



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

GRADO EN MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO

Interculturalidad y salud:

La competencia cultural y la interculturalidad en salud como herramientas para abordar el encuentro clínico multicultural.

Interculturality and health:

Cultural competence and interculturality in health as tools to approach the multicultural clinical interaction.

Autora: María Díaz Martín

Director: Fernando Salmón Muñiz

Santander, Junio 2018

Índice.

Resumen/Abstract	3
I. Introducción y Objetivos	4
II. Material y Métodos	5
III. Resultados y Discusión	6
IV. Conclusiones	24
V. Bibliografía	26
Agradecimientos	31

Resumen

Las sociedades contemporáneas se caracterizan por un componente multicultural creciente. La literatura específica de los ámbitos de la medicina, la salud pública, la antropología y las ciencias sociales reconocen la importancia del marco cultural en el encuentro clínico entre médico y paciente, aportando evidencia sobre el efecto que las disparidades culturales tienen respecto a la calidad asistencial sanitaria de los pacientes de grupos minoritarios. Tomando el componente cultural como determinante en salud, el presente trabajo pretende revisar dos de las principales propuestas para abordar esta cuestión en la formación y la práctica médica: la competencia cultural y la interculturalidad en salud, que, a pesar de compartir la sensibilidad hacia el componente cultural diverso y su repercusión en los procesos de salud/enfermedad/atención, poseen metas y propuestas prácticas diferentes. A través de una revisión bibliográfica de carácter cualitativo se pretende mostrar una perspectiva crítica del marco en el que se desarrollan ambas propuestas, así como sus logros y limitaciones.

Palabras clave: interculturalidad en salud, competencia cultural, multiculturalidad, relación médico-paciente, minorías sociales.

Abstract

Contemporary societies are characterized by a growing cultural diversity. The academic literature related to the fields of medicine, public health, anthropology and social sciences recognize the importance of the cultural frame in the clinical encounter showing evidence on the effect that cultural disparities have on the quality of the health care interventions provided to patients from minority groups. Taking the cultural component as a health determinant the essay aims at discussing two of the main proposals to approach this issue in medical training and practice: cultural competence and interculturality in health. A qualitative review of the literature available will allow the development of a critical perspective on the frameworks that sustain these two proposals and a discussion of their achievements and limitations.

Key words: interculturality in health, cultural competence, multiculturality, patient-doctor relationship, social minorities.

I. Introducción y objetivos

En un mundo cada vez más globalizado, un rasgo que caracteriza a las sociedades contemporáneas es la diversa composición cultural, lingüística y étnica de su tejido social.

Esta diversidad no sólo depende de los flujos migratorios más recientes, pero centrándonos en estos y en la región europea, la Oficina Europea de Estadística (EUROSTAT) señalaba que a 1 de enero de 2016 había 35,1 millones de personas nacidas en países fuera de la Unión Europea residiendo en alguno de los países miembro [1]. En el caso del estado español, la agencia europea señalaba, a la misma fecha, 4.4 millones de personas extracomunitarias residiendo en territorio nacional [1].

Desde la antropología, la historia, la sociología, la economía, el derecho, la psicología o desde los llamados estudios postcoloniales, se han abordado distintos aspectos de esta realidad social –integración, identidad, aculturación, discriminación...- con una doble intención descriptiva y prescriptiva que sostuviera las distintas políticas locales y transnacionales [2]. Los procesos de salud/enfermedad/atención (s/e/a) no pueden entenderse ajenos a esta realidad plural y tanto desde las ciencias sociomédicas – antropología, sociología médica- como desde la biomedicina, se ha llamado la atención sobre el reto que plantea el ofrecer una atención de calidad superando barreras lingüísticas y concepciones de los procesos de s/e/a diversas [3].

Existe evidencia en la literatura médica de que las disparidades raciales y étnicas afectan a la calidad asistencial sanitaria de los pacientes de grupos minoritarios [4]. De la misma manera, existen estudios que revelan una mayor satisfacción por parte de pacientes de grupos minoritarios tras la atención recibida cuando ésta provenía de trabajadores de la salud de su mismo grupo, así como una mayor tendencia a continuar con los cuidados preventivos propuestos [5], poniendo de relieve el impacto de la cultura como determinante de salud. Estas evidencias, conocidas desde finales del siglo XX, han dado lugar al desarrollo de distintas estrategias formativas y de política sanitaria para que los profesionales sean capaces de desarrollar su trabajo de manera óptima en situaciones interculturales.

El presente Trabajo de Fin de Grado se ha planteado como un trabajo de revisión bibliográfica cuyo objetivo es explorar dos de estas propuestas que, aunque comparten la sensibilidad hacia la diversidad cultural y sus repercusiones en el ámbito de los procesos de s/e/a, tienen una conceptualización, metas, propuestas prácticas y áreas de implantación geográfica diferentes: la competencia cultural en salud y la interculturalidad en salud.

II. Material y Métodos

En primer lugar, se realizó una selección, lectura y estudio de distintos trabajos – artículos originales, capítulos de libro y monografías- de antropología médica con el fin de obtener de primera mano, una base conceptual y metodológica con la que poder transitar en un ámbito disciplinar de escasa implantación en el currículo médico actual. Una vez familiarizada con los conceptos básicos, la gran cantidad de publicaciones en antropología de la salud tanto a nivel nacional como internacional, aconsejó ir restringiendo paulatinamente las lecturas a *readers* especializados en migración y salud e interculturalidad y salud que han ido apareciendo desde los años 90 del siglo pasado. Asimismo, se han seleccionado artículos originales especialmente significativos sobre esta temática publicados en revistas académicas especializadas.

Posteriormente, se realizó una revisión cualitativa en PubMed de artículos originales y artículos de revisión, ampliando la búsqueda a las referencias citadas en los artículos primeramente seleccionados.

Los principales descriptores empleados en la búsqueda de PubMed fueron: Interculturality, Intercultural health, Cultural competence, Culturally bound syndrome, Cultural humility, Cross-cultural, Culture and health, Health definition, Health disparities, Intercultural bioethics.

Se objetivó que el grueso de la literatura publicada sobre competencia cultural estaba escrito en inglés mientras que, la relacionada con la interculturalidad estaba publicada en español.

De entre los artículos localizados, se realizó una primera selección en base al Abstract, descartando aquellos centrados en áreas sanitarias específicas (salud mental, enfermería, terapia ocupacional, fisioterapia) o en síndromes o padecimientos concretos.

Entre los meses de Agosto-Diciembre de 2017, se llevaron a cabo, además, varias visitas al Módulo de Interculturalidad del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde de Guadalajara (Jalisco, México) donde se realizaron entrevistas no estructuradas con las trabajadoras del mismo, además de una visita en Enero de 2018 al Hospital Rural de Hecelchakán (Campeche, México) entrevistando al director del mismo.

III. Resultados y Discusión

1. Competencia cultural

La competencia cultural puede ser definida como una de las capacidades adquiridas por los profesionales sanitarios y recogidas por el propio sistema de salud que reconoce “la importancia de la influencia de los factores sociales y culturales en las creencias y comportamientos del paciente respecto a la salud; la consideración de cómo estos factores interactúan en múltiples niveles con el sistema sanitario y, finalmente, el desarrollo de intervenciones que toman estas cuestiones en cuenta con el objetivo de asegurar la calidad de la asistencia sanitaria ofrecida a poblaciones de pacientes de grupos minoritarios” [4].

Joseph Betancourt y colaboradores, en la búsqueda de razones a las disparidades en salud y atención sanitaria objetivadas en sus estudios en EEUU, destacaron que estas disparidades son en parte, consecuencia de la diferente percepción de salud/enfermedad por parte de los pacientes de las minorías étnicas y culturales así como a otras causas a las que denominaron barreras culturales [4].

El concepto de competencia cultural surge con el objetivo de dar respuesta a una situación de inequidad ante los procesos de s/e/a en poblaciones culturalmente diversas, intentando suplir las carencias que los profesionales sanitarios tienen a la hora de tratar a sus pacientes de una manera holística, entendiendo la importancia de determinados factores socioculturales como determinantes de salud, para así poder desarrollar una atención sanitaria con mejores resultados en cuanto a terapéutica y adherencia [6].

Desde el surgimiento del concepto de competencia cultural en 1989 [7] su desarrollo e implantación en los currícula de las facultades de medicina, así como en programas de formación continuada de los profesionales sanitarios, fundamentalmente en los países de habla inglesa de renta más alta, ha sido exponencial [8]. El término “cultural competence” en el buscador de PubMed ofrece un total de 6187 resultados, destacando la breve evolución temporal que ha tenido el término en cuanto a artículos publicados desde mediados de los años 70 hasta hoy (Ver Tabla 1). Y no es anecdótico que en 2014 la voz “cultural competence in health” fuera seleccionada para su inclusión dentro del Wikipedia Library Project liderado por los bibliotecarios de la Rutgers University como resultado de un esfuerzo colaborativo y conjunto entre la Online Computer Library Center (OCLC) de los EEUU y la plataforma online de Wikipedia [9][10].

Distintas instituciones han desarrollado recomendaciones para la docencia reglada y evaluación de estas nuevas competencias. La Liaison Committee on Medical Education (EEUU), por ejemplo, estableció en el año 2000 unos nuevos estándares acreditados requiriendo a los estudiantes y profesionales de la salud un conocimiento sobre las percepciones y modelos explicativos de salud y enfermedad de las personas de diferentes culturas y sobre cómo éstas podían variar la respuesta de los pacientes ante diversos síntomas o enfermedades [11][5]. El UK General Medical Council, también ha incluido la competencia cultural como una de las principales competencias que los estudiantes deben desarrollar a lo largo de su formación médica [5], así como la

Association of American Medical Colleges o la Association of School of Public Health, habiendo publicado todas ellas recomendaciones sobre la implementación de programas de formación sobre competencia cultural en las instituciones académicas [12]. En Europa, el proyecto C2ME “Culturally competent in medical education” financiado por la EACEA ERASMUS Life Long Learning Program de la Unión Europea, explora desde el 2014 la incorporación y desarrollo de la competencia cultural en el curriculum médico con la participación de facultades de medicina de 11 países [14].

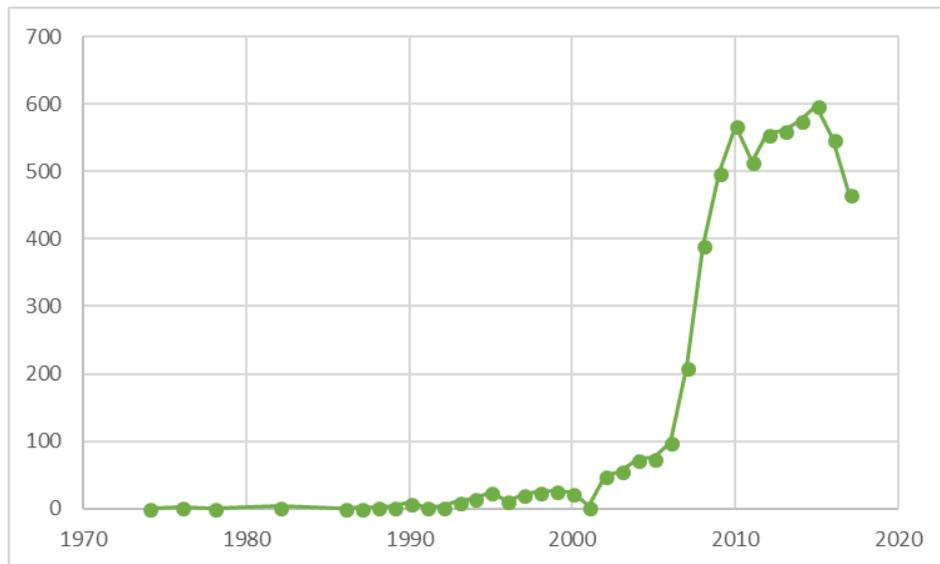


Tabla 1. Evolución del número de artículos con Cultural Competence como palabra clave por fecha de publicación en la base de datos de PubMed. Datos entre Enero de 1974 y Diciembre de 2017.

Existe en este momento abundante bibliografía internacional que analiza distintas iniciativas sobre la incorporación y desarrollo de la enseñanza teórica y práctica de las habilidades en competencia cultural en las facultades de medicina y también de sus resultados y las limitaciones de su aplicación en el contexto clínico.

Una parte importante de la literatura se centra en cómo desarrollar un modelo pedagógico eficaz que desarrolle la competencia cultural. Costa S. Constantinou et. al propusieron en 2017 un modelo piramidal de enseñanza e integración de la competencia cultural en el currículum académico médico basado en la pirámide de cuatro niveles de Miller con el objetivo de conseguir una buena combinación entre la adquisición del conocimiento teórico y la activación práctica de dicho conocimiento teórico [6]. En el modelo piramidal propuesto, el conocimiento teórico formaba parte del primer nivel de la pirámide y la aplicación práctica el vértice de la misma [6]. En lo referente a la evaluación y a los métodos de calificación, existe una crítica muy extendida hacia el método de evaluación puramente cuantitativo de los proyectos educativos en competencia cultural por la limitación que estos presentan a la hora de medir la capacidad y sensibilidad del estudiante en lo relativo a los aspectos culturales en la práctica clínica [13]. Ante esto, surgen varias propuestas docentes alternativas,

como la que plantea desarrollar un plan para formar a los estudiantes de cursos clínicos en las capacidades de la entrevista narrativa o “etnográfica” con pacientes procedentes de minorías étnicas [13]. Este modelo de entrevista se realiza partiendo de las ocho preguntas formuladas por Arthur Kleinman en lo referente al abordaje del encuentro clínico transcultural. Las preguntas de Kleinman pretenden nutrir la historia clínica con el marco o encuadre cultural del paciente en lo referente a sus concepciones y percepciones sobre su salud, enfermedad y padecimiento, aportando valoración cualitativa a la entrevista médica y a la posterior evaluación del alumnado [13].

A pesar de la existencia de propuestas pedagógicas concretas como las ya mencionadas, son frecuentemente descritas limitaciones a la hora de implantar los programas formativos en los planes de estudio de una manera integral y transversal. El ya mencionado proyecto C2ME recogió algunos de los obstáculos principales encontrados en el conjunto de facultades europeas participantes en el mismo a la hora de implantar los programas de formación en competencia cultural. La falta de reconocimiento de los programas de formación por parte de las facultades, la escasez de tiempo dedicado a los aspectos culturales en comparación con otros bloques formativos o el hecho de tratar el componente cultural como un aspecto aislado sin integración en otras áreas curriculares fueron algunas de las principales limitaciones señaladas entre las instituciones participantes como las más habituales. Analizados estos obstáculos, el proyecto C2ME desarrolló una guía para la integración de la competencia cultural en el currículum académico médico [14].

Dejando de lado los problemas de integración curricular y desarrollo práctico, existe otra crítica de mayor alcance: la eficacia de los programas formativos en competencia cultural. ¿Existe evidencia para justificar este mayor esfuerzo llevado a cabo por la institución académica y de salud pública en lo relativo a la competencia cultural? Varios artículos y estudios han intentado evaluar la eficacia o el efecto que los programas de formación en competencia cultural tienen en los profesionales de la salud.

Una revisión sistemática llevada a cabo por Mary Catherine Beach et. al en el 2005 analizó treinta y cuatro estudios publicados entre los años 1980 y 2003, con la intención de evaluar el impacto que los programas de formación en competencia cultural tuvieron en los profesionales de salud, en los resultados en la salud de los pacientes y en su adherencia a los tratamientos, entre otros. La revisión mostró evidencia de que el nivel de conocimiento de los profesionales sanitarios respecto a competencia cultural tras exponerse a los programas de formación aumentó, así como sus habilidades y actitudes frente a pacientes de grupos minoritarios. Sólo tres artículos de los analizados evaluaron la satisfacción de los pacientes, aportando resultados positivos a favor de los programas con perspectiva en competencia cultural, ninguno de los artículos mostró ningún tipo de impacto relevante en la adherencia de los pacientes a tratamientos y terapias [15]. Esta revisión muestra, además, una de las limitaciones que presentan este tipo de revisiones sobre el área a estudio; la dificultad a la hora de comparar resultados entre artículos, puesto que existe gran diversidad en los criterios y parámetros que cada estudio o artículo analiza a la hora de valorar la eficacia de los programas de competencia cultural.

Otra revisión sistemática llevada a cabo por André Renzaho et al. en 2012 pretendió analizar la eficacia de los programas de atención centrada en el paciente (*patient centered care*) que incluían una perspectiva de competencia cultural. En la revisión fueron incluidos 13 artículos (11 cuantitativos y 2 cualitativos), mostrando el análisis conjunto de los mismos que los programas con perspectiva en competencia cultural sí aumentaban el conocimiento y las habilidades de los profesionales sanitarios en lo referente a competencia cultural pero, sin embargo, no mostraban ninguna diferencia significativa en los resultados obtenidos respecto a la salud de los pacientes de grupos minoritarios, dejando abierta la incógnita de si efectivamente el aumento de comprensión y sensibilidad transcultural por parte de los profesionales sanitarios se traduce en un aumento en la calidad asistencial y satisfacción de los pacientes [16].

Esta incógnita queda plasmada en otros artículos y programas de docencia, como los que incluyen la formación etnográfica [11]. Estudios como estos centran los esfuerzos en el aumento de la comprensibilidad de los estudiantes y de los profesionales sanitarios hacia el marco cultural del paciente, pero no queda clara la traducción que este hecho tiene en la práctica clínica [11].

La Cochrane Database realizó un metanálisis en el año 2014 con el fin de analizar ensayos en los que se comparaban los efectos en la práctica clínica de los profesionales de salud formados en competencia cultural respecto a los que carecían de dicha formación. Si bien ninguno de los estudios mostró efectos adversos de los programas de formación, los resultados de la revisión no fueron concluyentes para poder obtener evidencias significativas. Según los autores de la revisión, Lidia Horvat et al., es necesario promover la investigación sobre el tema para establecer unos parámetros de rigor metodológico que permitan obtener resultados concluyentes [8].

La falta de uniformidad a la hora de definir competencia cultural, de establecer los parámetros a evaluar tras la realización de los programas, de definir criterios metodológicos para llevar a cabo las revisiones bibliográficas [8][15][16], así como las limitaciones que el análisis puramente cuantitativo, y, tradicionalmente con mayor aceptación en la comunidad científica, presenta a la hora de valorar este tipo de programas [17] son algunos de los obstáculos que se plantean a la hora de abrir el debate sobre la competencia cultural y la eficacia de los programas de formación con perspectiva cultural.

Existen, además, críticas y limitaciones más allá de las cuestiones puramente metodológicas o de integración logística en los planes de estudio. Varios estudios han querido mostrar las perspectivas e impresiones de los profesores de las disciplinas clínicas en lo referente a la competencia cultural. Los resultados de estos estudios muestran una realidad que enfrenta por un lado, la unanimidad de los profesores de las disciplinas clínicas en su queja sobre la falta de formación en competencia cultural por parte del alumnado, y por la otra, el hecho de que la mayoría de los profesores de los cursos clínicos no considere la competencia cultural como un elemento central de la buena praxis y el profesionalismo médico [18]. Estudios en ésta línea, aportan las perspectivas de los docentes de las facultades de medicina entrevistados que afirman que los estudiantes dedican la mayor parte de su tiempo al estudio teórico, haciendo que sus actitudes sean insuficientemente sensibles a la hora de confrontar pacientes en

un contexto práctico real o que, los estudiantes (internos y residentes) no prioricen la competencia cultural como ámbito de formación dada la elevada carga de conocimiento clínico y trabajo que éstos tienen que sobrellevar [18].

Por otro lado, es frecuente que los estudios y los programas de formación reduzcan el concepto de la competencia cultural a un plano meramente lingüístico o de competencia o capacitación lingüística [6]. En el año 2013, el Instituto de Estadística de Cataluña (IDESCAT) reconocía el uso en esa comunidad autónoma, de más de diez lenguas aparte del castellano y el catalán, incluyendo un onceavo grupo que hacía referencia a “otras lenguas” y que aunaba el 3% de la población [19]. Ante esta realidad, el que la propia infraestructura sanitaria esté dotada de un sistema de traducción presencial o telemático, es una condición necesaria para que la comunicación y la atención sea posible. Sin embargo, es un error considerar que éste hecho es suficiente para garantizar una buena comunicación intercultural. Josep M. Comelles, haciéndose eco de esta realidad y de cómo es tratada desde la institución pública defiende que “desde el punto de vista de la competencia lingüística, esto no significa que se produzca un cambio cultural en el modelo médico”; puesto que en estos casos, tras la actuación del traductor o traductora o tras el empleo de términos básicos en la otra lengua para traducir términos necesarios para el diagnóstico o tratamiento no existe ningún esfuerzo mayor para atajar el posible conflicto cultural resultado del encuentro médico-paciente [20].

El análisis de las limitaciones de la competencia cultural para dar respuesta al problema de inequidad ante los procesos de s/e/a debido a razones de disparidad cultural requiere, probablemente, un análisis más allá de la revisión de ensayos. David Paul et. al señalan que en muchas ocasiones el término ‘cultura’ se convierte en el término coloquial para ‘diferente’ [21]. Según Taylor la educación médica tiende a buscar sistemáticamente concepciones estáticas y esencialistas para aplicar el concepto de “cultura” a los pacientes [22]. A este hecho se refiere también el ya citado Josep M. Comelles, quien hace referencia a la “falacia de la idea de “competencia cultural””, al hablar de la “identificación administrativa de lo cultural”, puesto que los programas de formación y acreditación en competencia cultural convierten el complejo y abstracto marco de lo cultural en un “ítem” más dentro de una lista de taxonomía étnica o cultural, sin llegar a establecer un verdadero diálogo mutuo [20].

Además del juicio negativo al empleo del término “cultural”, David Paul y sus colegas presentan una opinión crítica al uso del concepto “competencia” en el marco formativo y de ganancia de aptitudes y sensibilidad por parte de los profesionales de la salud a la hora de trabajar con minorías sociales. Según ellos, el término “ ‘competencia’, como punto final a un resultado de aprendizaje, debería ser considerado un anatema para la profesionalidad”. Otros críticos de la enseñanza por “competencias” como Michael Brooks, señalan que la evaluación de una competencia “no es lo que queremos utilizar para determinar si alguien es buen médico” [22][23].

Sin embargo, quizás la crítica más profunda al concepto de competencia cultural radica en los objetivos de la misma. En este sentido, existen numerosas visiones críticas que afirman que los programas de acreditación y formación en competencia cultural no pretenden realmente modificar el paradigma biomédico para el cual lo cultural y social poseen un papel secundario y casi anecdótico en los procesos de s/e/a sino actuar como

herramienta para “atraer” a pacientes de grupos minoritarios hacia el sistema biomédico. [20]

Tratando de reflejar esta cuestión Julia M. Fleckman et al. en 2015 llevaron las perspectivas críticas de la competencia cultural al ámbito de la salud pública y del diseño de políticas sanitarias. En su artículo, afirmaban que “la “competencia cultural” en la escala de la salud pública “a través del desarrollo de programas de salud e investigación centrados en la comunidad lleva implícita la posibilidad de que los profesionales de la salud conozcan y comprendan completamente la otra cultura”[12]. Esta manera de entender y trabajar la diversidad cultural se traduce, sin embargo, en un ejercicio unidireccional por parte de los profesionales sanitarios hacia la comunidad de pacientes. Ante eso, Fleckman et al. proponen el término “competencia intercultural”, el cual implica un proceso bilateral de entendimiento y diálogo, centrándose no sólo en el intento de comprensión de la otra cultura, en el establecimiento de un diálogo conjunto sino, además, en la adquisición de herramientas y estrategias para poder realizar un análisis crítico de la cultura y el marco cultural y conceptual propio. El grupo de trabajo estableció un marco de referencia para los programas de formación en competencia intercultural, entre los que se encontraban elementos como la “habilidad para cambiar de marco de referencia apropiadamente y adaptar el comportamiento al contexto cultural” o “la conciencia de la propia cultura y la capacidad para la autoevaluación” [12].

Si bien el concepto de competencia cultural ha sido hegemónico en los países de habla inglesa de renta más elevada [8] existe una corriente teórica y práctica procedente de los países latinoamericanos y desarrollada desde finales del siglo XX que se ha preocupado por relacionar interculturalidad y salud, argumentada en la complejidad cultural y estructural de estos territorios, producto de su historia post colonial.

2. Interculturalidad e interculturalidad en salud

El concepto de interculturalidad no es nuevo. Su implantación como categoría de análisis y como práctica de campo ha sido terreno nuclear y prácticamente exclusivo de la antropología desde el surgimiento de esta [13]. Sin embargo, en las últimas décadas, al igual que en el caso de la “competencia cultural”, el concepto de “interculturalidad” comienza a adquirir mayor presencia en la literatura relacionada con la salud, la educación, así como en el desarrollo de las políticas públicas, especialmente en determinados países, en este caso, en aquellos con elevado factor multi étnico debido fundamentalmente a la presencia de comunidades originarias como son los países latinoamericanos.

Hablar de diversidad cultural implica superar la barrera conceptual que encierra un término tan complejo, dado que, ambos términos, diversidad y cultura, cuentan juntos y por separado, con una larga tradición de debate en la literatura de las ciencias sociales sobre su significado e implicaciones. A pesar de que tradicionalmente se ha asociado al componente étnico, autores como Oswaldo Salaverry defienden que la diversidad cultural no hace, en ninguna circunstancia, referencia exclusivamente a la mera existencia de diferencias étnicas [25]. El autor define multiculturalidad como “el

reconocimiento, la constatación de la existencia de diversas culturas en un mismo territorio, sean éstas originarias, inmigrantes o derivadas de variantes de una cultura hegemónica” [25]. Es decir, según ésta definición, dentro del concepto de multiculturalidad estarían también los grupos minoritarios excluidos por, entre otras, concepciones religiosas o sexuales diferentes e incluso opuestas a aquellas hegemónicas en una cultura determinada.

Existe cierto grado de dificultad a la hora de ofrecer una definición del concepto de “interculturalidad” y es que, a pesar de la trayectoria histórica práctica con la que cuenta, en lo relativo a su definición teórica, “se trata de un término en construcción” [35].

Una de las definiciones dadas por Roberto Campos, es la de “el proceso relacional que se establece entre dos o más culturas al interior de una sociedad, que de por sí es heterogénea en cuanto a sus orígenes y características económicas, políticas y sociales, de modo que las relaciones que se construyen están signadas por el intercambio [...], la reciprocidad y, en ocasiones, la solidaridad” [24].

Por otro lado, Michael Knipper afirma que “la perspectiva ‘inter-cultural’ siempre implica la consideración de los factores “culturales” de todos los actores en “interacción”” [26]. Esto implica una condición repetida en la gran mayoría de los textos que tratan la interculturalidad, el necesario e indispensable establecimiento de un diálogo de saberes mutuo entre conjuntos culturales diferentes y parcialmente opuestos.

Sin embargo, esta definición puramente antropológica requiere de una adaptabilidad cuando se aplica al campo de las ciencias médicas y a la práctica clínica. Volviendo a citar a Roberto Campos, la interculturalidad en salud hace referencia a la “incorporación explícita de la carga cultural colectiva del paciente en la relación que se establece con el trabajador de salud”, añadiendo que no se trata de un factor exclusivo de la relación médico/paciente, sino de la relación que el paciente establece con todo el servicio de salud, incluyendo así a los servicios de enfermería, administración e incluso al diseño arquitectónico de las instalaciones, entre otras [24]. Según el Ministerio de Salud y Deportes boliviano, consiste en “el enfoque sociocultural del ejercicio de la práctica médica con personas culturalmente distintas” [28].

Otra definición es la aportada por Jaime Ibacaeché, quien define interculturalidad en salud como “la capacidad de transitar de manera equilibrada entre diferentes sistemas de conocimiento sobre la salud y la enfermedad” [28].

Hablar de interculturalidad, así como de las visiones más críticas hacia la misma, implica realizar un encuadre de los antecedentes históricos relacionados con ella. La evidencia de los choques culturales surgidos como consecuencia de la confrontación de paradigmas socio-culturales diferentes y complejos es un hecho desde el inicio de la historia que hoy conocemos. Sin embargo, en el caso de los territorios latinoamericanos, como en el caso de todos los territorios que sufrieron el proceso colonial durante el siglo XVI es un hecho bien documentado y que explica su mayor evolución histórica en lo referente al estudio antropológico de la interculturalidad.

El encuentro de los colonos con las poblaciones originarias fue el inicio de las relaciones de hegemonía y subalternidad que se perpetuarían a lo largo de los siglos. Con la llegada de los españoles a partir de 1492, fueron traídas de Europa las formas y modos políticos, administrativos y organizativos propios para su instauración forzosa en el Nuevo Mundo siendo las estructuras e instituciones sanitarias así como las dinámicas de s/e/a una parte más de los nuevos modelos impuestos [29].

En el caso del cuidado de la salud y la atención de los pacientes indígenas, las estructuras coloniales conformaban, según Roberto Campos, “una herramienta poderosa de control social del territorio, de la población y de la vida urbana” [27]. Esta intencionalidad reforzó el hecho de que, con el surgimiento de los grandes hospitales en las principales ciudades de las Indias, se buscara que los trabajadores de la salud de dichas instituciones fueran hábiles en el manejo del paciente indígena, estando ésta habilidad directamente relacionada con su capacidad de comprensión de la lengua nativa, su conocimiento sobre los usos y costumbres de las culturas originarias (incluyéndose aquí la alimentación, bebidas típicas, modos de vida, enfermedades típicas...)[27],[30].

Al mismo tiempo, este esfuerzo por el cuidado de la salud del paciente indígena, formó parte de la estrategia de “conquista espiritual” [27] y de conversión a la religión cristiana de los indios por parte de los colonos. En ese sentido los hospicios y hospitales creados en la época estaban relacionados desde su fundación con órdenes religiosas misioneras [30]. En estos centros los sacerdotes eran con frecuencia parte del personal médico y, además, se permitía la presencia de curanderos tradicionales siempre y cuando estuvieran bautizados [27]. Estos esfuerzos y tentativas de conversión religiosa desempeñados desde la medicina y el saber científico se aplicaron también a los saberes empíricos curativos de las comunidades. A pesar de que los sacerdotes y médicos coloniales se apropiaron y emplearon muchos de estos conocimientos, especialmente los relacionados con las plantas medicinales [27], que eran empleadas en los Hospitales coloniales [30], se persiguieron las prácticas curativas empíricas fuera de la institución hospitalaria y se reprimieron a través de los diversos mecanismos de la jurisprudencia colonial aquellas prácticas curativas de componente religioso, ideológico o cultural [29]. Se produjo así, lo que el sociólogo portugués Boaventura de Sousa Santos definiría como “epistemicidio” haciendo éste término referencia a la destrucción del conocimiento de los pueblos originarios causada por el colonialismo europeo [31].

Sin embargo, este encuadre o contextualización histórica no es suficiente para poder llegar al análisis de los conceptos de interculturalidad y salud de hoy. A finales del siglo XIX y hasta mediados del siglo XX los territorios latinoamericanos atravesaron procesos políticos y sociales definitivos para su devenir futuro. Los movimientos políticos revolucionarios quisieron dar mayor protagonismo a las poblaciones indígenas, las más desfavorecidas de todas, y a la demanda de los derechos de estas comunidades, siendo éste el comienzo de los movimientos indigenistas latinoamericanos, que recorrieron toda la geografía del continente. De estos movimientos y demandas surgirían, entre otros, el Instituto Indigenista Interamericano (III), así como el Primer Congreso Indigenista en Pátzcuaro, Michoacán (México) en 1940 [27]. El movimiento indigenista llevó al plano nacional las cuestiones locales de las comunidades, y con ello surgieron iniciativas y proyectos educativos, sanitarios, agrícolas etc. que sin embargo, en muchas

ocasiones estaban ligadas directamente a “una verdadera campaña de aculturación y de integración nacional” [27].

Este proceso de “aculturación” consistió así en un proceso por el cual las comunidades indígenas fueron paulatinamente incorporadas al modo de funcionamiento nacional, basado en los valores e ideas de las sociedades norteamericanas y europeas. La educación y por supuesto, la biomedicina, fueron dos estructuras y vertientes más a introducir en el seno de las comunidades [29]. Las prácticas curativas tradicionales fueron siendo sustituidas una vez más, por el modelo médico occidental, produciéndose nuevamente una ruptura epistemológica y una estigmatización del saber popular [27].

Estas iniciativas y tendencias políticas, si bien son vistas por la antropología crítica como “instrumentos del Estado para la integración de los indígenas a la vida nacional” [32], se hicieron sobre un discurso que abogaba, en un principio, por la interculturalidad. Una teoría y práctica que, sin embargo, distan mucho de los principios sobre los que se sustenta hoy el discurso intercultural: la autonomía y la ruptura de las relaciones de poder.

El concepto de autonomía está ampliamente descrito dentro de la literatura referente a la ética médica, tratándose de uno de los cuatro principios básicos de la bioética. Sin embargo, al hablar de interculturalidad, la autonomía va más allá del reconocimiento y respeto a la capacidad de decisión del paciente.

La autonomía en el debate intercultural tiene que ver con el reconocimiento del grupo minoritario como tal en sus propios términos, de manera que la “otredad” no sea impuesta y definida por el grupo hegemónico [25].

Sin embargo, éste no es el único aspecto de la autonomía sobre el que se fundamenta la interculturalidad. En la interculturalidad, como práctica que procura unas relaciones entre iguales con el establecimiento de un diálogo mutuo de saberes y una revalorización del proceso cultural y de conocimiento del otro, la autonomía de los grupos minoritarios para su empoderamiento en el proceso de diálogo frente al grupo hegemónico, ha de ser un paso necesario y primordial [13]. Ha de tenerse en cuenta que hablar de grupos minoritarios frente al conjunto hegemónico no se limita únicamente a realizar un análisis de las diferencias culturales existentes entre los grupos. Es necesario el análisis de las relaciones socio-políticas, económicas y de raza y clase que imperan entre los grupos en inter-relación para poder transformar estas relaciones hacia planos de diálogo entre iguales que rompan con las estructuras y relaciones de poder tradicionales [13].

A pesar de que tal y como previamente se ha citado y, en concordancia con lo que exponen diversos médicos y antropólogos con trayectoria de investigaciones relevantes en el campo de la interculturalidad [25], es incorrecto asociar la cultura a un factor de etnicidad exclusivamente, la realidad es que, mientras que el campo de la competencia cultural ha sido mayormente desarrollado en países de habla inglesa con mayor desarrollo económico [8], la interculturalidad ha sido principalmente desarrollada en los países que cuentan con mayor cantidad de población multiétnica procedente de comunidades y pueblos originarios o indígenas.

Esto implica que los ejemplos legislativos y de salud pública intercultural que podemos encontrar a nivel internacional, como intento de concreción y aplicación práctica del término, estén casi en su totalidad dirigidas hacia poblaciones indígenas. Calificativo, el de indígena, usado de manera habitual, pero sobre el que pesa una gran imprecisión, al ser un concepto único empleado para denominar, según datos de la ONU, a más de 5000 comunidades completamente heterogéneas que engloban a más de 370 millones de individuos [33].

Así, a nivel internacional, el primer ejemplo de las cuestiones indígenas e interculturales llevadas a debate y discusión sucedió con el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en el año 1989, con la intención de abogar por el “derecho de los pueblos indígenas a mantener y fortalecer sus culturas, formas de vida e instituciones propias, y su derecho a participar de manera efectiva en las decisiones que les afectan”; tal y como queda explicado en el preámbulo del convenio [34]

La sección V de dicho convenio se centra en el ámbito de la salud y la asistencia social a las poblaciones indígenas, promoviendo un enfoque intercultural a través de medidas como la organización y gestión local y comunitaria de los sistemas de salud, el favorecimiento preferente de la formación sanitaria para el personal local así como el enfoque de los programas de salud hacia los cuidados preventivos y de atención primaria [34].

El Convenio 169 serviría como antecedente para la creación del Foro Permanente Indígena en el año 2000 y, posteriormente, para la promulgación de la Declaración de Derechos Indígenas de la ONU en el año 2007. En esta declaración, donde se recogen los derechos de autodeterminación, de preservación del territorio y de las estructuras organizativas socio-políticas propias, queda recogido el derecho a la salud con enfoque intercultural. Así, el artículo 24 sostiene:

“24.1 Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.

24.2 Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo” [35].

Estos artículos, dejan sin definir, algo tan importante como qué es lo que implica el “derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental”. Si bien es cierto que en 1948 la OMS aportó una definición de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”[36], existe, actualmente, mucha literatura que intenta ahondar más allá de esta definición al considerarla controvertida, siendo buen indicativo de esto los 9669 resultados obtenidos en el buscador de PubMed al introducir los términos “WHO health definition”. Un reciente artículo publicado en la European Journal of Internal Medicine en 2017 por un grupo de médicos, antropólogos y líderes indígenas de varias comunidades originarias afirmó que la definición de salud aportada por la OMS es

inadecuada y no aplicable a una gran parte de la población mundial al margen de la sociedad hegemónica occidental, haciéndose necesario incorporar un marco de debate intercultural amplio que permita revisar la propia definición de salud [37][38].

El concepto y la práctica de interculturalidad en salud está necesariamente ligado a la realidad asistencial del pluralismo médico, definido como la coexistencia de diferentes sistemas de atención a la salud en un mismo conjunto poblacional [39] [40]. Según el antropólogo médico Eduardo Menéndez el pluralismo médico existe en “todas las sociedades sin importar su nivel de desarrollo económico [39]. Charles Leslie et. al explicaron en 1976 la razón por la cual la existencia del pluralismo médico se da en todas las sociedades, alegando en sus publicaciones que: “La razón estructural por la que el pluralismo médico es una característica prominente del cuidado de la salud alrededor de todo el mundo es que la biomedicina, al igual que el Ayurveda o cualquier otro sistema terapéutico falla como sistema, y falla a la hora de ayudar a muchos pacientes. Todo sistema genera descontento con sus limitaciones así como una búsqueda de terapias alternativas” [41].

Sin embargo, a pesar de que el pluralismo médico exista, en efecto, en todas las sociedades, este hecho no lleva implícito la relación de horizontalidad y cooperación entre los diferentes modelos que debería estar implícita según el abordaje intercultural en salud [39][41].

En un intento de analizar ésta situación Barabara Kazianka realizó un estudio en 2012 sobre la relación establecida entre la biomedicina y la medicina indígena local en las comunidades mayas itzaes en San José, Guatemala [41]. En su investigación etnográfica concluyó que en el caso de los itzaes cuando se trata de una enfermedad entendida como “grave” la comunidad prefería acudir a instituciones biomédicas y a medicamentos, considerándose que estos son “más rápidos para curar”. Por otro lado, en aquellos padecimientos entendidos por la biomedicina como síndromes culturales o síndromes de filiación cultural, los pacientes acudían a los curanderos tradicionales [41].

Los síndromes de filiación cultural han sido campo de investigación de antropólogos y antropólogos médicos desde hace décadas. Estos hacen referencia a padecimientos o enfermedades que únicamente se dan en un sistema médico determinado en una cultura o geografía concreta y que poseen sus propios especialistas y medios de curación exclusivos del sistema médico local [42], siendo así, uno de los ejemplos más manifiestos de las limitaciones de los modelos médicos únicos y excluyentes (en este caso biomédicos) de los que hablaba, entre otros, Charles Leslie [12][41][42].

En el año 2000, con la revisión y posterior publicación por parte de la American Psychiatric Association del DSM-IV, los síndromes culturales (culture-bound-syndrome) pasaron a estar incluidos dentro de la clasificación de enfermedades del comportamiento reconocida por la biomedicina y la sociedad occidental, siendo definidos como: “patrones de comportamiento aberrante y experiencias perturbadoras, recurrentes y específicas de un lugar determinado, que pueden estar relacionadas o no estarlo con una categoría diagnóstica del DSM-IV” [43]. A pesar de que el DSM IV hace referencia a la necesaria formación y enfoque cultural a la hora de realizar el diagnóstico de cualquiera de las entidades recogidas en el manual, en el caso de los síndromes de

filiación cultural, Oswaldo Salaverry analiza la presencia de éste tipo de síndromes dentro del sistema de clasificación de enfermedades psiquiátricas de una manera crítica, apuntando que “su inclusión en el DSM no es consecuencia de la ausencia de signos y síntomas como cualquier otra entidad clínica [...] sino de que la medicina clínica [...] no puede aceptar la existencia de síndromes referidos a una alteración del cuerpo físico que no pueda ser englobado en alguna de las categorías nosográficas existentes” [25], yendo éste tipo de síndromes en contra de la fundamentación metodológica de la biomedicina, para la cual “la función depende del órgano y este es invariable en cualquier lugar” [25].

La existencia y reconocimiento de los síndromes de filiación cultural además de evidenciar la complejidad de los sistemas de percepción de salud y enfermedad y las limitaciones de un modelo biomédico excluyente, dejan patente la necesidad de desarrollar puentes de interacción entre sistemas de curación y atención diferentes, siendo estos puentes establecidos a través de la aplicación local de la interculturalidad [44].

Tras la observación del fracaso de los diferentes programas de interculturalidad propuestos por varias instituciones en Guatemala, Martin Hitziger et al. realizó un estudio etnográfico en Guatemala con el fin de fomentar el trabajo intercultural colaborativo en el sistema de salud. Se llevaron a cabo formaciones y sesiones conjuntas entre los biomédicos y los curanderos tradicionales y entrevistas semi-estructuradas a médicos, curanderos y pacientes indígenas. Entre los resultados destacan que del total de 35 pacientes incluidos en el estudio solamente cuatro habían visitado al curandero maya antes de acudir al sistema biomédico, mientras que 28 de los pacientes pasaron en torno a 7 años siendo seguidos por varias instituciones biomédicas antes de dirigirse al curandero o sanador maya. El estudio de Martin Hitziger describe las razones de abandono del tratamiento biomédico dadas por los pacientes: “falta de recursos económicos (14 pacientes), discordancia con el tratamiento propuesto (17 pacientes) e insatisfacción con el resultado tras el tratamiento (12 pacientes)”. La investigación llevada a cabo también relata que “tras completar los diagnósticos biomédicos todos los 35 pacientes continuaron el tratamiento con el curandero o sanador maya, a pesar de tener la opción de continuar un tratamiento biomédico con doctores que ya conocían de antemano”. Respecto a la realización de diagnósticos, los datos por los profesionales biomédicos y los curanderos tradicionales “coincidieron completamente en 26 casos, mayoritariamente en 6 casos y únicamente en tres casos fueron completamente diferentes”. Todos los colaboradores (biomédicos y tradicionales) coincidieron al final del estudio en el beneficio que les había aportado el trabajo conjunto a la hora de aprender a manejar terminología diagnóstica y terapéutica del otro sistema médico, comprensión del sistema de clasificación diagnóstica del otro, comprensión en el proceso de “búsqueda de salud” del paciente maya así como la observación de efectos beneficiosos de los tratamientos maya en algunos pacientes [40].

El Hospital Makewe Pelale en Chile es un ejemplo paradigmático que se analiza de manera repetida en varios estudios sobre interculturalidad en salud. Maria Constanza Torri llevó a cabo en 2011 un estudio etnográfico en dicho hospital, con la intención de valorar de manera cualitativa la capacidad que tiene un hospital intercultural como el Makewe Pelale de servir como “puente” cultural entre dos sistemas médicos [44]. El

Hospital Makewe Pelale está situado en la región de Makewe Pelale donde la comunidad mapuche representa el 90% de la población. El complejo hospitalario está regido por la Asociación local mapuche de Salud Indígena Makewe Pelale, siendo la mitad de su plantilla trabajadores mapuches y la otra mitad personal no indígena [44]. Dentro del personal sanitario trabajando en las instalaciones hospitalarias se encuentran seis médicos alópatas, un fisioterapeuta, un dentista, cuatro enfermeras, dos matronas y seis auxiliares paramédicos [44][45] habiendo además, un equipo consultivo formado por agentes de la medicina mapuche, las machi (o curanderas tradicionales) y los gutamchefe (especialista en fracturas y dislocaciones articulares). En el hospital se ofrece la posibilidad de dar tratamientos y seguimientos combinados, reconociéndose el principio de “complementariedad mutua entre ambos modelos” [44]. A través de la realización de 42 encuestadas semi-estructuradas a pacientes del hospital, Torri objetivó que “el 60% de los encuestados usaban más de un sistema médico y que acudían a ambas machi y médico alópata” habiendo un 30% que acudía en exclusiva al médico alópata y un 10% que lo hacía únicamente a la machi o curandera mapuche. Entre algunas de las personas mapuches encuestadas se afirmó que cada modo terapéutico tenía una finalidad diferente, siendo la biomedicina encargada de la “curación del daño físico” y el tratamiento con la machi de la “curación y cicatrización espiritual”; considerándose ambos modelos como parte fundamental del proceso de curación entre las comunidades mapuches [44].

Los casos prácticos llevados a cabo en el campo de la interculturalidad, coinciden en la dificultad y las limitaciones que existen dentro de los proyectos relacionados con la interculturalidad; por lo que las experiencias relatadas se concentran en casos locales, en muchas ocasiones de manera gradual o parcial. Existen casos de introducción de algunas medidas interculturales dentro de instituciones biomédicas del estado, como el que puede ser encontrado en la iniciativa llevada a cabo por Roberto Campos, Fabiola García et. al entre 1995 y 1996 en el Hospital Rural de Hecelchakán, situada en la región mexicana de Campeche (Península del Yucatán) a través de la cual se introdujeron cuatro hamacas como sustitución de cuatro de las 38 camas con las que cuenta el hospital. La introducción de la hamaca hospitalaria se argumenta en el hecho de que en la región de Campeche, con predominio de población de origen maya, la hamaca forma parte del mobiliario doméstico destinado al descanso y la pernoctación de la mayoría de la población. Las hamacas introducidas en el hospital estuvieron destinadas a mujeres púerperas con puerperio fisiológico, incluyéndose 200 participantes en el estudio. A su finalización el 100% de las pacientes estuvieron de acuerdo con la innovación y el 96% relataron mayor comodidad, el 99% manifestaron sentirlo como una mejoría en el servicio de hospitalización [46].



Hospital rural de Hecelchakán. Imagen de elaboración propia.

Si bien estos resultados pertenecen a la realización de la investigación (1996-1997), tras la visita al hospital y la entrevista con el director del mismo en enero de 2018, se objetivó que ninguna paciente se encontraba utilizando la hamaca por escasez de mujeres puérperas ingresadas. Tras preguntar al director del hospital éste indicó que pocas eran las mujeres que acababan por emplear la hamaca porque desconocían la posibilidad de hacerlo, ya que ésta no era ofertada por los médicos o el personal sanitario, que veían a las pacientes a diario, sino que dependía de la presencia o no de un trabajador o trabajadora social durante el pase de visita. Este hecho refleja una separación entre los componentes culturales de la paciente y su proceso médico y asistencial, siendo lo primero responsabilidad atribuida al asistente social y no parte de las opciones comentadas por el médico a la hora del cuidado diario de la paciente [47].

Existen por tanto, diversos obstaculizadores y facilitadores en los procesos de implementación de políticas y planes de salud intercultural. Con el fin de investigarlos Camila Pérez et al. desarrollaron en el año 2016 un estudio descriptivo – participativo en una región mapuche de Chile. El estudio incluyó pacientes autoidentificados como mapuches así como profesionales sanitarios del hospital de la comuna de Cañete y el centro de atención primaria de la comuna de Tirúa [48]. Entre los factores facilitadores principales se describió el mayor conocimiento de los pacientes sobre sus derechos así como la presencia de personal sanitario mapuche [48]. En este sentido, la investigación da especial importancia al papel desempeñado por los mediadores o facilitadores interculturales.

Los facilitadores interculturales son trabajadores del hospital que hablan el idioma originario local, conocen la medicina académica así como las costumbres y constructos culturales indígenas locales y que acompañan y orientan a los pacientes indígenas en el proceso administrativo y de atención dentro del sistema de salud biomédico [27] [48].



Módulo de Interculturalidad del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde (Guadalajara, México). Imagen de elaboración propia.

Entre los principales obstaculizadores, Camila Pérez y su equipo encontraron la falta de conocimiento sobre la cultura mapuche descrita por los trabajadores de la salud ejerciendo en la zona [47]. Esta afirmación respecto a la falta de conocimientos se ve también descrita en otros artículos e investigaciones en relación a comunidades indígenas o de marcado componente intercultural. En este sentido, Susana Carolina Guzmán Rosas realizó en el año 2016 un estudio etnográfico mixto con el objetivo de determinar la pertinencia de instaurar programas interculturales en salud en la región de la Huasteca Potosina (México), región en la que se alberga la mayor parte de la población de origen indígena del estado de San Luis Potosí, siendo ésta del 10.7 % (grupos étnicos nahuas, teenek y pamek). Tras la realización de cuestionarios a 35 de los médicos alópatas trabajando en el Hospital de Ciudad Valles, los resultados mostraron que el 77% de los médicos encuestados consideraban de utilidad en su práctica médica el conocimiento derivado de la tradición indígena local. Para unos (44%) las razones de esta utilidad tenían que ver con las características de los pacientes de este hospital; para otros (22%) en una aplicabilidad directa de estos conocimientos en la práctica clínica. Así, la investigadora afirma que, los programas de formación previa a la instauración de programas de interculturalidad son requeridos con el fin de brindar un conjunto de aptitudes y conocimientos que permitan al médico transitar de su modelo médico al del paciente con el fin de poder comprenderlo y así realizar una mejor intervención ante la problemática del paciente indígena sin que esto implique “que tenga que abandonar su práctica o sus saberes médicos académicos” [28].

Al mismo tiempo, entre los obstaculizadores al ejercicio intercultural descrito en el estudio de Camila Pérez et. al, destaca la falta de comprensión del concepto de salud intercultural, algo que fue considerado tanto por los profesionales de la salud como por los facilitadores interculturales [48]. Este hecho es analizado en otros estudios e

investigaciones críticas sobre interculturalidad y, puede ser explicado en gran parte a la dificultad que implica intentar describir o estandarizar lo cultural. En relación a esto, Paul Hersch Martínez afirma que “lo sociocultural implica ámbitos y alcances diversos, no existiendo acuerdo sobre qué factores lo conforman ni una definición epidemiológica operativa” [49].

Otro de los factores obstaculizadores descrito en el estudio de Camila Pérez en Chile quedó descrito por los participantes como la hegemonía del saber biomédico frente a cualquier otro tipo de sistema de conocimiento o saber [48]. Oswaldo Salaverry traslada esta cuestión al ámbito de la formación, alegando que los profesionales sanitarios, habiendo sido formados en base a un método a partir del cual únicamente pueden tenerse en cuenta realidades objetivables sujetas a la homogeneización y a la estandarización, no están capacitados para enfrentarse a una realidad impregnada de componentes socioculturales heterogéneos [25]. Preguntándose “cómo es posible el diálogo con interpretaciones basadas en fenómenos no controlables y verificados” tras haber sido formados durante tanto tiempo en el ámbito pura y exclusivamente biomédico y cientifista [25].

Cuestión que también aborda el médico y antropólogo Juan Carlos Aguado en sus escritos, afirmando que “el tratamiento de la diferencia a través de la razón, en forma exclusiva, presenta el problema de no comprender la totalidad de la diferencia”[50]. Salaverry, apoyado por otros expertos como Susana C. Guzmán Rosas, defiende así que “la aplicación intercultural en salud implicaría la adopción de un nuevo paradigma médico y no sólo la adquisición de competencias adicionales dentro del mismo paradigma” [3][36]. Por otra parte, existen críticas formuladas desde la antropología y desde la medicina al hecho de tomar el modelo biomédico como único y exclusivo [54]. Además, la existencia de la hegemonía del saber biomédico ha sido explicado también como el acto de dominación de la sociedad hegemónica hacia todo lo que queda fuera del paradigma occidental en un intento neocolonialista de homogeneización global [57][58][59].

Otro de los factores obstaculizadores descrito en el estudio en las comunidades de Chile fue “la falta de pertinencia de las metas sanitarias exigidas por los planes del gobierno” [48]. Los médicos participantes señalaron la dificultad para cumplir con los objetivos cuantitativos o metas impuestos en el diseño de los planes sanitarios, siendo éstos objetivos en ocasiones opuestos “a la visión de salud del pueblo mapuche” [48]. Este hecho es un ejemplo del principal límite definido en el estudio; la relación entre el Estado y el pueblo mapuche y la unidireccionalidad con la que se establecen los programas interculturales de salud, a pesar de que la interculturalidad por definición teórica implique un proceso bilateral de diálogo y negociación constante [48].

Susana Ramírez Hita, defiende que estas relaciones unilaterales del Estado hacia las comunidades indígenas son en realidad un intento de control o de “institucionalización” de los sistemas de salud tradicionales y que no poseen como objetivo primero y principal el cuidado de la salud de las comunidades [52]. En este sentido, Ramírez Hita defiende que la salud y la enfermedad de los pueblos originarios no puede separarse de su situación territorial, siendo primordial entender el concepto de salud de las comunidades y desarrollar políticas acorde a ello afirmando que: “proponer una salud

intercultural que implique el reconocimiento de los saberes tradicionales (reconocimiento que ya existe en el interior de los pueblos indígenas) y al mismo tiempo permitir la deforestación de los bosques y la contaminación de las aguas, implica un silencioso y lento genocidio” [52]. En esta línea, en las observaciones generales realizadas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales destaca la observación general nº14, relacionada con el derecho al disfrute del máximo nivel de salud. En el párrafo 27, se hace referencia a la salud de los pueblos indígenas, afirmándose que: “[...]El Comité observa que, en las comunidades indígenas, la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva. A este respecto, el Comité considera que las actividades relacionadas con el desarrollo que inducen al desplazamiento de poblaciones indígenas, contra su voluntad, de sus territorios y entornos tradicionales, con la consiguiente pérdida por esas poblaciones de sus recursos alimenticios y la ruptura de su relación simbiótica con la tierra, ejercen un efecto perjudicial sobre la salud de esas poblaciones”. [53]. Así, haciendo un análisis del funcionamiento global de los estados, Susana Ramírez Hita deja patente la incongruencia del desarrollo de políticas de salud interculturales hacia las comunidades indígenas por parte de estados envueltos en el funcionamiento global capitalista y extractivista, requiriendo el enfoque intercultural una perspectiva política más profunda y completa que se adapte y respete las particularidades locales [52].

Sin embargo, esta aspiración podría chocar con el universalismo que caracteriza los principios de la ética médica [54]. No obstante, no podemos olvidar que existen autores que plantean el hecho de que la hegemonía de lo común, considerado como normal y amparado por los dictámenes de la bioética universalista, podría ser un factor contributivo a la vulnerabilidad de grupos minoritarios entendidos como “diferentes” a la norma. Así y coincidiendo con Salaverry en relación al cambio de paradigma necesario respecto al modelo hegemónico, la limitación no se describe a nivel individual o de pequeños colectivos, sino como característica global del sistema de hegemonía normativa. Frente a esto, Marcia Mocellin et. al afirman que existen diversas perspectivas de la ética y la bioética (bioética de los cuidados, teoría feminista, comunitarismo, bioética intercultural) además de la propuesta universal de la bioética desde la que es necesario realizar el abordaje de las diferencias [54]. Adriana Ruíz Llanos sostiene que es necesario considerar “la ética como una disciplina teórica con un carácter práctico” con el fin de no caer en un vacío de pensamiento práctico amparado en conceptos teóricos absolutos que perpetúen el modelo de discriminación [55].

Comprendiendo las implicaciones y variaciones relativas en los procesos de s/e/a de las diferentes comunidades y minorías culturales y, entendiendo las bases de la bioética no como directrices universales rígidas y absolutas sino como líneas teóricas útiles para su posterior aplicación práctica local, es posible comenzar a imaginar cómo habrían de desarrollarse los programas de salud con perspectiva intercultural. A pesar de la extensa bibliografía al respecto, el enfoque intercultural no es una necesidad exclusiva de los países con población indígena sino una cuestión aplicable a todas las realidades sociales en las que existen grupos minoritarios. Este enfoque requiere así, de una visión transversal a las razones de la situación de desigualdad en salud de los grupos minoritarios a partir de las condiciones locales concretas. Las políticas y programas que

se hagan llamar interculturales pero que no se acompañen de una visión crítica, así como un conjunto de estrategias concretas transdisciplinarias en lo referente a las desigualdades sociales por cuestiones de clase, raza, género y otras cuestiones ligadas a las disparidades en salud de los grupos minoritarios, serán siempre medidas incompletas y con tendencia a la incongruencia [13]. Podría afirmarse, de esta manera, que la interculturalidad es una cuestión política que requiere de un cuestionamiento profundo y constante así como de una aplicabilidad concreta y horizontal de ámbito local, con la posibilidad de compartir prácticas y saberes a nivel global [56].

En este sentido, y relacionado con el aspecto formativo de los profesionales de la salud en cuestiones culturales con el fin de determinar su praxis posterior, un concepto que complementa lo anterior es el de la humildad cultural. El término humildad cultural surgido a partir de las críticas a la competencia cultural y mucho más cercano a la práctica intercultural, se define como “el compromiso a lo largo de la vida de auto evaluación y crítica para compensar las relaciones de jerarquía y poder en las dinámicas derivadas de las relaciones médico- paciente, así como para el desarrollo de asociaciones no paternalistas de mutuo beneficio con comunidades en nombre de individuos y poblaciones concretas” [36]. De este modo, la humildad cultural implica características como la flexibilidad, la negociación, el diálogo bidireccional y, más específicamente, la crítica a la cultura propia, al sistema y a la estructuración propia del pensamiento.

IV. Conclusiones

En un mundo cada vez más globalizado, un rasgo que caracteriza a las sociedades contemporáneas es la diversa composición cultural, lingüística y étnica de su tejido social. Los procesos de salud/enfermedad/atención (s/e/a) no pueden entenderse ajenos a esta realidad plural, existiendo un consenso en la literatura médica sobre el impacto de los factores culturales como determinantes de salud. Estas evidencias, conocidas desde finales del siglo XX, han dado lugar al desarrollo de distintas estrategias formativas y de política sanitaria para que los profesionales sean capaces de desarrollar su trabajo de manera óptima en situaciones interculturales ayudando a superar la inequidad ante los procesos de s/e/a que afecta a los grupos minoritarios.

La literatura médica y sociomédica recoge dos propuestas que, aunque comparten la sensibilidad hacia la diversidad cultural y sus repercusiones en el ámbito de los procesos de s/e/a, tienen una conceptualización, unas metas, unas propuestas prácticas y unas áreas de implantación geográfica diferentes: la competencia cultural en salud y la interculturalidad en salud. Las distinciones entre competencia cultural e interculturalidad en salud pueden entenderse en el marco general del debate de lo global frente a lo local.

La competencia cultural en salud, como concepto y estrategia docente surgida a partir de las instituciones de educación médica y profesionales de los países económicamente más desarrollados y de habla inglesa, responde a un enfoque transnacional que asimila el desarrollo y la implantación de la competencia cultural a la circulación global de cualquier otra tecnología médica.

Desde el surgimiento del concepto de competencia cultural en 1989 su desarrollo e implantación en los *curricula* de las facultades de medicina, así como en programas de formación continuada de los profesionales sanitarios, fundamentalmente en los países de habla inglesa de renta más alta, ha sido exponencial. Sin embargo, los trabajos de revisión de los programas formativos, así como de los procesos de integración de estos programas en los planes académicos de las facultades de medicina, no aportan evidencia clara sobre su efectividad. La falta de uniformidad a la hora de definir competencia cultural, de establecer los parámetros a evaluar tras la realización de los programas, de definir criterios metodológicos para llevar a cabo las revisiones bibliográficas, así como las limitaciones que el análisis puramente cuantitativo, y, tradicionalmente con mayor aceptación en la comunidad científica, presenta a la hora de valorar este tipo de programas son algunos de los obstáculos que se plantean a la hora de abrir el debate sobre la competencia cultural y la eficacia de los programas de formación con perspectiva cultural.

El concepto de interculturalidad no es nuevo. Su implantación como categoría de análisis y como práctica de campo ha sido terreno nuclear y prácticamente exclusivo de la antropología desde el surgimiento de esta. Sin embargo, en las últimas décadas, el concepto de "interculturalidad" comienza a adquirir una mayor presencia en la literatura relacionada con la salud, especialmente en países con un elevado factor multi-étnico debido a la presencia de comunidades originarias, como sucede en los países latinoamericanos.

La revisión de la literatura biomédica y sociomédica relevante refleja una definición de interculturalidad en salud abierta e incluyente como concepto en construcción ligado a una serie de prácticas locales. Las distintas definiciones aportadas por la investigación teórica y práctica sobre el tema y recogidas por la literatura académica comparten una serie de aspectos que hacen énfasis en el diálogo mutuo, en la horizontalidad, en la autonomía y en la ruptura de las relaciones de poder.

Los programas y las propuestas prácticas descritas en el campo de la interculturalidad en salud, objetivan la existencia de unos factores obstaculizadores comunes para su desarrollo donde es llamativa la falta de conocimiento sobre los grupos minoritarios por parte del personal sanitario. La dificultad para diseñar proyectos de trabajo y análisis de sus resultados sobre un concepto por definición abierto, es también destacada como un problema. Además, la posibilidad del establecimiento de unas relaciones verticales jerárquicas entre los programas de actuación diseñados a nivel estatal y los receptores de los mismos a nivel local, es señalada como un peligro potencial para el diálogo intercultural, al subvertir los principios de horizontalidad necesarios para que éste se produzca. La adaptación de los principios de la bioética universal al trabajo local concreto también aparece señalada en la literatura como una necesidad a tener en cuenta, tanto en el debate teórico como en la actuación práctica de la interculturalidad en salud.

La interculturalidad real desbordaría las necesidades de los territorios con mayor componente multiétnico para abarcar a cualquier sociedad con el objetivo de proporcionar a los grupos minoritarios un acercamiento más respetuoso y equitativo en los procesos de s/e/a.

La interculturalidad en salud debe ser, por tanto, un ejercicio práctico local que ha de surgir de la práctica individual de los profesionales sanitarios, intentando establecer nexos de diálogo con la comunidad concreta a la que se dirige, con el objetivo de establecer un encuentro clínico basado en la horizontalidad y el intercambio que permita garantizar la satisfacción asistencial de todos los grupos sociales, independientemente de su posición dentro del marco hegemónico dominante (minorías étnicas, inmigrantes, colectivos LGTBI+...). El ejercicio intercultural tiene la posibilidad de aportar no sólo una práctica médica más coherente y armónica con los principios de autonomía del paciente, sino un mayor conocimiento por parte de los trabajadores de la salud sobre las fallas y limitaciones del sistema biomédico, de la que podría derivar una práctica médica horizontal y sin jerarquía, basada en la humildad, el diálogo y el respeto integral por la individualidad del ser humano.

V. Bibliografía

Nota: Con intención de fomentar una mayor visibilización de género entre las publicaciones científicas, se decide modificar el estilo de citación de Vancouver desarrollando completamente los nombres de los autores y las autoras de los artículos citados, siempre que haya sido posible.

1. Estadísticas de migración y población migrante - Statistics Explained [Internet]. Ec.europa.eu. 2018 [consultado 18 Abril 2018]. Disponible en: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics/es#M.C3.A1s_informaci.C3.B3n_de_Eurostat.
2. Bill Ashcroft, Gareth Griffiths, Helen Tiffin. The Postcolonial Studies Reader. 1ªEd. London: Routledge; 1995.
3. Byron J.Good, Michael M.J. Fischer, Sarah S. Willen, Mary-Jo Del Vecchio Good. A reader in Medical Anthropology. 1ª Ed. Chichester: Willey-Blackwell; 2010.
4. Joseph R. Betancourt, Alexander R. Green, J. Emilio Carrillo, and Owusu Ananeh-Firempong. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. Public Health Rep. 2003 Jul-Aug; 118(4): 293–302.
5. Somnath Saha, MD, MPH; Miriam Komaromy, MD; Thomas D. Koepsell, MD et al. Patient-Physician Racial Concordance and the Perceived Quality and Use of Health Care. Arch Intern Med. 1999;159(9):997-1004.
6. Costas S Constantinou, Alexia Papageorgiou, George Samoutis, Peter McCrorie. Acquire, apply, and activate knowledge: A pyramid model for teaching and integrating cultural competence in medical curricula. Patient Education and Counseling. 2017.
7. Cultural competence in healthcare [Internet]. En.wikipedia.org. 2018 [consultado el 24 de Abril de 2018]. Disponible en : https://en.wikipedia.org/wiki/Cultural_competence_in_healthcare
8. Lidia Horvat, Dell Horey, Panayiota Romios, John Kis-Rigo. Cultural competence education for health professionals. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014.
9. Yingting Zhang, Yu-Hung Lin. Writing a Wikipedia Article on Cultural Competence in Health Care. Care, Medical Reference Services Quarterly. 2016; 35(2): 175-186.
10. Allahwala, Usaid K., Aniket Nadkarni, and Deshan F. Sebaratnam. Wikipedia use amongst medical students – New insights into the digital revolution. Medical Teacher. 2012; 35 (4): 337-337.
11. Jyh-Gang Hsieh, Mutsu Hsu, Ying-Wei Wang. An anthropological approach to teach and evaluate cultural competence. in medical students – the application of mini-ethnography in medical history taking. Medical Education Online. 2016;21(1):32561.

12. Julia M.Fleckman, Mark Dal Corso, Shokufeh Ramirez, Maya Begaliev, Carolyn C. Johnson. Intercultural competence in public health: a call for action to incorporate training into public health education. *Front. Public Health*. 2015; 3.
13. Eduardo L. Menéndez. Cuestiones metodológicas sobre antropología e interculturalidad. En: Roberto Campos, ed. por. *Antropología médica e interculturalidad*. 1ªEd. Ciudad de México: Mc Graw Hill; 2016. p. 1-12.
14. Patricia Hudelson, Nisha Dogra, Kristen Hendrickx, Petra Verdonk, Marie-Louise Essink-Bot, Jeanine Suurmond. The challenges of integrating cultural competence into undergraduate medical curricula across Europe: experience from the C2ME "Culturally competent in medical education" project. *Med Ed Publish*, 2016; 5 (1).
15. Mary Catherine Beach, Eboni G. Price, Tiffany L. Gary, Karen A. Robinson, Aysegul Gozu, Ana Palacio et al. Cultural Competence. *Medical Care*. 2005;43(4):356-373.
16. Renzaho A, Romios P, Crock C, Sonderlund A. The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care--a systematic review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care*. 2013;25(3):261-269.
17. Dave Campbell. Anthropology's contribution to public health policy development. *McGill J Med*. 2011 Jun; 13(1): 76.
18. Peih- Ying Lu, Jer-Chia Tsai, Scott Y.H. Tseng. Clinical teacher's perspectives on cultural competence in Medical Education, *Medical Education*. 2014; 48: 200-214.
19. Idescat. Anuari estadístic de Catalunya. Usos lingüístics de la població. Per identificació lingüística i llengües més freqüents [Internet]. Idescat.cat. 2018 [consultado el 23 de Mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=803>
20. Josep M. Comelles J. El regreso de las culturas: Diversidad cultural y la práctica médica en el siglo XXI. En: Fernández Juárez G, ed. por. *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. 1ª ed. Quito: Ediciones Abya-Yala; 2004. p. 17-30.
21. Janelle S. Taylor. Confronting "Culture" in Medicine's "Culture of No Culture". *Academic Medicine*. 2003;78(6):555-559.
22. Michael A. Brooks. Medical Education and the Tyranny of Competency. *Perspectives in Biology and Medicine*. 2008;52(1):90-102.
23. David Paul, Shaun C. Ewen, Rhys Jones . Cultural competence in medical education: aligning the formal, informal and hidden curricula. *Advances in Health Sciences Education*. 2014;19(5):751-758.
24. Roberto Campos Navarro. La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud". En: Quattrocchi y Güémez-Pineda, ed. por: *Salud Reproductiva*

e interculturalidad en el Yucatán de hoy. Mérida: Asociación de investigaciones Etno-antropológicas y Sociales de Trieste / Unidad de Ciencias Sociales del Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi de la UADY / Unidad Académica de Ciencias Sociales y Humanidades de la UNAM en Mérida / Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya del estado de Yucatán / Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Delegación Yucatán. Mérida, Yucatán; 2007.

25. Oswaldo Salaverry. Interculturalidad en salud. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2010;27(1):80-93.

26. Michael Knipper. Más allá de lo indígena: salud e interculturalidad a nivel global. Rev Peru Med Salud Pública. 2010; 27(1):94-101.

27. Roberto Campos Navarro. Salud intercultural en América Latina. En: Roberto Campos, ed. por. Antropología médica e interculturalidad. 1ª ed. Ciudad de México: Mc Graw Hill; 2016. p. 36-44.

28. Susana Carolina Guzmán – Rosas. La interculturalidad en salud: espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2016; 15 (31): 10-29.

29. José Pardo – Tomás. Geografías médicas. Orillas y fronteras culturales de la medicina hispanoamericana (siglos XVI y XVII). 1ª Ed. Ciudad de México: Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades; 2014.

30. Roberto Campos Navaro, Adriana Ruíz-Llanos. Adecuaciones interculturales en los hospitales para indios en la Nueva España. Gac Méd Méx. 2001; 137(6): 595-608.

31. Boaventura de Sousa Santos. Descolonizar el saber, reinventar el poder. 1ª ed. Montevideo: Ediciones Trilce; 2010.

32. Roberto Campos Navarro. La enseñanza de la Antropología Médica y la salud intercultural en México: Del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2010; 27(1): 114-22.

33. Programas y actividades del Sistema de las Naciones Unidas por tema [Internet]. Un.org. 2018 [consultado el 7 de Mayo de 2018]]. Disponible en: <http://www.un.org/es/globalissues/indigenous/>

34. Organización Internacional del Trabajo. Convenio Núm. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales. Ginebra; 1989.

35. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración de derechos indígenas. 2007.

36. Cynthia Foronda, Diana-Lyn Baptiste, Maren M. Reinholdt, Kevin Ousman. Cultural Humility: A Concept Analysis. Journal of Transcultural Nursing, 2016; 27 (3): 210-217.

37. Charlier P, Coppens Y, Malaurie J, Brun L, Kepanga M, Hoang-Opermann V et al. A new definition of health? An open letter of autochthonous peoples and medical anthropologists to the WHO. *European Journal of Internal Medicine*. 2017;37:33-37.
38. Fernando Martínez Cortés. Enfermedad y padecer. Ciencia y Humanismo en la práctica médica. En: Roberto Campos, ed. por. *Antropología médica e interculturalidad*. 1ªEd. Ciudad de México: Mc Graw Hill; 2016. p. 247 – 252.
39. Eduardo L. Menéndez. Modelos Hegemónico, subalterno y de autoatención. Modelos hegemónico, subalterno y de autoatención. En: Roberto Campos, ed. por. *Antropología médica e interculturalidad*. 1ªEd. Ciudad de México: Mc Graw Hill; 2016. p. 177-185.
40. Martin Hitziger, Monica Berger González, Eduardo Gharzouzi, Daniela Ochaíta Santizo, Regina Solis Miranda, Andrea Isabel Aguilar Ferro, Ana Vides-Porras, Michael Heinrich, Peter Edwards, Pius Krütli. Patient- centered boundary mechanisms to foster intercultural partnership in health care: a case study in Guatemala. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*. 2017; 13 (44).
41. Barabara Kazianka. ¿El pluralismo médico como concepto adecuado en el contexto de la biomedicina “global” y la medicina indígena “local”? Un ensayo sobre la realidad médica de los mayas itzaes en San José, Guatemala. *Scripta Ethnologica*. 2012; 34(1): 39-68.
42. Antonella Fagetti. Síndromes de filiación cultural en el estado de Puebla. En: Roberto Campos, ed. por. *Antropología médica e interculturalidad*. 1ªEd. Ciudad de México: Mc Graw Hill; 2016.
43. Pierre Pichot. *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S.A.; 1995.
44. María Constanza Torri. Intercultural Health Practices: Towards an Equal Recognition Between Indigenous Medicine and Biomedicine? A Case Study from Chile. *Health Care Analysis*. 2011;20(1):31-49.
45. Javier Mignone, Judith Bartlett, John O'Neil, Treena Orchard . Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*. 2007;3(1):31.
46. Roberto Campos Navarro, Fabiola García Vargas, Uzziel Barrón, Mariana Salazar, Javier Cabral Soto. Empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México. En: Roberto Campos ed. por. *Antropología médica e interculturalidad*. 1ªEd. Ciudad de México: Mc Graw Hill; 2016. p. 411-417.
47. Comunicación personal del Dr. Mauro Esquinca Molina, 17 de Enero de 2018, Hecelchakan, Campenche (México).

48. Camila Pérez, Gabriela Nazar y Félix Cova. Facilitadores y obstaculizadores de la implementación de la política de salud intercultural en Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 2016; 39 (2): 122-127.
49. Paul Hersch Martínez. Epidemiología sociocultural. En: Roberto Campos, ed. por. *Antropología médica e interculturalidad*. 1ªEd. Ciudad de México: Mc Graw Hill; 2016. p. 337-343.
50. Juan Carlos Aguado Vázquez. Interculturalidad, corporeidad e identidad. En: Roberto Campos, ed. por. *Antropología médica e interculturalidad*. 1ªEd. Ciudad de México: Mc Graw Hill; 2016. p. 59-67.
51. Byron Good. *Medicine, rationality and experience: An anthropological Perspective*. 1ªEd. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
52. Susana Ramírez Hita. Salud, globalización e interculturalidad: una mirada antropológica a la situación de los pueblos indígenas de Sudamérica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2014; 19 (10): 4061 – 4069.
53. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Observaciones generales aprobadas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. 1989.
54. Marcia Mocellin-Raymundo, Carlos Viesca-Treviño, Daniel Gutiérrez- Martínez. *Bioética y salud intercultural: apuntes para una conexión necesaria y posible*.
55. Adriana Ruíz Llanos. Derechos humanos, ética e interculturalidad. En: Roberto Campos, ed. por. *Antropología médica e interculturalidad*. 1ªEd. Ciudad de México: Mc Graw Hill; 2016. p. 45-57.
56. M^a Teresa Caramés García. Proceso socializador en ciencias de la salud: caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente. En: Fernández Juárez G, ed. por. *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. 1ª ed. Quito: Ediciones Abya-Yala; 2004. p. 31-52.
57. Fernández Juárez G, ed. por. *Salud e interculturalidad en América Latina*. 1ª ed. Quito: Ediciones Abya-Yala; 2004.
58. Gerardo Fernández Juárez. *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*. 1ª Ed. Quito,:Ediciones Abya-Yala; 2006.
59. Roberto Campos – Navarro. *Salud e interculturalidad en América Latina*. 1ªEd. Ciudad de México: Mc-Graw Hill; 2016.

VI. Agradecimientos

En primer lugar, el más sincero agradecimiento a Fernando Salmón Muñiz, quien desde que le mostré mi interés por el tema se puso totalmente a mi disposición y quien, a través de múltiples revisiones, correcciones y consejos, ha permitido que haya podido desarrollar los objetivos del trabajo de una manera enriquecedora.

Gracias también a Roberto Campos Navarro y a Adriana Ruíz Llanos, profesores de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y grandes mentores y ejemplos a seguir en el campo de la salud intercultural y la buena praxis médica, y a Yazbeth Pulido Hernández por la bibliografía, las anécdotas y los consejos compartidos con tanto entusiasmo.

Por último, especial mención a Xóchitl Macedo Mendoza, del módulo de interculturalidad del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde de Guadalajara (México), por su predisposición a la hora de enseñarme el trabajo del módulo y al Dr. Mauro Esquinca Molina, del Hospital Rural de Hecelchakán (México), por recibirme y mostrarme el hospital, respondiendo a todas mis dudas.