la práctica, es decir evolucionar de los marcos legales y normativos existentes a la implementación efectiva de un modelo de atención sustentado en los valores idealizados por la CONAIE. Esta necesaria transición, ha sido el mayor obstáculo del sistema oficial de salud (MSP) en su rol de prestador y uno de los mayores retos de la Academia en tanto responsable de la formación de recursos humanos en salud, para adecuarlos a las demandas poblacionales diversas. Esta afirmación se sustenta en la evaluación de un conjunto de experiencias que desde diferentes sectores (oficiales, privados, no gubernamentales, políticos, religiosos, etc.) han intentado poner en escena la noción de la interculturalidad en salud, cuya mayor limitación posiblemente haya sido su sostenibilidad, los niveles de cobertura efectiva alcanzados y el impacto en el mejoramiento de los indicadores de salud y calidad de vida.

Estos desencuentros pasan por la intención de la oficialidad (MSP) de endosar el encargo de brindar atención a un colectivo de profesionales de la salud que en su mayoría perdió durante su proceso formativo universitario una oportunidad inmejorable y a menudo irrecuperable para desarrollar Competencias Culturales básicas para su práctica con colectivos diversos.

Fundamentación teórica

Para superar esta limitación, la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (FMPUCE) en su estatuto fundacional se alinea con el reconocimiento de la relación entre cultura y salud como una categoría fundamental, vigente y de gran relevancia en el proceso formativo de los estudiantes de medicina en un país multicultural y diverso como Ecuador. “la formación de un profesional que entienda el proceso salud enfermedad-atención desde los determinantes de la salud y ejecute acciones de promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidado paliativo al individuo, la familia y la comunidad desde su diversidad cultural...” (Perfil de egreso-FMPUCE).

Esta definición institucional del perfil de egresado es una aceptación tácita de que la calidad de la atención en salud no depende exclusivamente de la suficiencia de recursos y de las competencias técnicas médicas del personal de salud; lo que explica en parte,

que aún con los grandes avances en el desarrollo científico, tecnológico y de ampliación de cobertura de los servicios de salud, los programas que se han planteado con la visión científica de la realidad, han tenido un efecto limitado en países/regiones con gran diversidad cultural.

Una de las razones por la cuales el sistema oficial de salud encuentra serias limitaciones para enfrentar gran parte de los problemas de salud de los pueblos indígenas, radica no tanto en el hecho que los pueblos indígenas no entienden lo que nosotros queremos comunicarles, como en el hecho que nosotros no entendemos lo que ellos tienen que decirnos; es decir, en aceptar que puedan existir formas de concebir la salud y la enfermedad que sean distintas a la nuestra. Fundamentalmente es un problema de interculturalidad. (Lacaste, 2000).

Las principales barreras de acceso al sistema oficial de salud se generan como consecuencia de la interacción desigual o asimétrica en las relaciones de clase social y de carácter ideológico entre los pacientes y los prestadores de diversos sistemas de atención a la salud, amén de las características contextuales y organizacionales de los servicios de salud que en su conjunto se constituyen en lo que se conoce como “barreras culturales”. Dichas barreras, mayormente tienen que ver con posiciones y actitudes ante la diversidad humana, que se manifiestan mediante: la ausencia o escasa sensibilidad, fundamentalmente del personal de salud biomédico (occidental); la falta de un ideario comprometido; las condiciones de desigualdad de poder en la relación profesional-usuario; las prácticas administrativas y de atención no adecuadas a sus implicaciones; junto a una cultura de escasa conciencia y competencia para atender a los nuevos usuarios que configuran la realidad demográfica en la sociedad actual. (Echeverry, 1997); (Vázquez, 2002).

Desde la posición subordinada (pacientes/enfermos) estas barreras se vinculan con las peculiares e inveteradas características (deficitarias, por supuesto) de los grupos minoritarios: escaso dominio del idioma, falta de hábitos adecuados de uso, amortiguada capacidad de reclamo, búsqueda de otros recursos alternativos dentro de la comunidad étnica (sanadores, curanderos), entre otras.

Metodología

Una perspectiva de sostenibilidad de los esfuerzos conjuntos entre prestadores y formadores para allanar estas barreras culturales como categorías de exclusión, obliga la introducción de un enfoque complementario pero troncal de desarrollo de CC en el currículo de los futuros profesionales de la salud, lo que les permitiría entender y atender a un usuario diferente en el contexto de la amplia diversidad de la sociedad ecuatoriana. Esta intención, para su puesta en práctica, desde una perspectiva investigativa, implica contestar al menos tres preguntas fundamentales que permitan relevar una panorámica institucional de la FMPUCE en el campo de la salud intercultural: 1) ¿Dónde estamos?; 2) ¿A dónde queremos llegar? y 3) ¿Cómo queremos llegar a ese horizonte?, de las que se desprenden los siguientes objetivos:

Objetivo general

Orientar la formulación de una propuesta institucional de formación de los estudiantes de medicina centrada en un enfoque transversal de desarrollo de CC en salud.

Objetivos específicos

- Relevar información sobre las representaciones sociales en estudiantes de diferentes niveles de carrera de la FMPUCE sobre el enfoque de CC.
- Precisar el conjunto de CC, las adecuaciones curriculares, los procesos funcionales/organizativos y las estrategias de sensibilización intercultural requeridas, en función de las diversidades culturales.
- Caracterizar el escenario y la posición de los actores (estudiantes y docentes) hacia una propuesta de formación que integre como eje transversal el enfoque de desarrollo de CC.

Tipo de estudio

Estudio mixto, observacional – descriptivo – transversal, de aproximación cualitativa.

Población y muestra: se aplicó un procedimiento de muestreo a conveniencia, administrando un instrumento de recolección de datos a un total de 138 estudiantes de los niveles de carrera V y IX, participantes en la unidad de estudio Salud Integral Programa Materno Infantil de la FMPUCE.

Instrumento de recolección de datos: encuesta auto-administrada de opinión argumentativa sobre el enfoque intercultural en la atención de la salud materna que exploró las siguientes dimensiones: i) interpretación del concepto; ii) posibilidades didácticas, efectos positivos y negativos resultantes de esta “armonización”/ “complementación”/ convivencia armónica “entre el sistema médico occidental y el sistema tradicional en los servicios oficiales de salud; iv) familiaridad/conocimiento de instrumentos oficiales (MSP) de normatización del enfoque de atención intercultural (Manual de Normas Técnicas para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado”; v) oferta curricular y posición de los docentes respecto del enfoque de atención intercultural; vi) modalidades didácticas para integración del enfoque intercultural de atención en los respectivos programas formativos de carrera.

Plan de análisis de datos e información: el análisis de la información utilizado se sustentó en el enfoque de la teoría del consenso cultural que toma como punto de partida la aceptación de la existencia de distintas construcciones sociales de la realidad (Romney, Weller y Batchelder, (1986), Berger y Luckmann, (1974). Schütz y Luckmann, T. (1977). Este enfoque teórico interpreta la información a procesar como el conjunto sistemático de valores, nociones y creencias que permiten a los individuos (estudiantes-docentes) comunicarse, actuar y orientarse en el contexto social en que se forman y forman médicos, racionalizar sus acciones y defender su identidad. Mediante este enfoque, interesa, aproximarse a los modos “cómo” un grupo (estudiantes-docentes) construye determinada visión de la realidad, privilegiando la visión de los sujetos, sus categorizaciones, valoraciones y percepciones, y ubicando a la tarea del investigador, como la de intérprete de lo interpretado por los sujetos (Ceirano, 2.000).

Resultados y discusión

Existe un reconocimiento de la salud intercultural como una necesidad y un derecho de connotación étnica de las minorías y culturas subordinadas. En términos generales,

esta representación social favorable de la atención intercultural de la salud que replica los elementos estructurales de un “buenismo” se transmite con inercia a los estudiantes y se halla ratificada en el discurso oficial a la hora de definir el concepto. Esta postura es parte del discurso idealizado “políticamente correcto” carente de una reflexión suficiente sobre la integralidad del concepto y se expresa en una visión acrítica y más bien funcional que no considera con suficiencia las implicaciones de un proyecto comprometido de cambio social.

En el auge de esta tendencia influyen varios factores y no solamente los aludidos tradicionalmente como el reconocimiento de la alteridad y el respeto a lo autóctono, sino también los elementos que suelen ser silenciados y que poseen una raigambre política internacional, una cara de “rescate cultural” que es de conveniencia política, y otra de interés económico que quiere abaratar costos y que difiere el cumplimiento estatal en materia de salud pública, a la par que se aprovecha de los recursos de la cooperación internacional y de ésta que se acomoda funcionalmente al espacio que le otorga el Estado”, Haro (2011).

Se reconoce a la salud intercultural como un proceso innovador de la atención que trata de reconciliar o “encontrar acuerdos” entre sistemas de atención epistemológicamente diferentes pero que tienen un propósito común. Es frecuente una representación, a prueba de toda duda, sobre la capacidad del MMH para homogenizar las diferencias interculturales interpretativas de la salud con otros sistemas alternativos con el propósito de garantizar niveles de calidad científica en la prestación de servicios. En esta representación se manifiesta una concepción paternalista y de superioridad del MMH que, sustentada en su robustez científica, propone la adscripción y cooptación de otros sistemas médicos (complementaria, alternativa, tradicional).

Se identifica a las limitaciones del sistema médico occidental y de otros sistemas médicos alternativos como el argumento fundamental para introducir estrategias de complementariedad (armonización/complementación/convivencia armónica) como política pública de atención en salud, enfatizándose como población objetivo a las comunidades indígenas con lo que se obtendría impactos en el mejoramiento de la salud y en el acceso a la atención médica de colectivos más numerosos y diversos. Emergen

posiciones reduccionistas en el tema, en tanto la potencialidad de aproximación de estos sistemas médicos es vista como si se tratara de estructuras fijas y absolutamente delimitadas en sus dimensiones conceptuales y de materialización. Algunas representaciones proponen intentos de fijar límites precisos en la integración de los sistemas médicos para concretar discursos radicales y hegemónicos generados desde la biomedicina.

Respecto de las modalidades de interacción entre sistemas de atención diversos aparecen algunas representaciones funcionalistas de la estrategia, entre las que destacan:

- Los intentos por tratar de explicar los problemas de acceso de las minorías étnicas fundamentalmente desde la óptica de sus limitaciones culturales, ante lo que se insiste en que para lograr impacto se debería diseñar estrategias o destinar recursos tendientes a remover las “barreras culturales” y traer al redil de la biomedicina o medicina occidental a los pacientes antes reacios por su “cultura”. Este sería el caso del “parto culturalmente adecuado” de las mujeres indígenas propuesta como una estrategia para reducir la “brecha cultural” en el manejo de un evento natural que se redefine como un problema médico y que por tanto se convierte en subsidiario de atención hospitalaria (medicalización), obviándose de esta manera la reflexión sobre cómo construir una atención asistencial intercultural y, por otro, la discusión sobre las transformaciones socioeconómicas y políticas que incidirían en una mejora de la salud materna, Mozo (2017).
- El encargo del sector oficial (MSP) para desarrollar niveles de conciencia sobre las barreras que han impedido el acceso de las minorías étnicas a los servicios de la biomedicina. Esta concepción transmite la idea de que la biomedicina y sus agentes tienen absoluta claridad sobre el encargo con lo que sería posible incrementar el acceso a sus servicios.
- La idea de integración entre sistemas de salud aparece como una quimera identificándose algunas variables como facilitadores de una potencial alianza, entre ellas: la superación de las contradicciones, el respeto, la noción de igualdad y la ausencia de etnocentrismos.

- Hay opiniones sobre la inutilidad de esta complementación/integración sugiriendo que la optimización de la calidad de atención que se plantea ofrecer se puede lograr mediante la comunicación, el respeto mutuo y el dialogo abierto entre ellos.

Cuestionando la percepción positiva y de beneficio implícita en esta estrategia, se insiste en la necesidad de reducir las deficiencias de la calidad técnica de los servicios de salud, el mejoramiento de las condiciones de organización de los recursos necesarios para la atención y el respeto y atención a las cosmovisiones y prácticas establecidas en los modelos médicos diversos al occidental a través de un conocimiento y comprensión profundos de las características socioculturales generales y particulares de la población a la que se pretende servir (Ramírez, 2011).

Se reconoce a la continuidad de la atención como un efecto positivo de la complementación entre sistemas sustentada en la empatía del paciente y en su universo interpretativo con determinado prestador de un sistema de atención y relacionada, indefectiblemente, con resultados favorables en la salud y con el control de aspectos negativos tales como el racismo y el maltrato usualmente imputados al MMH. La complementariedad de los aportes que ofrece cada sistema se expresaría en mejores resultados sobre la salud de los pacientes en tanto las eventuales complicaciones podrían tener respuestas inmediatas y oportunas (mayormente quirúrgicas) desde el MMH, con una consecuente disminución de la mortalidad general y específica.

Potencialmente podría esperarse un efecto de convencimiento y confianza en el plan terapéutico basado en la respetabilidad y prestigio de los agentes informales en su comunidad; así como la garantía de confiabilidad que se podría transmitir al paciente que es derivado o transferido al plan terapéutico médico occidental.

En términos generales, las representaciones sociales sobre los beneficios de las diversas estrategias de interacción entre sistemas médicos podrían ubicarse en alguna de estas categorías: acercamiento de los servicios de salud pública a las comunidades y culturas diversas; disminución de barreras de acceso de carácter cultural para mujeres indígenas del área rural; cambio de la percepción de insensibilidad cultural hacia una de

mayor confianza que los miembros de culturas diversas tienen respecto de la atención que se brinda en los servicios oficiales de salud; disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad materna en la población de cobertura de los servicios de salud que ofrecen enfoque intercultural de atención; evidencia del interés y preocupación del Estado por la salud de las culturas subordinadas y grupos étnicos diversos en situación de rezago relativo y exclusión; comprensión global del paciente en su contexto social y cultural; revisión crítica y reflexión sobre los fundamentos epistemológicos y operacionales de los diversos sistemas de atención en salud; fortalecimiento de los elementos comunes de los sistemas médicos diversos para complementarse; equilibrio de la posición de superioridad de uno de los sistemas respecto del otro; humanización de la atención; control y limitación de prejuicios entre prestadores de diferentes sistemas de atención; mejoramiento de la calidad de atención y accesibilidad a los servicios oficiales de salud.

Las representaciones sociales sobre los aspectos negativos de las diversas estrategias de interacción entre sistemas médicos, de modo general, se han ubicado en alguna de estas dimensiones: conflictividad, acentuación de la idea de jerarquización, categorización y desvalorización entre individuos; trato diferenciado en función del poder real de un sistema médico; accesibilidad disminuida a los servicios oficiales de salud; menosprecio/ descalificación de un sistema de atención, sus procedimientos y resultados con repercusiones sobre la salud de los pacientes.

Existe un predominio de respuestas sobre el desconocimiento de los estudiantes del “Manual de Normas Técnicas para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado” del MSP, instrumento de normatización formulado desde el Estado para regular la atención del parto en los servicios oficiales que cuentan con servicios culturalmente adecuados. No se exploró el conocimiento en docentes, sin embargo de lo que, es claro su desconocimiento o descalificación técnica como una herramienta de apoyo para los estudiantes durante la atención del parto, en función de las respuestas mayoritarias de los estudiantes sobre el tema. Esta pregunta explora más allá del discurso, el enfoque formativo efectivo con características de interculturalidad cuando se ofrece al estudiante la posibilidad de conocer los instrumentos oficialmente avalados en función de su evidencia técnica. Es una pregunta de control que permite explorar la consistencia entre un discurso formativo institucional que reivindica el respeto a las característica

culturales de los pacientes a quienes van a atender y la utilización de un enfoque que en la práctica use los recursos para este propósito. Los estudiantes que afirman conocer el instrumento precisan las características de opcionalidad, tangencialidad, apendicularidad, marginalidad, valoración secundaria y orientación de respeto a las creencias aunque sean erradas, como las circunstancias en que lo conocieron.

En términos mayoritarios se manifiesta una posición de aceptación conceptual de los docentes sobre el tema de la salud materna con enfoque de atención intercultural, a pesar de que, en los procesos formativos cotidianos no se le haya dado el respectivo correlato. La posición favorable de los docentes se halla asociada a su experiencia de trabajo de campo y de mayor convivencia de los docentes con poblaciones diversas. La asociación positiva por especialidades relaciona a los médicos de familia y a los docentes del área de salud integral programa madre como los grupos docentes que mayormente abordan y abogan por el enfoque intercultural de atención, en contraposición a la visión docente especializada que la minimiza. El desconocimiento o descalificación técnica del enfoque y sus herramientas por parte de algunos docentes ya sea en las aulas cuanto en los escenarios extracurriculares de práctica permite identificar situaciones de inconsistencia entre el discurso formativo institucional que preconiza el respeto de las características culturales de los pacientes a quienes va a atender y la falta de consideración/utilización de los enfoques y recursos definidos oficialmente para este propósito.

Otras opiniones, recalcan en la ausencia de formación o tratamiento del tema y aún más de menosprecio al enfoque intercultural de atención. Se menciona, con mucha razón, que las limitaciones formativas de los estudiantes en el enfoque de atención intercultural tienen relación con la falta de competencia de los docentes sobre el tema.

Cuando se aborda la percepción, de los estudiantes sobre la importancia de integrar la temática del enfoque intercultural en el programa de salud materno infantil (particularmente en el manejo del embarazo, parto y puerperio), se expresa una representación de utilidad del enfoque ante las limitaciones del modelo biomédico para abordar los requerimientos que sobrepasan sus paradigmas de práctica. Finalmente, también se expresa de manera aislada una rotunda negación a la necesidad de formación en el tema.

Conclusiones

El estudio ratifica la necesidad de que las instituciones educativas responsables de la formación de recursos humanos en salud, replanteen y/o revisen sus paradigmas formativos para ser coherentes con su responsabilidad social. El enfoque de desarrollo de CC en los futuros prestadores de servicios médicos garantizaría una perspectiva de sostenibilidad en la lucha por limitar la exclusión de las poblaciones culturalmente diversas.

La formación médica intercultural se la considera el componente fundamental de un modelo educativo que siendo científico debe ser plural al proponer la consideración y el conocimiento de otros paradigmas interpretativos de la salud en un país multicultural.

Un proceso institucional de reflexión paradigmática, en términos de la instalación de una pedagogía de la alteridad, demandaría de la FMPUCE desarrollar un proceso formativo de carácter intercultural cuyo enfoque conceptual sea capaz de:

- Expresar una mayor coherencia institucional entre el discurso y la práctica mediante acciones afirmativas para alinear el perfil de egreso que preconiza en su misión y los arreglos organizativos necesarios para ello, a saber: definición e integración de un área de estudio transversal, carga horaria asignada, docentes especializados en el tema, carácter académico de las actividades docentes, proyectos de investigación en el tema, entre otros.
- Reconocer y aceptar que si el MMH (modelo teórico de sustento de la formación de los estudiantes en la FMPUCE) prevalece como patrón de oro de la atención es conceptualmente imposible alcanzar los principios de la universalidad y la equidad que preconiza el enfoque de APS. Este reconocimiento debe partir de la premisa de que la diversidad socio-cultural de la población humana es un hecho, que no puede ser negado y que además se exime de todo juicio normativo. El reconocimiento de las limitaciones del modelo biomédico para abordar las demandas de atención que sobrepasan sus paradigmas facilitarían la aplicación de un enfoque complementario con resultados favorables en la salud de los pacientes. Suma en este sentido la certeza de que el enfoque de

un proceso formativo médico integral siendo científico tiene que ser crítico y plural mostrando apertura a la consideración y el conocimiento de otros paradigmas de atención en un país multicultural y diverso.

- Identificar y modificar los dogmas colectivos, conscientes o inconscientes, que han configurado un currículo con brechas abismales ante la diversidad de los sistemas médicos de atención, con lo que se aportaría al descubrimiento de espacios de convergencia educativa.
- Plasmar en el currículo la noción de que la diversidad cultural no es únicamente un “problema” para la medicina sino una fuente de riqueza y nuevos recursos (no solamente materiales) para una atención médica más humana y digna. Sin necesidad de recrear escenarios ficticios/impostados (comunidades de práctica) que transmitan las clásicas distorsiones de procesos formativos no suficientemente coherentes, el estudiante debería percibir que la institución en su conjunto ha interiorizado de manera objetiva y clara una idea y una práctica para desarrollar en ellos competencias básicas para la atención intercultural.
- Orientar el currículo sobre la base del conocimiento, valoración y respeto por los paradigmas no hegemónicos de los modelos alternativos de atención (a los que recurre la mayoría de la población), ello permitiría la generación de una comunicación y referencia fluida entre modelos de atención, así como también contribuiría a que la población conozca las posibilidades terapéuticas de la medicina occidental.
- Integrar conceptual y operativamente determinados elementos de la diversidad y de la atención intercultural para que su traducción y aplicación no sea anárquica y genere efectos nocivos no deseados en la formación de los estudiantes como el racismo, la exclusión y, en el campo de la salud, discriminación por servicios sanitarios no adaptados a las condiciones de vida y al trasfondo socio-cultural de pacientes y familiares.

Este proceso de reflexión paradigmática, en términos epistemológicos, sentaría las bases para una práctica de comunicación intercultural que se sustente en el reconocimiento

y aceptación de la alteridad, de la diferencia cultural de los paradigmas de sustento de las diversas prácticas médicas; el desarrollo de una gran flexibilidad ideológica para tratar de no imponer a priori sistemas de pensamiento únicos y verdaderos; la construcción de un diálogo respetuoso y paciente para lograr el entendimiento y la comprensión de la forma de pensar, decir y hacer del “otro” y una aproximación mínima sobre el conocimiento de la cultura “del otro”.

Referencias bibliográficas

- Berger, P. y Luckmann, T. (1974). *La construcción social de la realidad*. Biblioteca de sociología.
- Ceirano, V. (2000). *Las representaciones sociales de la pobreza*. Una metodología para su estudio». Revista MOEBIO N°9. Santiago: Universidad de Chile (disponible en www.rehue.csociales.uchile.cl).
- CONAIE (1993). *“Propuesta de la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador*.
- Echeverry, J.J. (1997). *Treatment barriers: Assessing and accepting professional help*. En G. García y M.C. Zea (Eds.), *Psychological interventions and research with Latino populations* (p.p. 94-124). Boston: Allyn and Bacon.
- Haro, J. (2011) en Ramírez Hita, S. *“Salud Intercultural. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano”*. ISEAT, La Paz-Bolivia.
- Lacaste, D. (2000). *Medicina tradicional de los pueblos indígenas: experiencia en unidades operativas del oriente ecuatoriano*. Farmacéuticos sin Fronteras. Curso amazónico de medicina tropical, parasitología, virología y ofidotoxicología. Puyo, Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). *Manual de Normas Técnicas para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado*. Quito, Ecuador.

- Mozo, C. (2017). *Salud e interculturalidad en Ecuador: las mujeres indígenas como sujetos de intervención de las políticas públicas*. Comparative Cultural Studies: European and Latin America Perspectives 3: 55-65, 2017 DOI: 10.13128/ccselap-20826 | ISSN 2531-9884 (online).
- Ramírez, S. (2011). *Salud intercultural*. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano. Instituto Superior Ecuménico Andino de Teología, La Paz, Bolivia.
- Romney, A. Weller, S. & Batchelder, W (1986). *Culture as consensus: A theory of culture and informant accuracy*. American anthropologist 88 (2), 313-338.
- Schütz, A. y Luckmann, T. (1977). *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Vázquez, O. (2002). *Competencia intercultural e intervención social*. Formación para el desarrollo de la acción intercultural. Ponencia al II Congreso nacional sobre Inmigración Extranjera en España.