CAPÍTULO XI

ENFOQUE DE VISIÓN INTERCULTURAL EN SALUD: ENTRE LA RETÓRICA Y REALIDAD DEL CURRÍCULO DE FORMACIÓN MÉDICA EN LA UNIVERSIDAD ECUATORIANA

Milton Ricardo Gross Albornoz

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

Carlos Fernando Terán Puente

Médico Magister en Salud Pública. Docente principal. Facultad de Enfermería. Universidad Estatal de Milagro Ecuador. Correo electrónico: cteran@unemi.edu.ec.

José María Terán Puente

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

Resumen

El estudio interpretativo que se presenta tiene como propósito analizar las raíces del desencuentro sobre la coherencia del enfoque de interculturalidad en salud entre la retórica, de las instituciones responsables de brindar atención de salud (Ministerio de Salud Pública) y la realidad del currículo de formación médica en la universidad ecuatoriana, situación vinculada a la perpetuación histórica de un perfil de inequidad en el acceso a la atención de salud de los grupos étnicos minoritarios y de las culturas subordinadas (“los otros”) en el país. Metodológicamente esta investigación está orientada bajo el paradigma cualitativo de carácter documental con análisis interpretativo de un universo de documentos relacionados directamente con la temática analizada. Los hallazgos indican, que existe una brecha entre los lineamientos direccionados desde el ministerio de salud y la realidad de la práctica curricular impartida en las facultades de medicina en el país, así como también el trato que se imparte la población étnica que recibe el servicio de salud, en conclusión se destaca que al contribuir a la generación de una propuesta institucional para la formación intercultural en salud de los estudiantes de ciencias de la salud, se aportaría elementos de sostenibilidad al proceso de inclusión y de exigencia del derecho a la salud de las poblaciones diversas. Así mismo la reconciliación de perspectivas se propone a través de la “ecología de los saberes”, sustentada en las concepciones teóricas de las Epistemologías del Sur.

Palabras clave: currículo, Epistemologías del Sur, modelo médico hegemónico salud intercultural.

HEALTH INTERCULTURAL APPROACH: BETWEEN RHETORIC AND THE REALITY OF MEDICAL CURRICULA AT ECUADORIAN UNIVERSITIES

Abstract

The interpretive study presented is intended to analyze the roots of the disagreement about the coherence of the intercultural approach to health between rhetoric, of the institutions responsible for providing health care (Ministry of Public Health) and the reality of the medical training curriculum in the Ecuadorian university, situation linked to the historical perpetuation of an inequality profile in the access to health care of minority ethnic groups and subordinate cultures (“the others”) in the country. Methodologically this research is oriented under the qualitative paradigm of documentary character with interpretative analysis of a universe of documents directly related to the subject analyzed. The findings indicate that there is a gap between the guidelines addressed by the Ministry of Health and the reality of the curricular practice taught in the medical faculties in the country, as well as the treatment given to the ethnic population receiving the health service. In conclusion, it is highlighted that by contributing to the generation of an institutional proposal for the intercultural training in health of students of health sciences, elements of sustainability would be contributed to the process of inclusion and demand of the right to health of the populations diverse. Likewise, the reconciliation of perspectives is proposed through the “ecology of knowledge”, based on the theoretical conceptions of the Epistemologies of the South.

Keywords: curriculum, intercultural health approach, medical hegemonic model, South epistemologies.

Introducción

De acuerdo con los análisis presentados por diferentes documentos oficiales tal como Informe Nacional de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Ecuador (2006); Plan plurinacional para eliminar la discriminación racial y la exclusión étnica y cultural. Secretaría de Pueblos, Movimientos Sociales y Participación Ciudadana (2011); Encuesta Nacional sobre Racismo y Discriminación Racial en el Ecuador (2004), sobre la igualdad y equidad hacia la asistencia de la población étnica y los menos favorecidos como comunidades vulnerables.

El panorama presente respecto a esta situación no es nada favorable para la población en condición de desigualdad y de inequidad ya que se evidencia que el nivel de cumplimiento de los derechos de los niños indígenas es de 2.2 % sobre 10 frente a un 4.7% de cumplimiento en los no indígenas, situación atribuida a problemas estructurales y de construcción de Políticas Públicas, para el acceso a la utilización de los servicios de salud de la población indígena, afro ecuatoriana, montubia, minorías étnicas, poblaciones en aislamiento y no contactada, grupos de diversidad sexual, cultural, religiosa, migrantes y desplazados es un hecho incontestable en el país.

El efecto de este sostenido proceso de exclusión de acuerdo con cifras 2002-2010 del Centro Latinoamericano y Caribeño de Población (CELADE) el 70,6% de la población ecuatoriana excluida del sistema de salud ecuatoriano pertenece a los pueblos indígenas. La mortalidad infantil de niños indígenas es de 67,6 %; mientras que la correspondiente en niños no indígenas es de 29,9 % por cada mil nacimientos cuyas cifras evidencian se expresa en el desarrollo de un riesgo incremental de deterioro de su salud, el padecimiento de enfermedades crónicas, la muerte prematura y el apareamiento de complicaciones en el desarrollo infantil (Bout et al., 2014), (Chen, 2001), (Hirozaku, 2012), (Peters et al., 2008), (Heather, 2007).

Estos grupos, adicionalmente, reciben una atención de salud de menor calidad (Ley del Cuidado Inverso) y reportan más experiencias negativas durante la atención de salud comparados con las poblaciones de mejor status socioeconómico (Mercer, 2007). Las principales barreras de acceso y de calidad de la atención recibida por estos colectivos se generan como consecuencia de la relación e interacción desigual o asimétrica en términos ideológicos y de poder efectivo, así como por las diferencias culturales entre los actores relacionados en este proceso, a saber, personal de salud y pacientes que demandan atención.

Las características culturales del personal médico vinculadas con sus creencias religiosas, bagaje cultural familiar, nivel socioeconómico, lenguaje, junto al conjunto de variables inherentes a la cultura institucional de formación y práctica asistencial (universidad/facultad de medicina/servicio de salud) se constituyen en las variables culturales de primera línea que explican los problemas de accesibilidad y calidad de la atención brindada a estos grupos poblacionales.

Esta configuración cultural determina como una praxis normalizada un panorama de ausencia o escasa sensibilidad del personal de salud hacia la diversidad humana, que se expresa mediante: i) la falta de un ideario comprometido con la otredad; ii) la existencia de condiciones derivadas de la desigualdad de poder en la relación profesional-usuario; iii) la instalación de prácticas administrativas y de atención no adecuadas al rango que la diversidad humana implica; iv) un claustro de profesionales escasamente concienciados o preparados para atender a los nuevos usuarios que configuran la realidad demográfica en la sociedad actual (Martínez, Martínez y Calzado 2006).

Desde la posición subordinada (los usuarios/ pacientes), los factores relacionados con su exclusión se han vinculado a las peculiares e inveteradas características (deficitarias, por supuesto) de los grupos minoritarios: i) escaso dominio del idioma; ii) falta de hábitos adecuados de uso; iii) amortiguada capacidad de reclamo; iv) búsqueda de soluciones mediante otros recursos alternativos dentro de la comunidad (sanadores, curanderos), entre otros.

Como reflexión del análisis del tema de estudio, se plantea que el perfil de inequidad en el acceso a la atención de salud que excluye a los grupos étnicos minoritarios y a las culturas subordinadas ("los otros") en el país, se ha perpetuado históricamente por los desencuentros sobre la coherencia del enfoque de cobertura de estas poblaciones (interculturalidad en salud), marcadamente retórico, de las instituciones responsables de brindar atención de salud (Ministerio de Salud Pública) y de formar a los recursos humanos médicos responsables de dicha atención (facultades y escuelas de medicina). La reconciliación de perspectivas se

propone a través de la “ecología de los saberes”, sustentada en las concepciones teóricas de las Epistemologías del Sur.

Por consiguiente se justifica la relevancia de la investigación ya que permite mostrar la realidad existente entre los lineamientos direccionados por el ministerio de salud y la práctica en la asistencia de estos grupos étnicos, que han sufrido la ausencia del servicio de salud de calidad, lo cual evidencia la brecha existente entre la retórica y la realidad, en tal sentido se plantea como objetivo del estudio analizar las raíces del desencuentro sobre la coherencia del enfoque de interculturalidad en salud entre la retórica, de las instituciones responsables de brindar atención de salud (Ministerio de Salud Pública) y la realidad del currículo de formación médica en la universidad ecuatoriana.

Fundamentación teórica

El panorama de inequidad y exclusión al acceso a la salud en el país

El capítulo primero: Principios de Aplicación de los Derechos, inciso 2 del artículo 11 de la Constitución Política de la República del Ecuador (2008) menciona textualmente: “Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades. “Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos” (p.4).

A pesar de este mandato constitucional, los grupos hegemónicos del país han reproducido históricamente modelos de desarrollo concentradores de la riqueza y excluyentes de los grupos poblacionales vulnerables y vulnerados. El coeficiente de Gini indica que el nivel de exclusión alcanza el 0,42% en el año 1995, en el año 2006 la cifra es 0,46% y en el año 2012 se ubica en 0,47%. Las ideologías del poder coyuntural, en la práctica, han hecho un ejercicio efectivo del racismo como un fenómeno estructural de la sociedad y de este ejercicio se ha desprendido una práctica de prejuicio racial y discriminación refiriéndose a los grupos étnicos como: “de los otros” como una impronta institucional normalizada, que ha impregnado notoriamente al sector salud. Esto conlleva a la exclusión social de un grupo humano considerado inferior en cuanto a recursos, servicios y derechos. Se caracteriza por ofrecer tratamiento negativo a las personas sobre las cuales recae el prejuicio racial. (Plan plurinacional para eliminar la discriminación racial y la exclusión étnica y cultural. Secretaría de Pueblos, Movimientos Sociales y Participación Ciudadana. 2011).

La emergencia de la salud intercultural como un nuevo paradigma del derecho a la salud

En la región y en el país, la consideración de la “cultura” y su relación con la salud se instala a partir de la década de los 80, sustentada en un abigarrado cuerpo constitucional

y legal que pretendía, en teoría, reparar los desencuentros en la atención en salud por desatender la consideración de la cultura como un elemento fundamental y como una forma válida y eficiente para incrementar las coberturas de atención de los segmentos poblacionales marginalizados o excluidos.

El concepto de “interculturalidad”, incorporado en el discurso de las disciplinas sociales y médicas, siendo que en su esencia se ocupa de la alteridad u otredad, presenta numerosas aristas que van más allá de “lo cultural” o de “la salud” lo que hace que, en términos generales, se ubique en un plano deleznable de retórica que permite su traducción como una palabra mágica, cada vez más usada por todo el mundo sin ningún tipo de rigor o precisión descriptiva, un concepto “políticamente correcto” imbuido en un “buenismo” que es aceptado socialmente como algo positivo (Flores, 2004), y que puede y ha sido instrumentalizado implícita y explícitamente para los fines más diversos (Knipper, 2006). El acuerdo relativo sobre el concepto en la comunidad especializada, se refiere a su consideración como “una realidad omnipresente que posee sus propios modos de funcionamiento en la vida en común de los pueblos y de las sociedades” (Onghena, 2003. p 51-65).

El tema de la salud intercultural cobra vigencia y tiene gran relevancia en un país multicultural como Ecuador, en el que existe una gran diversidad de grupos poblacionales étnicamente diferenciados y de culturas subordinadas. Estos colectivos al establecer contacto con los servicios de salud, manifiestan además de su enfermedad, la concepción que tienen sobre ésta, su origen y las formas de tratamiento entendidas en lógicas y nombres diferentes al MMH, lo que condiciona y promueve en muchos casos, relaciones de conflicto, choque cultural, resistencia y temor al uso de los servicios; asimismo, se ocasiona a veces sin proponérselo, atropello a sus derechos y creencias, desapego a las medidas terapéuticas y preventivas, y en último término, alejamiento de los servicios de salud.

La reflexión sobre esta temática se la plantea académicamente en un escenario complejo de posiciones funcionalistas, que corresponden a la mayoría, y otras de corte crítico reflexivo.

En los hechos, la definición, organización y puesta en marcha de modelos de atención con pretensiones de reconocimiento a la diversidad cultural, ha estado caracterizada, desde la oficialidad, por una visión funcionalista de orientación adscriptiva de subordinación del modelo médico tradicional al modelo médico hegemónico (MMH).

El eje de esta visión estratégica oficialista se ubica en la necesidad de incorporar las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en el nivel básico de atención de los servicios públicos de salud, con lo que se transmite un discurso de complementariedad construido supuestamente en armonía y consenso entre sistemas médicos diversos¹ con lo que se establecería mayores posibilidades de intervenir eficazmente en poblaciones que recurren a

¹ Ubicando el punto en un dilema de relaciones interétnicas no suficientemente bien avenidas y que podría resolverse para beneficio de los usuarios mediante un enfoque de atención/salud intercultural que involucre las interrelaciones equitativas respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, etarias, lingüísticas, de género y generacionales, establecidas en el espacio determinado entre diferentes culturas (pueblos, etnias) para construir una sociedad justa (OPS/OMS, s.f: 30).

sistemas médicos epistemológicamente diferentes al MMH. Esta idea de transformación de los sistemas de salud mediante la revalorización de la medicina tradicional y su “supuesta aceptación” en un modelo amalgamado con la medicina científica/occidental, en la práctica ha privilegiado la normatización rígida de las prestaciones ambulatorias y hospitalarias, en absoluta sindéresis con el modelo biologista explicativo del proceso salud – enfermedad – atención, sin considerar o con una consideración tangencial de sus interpretaciones culturales.

La visión oficial de la salud intercultural imagina a las medicinas tradicionales y complementarias como imagen de espejo o réplica de la biomedicina o medicina académica occidental aderezada con unos cuantos ingredientes de aroma indígena como el conjunto jerarquizado de agentes tradicionales de la salud que se desempeñan en un ámbito perfectamente demarcado de patologías, nosología y farmacopea fitoterapéutica, puesta al alcance de todos en función de sus costos y la simplificación de sus modelos interpretativos o cosmovisiones (Knipper, 2006). La inspiración de este discurso ha correspondido a una retórica institucional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que ha permeado en los correspondientes ministerios de salud de la Región cuando de organizar la cobertura de las poblaciones diversas se ha tratado.

Los enfoques de sustento de las visiones funcionalistas han soslayado la necesidad de una mayor inversión en el campo de la salud, ya que las deficientes condiciones de salud de los pueblos indígenas han sido analizadas fundamentalmente desde la óptica de las barreras culturales, sin suficiente consideración del enfoque estructural de gestión de los servicios de salud, elemento preponderante en el modelo de atención Haro, (citado por Ramírez, 2011).

Las posiciones críticas de este enfoque puntualizan al origen del financiamiento externo de las iniciativas de impulso a la interculturalidad en salud como una estrategia de control de las políticas locales, limitando de este modo, la autonomía de las comunidades indígenas en la definición de sus prioridades. Otros críticos consideran que las intenciones ciertamente loables de la oficialidad para lograr impactos en los programas específicos de salud, en la práctica, inadvertidamente o conscientemente se han convertido en instrumentos políticos de continuismo (por acción u omisión) del poder biomédico occidental, enmascarados en la forma de programas de desarrollo, cooperación internacional, ayuda humanitaria solidaria, programas integrados, adecuación de servicios de salud interculturales en los hospitales, entre algunas modalidades.

Haro en Ramírez (2011. p 19) puntualiza que, más allá de las reivindicaciones por el reconocimiento de la alteridad y el respeto a lo autóctono, existe un trasfondo en la noción de “rescate cultural” que es de conveniencia política y de cálculo 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”. Este autor se cuestiona “¿hasta qué punto, la salud intercultural encubre los conflictos y aleja las posibles soluciones a las inequidades?, concluyendo “La salud intercultural ha devenido en un discurso y una práctica que se utiliza para soslayar la desigualdad económica y social que persiste en la mayoría de los países de la Región”

Crítico de la posición funcionalista, Mabit (2004), plantea como una postura reduccionista a la posibilidad de aproximarse al debate de la articulación de la medicina

tradicional y la medicina occidental, en tanto sean consideradas como campos fijos y absolutamente delimitados, ya que en la práctica tienen características demasiado dinámicas en sus dimensiones conceptuales y de materialización. Cabieses (2004) advierte en la misma línea de pensamiento de Mabit “sin embargo, frente a esta realidad mestiza, mezclada, dinámica, plástica, existen permanentes intentos absurdos de querer fijar límites precisos para poder plasmar sobre esa fantasía discursos radicales” (p:4).

Los elementos del enfoque reduccionista puntualizados por Cabieses y Mabit se expresan en posiciones dialécticas que tratan de explicar los problemas de acceso fundamentalmente desde la óptica de las limitaciones culturales de un determinado grupo, ante lo que se insiste en que, una estrategia de impacto debe remover las “barreras culturales” en pacientes/ culturas frente a la acción de la biomedicina, para luego diseñar estrategias o destinar recursos tendentes a superar dichas “barreras” y traer al redil de la biomedicina o medicina occidental a los pacientes antes reacios por su “cultura”.

Metodología

El presente estudio se orientó bajo el paradigma cualitativo, con un enfoque de tipo analítico de carácter documental, apoyado en el empleo de instrumentos de obtención de información a partir de la revisión de documentos científicos e institucionales donde se identifican las variables del estudio como es la retórica y práctica del currículo de la formación médica intercultural entre la realidad y la práctica en términos de la asistencia en salud para la población étnica y grupos en condiciones de vulnerabilidad, seleccionando informes y documentos de otros investigadores que han profundizado sobre el tema, cuyo objetivo es analizar las raíces del desencuentro sobre la coherencia del enfoque de interculturalidad en salud entre la retórica, de las instituciones responsables de brindar atención de salud (Ministerio de Salud Pública) y la realidad del currículo de formación médica en la universidad ecuatoriana.

Resultados

El largo y complejo camino de convertir en realidad la utopía: inclusión social y acceso a la salud de las poblaciones diversas. Los roles del Estado, la Academia y la población objetivo

En este escenario de emergencia de una nueva manera de entender a la salud como un derecho colectivo y ante un panorama innegable de exclusión del acceso a la salud de la población indígena, la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE), mediante una estrategia de lucha y movilización política de reivindicación de los derechos ciudadanos planteó en 1990 un modelo de atención sensibilizado hacia la diversidad multicultural.

La concreción de estas reivindicaciones, en el campo de la salud, implicó la implementación de aspectos de forma como la constitución oficial de la Dirección Nacional de Interculturalidad, Derecho y Participación Social en Salud, dependiente del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2013) responsable en teoría de: definir y asegurar la implementación de

políticas interculturales de salud, planes, programas y demás herramientas que, garanticen la articulación y complementariedad de los conocimientos, saberes, prácticas ancestrales y alternativas de salud, en los diferentes niveles de gestión y atención integral, promoviendo y facilitando la participación social y el ejercicio de derechos.

Los temas de fondo que podrían lograr impactos positivos sobre la salud de estos colectivos, parecerían ser parte de una utopía que referida al desafío por desarrollar y poner en escena un modelo de atención incluyente que implicara el ejercicio activo de valores compartidos, referidos de manera ideal al respeto, comprensión, paciencia, adecuación y solidaridad de los actores involucrados, evitar la discriminación, disminuir brechas, crear aproximaciones, superar discrepancias, forjar ambientes de re-conocimiento del otro, y por ende de uno mismo, lograr convivencias dignas, establecer aceptaciones mutuas de las semejanzas y las diferencias, buscar interacciones satisfactorias para las partes involucradas en el acto médico o sanitario, y en la relación trabajador de la salud-paciente. Entre los principales actores institucionales involucrados: i) formadores de recursos humanos en salud (RHUS), ii) prestadores de servicios de salud (públicos, privados y de otro tipo); y iii) comunidades a ser atendidas.

El sueño por hacer efectivo el desarrollo de este modelo de atención, fundamentalmente, ha carecido de coherencia y sostenibilidad a juzgar por los limitados resultados de un sinnúmero de iniciativas implementadas desde diferentes frentes de interés (Estado, gremios, organizaciones étnico políticas, grupos de presión, organizaciones no gubernamentales, iglesias, municipios, universidades, etc.). La complejidad, volatilidad y limitado impacto para modificar los indicadores de salud deficitarios de los colectivos diversos han evidenciado con frecuencia, un desencuentro entre las visiones de las culturas sanitarias inter-actuales alrededor de los procesos de salud-enfermedad-atención, como lo expresan diversos testimonios y argumentos sobre la coherencia de dichas iniciativas:

Los programas de salud, están diseñados para una población concentrada y urbana, las instituciones del Estado responsables de la protección en salud de la población (MSP), no consideran para el diseño de sus programas, proyectos o actividades, el espacio geográfico donde se encuentran asentados los pueblos indígenas. Si retornamos al concepto de salud y bienestar que tienen los pueblos indígenas, lo ideal es incorporar el enfoque de equilibrio en el diseño de programas o proyectos de salud, esto posibilitará una atención en salud integral, oportuna, familiar, comunitaria e intercultural. (Pacari y Vega, 2008, p.32)

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).

Good (2003), cuando reflexiona sobre la brecha entre modelos diversos de atención, menciona:

No es simplemente la existencia de las barreras entre los modelos médico y tradicional lo que limita la eficacia de las intervenciones. De manera más específica, el autoritarismo del modelo médico occidental respecto

de la salud se niega a entender los constructos culturales, lo que limita el verdadero diálogo y la comunicación entre estos actores (p.17.)

Fernández (1999) con mucha razón sugiere que posiciones institucionales coherentes con la formulación de una política de impacto y sostenibilidad en el campo de la salud intercultural requiere comprender los factores que obstaculizan los procesos interculturales: el pensamiento único, la escencialización o la instrumentación política de las identidades, los prejuicios, el repliegue sobre uno mismo, la ignorancia del “otro”, el intercambio desigual de los signos y de las culturas, así como el abordaje de los complejos problemas que provoca la jerarquización de las relaciones culturales en las comunidades políticas.

Estas limitaciones en el enfoque de sostenibilidad de las estrategias para ofrecer una atención intercultural de salud son la resultante de una práctica inveterada de la oficialidad (MSP) para endosar este encargo, fundamentalmente en los niveles básico y complementario de la pirámide de atención, a un contingente de profesionales de la salud, que en su mayoría, una vez egresados de las facultades y escuelas de ciencias de la salud, perdió durante su proceso formativo universitario una oportunidad inmejorable y a menudo irrecuperable para desarrollar una práctica de sensibilidad intercultural, encontrándose desvalidos cuando de interactuar con pacientes diversos se trata.

Para mitigar estas limitaciones, y como aceptación de la brecha real existente entre la oferta y demanda de una atención diferenciada, el MSP ha recurrido repetitivamente a la onerosa y poco eficiente contratación de algunas facultades de medicina del país para encargarles la capacitación de sus recursos humanos en salud (RHUS) en los niveles de atención básico y complementario alrededor de un modelo formativo especializado de salud familiar (no de salud comunitaria). Este abordaje pedagógico remedial y de replicación en serie propuesto desde la oficialidad, mediante cursos de capacitación y refrescamiento masivos, ha sido poco efectivo ya que se ubica en una etapa tardía del continuo de formación médica para el desarrollo de competencias culturales, lo que conspira contra la sostenibilidad del enfoque estratégico de atención intercultural.

Más aun y de manera contradictoria, el MSP ha establecido contrataciones con las mismas facultades y escuelas de medicina que, a su debido momento, no han sido capaces de desarrollar en sus propios egresados las competencias interculturales requeridas para un modelo de atención centrado en el sujeto diverso.

Retórica y práctica del currículo de la formación médica intercultural: lo formal y lo escondido

El currículo formal de las escuelas y facultades de ciencias de la salud en el país, en términos generales se halla caracterizado por una visión idealizada y no siempre objetiva de los procesos de formación de los futuros egresados expresándose en un cúmulo de buenas intenciones educativas. Sin embargo, la brecha que media entre los ideales–misiones, visiones, perfiles de egreso– de una institución que generalmente propenden por una integralidad formativa y lo que sucede en la cotidianidad de la práctica curricular es lo que Sacristán (1991) define como el “currículo en acción, la arquitectura de la práctica”.

Cuando se trata del tema de la incorporación de la interculturalidad en salud, la brecha que se establece entre la retórica y la realidad del currículo, es más profunda y podría explicarse, fundamentalmente por los siguientes argumentos:

El currículo formal/prescrito de las escuelas y facultades de ciencias de la salud, al reconocer, usualmente, a la salud como un derecho humano fundamental, acepta (aunque sea de manera teórica) una postura institucional eminentemente política que, en la práctica, no está en capacidad de dinamizar. El conjunto de principios y valores idealizados de la práctica médica sustentada en la concepción filosófica y política de la Atención Primaria de la Salud (APS) (universalidad, equidad, humanidad, justicia, utilidad, profesionalismo, ética, competencia científica) con que propone desarrollar el proceso formativo (perfil de egreso) configuran un perfil ambiguo y complejo objetivamente difícil de conseguir. Mientras más ambigüedad exista en el perfil de egreso es razonable esperar un proceso formativo retórico con mayores posibilidades de desviación.

Desde una perspectiva pedagógica se produce una contradicción al tratar de desarrollar un currículo que bien podría ser categorizado como de racionalidad crítica, a juzgar por su intención de transformar la realidad, (exclusión de los grupos vulnerables); pero que, sin embargo en la práctica se materializa mediante el desarrollo de un “currículo como resultado” cuyo fin último es el interés por desarrollar competencias y resultados de aprendizaje, productos educativos de una racionalidad técnica (Echeverri y López 2013).

Los ideales –misiones, visiones, perfiles de egreso– explicitados como parte del currículo formal apuestan por una integralidad formativa, en donde la consideración de la diversidad cultural se halla explícitamente ratificada 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.

El común denominador de los perfiles de egreso ofrece 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.

Sin embargo, esta loable intencionalidad institucional se confronta permanentemente con la inevitable contradicción o discrepancia entre lo que la universidad ofrece en su perfil de egreso y lo que los estudiantes finalmente deciden que quieren ser. En el dilema educativo de la formación integral en contraposición a la formación especializada, es claro el enorme desbalance que se produce a favor de los estudiantes egresados que optan por especialidades y subespecialidades/super especialidades basadas en la práctica hospitalaria de tecnología de alta densidad en desmedro de especialidades adecuadas para el trabajo en Atención Primaria de Salud. En este sentido, la orientación curricular de estas instituciones, para ser coherentes con su responsabilidad social y con su inspiración filosófica pedagógica, debería propender a la formación de recursos humanos para construir o apuntalar sistemas de salud caracterizados por el acceso universal, la búsqueda de la equidad, la humanidad de la atención.

Lamentablemente, el hospitalocentrismo exagerado del proceso formativo, el desprestigio científico, social y profesional de las especialidades vinculadas con la salud familiar y comunitaria, la atracción por las nuevas tecnologías diagnósticas, la enseñanza

basada en enfermedades orgánicas individuales (con el atenuante didáctico del aprendizaje basado en problemas ABP), los comentarios negativos de algunos profesionales de otras especialidades y en algunos casos las limitaciones clínicas y docentes de los propios médicos de familia han contribuido a crear una representación monótona, jerárquicamente inferior, poco tecnológica y carente de desafío científico de la especialidad con un efecto desmotivador en los estudiantes a la hora de la elección en el postgrado (López, Pastor y Rodríguez 2010).

El efecto de esta conducta tiene indefectiblemente impactos en la disponibilidad de recursos humanos para contribuir a la sostenibilidad de modelos de atención interculturales. Uno de los problemas fundamentales de la falta de coherencia entre el currículo prescrito y el real tiene que ver con la propiedad intelectual de los perfiles de egreso definidos para los recursos egresados de las carreras de medicina en el contexto del paradigma educacional vigente en determinado momento histórico (Proyecto Alfa Tuning-América Latina de Innovación Educativa y Social (2011).

Otra cosa es lo que sucede en la práctica educativa cotidiana de las instituciones adherentes al enfoque intercultural. Aquí es donde el enfoque de diversidad tiene que nadar contracorriente ya que más allá de las posiciones institucionales declarativas hacia un enfoque de pluralismo académico, la mayoría del claustro docente desarrolla su práctica con sustento epistemológico en los paradigmas del modelo positivista del conocimiento, piedra filosofal de los procesos formativos de RHUS en el MMH (Menéndez, 1998).

En las carreras de ciencias de la salud se establece la ficción del equilibrio bio-psico-social. En la realidad, es el dominio absoluto del biologismo: somos iguales porque todos somos cuerpos regidos por las leyes inmutables de la vida: nacemos, crecemos, funcionamos, nos reproducimos y morimos... todos igualitos. Lo psicológico, lo social y cultural, lo subjetivo no es importante, no es trascendente: “demostramos unas cuantas clasecitas de psicología médica, de interacción médico-paciente... “pero para que no digan que no se toma en cuenta, demostramos algunas nociones de salud pública, de medicina social, de sociología y antropología médica (Campos Navarro 1997. p 7).

Conclusiones

El enfoque del modelo oficial de atención, que prioriza los aspectos biólogo-curativo centrado en la atención hospitalaria y que excluye los aspectos socioculturales de la población objetivo, guarda absoluta consonancia con la línea directriz del ámbito formativo de las facultades y escuelas de ciencias de la salud del país, en donde la consideración de la noción de interculturalidad se convierte en un territorio de conflicto entre la retórica y la realidad del currículo de formación médica.

La situación descrita hasta el momento, plantea la necesidad de construir una perspectiva sostenible de inclusión de las poblaciones vulnerables y culturas subordinadas excluidas, como una responsabilidad social de las escuelas y facultades de ciencias de la salud del país mediante una reorientación de su vocación formativa de mercado hacia la generación y puesta en práctica de procesos formativos de racionalidad crítica que conciben a los

sistemas médicos como complejas y dinámicas organizaciones culturales que expresan modelos epistemológicos definidos de pensamiento diverso acerca del fenómeno de salud-enfermedad. Es inevitable y evidente para estas instituciones aceptar que la calidad de la atención médica no depende exclusivamente de la suficiencia de recursos y de las competencias técnicas clínicas 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 planteados con la visión científica de la realidad, han tenido un efecto limitado en países/regiones con gran diversidad cultural.

Esta perspectiva implicaría la introducción efectiva de un enfoque curricular que apele por un diálogo intercultural fundamentado en el reconocimiento del “otro” sin barreras, ni jerarquías sociales en el que se pueda definir participativamente la prestación de un servicio integral adecuado a su cosmovisión y/o se valore, respete su propio sistema de atención, garantizando el acceso conforme a su elección en un plano de igualdad” MSP (2012).

La teoría del pensamiento abismal (De Sousa Santos, 2010), explica como el estatuto científico de un tipo de conocimiento se constituye en un modelo hegemónico que determina la orientación de los procesos conexos en una sociedad. Es así como el MMH de atención de la salud determina en última instancia la orientación de un modelo formativo hegemónico (vale decir lo que la universidad debe enseñar para ser coherente con el mercado de la salud (enfermedad). En esta teoría, se parte de la premisa que el pensamiento occidental moderno, en que se fundamenta la Medicina como disciplina positivista, corresponde a una de las más consumadas formas de pensamiento abismal caracterizado por fragmentar la realidad social mediante el trazado de líneas radicales que configuran dos universos: uno que está “de este lado de la línea” y que corresponde a la verdad y otro “del otro lado de la línea” que simplemente no existe desaparece como realidad. Aquí aparece “solo la no existencia, la invisibilidad, la ausencia no dialéctica” (De Sousa Santos, 2010. p 30).

En el dominio de la Medicina las divisiones marcadas por las líneas radicales son abismales, hasta el extremo de eliminar cualquier realidad que esté “al otro lado de la línea”. La visibilidad de la verdad que está “a este lado de la línea” se erige sobre la invisibilidad de un conocimiento que es irreconciliable con esta posición y que se refiere a lo popular, tradicional, alternativo, complementario, indígena y que es extinguido como relevante o conmensurable porque se encuentran más allá de la verdad y de la falsedad. “Al otro lado de la línea no hay un conocimiento real, solo hay creencias, opiniones, magia, idolatría, comprensiones intuitivas o subjetivas...” (De Sousa Santos, 2010. p. 31).

El pensamiento abismal se expresa en las instituciones formadoras de RHUS cuando en el currículo predomina como rasgo estructural dominante un enfoque biólogo exagerado que subordina, en términos metodológicos e ideológicos, otros niveles explicativos de los procesos de salud y enfermedad, como la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad. El biologismo constituye un carácter tan obvio del modelo, que no aparece reflexionado en las consecuencias que él tiene para la orientación dominante de la perspectiva médica hacia los problemas de salud/enfermedad (Menéndez, 1990; 1994).

El MMH por corresponder a un pensamiento abismal fija sus límites internos en las restricciones de las opciones terapéuticas que puede ofrecer cuando se posiciona ante los desafíos que le plantea la enfermedad. Esta delimitación marca el territorio de lo que se

considera como “verdad única”, por lo que, no le ha interesado reconocer las intervenciones alternativas posibilitadas por otras formas de conocimiento que se sitúan al otro lado de la línea abismal y que correspondería a su límites externos.

El plan de estudios (meso y microcurrículo) de estas instituciones es una expresión de los límites internos del MMH, que se estructura con una ponderación extremadamente desproporcionada hacia las disciplinas de las ciencias básicas y clínico quirúrgicas en desmedro de los abordajes de las ciencias sociales y de las humanidades médicas (límites externos). Este posicionamiento pedagógico sesgado, excluye “de facto” otras posibilidades interpretativas fenomenológicas con lo que se promueve en los estudiantes visiones unicistas sobre los problemas de salud y modelos teóricos explicativos de la salud–enfermedad–atención.

Como contrapeso de este posicionamiento, la incorporación del enfoque de interculturalidad en salud, emerge como una propuesta contra hegemónica de pensamiento pos abismal, expresada como una “ecología de saberes” que, en tanto tenga la capacidad de confrontar la mono cultura de la ciencia moderna positivista, aceptando la idea de una diversidad epistemológica del mundo y de pluralidad de saberes que trasciendan las fronteras del conocimiento científico podrá transformar a la exclusión como un objeto de intervención.

Se tratará de una propuesta contra epistemológica del conocimiento “científico” en tanto plantee una aproximación hermenéutica del estudiante a un escenario emergente de visiones y modelos interpretativos de la realidad social de colectivos ubicados en la periferia del “sistema mundo moderno” donde es mayor el escepticismo hacia la ciencia occidental. Estos colectivos marginales (grupos y minorías étnicas y culturas subordinadas) sustentan su práctica cotidiana en otras formas o en formas diferentes al conocimiento científico occidental, lo que les ha posibilitado su existencia (sobrevivencia) en este mundo abismal. “La ecología de saberes mientras fuerza la credibilidad para un conocimiento no científico, no implica desacreditar el conocimiento científico. Simplemente implica su uso contra hegemónico” (De Sousa Santos, 2010).

En suma, al contribuir a la generación de una propuesta institucional para la formación intercultural en salud de los estudiantes de ciencias de la salud, se aportaría elementos de sostenibilidad al proceso de inclusión y de exigencia del derecho a la salud de las poblaciones diversas, antes que a las demandas y tentaciones de las fuerzas del mercado de la salud (enfermedad) que cautivan, cada vez con más intensidad, a las facultades y escuelas de ciencias de la salud.

Referencias bibliográficas

- Buot, M-LG., Docena, JP., Ratemo, BK., Bittner, MJ, Burley, JT., Nuritdinov, AR. (2014). *Beyond race and place: distal sociological determinants of HIV disparities*. PLoS One. (9:4). DOI: 10.1371/Journal. Pone. 0091711.
- Cabieses, F. (2004). *Ayer y hoy (Las plantas medicinales)*. En Seminario-Taller regional sobre Políticas y Experiencias en Salud e Interculturalidad, Quito. Ministerio de Salud Pública y Unidad de Desarrollo del Norte.

- Campos-Navarro, R. (1997). *Una visión general sobre la medicina intercultural, en Servicios de salud con calidad intercultural en pueblos amerindios.*
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Población (CELADE)-División de Población de la CEPAL (2002-2010): *Sistema de Indicadores Sociodemográficos de Población y Pueblos Indígenas.*
- Constitución Política de la República del Ecuador (2008)
- Chen Y, Tang M, Krewski D, et al. (2001). *Relationship between asthma prevalence and income among Canadians.* JAMA. Vol 286:9,919-920.
- De Souza Santos, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder.* Coedición Ediciones Trilce-Extensión universitaria. Universidad de la República. Uruguay.
- Echeverri, G. y López, B. (2013). *El currículo universitario: una propuesta compleja. Proyecto: Propuesta Pedagógica, Curricular y Didáctica para la Formación de Técnicos, Tecnólogos e Ingenieros en Telecomunicaciones.*
- Fernández, G. (1999). *Médicos y Yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara.* Ministerio de Salud y Previsión Social, CIPCA, ESA, OPS/OMS. La Paz. Bolivia.
- Fernández Juárez, G. (1999). *Médicos y Yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara.* Ministerio de Salud y Previsión Social, CIPCA, ESA, OPS/OMS. La Paz. Bolivia
- Flores, Juan. (2004). “Una etnografía del “año de provincias” y de “cuando no hay doctor”. Perspectivas de la salud intercultural en Bolivia desde la biomedicina convencional”, en Fernández Juárez,: 181-211.
- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica.* Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Hirozaku, Y, Aber, L y Beardslee, W. (2012). *The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: implications for prevention.* The American psychologist. Vol.67: 4, 272-284. DOI: 10.1037/a0028015.
- Knipper, M. (2006). *El reto de la medicina intercultural y la historia de la medicina tradicional indígena contemporánea.* En: Fernández Juárez G, ed. *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural.* Quito: Abya-Yala; p. 413-32
- Lacaste, D. (2000). *Medicina Tradicional de los Pueblos Indígenas: Experiencias en Unidades Operativas del Oriente Ecuatoriano* [En línea]. [Consultado en: 28 de septiembre de 2019]. Recuperado de: <http://arutam.free.fr/Etnomedicina.html>
- López, S. Pastor, M. y Rodríguez, C. (2010). *The reputation and professional identity of family medicine practice according to medical students: a Spanish case study.* Atención Primaria. Vol 42:591-603.
- Mabit, J. (2004). *Ponencia Articulación de las medicinas tradicionales y occidentales : el reto de la coherencia.*

- Martínez, M. Martínez, J. y Calzado, V. (2006). *La competencia cultural como referente de la diversidad humana en la prestación de servicios y la intervención social*. Intervención Psicosocial. Vol. 15:3, 331-350.
- Menéndez, E. (1998). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires; p 451-464.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*. México: Alianza.
- Menéndez, E. (1994). *La enfermedad y la curación: que es medicina tradicional*. Alteridades. Vol. 4: 7, 71-83.
- Mercer, S. Watt, G. (2007). *The Inverse Care Law: Clinical Primary Care Encounters in Deprived and Affluent Areas of Scotland*. Annals of Family Medicine. Vol. 5:6,503-501. DOI: 10.1370/afm.778.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud: Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS - FCI)*.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013). *Dirección Nacional de Interculturalidad, Derecho y Participación Social en Salud*.
- Onghena, Y. (2003). *Reinterpretar para gestionar la diversidad cultural, en Sampedro, Víctor y Llera, Mar (eds.)*, Interculturalidad: Interpretar, gestionar y comunicar, Barcelona, Bellaterra. p. 51-65.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Organización Mundial de la Salud (OMS)*.s.f. La salud de los pueblos indígenas de las Américas. Conceptos, estrategias, prácticas y desafíos. Iniciativa de salud de los pueblos indígenas de las Américas. Quito: OPS/OMS, s.f.
- Ramírez, S. (2011). *Salud Intercultural. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano*". ISEAT La Paz. Bolivia
- Sacristán, J. (1991). *El curriculum: una reflexión sobre la práctica*. Ediciones Morata.
- Pacari, N. y Vega, L. (2008). *Marco conceptual de los Objetivos de Desarrollo del Milenio desde la perspectiva de los Pueblos Indígenas*. Acciones y estrategias para alcanzar los ODMs en zonas con pueblos indígenas. Quito:OPS.
- Peters, DH., Garg. A., Bloom, G., Walker, DG., Brieger, WR., Rahman, MH. (2008). *Poverty and access to health care in developing countries*. Annals of the New York Academy of Sciences. Vol. 1136, 161-171. DOI: 10.1196/annals.1425.011.
- Secretaría de Pueblos, Movimientos Sociales y Participación Ciudadana. (2011). *Plan plurinacional para eliminar la discriminación racial y la exclusión étnica y cultural*.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Plan Nacional de Desarrollo / Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017*. ISBN-978-9942-07-448-5.